

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**A INTERVENÇÃO DO PISCA-PISCA: QUANDO A  
SAÚDE TENTA POSSIBILITAR A PRÓXIMA  
PISCADA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Tiago Pereira de Souza**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2012**

# **A INTERVENÇÃO DO PISCA-PISCA: QUANDO A SAÚDE TENTA POSSIBILITAR A PRÓXIMA PISCADA**

**Tiago Pereira de Souza**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Sistema Público de Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Sheila Kocourek**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada**  
**em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**A INTERVENÇÃO DO PISCA-PISCA: QUANDO A SAÚDE TENTA POSSIBILITAR  
A PRÓXIMA PISCADA**

Elaborado por  
**TIAGO PEREIRA DE SOUZA**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista Sistema Público de Saúde, ênfase em Atenção  
Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

**Comissão Examinadora:**

  
**SHEILA KOCOUREK**  
orientador-presidente  
UFSM

  
**ISADORA FALTINEL**  
WOLTMANN  
SSMSM

  
**DORIAN MÔNICA ARPINI**  
UFSM

Santa Maria, 30 de junho de 2012.

*" - A vida, Senhor Visconde, é um pisca-pisca. A gente nasce, isto é começa a piscar, chegou ao fim, morreu. Piscar é abrir e fechar os olhos- viver é isso. é um dorme e acorda, dorme e acorda, até que dorme e não acorda mais. [...]A vida das gentes nesse mundo, senhor sabugo, é isso. Um rosário de piscadas. Cada pisco é um dia. Pisca e mama; pisca e anda; pisca e brinca; pisca e estuda; pisca e ama; pisca e cria filhos; pisca e geme os reumatismos; por fim pisca a última vez e morre. - E depois que morre? Perguntou o Visconde. - Depois que morre, vira hipótese. É ou não é?"*  
**(Lobato, M. 1936)**

## AGRADECIMENTOS

A minha família, que depois destes dois anos longe aprendi a valorizar e a respeitar, que me entendem, me aceitam e me apoiam exatamente do jeito que eu sou.

Aos meus “*amigos de antes*”, sempre dividindo comigo *seus-meus/nossos* sucessos e decepções.

Aos meus “*amigos de depois*” que foram minha família em Santa Maria, que ouviram minhas risadas e meus choros, Adrean, Adriano, Alessandra D. Alessandra V., Andréia, Caren, Gabriel, Jorge, Maria, Mauricio, Pâmela, Paola, Sérgio, Themis.

Aos profissionais dos serviços da cidade de Santa Maria, que mesmo frente a uma realidade adversa dão o melhor de si.

Aos Agentes Comunitários de Saúde das ESFs Maringá, São José e Roberto Binato. Aprendi, ensinei, chorei, dei risada, acolhi e fui acolhido. Nesse “turbilhão” vocês foram um esteio para mim. Gestores! Respeitem essa classe!

Aos estudantes dos cursos de graduação que tive contato, em especial, aos da Fonoaudiologia da UFSM, a maioria de vocês são exemplos de superação. Continuem assim, lutando pelos seus direitos a Fonoaudiologia precisa disso.

Aos usuários desse sistema que, muitas vezes, não acolhe as demandas pessoais, pois foram cada rosto, história, palavra e gesto que me ensinaram o que não encontrei nos livros e artigos, **RESPEITAR AS DIFERENÇAS.**

As minhas colegas, amigas e irmãs Ana Paula e Meca, vocês durante esses dois anos me mostraram formas diferentes de ver a vida, entre outras coisas, potencializaram o “meu melhor”.

A minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Sheila, por corresponder a minha expectativa do que é ser um educador de verdade. Graças a você, vislumbrei a possibilidade de concluir a formação.

Ao meu amigo, meu cúmplice, meu amor e sua família. Por ter aparecido na minha vida, por ter feito a diferença, por dividir comigo os seus planos, seus segredos, seus anseios e por me fazer acreditar que se duas pessoas realmente se amam não há limites. Agradeço-te por ser assim, tão Joaquim. Eu te amo.

OBRIGADO A TODOS VOCÊS!

## **RESUMO**

Trabalho Final de Conclusão - Modalidade artigo publicável  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **A INTERVENÇÃO DO PISCA-PISCA: QUANDO A SAÚDE TENTA POSSIBILITAR A PRÓXIMA PISCADA**

**AUTOR: TIAGO PEREIRA DE SOUZA**

**ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREC**

**DATA DA DEFESA: SANTA MARIA, 30 DE JUNHO DE 2012.**

Este estudo relata a intervenção de, aproximadamente, dois anos de trabalho de profissionais de saúde em processo de formação no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, na área de concentração em Estratégia de Saúde da Família que, em consonância com as políticas públicas de cuidado a saúde da criança, desenvolveram um projeto de intervenção prática em uma unidade de ESF no município de Santa Maria - RS. Dessa forma este artigo representa o histórico de tal intervenção e, por se tratar de um relato, apresenta primeiramente um recorte de três variáveis, que são: 1) Ações intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares voltadas à capacitação, aprimoramento e socialização do conhecimento; 2) Ações desenvolvidas para a prevenção e promoção da saúde na infância; 3) Ações realizadas para a prostração de patologias mentais e de linguagem. A partir dele surgiu o Projeto de Pesquisa 031851 - SAÚDE DA CRIANÇA: PERCEPÇÕES E CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS E GESTORES SOBRE A PRÁTICA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, que teve o objetivo de analisar como se configura o cuidado integral à saúde da criança de 0 a 06 anos de idade junto às Estratégia de Saúde da Família, a fim contribuir na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral deste segmento populacional no município de Santa Maria-RS.

Palavras-chave: **Políticas Públicas, Saúde da Família, Infância.**

## **ABSTRACT**

Final Work Completion - Publishable Form  
Integrated Multidisciplinary Residency Program  
in Public Health System Federal  
University of Santa Maria

### **THE INTERVENTION OF “TWINKLE-TWINKLING”: WHEN THE HEALTH ATTEMPTS TO ALLOW THE NEXT TWINKLE**

**AUTHOR: TIAGO PEREIRA DE SOUZA**

**ADVISOR: SHEILA KOCOUREC**

**DATE OF DEFENSE: SANTA MARIA, JUNE 30<sup>TH</sup>, 2012**

The following study reports the intervention of, about, two years of a health professional's work in their process of formation in the program of Multiprofessional Residence Integrated in Public Health System, in Santa Maria's Federal University, on the concentration area of Family's Strategy of Health which, in line with public policies of health care of the child, developed a project of practical intervention in a unit of ESF in the city of Santa Maria - RS. So this article represents the history of the mentioned intervention and, because it is a story, presents an outline of three variables, which are: 1) Intersectoral, interdisciplinary and interinstitutional actions aimed at capacity building, improvement and socialization of knowledge, 2) Actions taken for prevention and health promotion in childhood, 3) Actions taken for the prostration of mental disorders and language. From it came the Research Project 031851 - CHILD HEALTH: KNOWLEDGE AND PERCEPTIONS OF MANAGERS AND PROFESSIONAL PRACTICE ON THE STRATEGY OF FAMILY HEALTH, which aimed to analyze how to build the comprehensive care to children's health, from 0 to 6 years of age, with the Family's Strategy of Health, in order to contribute to qualification of work processes about the comprehensive care of this population segment in Santa Maria-RS.

**Keywords: Public Policies, Family Health, Childhood**

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA INFÂNCIA .....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>



## 1 - INTRODUÇÃO

Primeiramente cabe a explicação do porque da escolha do título deste relato ser: A INTERVENÇÃO DO PISCA-PISCA: QUANDO A SAÚDE TENTA POSSIBILITAR A PRÓXIMA PISCADA. O famoso autor José Bento Renato Monteiro Lobato (1882-1948) foi um dos mais influentes escritores brasileiros do século XX. Foi um importante editor de livros inéditos e autor de importantes traduções. Dentre sua vasta obra, destaca-se o livro infantil as Memórias da Emília que foi publicado em 1936. Neste livro encontra-se o trecho a seguir descrito, que também é a epígrafe deste relato:

" - A vida, Senhor Visconde, é um pisca-pisca. A gente nasce, isto é começa a piscar, chegou ao fim, morreu. Piscar é abrir e fechar os olhos- viver é isso. é um dorme e acorda, dorme e acorda, até que dorme e não acorda mais. - [...] A vida das gentes nesse mundo, senhor sabugo, é isso. Um rosário de piscadas. Cada pisco é um dia. Pisca e mama; pisca e anda; pisca e brinca; pisca e estuda; pisca e ama; pisca e cria filhos; pisca e geme os reumatismos; por fim pisca a última vez e morre. - E depois que morre? Perguntou o Visconde. - Depois que morre, vira hipótese. É ou não é?"

(Lobato, M. 1936)

Os profissionais da saúde podem ser metaforicamente relacionados a este trecho, uma vez que, são sujeitos detentores de um determinado saber científico que, se aplicado em suas vivências de forma ética, pode auxiliar outros sujeitos em seu processo de desenvolvimento/envelhecimento. Em outras palavras, o especialista que executa seu trabalho respeitando a vivência, a cultura e também o conhecimento do usuário, possibilita uma “próxima piscada”, seja ela atribuída ao mamar, andar, brincar, criar, expressar até que se chegue a um morrer com dignidade.

Este estudo relata a intervenção de, aproximadamente, dois anos de trabalho de profissionais de saúde em processo de formação em residência multiprofissional. A partir dele surgiu o Projeto de Pesquisa 031851 - *SAÚDE DA CRIANÇA: PERCEPÇÕES E*

*CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS E GESTORES SOBRE A PRÁTICA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*, que teve o objetivo de analisar como se configura o cuidado integral à saúde da criança de 0 a 06 anos de idade junto às Estratégia de Saúde da Família, a fim contribuir na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral deste segmento populacional no município de Santa Maria-RS.

Vinculado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a execução do Projeto de Pesquisa foi realizada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. A análise e interpretação dos dados da pesquisa foram feitas pelos núcleos da enfermagem e psicologia e, a descrição das intervenções que deram subsídios e justificaram o levantamento de tais dados nos campos de prática da RMISPS, foi feita a partir do olhar do serviço social e fonoaudiologia.

O foco deste trabalho foi voltado para o cuidado da saúde na infância e, teve por objetivo, proporcionar aos usuários dos serviços de saúde um atendimento integral sendo capaz de dar conta de suas necessidades, bem como possibilitar a socialização do conhecimento por meio da educação em saúde de forma libertadora e emancipatória entre os profissionais envolvidos em tal cuidado. A temática se constitui a partir de percepções do dia a dia, por conta tanto da necessidade de ampliação do olhar dos profissionais da estratégia para com o cuidado integral da criança, quanto da carência de aparatos físicos e teóricos para o exercício deste cuidado.

## 2 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA INFÂNCIA

Entende-se a saúde da criança como a temática principal desta intervenção. A história nos mostra que mesmo nos períodos de crise e no modelo hegemônico as ações voltadas para o cuidado na infância (comparadas a outras abordagens), possuíam um caráter mais integral, o exemplo disto temos como protagonistas os “Clubes de Mães” e os grupos de puericultura. No entanto, estas ações não impactavam de forma significativa nos perfis de morbimortalidade, que só se modificaram a partir de ações amplamente difundidas pelos serviços de saúde nas últimas décadas, como: aumento da cobertura vacinal, melhoria das condições de saneamento básico e de nutrição e a introdução/expansão da terapia de reidratação oral<sup>1</sup>.

Na atualidade, não é possível pensar em um trabalho relacionado à política de saúde criança sem considerar alguns indicadores sociais que alimentam o planejamento estratégico e possibilitam um olhar mais ampliado em relação à população alvo.

Na área da educação o Brasil investiu, em 2010, apenas 5,8% do PIB em educação, mesmo com as pesquisas do IBGE indicando um percentual de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto de 50,2% e, na mesma linha, surpreendente, tendo 75% dos brasileiros dificuldades na compreensão e interpretação de diferentes textos<sup>2</sup>.

As pessoas que ganhavam mais de 20 salários mínimos de rendimento mensal representaram 0,9% da população ocupada do país, enquanto a parcela das sem rendimento foi de 6,6% e a das com remuneração até um salário mínimo, 32,7%. A taxa de mortalidade infantil é de 15,6‰, o que representou decréscimo de 47,6% na última década. O Sul manteve os menores indicadores em 2000 (18,9‰) e 2010 (12,6‰)<sup>3</sup>.

A Política Nacional de Saúde da criança organiza suas ações de acordo com linhas de cuidado prioritárias (Figura 1), compondo a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. São elaboradas para cumprir os compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde<sup>4</sup>.

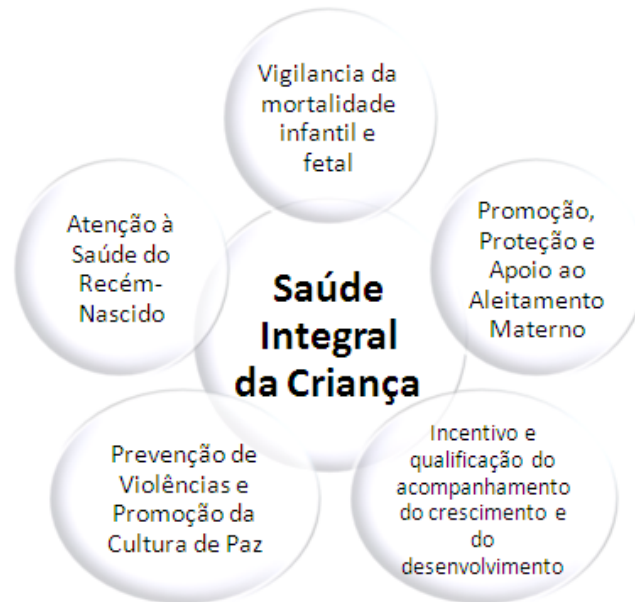


Figura 1 - Linhas de Cuidado Prioritárias

No estado do Rio Grande do Sul, a atenção integral à saúde da criança, além de ser um dos eixos prioritários das ações preconizadas pela OMS/UNICEF/MS para nortear as políticas públicas de saúde, está destacada como uma das prioridades dos Programas Estruturantes do Governo de Estado de acordo com o Plano Estadual de Saúde 2009-2011. Com relação aos índices de fatores de risco social para a mortalidade infantil no estado, temos, dentre os nascidos vivos, 17,8% de mães adolescentes, 5% de mães com instrução inferior a 4 anos de escolaridade, 5,7% de mães com mais de 4 filhos e 2,6% de crianças que não possuem Certidão de Nascimento. Esta realidade aponta para a necessidade de identificação precoce e acompanhamento diferenciado da gestante com vulnerabilidade social<sup>5</sup>.

A estratégia de Saúde da Família, poderia ser potencializada pela efetiva articulação das parcerias inter-setoriais, uma vez que, é caracterizada como estratégia prioritária para sua organização da atenção básica. A ESF, (como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde), com território adscrito, deve permitir, entre outros, o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado<sup>6</sup>.

O desenvolvimento de políticas públicas de atenção e promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos no Rio Grande do Sul é garantido pela Lei Estadual nº 12.544 de 03, de julho de 2006, que instituiu o Programa Primeira Infância Melhor - PIM<sup>5</sup>.

No município de Santa Maria, parte do processo de trabalho na atenção básica, se estabelece pela estratégia de saúde da família, comportando ações priorizadas para a infância (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientações para o desmame, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças prevenidas por imunização)<sup>7</sup>. Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família no Município de Santa Maria – RS conta com 16 equipes (Alto da Boa Vista, Arroio do Só, Bela União, Pains, Parque Pinheiro Machado, Roberto Binato, Santo Antão, São João, São José, Vila Lúcia, Vila Maringá, Vila Santos, Vitor Hoffman e Vila Urlândia) e representa 20% da população coberta.

Três das unidades destacadas anteriormente são campos de prática do Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Neste relato destacaremos as ações desenvolvidas no período de julho de 2010 até abril de 2012, na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Maringá.

A ESF localiza-se na porção leste da cidade de Santa Maria, próximo à Faixa Nova de Camobi. O local conhecido como Maringá, na verdade, abrange mais de um bairro: João Luiz Pozzobon, Maringá, Paróquia das Dores, Serrito e Jardim Berlezze. A área “central” (onde se localiza o posto) foi cedida, primeiramente, para alojamento de população de locais de risco da cidade. A essas famílias foi proporcionado um terreno e uma casa (construção COHAB). Não há pavimentação e, em alguns locais, o saneamento básico é precário. As ruas são esburacadas e é comum a permanência de dezenas de animais domésticos nelas.

A comunidade urbana, que é aquela que se localiza mais próxima da Unidade é, em sua maioria, formada por trabalhadores informais e desempregados. A atividade que predomina no local é o recolhimento do material reciclável do município. O comércio no bairro é feito através de mini-mercados, bares e brechós (nas próprias casas dos moradores).

O meio de transporte mais utilizado pelos moradores é o ônibus. Em decorrência da maioria da comunidade possuir trabalhadores catadores de material reciclável, estes utilizam também, como meio de transporte, a carroça.

Entre as lideranças existentes no local pode-se destacar a presença de religiosos, tendo a Igreja Católica, um Centro Comunitário que dispõe de atividades e serviços comunitários. A Igreja Evangélica, bem como a Umbanda, também possuem papel importante no meio comunitário. Os meios de comunicação mais utilizados são o rádio, televisão e internet.

Existem vários locais com excesso de lixo, de todos os tipos, condições insalubres, como é o caso de um rio que é utilizado para banhos e lazer no verão acarretando problemas de saúde como diarreias, doenças de pele, verminoses, segundo relato dos profissionais de saúde.

A ESF Maringá foi cenário de atuação para 4 profissionais residentes (Odontólogo, Enfermeiro, Psicóloga e Fonoaudiólogo). Este relato trará as experiências no cuidado na infância dos profissionais da área de Psicologia e Fonoaudiologia.

### **3 - METODOLOGIA DE TRABALHO**

A Intervenção, intitulada: “A INTERVENÇÃO DO PISCA-PISCA: QUANDO A SAÚDE TENTA POSSIBILITAR A PRÓXIMA PISCADA” foi realizada pelos profissionais da Residência Multiprofissional na ESF Maringá. A população da intervenção foi composta por todos os profissionais que integraram a Equipe de Saúde da Família, professores das escolas de educação infantil e ensino fundamental, bem como moradores da comunidade. As ações foram realizadas por meio de tecnologias aplicadas no processo de trabalho como: visitas domiciliares, projeto terapêutico singular, seminários intersetoriais, reuniões de equipe, grupos de educação e promoção da saúde, acolhimento e sala de espera, entre os meses de julho de 2010 e abril de 2012. As ações eram planejadas/replanejadas em preceptorias de núcleo, campo e seminários ampliados. A coordenação do PRMISPS recebia (semestralmente) relatórios do período anterior e o plano de ação para o período subsequente, tanto um quanto o outro eram socializados nos seminários ampliados de campo, com a presença de todos os residentes dos programas multiprofissionais da UFSM.

A intervenção foi possibilitada mediante contrato firmado entre a Prefeitura Municipal de Santa Maria, por meio do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde e UFSM, garantindo a permanência dos profissionais residentes desempenhando suas ações nos dispositivos públicos do município. Todos os participantes eram informados quanto à condição legal na qual os profissionais ali estavam, ou seja, era esclarecido que os residentes não faziam parte do quadro de funcionários da rede, e sim eram profissionais em processo de formação em nível de pós-graduação da UFSM.

Dessa forma este histórico, por se tratar de um relato de Intervenção, apresenta primeiramente um recorte de três variáveis, que são: 1) Ações intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares voltadas à capacitação, aprimoramento e socialização do conhecimento; 2) Ações desenvolvidas para a prevenção e promoção da saúde na infância; 3) Ações realizadas para a prostração de patologias mentais e de linguagem.

## **4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSÃO DOS RESULTADOS**

### **4.1 - Ações intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares voltadas à capacitação, aprimoramento e socialização do conhecimento:**

#### 4.1.1 - Seminários Intersetoriais:

Entendendo o processo de aprendizagem como de fundamental importância na construção de diferentes saberes, o projeto buscou uma articulação entre os serviços de saúde e educação, (ESF ↔ EMEF – EMEI), a fim de socializar conhecimentos e discutir casos demandados pelos espaços envolvidos.

Os seminários aconteceram de forma integrada com as reuniões de planejamento da EMEF e EMEI, com periodicidade quinzenal. Nestes encontros as temáticas foram pré-estabelecidas e discutidas a partir da demanda dos próprios professores que, a partir de uma reunião inicial priorizaram: Dificuldades no Processo de Aprendizagem (dislexia, discalculia, disortografia e disartria), Aquisição de Linguagem (Normal x Patológico), Fatores Emocionais no Convívio Diário.

Todo o processo metodológico utilizado nesta ação foi norteado na perspectiva do diálogo, entendendo que o mesmo contribui para o ato de ensinar e se complementa pelo aprendizado e que essa “mescla” do aprender↔ensinar só pode ser efetiva quando quem se dispõe a socializar o conhecimento e possibilitar o surgimento de um pensamento crítico sobre o tema.

Durante um encontro que abordava a temática das dificuldades de aprendizagem na EMEF, uma discussão surge a partir da apresentação da música Zazulejo – Teatro Mágico, especialmente no que se refere ao trecho a seguir transcrito.

“ Mas quando alguém te disser ta errado ou errada

Que não vai S na cebola e não vai S em feliz

Que o X pode ter som de Z e o CH pode ter som de X

Acredito que errado é aquele que fala correto e não vive o que diz.”

(Música Zazulejo, Teatro Mágico)



*Eu acho que a criança tem que aprender as regras do português [...] Dos meus eu cobro isso [...] Depois vão fazer alguma prova e vão ser cobrados [...]*

A intervenção priorizou o desenvolvimento de uma concepção de educação que instrumentalize os grupos e classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença. Também se percebeu no grupo que é necessário que o educador tenha disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre ele e educadores. Os sujeitos do diálogo devem conservar e manter a sua identidade possibilitando que cresçam conjuntamente<sup>8</sup>.

*Na minha opinião o professor tem que cobrar que escrevam corretamente, mas eu acho que também é importante cuidar o conteúdo do que foi escrito [...] As vezes nós cobramos de mais o jeito que eles escrevem e não vemos o que está escrito.*

A participação do grupo de residentes dentro de espaços da educação representou um dos maiores desafios desta intervenção. A ação teve a difícil tarefa de desconstruir conceitos clínicos perante os núcleos que, historicamente, se caracterizam pela clínica. Claro que não se perdeu nenhuma referencia teórica, bem como de preceitos práticos neste processo, apenas tentou-se evitar o “clanicismo”, a “patologização” e o “tecnicismo” na intervenção, ou seja, a ideia do trabalho permeou as dicotomias teoria e prática, ação e reflexão, conteúdo e processo de aprendizado<sup>9</sup>.

#### 4.1.2 - Reuniões de equipe

As reuniões de equipe, além de possibilitarem o monitoramento da saúde, permitem a divulgação de informações a respeito do tema em questão, o planejamento das ações para o território adstrito, e a socialização das ações e demandas da comunidade. Esses encontros da equipe contribuem para a educação do usuário (ou dos responsáveis por ele, no caso das crianças) em relação aos cuidados com a saúde e ao sucesso das intervenções. Acontecem todas as quartas feiras no turno da tarde quando a unidade está fechada para o atendimento ao público. Nestes encontros toda a equipe técnica e agentes comunitários de saúde participam<sup>10</sup>.

Nessas atividades, os residentes trabalham no sentido de dar um suporte metodológico para as reuniões. Essa proposta interdisciplinar se dispôs a promover intervenções educativas e de sensibilização mais eficazes, através de uma abordagem dinâmica e participativa, possibilitando um maior alcance da população e favorecendo a implicação dos profissionais nas atividades promovidas pela unidade. O trabalho de mediação por parte dos residentes teve

a preocupação de difundir a informação de maneira acessível e contextualizada, levando em conta as capacidades e peculiaridades do público ao qual se dirigiam. Abaixo alguns trechos que elucidam o convívio entre residentes-equipe.

*É a primeira vez que tenho a liberdade de conversar com alguém da universidade sem ter medo de ser julgada ou de falar errado [...] Com vocês parece que a coisa flui, que vocês param pra nos escutar e nos ajudam.*

*A residência tá aqui dentro, conhece as coisas do dia a dia [...] não são pessoas que chegando nada e querem nos ensinar a trabalhar. [...] Às vezes as pessoas entram nas reuniões sentam e tomam conta, temos tantas coisas pra falar e não temos espaço.*

O processo de trabalho em equipe se configura como uma proposta estratégica no processo de mudança do modelo biomédico centrado na doença. O aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea, ainda perpassa no cotidiano das ESF. A participação dos residentes contribui de forma significativa para a mudança desse quadro bem como do olhar sobre os sujeitos assistidos pela unidade<sup>11,12</sup>.

*Eu não tinha pensado nisso (referindo-se ao desfecho de uma situação apresentada na reunião) [...] tinha pensado que a médica seria a responsável nestes casos, não imaginei que a fono poderia contribuir.*

As histórias/situações serviam para exemplificar os métodos aprendidos nas formações, sendo assim, era com o próprio processo de trabalho que se aprendia coletivamente. Cabe a ressalva de que durante o tempo em que a residência teve contato com o sistema de saúde do município, muitos impasses administrativos dificultaram ou impediram que essas construções coletivas fossem uma rotina. A ausência de uma equipe completa, as contratações temporárias, a não periodicidade das reuniões e os recursos escassos são exemplos de problemáticas enfrentadas pelos profissionais e principalmente pelos usuários.

*Eu vi o dia que tu (fonoaudiólogo) falo sobre o jeito que a pessoa engole na outra reunião e quando visitei a casa dele eu vi que ele não tava normal. [...] eu até cheguei a dar algumas dicas pra mãe, mas acho que tu tinha que dar uma olhadinha.*

*Quando nós tínhamos enfermeira aqui, era ela que fazia essas coisas (grupos, visitas domiciliares e acolhimento)[...] Agora a gente conta com a ajuda de vocês.*

*O menino tem que ser aspirado de 10 em 10 minutos e está com um quadro clínico bem complexo [...] Tentei o carro da secretaria para fazer a V.D. e não consegui.[...] vou ter que fazer a visita com o meu próprio carro, fazer o que né.*

## **4.2 - Ações desenvolvidas para a prevenção e promoção da saúde na infância:**

### 4.2.1 Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares correspondem a uma parcela significativa das ações preconizadas para a Estratégia de Saúde da Família. Realizadas fora das paredes físicas da unidade, atualmente, representam a uma possibilidade de incorporação das tecnologias leves no cuidado na atenção primária. O ACS é o profissional que mais realiza visitas domiciliares, isso se justifica pelo fato de ser ele o responsável pela integração entre a equipe de saúde e a população<sup>13</sup>.

*Tenho um caso pra ti (fonoaudiólogo). [...] é uma menina da minha área, ela tem 2 anos e não fala nada [...] a mãe disse que é normal, que na família dela todo mundo fala tarde [...] a menina só aponta pras coisas e eles dão.*

Embora as visitas domiciliares sejam parte componente do trabalho realizado pela Estratégia de Saúde da Família, percebe-se que, nas unidades onde está inserido o trabalho da RMISPS, essa tecnologia de trabalho tem servido para contemplar aqueles pacientes com dificuldades de deslocamento até a Unidade de Saúde. Contudo, durante o tempo de residência, isso não foi uma prática corrente, já que, dependeu muito do profissional que compunha a equipe em cada momento. De qualquer modo, os residentes se utilizaram dessa tecnologia desde o início de seu processo de trabalho e, sempre que possível, o fizeram entre dois ou mais resides e levados pelos Agentes Comunitárias de Saúde.

As visitas tiveram a finalidade de promover maior aproximação e apropriação dos diversos fatores socioeconômicos, sócio-históricos, culturais e familiares das comunidades dos territórios das ESF. Ao trabalho multiprofissional, a ida ao território através das visitas permite uma ampliação da visão do profissional em relação ao paciente, possibilita também a ampliação do foco de interação/intervenção com o sujeito para o grupo familiar<sup>12</sup>. Dessa forma, acrescentam-se diversos elementos relevantes ao cuidado. Ainda, o vínculo com os usuários e suas famílias também se intensifica.

*Eu (usuária) dou de mamar pra ela aqui, deitada na cama [...] Daí durante a noite eu só me viro, ponho o seio na boca dela [...] Depois disso ela tosse e fica agitada e chorona.*

As primeiras visitas domiciliares eram realizadas, de preferência, junto os ACS's. Por conta dos impasses administrativos já descritos anteriormente, em alguns casos, quando uma família já era acompanhada pelos colegas residentes, a visita foi realizada junto ao colega que requisitou apoio desse núcleo de saber. Em casos em que a demanda veio da equipe, dentro da Unidade, ou mesmo do usuário que pede para falar com determinado profissional/residente, o procedimento foi conversar com o ACS e combinar como se daria o acompanhamento.

A frequência das visitas que deram sequência a primeira variaram conforme diversos fatores, como: papel do profissional no projeto terapêutico de determinada família, demandas dos usuários (incluindo gravidade/complexidade), disponibilidade de tempo do residente/profissional, entre outros.

As visitas foram registradas em prontuários dos pacientes e, sempre que possível, eram passadas informações relevantes aos profissionais de equipe de referência, tanto da Residência quanto da Equipe da Unidade de ESF. O tempo de cada visita variava conforme a situação de cada usuário/família e a demanda apresentada na mesma. Também se incluiu ao tempo da visita, aquele necessário ao deslocamento até cada micro-área, o que fez com que esse variasse muito dependendo do local, visto que, ou o residente ia a pé, ou de carona com algum dos colegas que eventualmente estivesse de carro. Algumas vezes (poucas) se utilizou transporte disponibilizado pela SMS.

As visitas domiciliares possibilitaram que aqueles usuários com dificuldades de acesso e/ou deslocamento recebessem um olhar do profissional/residente para com suas demandas de saúde, além daquele já oferecido pelo ACS's (que identifica essas demandas). Esse trabalho fortaleceu a relação desse usuário (ou dessa família) com a Unidade de Estratégia de Saúde da Família como um todo.

*A agente vem aqui toda a semana pra falar com nós [...] é importante né, porque no caso dele (bebê prematuro) tem que ter um cuidado maior [...] Isso que tu tá falando (posicionamento na hora da mamada), me disseram lá no hospital, mas eu tava tão cansada que nem consegui prestar muita atenção.*

A execução de um trabalho pautado pelas noções de territorialidade, integralidade e conceito ampliado de saúde (conforme preconizado na Estratégia de Saúde da Família),

possibilitou uma maior articulação do trabalho da RMISPS com o trabalho dos ACS's, enriquecendo assim, a noção de comunidade e todo o processo de formação dos residentes.

As ações domiciliares possibilitaram o entendimento de que a família, a vida doméstica e a comunitária não são separadas, e sim, inter-relacionadas e aglutinadas aos processos sociais, políticos e econômicos. Dessa forma, tanto o residente, quanto o profissional da equipe puderam refletir quanto à abordagem interdisciplinar no cuidado na infância, considerando os conflitos sociais de classe, raça e sexo e visando o fortalecimento das relações familiares, vínculos afetivos e redes de solidariedade específicas do local<sup>14</sup>.

#### 4.2.2 - Grupo de Educação e Promoção da Saúde

Percebendo a potencialidade para educação em saúde e promoção de autonomia/cidadania que um grupo representa, bem como criando iniciativas que superem o modelo biologicista atual buscando uma revolução cultural e a adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, (na teoria e na prática)<sup>15</sup> a intervenção se utilizou dessa tecnologia para desenvolver ações voltadas para a prevenção e promoção de saúde na infância.

O grupo acontecia semanalmente no Centro Social do bairro. Nos encontros eram realizadas dinâmicas e atividades de reflexão sobre sua realidade e vivência da maternidade e gestação, assim como seus papéis enquanto mulher, esposa, filha e cidadã. Durante as ações em grupo, se fortalece o vínculo das mulheres (mães e gestantes) e potencializa-se os laços comunitários, de modo que isso se transforme em práticas compatíveis com as políticas da saúde da mulher e da saúde da criança<sup>16</sup>.

*Eu conhecia ela de vista [...] sei que ela mora lá pra baixo. Nem sabia que ela tinha nenê pequeno, fiquei sabendo aqui no grupo.*

*A enfermeira me disse que se eu caminhasse mais, eu perderia peso [...] Mas me diz! Como caminhar nesse "areião"? Chego em casa tapada de pó.*

*Ser mãe é ser um super-herói [...] é padecer no paraíso.*

O espaço do grupo de mães e gestantes tornou-se um importante dispositivo de promoção, prevenção e educação em saúde, assim como permitiu reflexões sobre a vida, ampliação da autonomia e rede de apoio social, possibilitando a evolução de uma consciência ingênua a uma consciência crítico-reflexiva (Educação Libertadora)<sup>8</sup>.

*A mulher, às vezes, sofre em casa... Apanha e é xingada [...] nem gosta mais do marido, mas por não ter recurso, não poder trabalhar ou não ter onde deixar as crianças, tem que aguentar [...] nem sabe que tem o CRAS aqui perto ou a delegacia da mulher pra pedir socorro.*

As mães e gestantes sentiam-se acolhidas nesse momento importante de suas vidas e acabaram por perceber que o grupo era um espaço protegido para dividir suas dúvidas, experiências, ensinar e aprender com as outras participantes e facilitadoras. Mesmo não possuindo dados quantitativos, pode-se dizer que esta ação, auxiliou na mudança de indicadores em saúde, como o aumento de consultas de pré-natal, puericultura, cobertura vacinal, coleta de exame citopatológico, violência e agravos à saúde que poderiam ser evitados com este momento de esclarecimento e prevenção em saúde.

Merece destaque e, elucida a importância do olhar comunitário do profissional de saúde para com a comunidade, o fato de que a adesão ao grupo foi comprometida por conta da interface político-ideológica que o local das atividades (Centro Social) exercia dentro do bairro.

Para profissionais-residentes que buscavam um aprofundamento teórico/prático distanciado do modelo biomédico, a escuta dos sentimentos e percepções de mães (através do diálogo), ofereceu uma oportunidade ímpar de aprimorar os conhecimentos e o aprendizado da prática de facilitação de grupos com a própria ação, ou seja, a atuação em uma perspectiva de promoção de saúde, especialmente com uma população tão ampla e importante para a saúde, desenvolveu-se através da busca de referenciais teóricos e metodológicos pelos próprios mediadores (residentes).

Numa perspectiva construtivista, a finalidade última da intervenção pedagógica é contribuir para que o aluno desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo numa ampla gama de situações e circunstâncias, que o aluno “aprenda a aprender”<sup>17</sup>.

(Coll, 1994,p. 136)

#### 4.2.3 - Acolhimento e Sala de Espera

Dentro de nossa intervenção, o acolhimento foi uma estratégia utilizada com o objetivo de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde oferecendo uma assistência adequada. Para exercer essa “escuta qualificada” foram necessárias características, como flexibilidade e inteligência coletiva enquanto profissionais-residentes, a fim de, compor propostas alternativas que possibilitassem a aproximação da comunidade e o desenvolvimento do cuidado<sup>18</sup>.

A partir do acolhimento das demandas ocorreram outras ações intermitentes: “avaliações” (realizadas na Unidade, Escolas ou domicílios, conforme o caso); orientações a familiares/cuidadores/profissionais; apoio nos atendimentos de outros profissionais, compartilhamento de casos que necessitaram atendimento clínico individual em serviço de média complexidade tecnológica; breves atendimentos, quando necessário (segundo critérios pactuados com a equipe e residentes) priorizando as ações coletivas.

Em período constante, durante a intervenção, esta atividade teve variações quanto ao seu desenvolvimento. Diversificou-se conforme o número de profissionais da ESF envolvidos e as singularidades e prioridades de cada caso.

Para o processo de trabalho dos residentes, isso significou uma nova forma de pensar no cuidado integral na infância, uma vez que, potencializou-se o conhecimento e as ações com o aumento das trocas e a organização do cuidado exercendo a cooperação, articulação, conexão e redes de apoio. Desta forma abriu-se caminho para a ampliação das discussões intra ou interinstitucional frente à divergência de visões no cuidado como estruturante do trabalho e da equipe como um todo<sup>19</sup>.

Percebemos através dessa ação que muitos usuários, que aguardavam em fila de espera nos serviços públicos e clínicas-escolas, para avaliação ou terapia em locais de atenção secundária obtiveram uma resposta em curto espaço de tempo. Cabe a salvaguarda de que os recursos humanos, tecnológicos e/ou financeiros dispostos pela saúde no município estão longe de alcançar a capacidade de atender a demanda, (tanto fonoaudiológica quanto psicológica) tornando-se imprescindível a priorização de necessidades<sup>20</sup> através, não só do acolhimento, mas também a adoção de escalas de risco, fortalecimento e divulgação dos fluxos de referencia/contra-referencia e contratação de novos profissionais especialistas para a atenção básica (NASF).

Para a realização das ações em sala de espera, consideramos o fato de que as pessoas que se encontravam naquele espaço poderiam não se conhecer e nem manter um vínculo estável, caracterizando um agrupamento e não um grupo<sup>21</sup>. Contudo, sugerimos atividades sazonais para que, comumente, formassem um trabalho de grupo, de modo singular e específico para aquele contexto<sup>22</sup>.

Dessa forma enquanto os usuários aguardavam o atendimento, falavam sobre suas ânsias, enfermidades, dúvidas, reclamações enfim, de sua vida como um todo. A partir dessas demandas, acontecia então, uma troca de vivências comuns, cujo resultado dela era uma interessante mistura entre o saber popular e o saber profissional, referente ao cuidado em saúde na infância<sup>23</sup>.

Os materiais educativos, normalmente elaborados pelos profissionais-residentes, buscavam ser claros e objetivos e eram compostos por: cartazes, banners, folders, informativos, filmes e documentários em vídeo, músicas, etc. O uso desses materiais aplicava-se a temáticas coletivas, a fim de dar visibilidade às dúvidas e hábitos comunitários, ou seja, as informações eram direcionadas às necessidades dos sujeitos e do coletivo ali configurado<sup>24</sup>.

É importante lembrar que o espaço da sala de espera, embora seja integrado a instituição de saúde, é também um espaço popular. Portanto, existia uma parcialidade no “controle” e na efetividade das ações, já que, o fluxo de pessoas era variado e contínuo. Todavia com a inserção dos profissionais-residentes pôde existir uma interação dialógica com os usuários, transformando este local num espaço também de socialização de saberes<sup>23</sup>.

Na execução das ações voltadas ao acolhimento e a sala de espera, também foram encontradas algumas dificuldades: estrutura física da unidade incompatível com a lógica comunitária e de ESF, ausência de materiais (seja de cunho individual e/ou coletivo); falta de periodicidade nas reuniões de equipe para a socialização das demandas; inexistência de instrumentos padronizados de registros das ações e demandas.

O aprendizado para o profissional-residente com essas práticas esteve centrado na realização de ações coletivas, no pensar no campo de possibilidades extra-núcleo profissional e no referenciamento dos usuários à rede de saúde e/ou assistência com mais “segurança”, em comparação a realidade exclusivamente nuclear, para que assim, pudessem integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos sujeitos, das famílias e da comunidade. Em suma, buscaram-se novos modos de agir e de interagir com a prática a fim de responder às necessidades de saúde das pessoas em suas diferentes dimensões<sup>25</sup>.



### **4.3 - Ações realizadas para a prostração de patologias mentais e de linguagem:**

#### 4.3.1 Projeto Terapêutico Singular

Tal tecnologia emerge dos anos 90, advinda dos serviços de Saúde Mental e, posteriormente, difundida e adaptada para outros espaços em que se pratica clínica, a exemplo da atenção primária, dos centros de referência e dos hospitais. Teoricamente essa tecnologia objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários especialistas<sup>26</sup> na prática configurou um dos principais desafios da intervenção relatada.

Entende-se por PTS o movimento de co-produção e co-gestão do cuidado de um Sujeito Singular. Tal movimento pode ser exemplificado pelas ações destacadas: discussão coletiva de caso clínico; realização de reunião de toda equipe para definição de propostas de ações; considerar que todas as opiniões são importantes para compreender o caso<sup>27</sup>.

Para a realização do PTS, metodologicamente sugere-se quatro momentos: 1) Diagnóstico, buscando uma avaliação que possibilite uma conclusão a respeito do risco e da vulnerabilidade do usuário; 2) Definição de Metas, visando construir propostas de curto médio e longo prazo; 3) Divisão de Responsabilidades, onde compartilha-se ou defini-se as tarefas de cada um com clareza, aumentando as possibilidades de identificação dos problemas e diminuindo as possibilidades das práticas meramente prescritivas; 4) Reavaliação, momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correção de rumo<sup>27</sup>.

Após um breve “situar teórico” sobre essa tecnologia alguns apontamentos podem/devem ser realizados, entendendo este trabalho como um relato e partindo do princípio que aqui faz-se a necessidade do registro dos resultados, sejam eles “positivos” ou “negativos”.

Primeiro se entende-se PTS como já foi descrito anteriormente, cabe a descrição de que nesta intervenção não foi possível executar esta tecnologia, considerando sua totalidade e plenitude. Segundo, é importante destacar que a intervenção caracteriza o rompimento de um paradigma do trabalho em saúde, tanto para com os profissionais da rede quanto para com a nossa própria formação. Terceiro, desencadear um processo de mudança tão significativo, cronologicamente falando, em alguns meses de trabalho é algo substancialmente complexo, considerando a realidade na qual estávamos inseridos.

Evidentemente alguns aspectos/etapas relacionados ao PTS foram executados, porém de forma separada e desagregada. O processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais-residentes, passou por diferentes arranjos, tentativas, ensaios, em suma, não existiu uma configuração no cenário teórico-prático de tal formação, que contribuísse para a execução de um PTS tal e qual evidenciado pelas referencias propostas.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As políticas públicas para com o cuidado da saúde da criança têm apontado para novas perspectivas, quando falamos de modelos teóricos que respaldam a prática cotidiana, dentre elas a interdisciplina. Os conceitos, métodos, terminologias aqui descritas fizeram parte do dia a dia dos profissionais da ESF no tocante da execução dessa intervenção, porém não há como garantir que a partir de agora as sugestões, as modificações ou até mesmo o “olhar” frente à situações/histórias relativas às ações na infância serão incorporadas ao processo de trabalho da equipe.

O término desta intervenção caracteriza também o final de um ciclo para um determinado grupo de profissionais-residentes e, o início de um novo ciclo, com a chegada de novos colegas. A partir de agora estes terão a liberdade de reavaliar, modificar, opinar e valer-se das suas experiências e expectativas e é isso que faz com que as ações em saúde possam estabelecer a tão falada continuidade não configurando um mero engessamento do trabalho.

È sabido que muitas das proposições acabaram por se tornar “tentativas frustradas”, mas que tem seu valor qualitativo se entendermos a Residência como um espaço de construção de saberes, já que também aprendemos com nossos erros. O processo de construção, execução, avaliação e por fim socialização dessa intervenção contribuiu significativamente na formação dos profissionais-residentes envolvidos.

A partir desta intervenção é que emerge a necessidade de avaliar, através de uma pesquisa, as ações em saúde infantil nas unidades de campo do PRMISPS. Com a socialização destes dados espera-se sensibilizar os profissionais da rede a trazerem para sua realidade o preenchimento da caderneta da criança e, aos gestores, a disponibilização de aprimoramentos, recursos humanos e instrumentais, por exemplo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - PRADO, SRLA; FUJIMORI E; CIANCIARULLO TI; A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: Estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 399-407.
- 2 - INEP. Estatísticas: gastos com educação e indicadores financeiros. Disponível em: [http://portal.inep.gov.br/web/guest/estatisticas-gastoseducacao-indicadores\\_financeiros-p.t.i\\_nivel\\_ensino.htm](http://portal.inep.gov.br/web/guest/estatisticas-gastoseducacao-indicadores_financeiros-p.t.i_nivel_ensino.htm) Acesso em: 09 de Junho de 2011.
- 3- IBGE. Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_gerais\\_amostra/default\\_resultados\\_gerais\\_amostra.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/default_resultados_gerais_amostra.shtm) Acesso em: 09 de Junho de 2011.
- 4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Política da Criança: principais Ações. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29865](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29865) Acesso em: 09 de Junho de 2011.
- 5 - RGS. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2009 – 2011. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/dados/1285292213796PES\\_2009\\_2011\\_FINAL\\_MODIFICADO\\_EM\\_22\\_09\\_10.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/dados/1285292213796PES_2009_2011_FINAL_MODIFICADO_EM_22_09_10.pdf) Acesso em: 09 de Junho de 2011.
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, *Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde;2009.
- 7 - BRASIL. Ministério da Saúde. SNPES/DINSAMI, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. *Programa de atenção integral á saúde da criança, acompanhamento e desenvolvimento* (3ª Ed). Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- 8 - FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. *Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1996.
- 9 - DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência* 2001;1(2):5-15.
- 10 - ARAÚJO, MBS, ROCHA PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 455-64.
- 11 - PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1): 103-9
- 12 - SOUZA, RA; CARVALHO, AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia* 2003, 8(3), 515-523
- 13 - BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica e revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e

programa de agentes comunitários de saúde. *Portaria n. 648, 28 de março de 2006*. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006.

14 - KLOCK AD, HECK RM, CASARIM ST. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. *Texto e Contexto Enferm*. 2005;14(2):237-45.

15 - CAPRA F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. (23ª ed.). Cultrix, São Paulo. 2002

16 - FERRAZ ST. A saúde fora do setor saúde ou lições da Agenda 21. *Promoção da Saúde*. 2000, 2(3):12-14.

17 - COLL, CS. *Aprendizagem escolar e construção do conhecimento*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994

18 - MOLINI-AVEJONAS DR, MENDES VLF, AMATO CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(3):465-74

19 - NASF: previsão de 500 vagas para fonoaudiólogos até 2011. *J CFFa*. 2008;9(39):4-5.

20- GOULART BNG; CHIARI BM. Construção e aplicação de indicadores de saúde na perspectiva fonoaudiológica: contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2006;11(3):194-204.

21- ZIMERMAN DE. OSÓRIO LC. *Como trabalhamos com grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

22 - TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera; território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

23 - TEIXEIRA, E. R.; DAHER, DV. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 1999 Jan-Abr; 8 (1): 312-25.

24 - FERRARI, M. et al. Health materials and strategies for the prevention of immigrants' weight-related problems. *Qualitative Health Research*, v. 19, n. 9, p. 1259-1272, 2009.

25 - ACIOLI S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 187-204

26 - CUNHA GT. *A clínica ampliada na atenção primária*. São Paulo: Hucitec; 2005.

27 - MENDES VLF. Atuação fonoaudiológica no NASF. In: 17o Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2009; out 21-24; Salvador. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;(Supl Esp).