



ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

O SISTEMA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SOBRAL/CE SOB A ÓTICA DE NUTRICIONISTAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

¹Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos, ¹Jessika Lorena Parente Linhares, ¹Larissa Alves Pinto, ¹Luisa Vilas Boas Cardoso, ^{*2}Francisco Valdicélio Ferreira, ³Tamires Alexandre Felix and ⁴Francisco José Leal de Vasconcelos

¹Nutricionista, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE, Brazil

²Nutricionista, Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família, Vigilância Alimentar e Nutricional da Secretaria da Saúde de Sobral-CE, Brazil

³Enfermeira, Mestre em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará – UFC, Brazil

⁴Enfermeiro e Advogado, Especialista em Gestão do SUS pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e Coordenador Administrativo Financeiro da Secretaria da Saúde de Sobral-CE, Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th December, 2017
Received in revised form
22nd January, 2018
Accepted 10th February, 2018
Published online 30th March, 2018

KeyWords:

Health Services,
Health Care;
Non-Medical Non-Dental
Residence; Reorientation of
Health Services.

ABSTRACT

Objective: To describe the experiences experienced by nutrition professionals in the health services of the municipality of Sobral-CE, as well as their contributions and challenges as a resident in the Family Health Strategy.

Methods: This is a qualitative experience report by professionals from the Nutrition category of the Multiprofessional Residency in Family Health in Sobral, CE, from September 2016 to May 2017. The canary for this experience in the municipality were those who presented nutritional demands or were part of the network of nutritional services of the municipality.

Results: The Health and Nutrition Surveillance System, Epidemiological Surveillance, Four Leaf Clover and the Arco Cozy House, the Best Home Program and the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care, were developed at the municipal and district poles. These are the services that most present nutritional demands in which it is configured to make the category.

Conclusions: The Multiprofessional Residency in Family Health provided us with this moment of great importance for the practice, we noticed that the services performed work in perfect language with the health care network. This has allowed us to visualize as a model for many other managements in Brazil.

Copyright © 2018, Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos, Jessika Lorena Parente Linhares, Larissa Alves Pinto, Luisa Vilas Boas Cardoso, Francisco Valdicélio Ferreira, Tamires Alexandre Felix and Francisco José Leal de Vasconcelos, 2018. "O sistema municipal da saúde de sobral/ce sob a ótica de nutricionistas da residência multiprofissional em saúde da família", *International Journal of Development Research*, 8, (03), 19731-19738.

INTRODUCTION

O Sistema Único de Saúde (SUS) se define como o modelo organizacional brasileiro que permite a concretização das políticas públicas de saúde no país. Constitui-se como um conjunto articulado de ações e serviços neste setor, prestados

Corresponding author: Francisco Valdicélio Ferreira, Nutricionista, Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família, Vigilância Alimentar e Nutricional da Secretaria da Saúde de Sobral-CE, Brazil.

por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e ainda pelos serviços privados em caráter complementar (Vasconcelos e Pasche, 2009; Brasil, 2000). O SUS surgiu em um período que ficou conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira, diante de um processo que mobilizou a sociedade civil para propor novos pensamentos políticos e moldes de organização do sistema, serviços e práticas de saúde. Deste modo, o SUS apresenta uma ampla concepção de saúde, não somente baseada no estado ou ausência de doenças, mas sim, parte de uma visão mais abrangente dos seus determinantes e condicionantes de

saúde (Vasconcelos e Pasche, 2009; Brasil, 2000). A partir da proposição do SUS, muito se tem discutido a respeito da formação em saúde no Brasil. Ceccim & Feuerwerker (2004), propõem para essa discussão o conceito do quadrilátero, que permite uma construção organizada e uma análise crítica da educação, a partir da integração ensino, gestão, atenção e controle social. Em termos práticos, com a responsabilização do Ministério da Saúde pela formação dos profissionais para atender as necessidades do SUS, alguns projetos foram criados, como é o caso do Pró-Saúde e PET Saúde e, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, a Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da saúde, por suas potencialidades para a formação do novo trabalhador em saúde (Nascimento; Oliveira e Others, 2010). As residências multiprofissionais em saúde e em área profissional da saúde existem desde 1975, mas tiveram sua regulamentação apenas em 2005, a partir da promulgação da Lei nº 11.129. Norteiam-se pelos princípios e diretrizes do SUS, de acordo com as necessidades socioepidemiológicas locais e regionais, tendo por objetivo, possibilitar tanto a formação de profissionais quanto a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS. (Brasil, 2005; Brasil, 2006; Brasil, 2017). Atualmente, opais conta com 212 programas de Residências Multiprofissionais e 296 de residência em área profissional da saúde. (SisCNRMSapud BRASIL, 2017b). Destas, o estado do Ceará também contempla programas de residências, dentre elas, destaca-se para este relato a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de Sobral.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral foi implantada no ano de 1999, vinculada ao Sistema Municipal da Saúde de Sobral. Surgiu pela compreensão da necessidade de qualificar, inicialmente, os profissionais da rede para um novo paradigma em saúde, diferente dos modelos tradicionais de pós-graduação, tendo como ênfase, a promoção da saúde, a educação popular e a educação permanente (Junior *et al.*, 2008; Parente *et al.*, 2006). Deste modo, para a formulação dessa residência, considerou-se que o residente não podia ter uma mera função de observador e acompanhante do sistema de saúde, mas sim, ser um sujeito ativo no processo de construção formativo para o trabalho. Logo, o desenho teórico-metodológico da RMSF de Sobral organiza-se, a partir de vivências de aprendizagem, que buscam intensificar e aprimorar a prática profissional, partindo da busca de conhecimentos e experiências relevantes à Estratégia de Saúde da Família, e que sejam pertinentes a cada categoria profissional (Brasil, 2015). Atualmente, o programa conta com 10 categorias profissionais (odontologia, serviço social, fisioterapia, educação física, farmácia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia e fonoaudiologia), não pertencentes ao sistema de saúde do Município, contemplando, também, profissionais vindos de outros estados do Brasil (Alagoas, Maranhão, Piauí e São Paulo). Dentre estes profissionais, a categoria de nutrição, contemplada desde o ano de 2001 na RMSF de Sobral, apresenta um importante papel para com as ações de alimentação e nutrição nos territórios. Mas para tal, é preciso, além de vivenciar o território, estudar a prática e produzir cientificamente, cabe também, explorar as redes Intersetoriais e serviços de saúde do município de Sobral, a partir da vivência de extensão de caráter obrigatório (BRASIL, 2015). Tais vivências são de extrema relevância para o processo formativo, pois garante; o aprimoramento do fazer dos mesmos dando-lhes oportunidades de interagir com experiências de trabalho em unidades de saúde tanto da

Atenção Primária, como Secundária e Terciária; permite compreender o funcionamento e o fluxograma de atendimento dos serviços pertinentes as ações de alimentação e nutrição; estabelece laços entre as redes de atenção e encurta os processos burocráticos previamente estabelecidos; e por fim, constitui um momento indispensável para intensificar e aprimorar o fazer profissional pertinente a categoria a partir da busca de conhecimentos e experiências, de forma a contribuir para aumentar a efetividade das práticas e saberes dentro dos territórios (Brasil, 2015). Diante do exposto, esse relato tem por objetivo descrever as experiências vivenciadas pelos profissionais nutricionistas nos serviços de saúde do município de Sobral-CE, bem como suas contribuições e desafios como residente na Estratégia de Saúde da Família.

MATERIALS AND METHODS

Trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo, realizado por profissionais da categoria de nutrição da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-CE, entre os períodos de setembro de 2016 à maio de 2017. O cenário para tal vivência no município foram os que apresentassem demandas nutricionais ou fizessem parte da rede de serviços da atenção nutricional do município. São eles, Vigilância Alimentar e Nutricional, Vigilância Epidemiológica, Trevo de Quatro Folhas e Casa acolhedora do Arco, Programa Melhor em Casa e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (sede e distrito). O município atualmente conta com estimativa de 205.529 habitantes (IBGE, 2017), mantém um espectro de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atinge os 100% da população e apoio de 63 equipes saúde da família, 44 equipes saúde bucal, 410 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 260 agentes de combate endemias. Em estrutura, ainda existem 36 Centros de Saúde da Família e 6 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB), (BRASIL, 2018). Para fins explicativos, a Vivência de Extensão de caráter Obrigatória compreende a realização de estágios obrigatórios nos serviços da rede municipal de Saúde de Sobral. Ocorrem através de intercâmbios institucionais, acompanhadas e avaliadas pela preceptoria, tendo a possibilidade de vivenciar nos diversos níveis de atenção à saúde (primário, secundário, terciário ou na gestão). As vivências foram organizadas em três turnos de 12 horas para cada serviço, totalizando, no final, 80 horas (BRASIL, 2015).

RESULTS AND DISCUSSION

Sistema de vigilância alimentar e nutricional

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) mais recente apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (Brasil, 2012). Nesse aspecto, a Vigilância Alimentar e Nutricional tem como objetivo cooperar e se articular para promover a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), e suas informações devem subsidiar ações voltadas para a promoção e assistência à saúde, em nível individual e coletivo. Podemos então dizer que a atitude de vigilância constitui-se no olhar atento para o estado nutricional e as práticas alimentares da população, permitindo uma ação

precoce, quando constatado algum desvio. As informações devem subsidiar ações voltadas para a promoção e assistência à saúde, em nível individual e coletivo (Brasil, 2015). O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), tem potencial para diagnosticar a situação de saúde da população, identificar nos territórios os grupos que apresentam desvios nutricionais, e fatores determinantes para a ocorrência de agravos nutricionais, subsídio para o planejamento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (Brasil, 2015). Atualmente o SISVAN Web fornece informações contínuas e permanente sobre o aleitamento materno exclusivo e complementar, alimentação nas faixas etárias entre 06 aos 24 meses, 02 à 05 anos e marcadores de consumo alimentar de crianças maiores de 5 anos, adolescentes, adultos e idosos. Os formulários são distintos e se apresentam um para o público de crianças menores de dois anos e outro para crianças de 2 a 9 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Geralmente, as questões se referem ao dia anterior (ontem), por ser mais fidedigna, evitando viés de memória. Com a efetivação das políticas públicas voltadas para a SAN, o Brasil alcançou nos últimos doze anos a superação da fome e da extrema pobreza, saindo do Mapa Mundial da Fome, pela combinação virtuosa de forte expansão da produção agrícola e ampliação do acesso ao alimento. Outra conquista demonstrada por estudo de base longitudinal elaborado pelo Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em que se evidencia redução expressiva da desnutrição crônica e grave de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas pelos serviços de saúde de 2008 a 2012 (Brasil, 2015). Sobre as condicionalidades do PBF no setor saúde estas englobam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a vacinação de crianças menores de sete anos de idade e a atenção ao pré-natal e no pós-parto (Carvalho, *et al.*, 2013).

A Célula da Vigilância Alimentar e Nutricional de Sobral funciona de segunda a sexta de 08:00 as 12h e de 13h as 17h, tem uma equipe composta por 01 Nutricionista, 01 Enfermeira, e 03 digitadores dos programas coordenando todos os programas relacionados a alimentação, dentre eles: SISVAN-WEB, Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Sistema e Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó – NutriSUS e o Programa de Alimentação para Necessidades Alimentares Especiais – PANNAE. Durante a experiência na Vigilância Alimentar e Nutricional vivenciamos momentos oportunos para conhecer os programas executados na atenção básica como estratégia de acompanhamento, cuidado e prevenção de carências do estado nutricional. Na ocasião, pudemos acompanhar a equipe de profissionais responsáveis por cada programa e entender os processos de operacionalização, bem como as dificuldades e potencialidades para efetivá-los. O SISVAN-WEB, é um sistema informatizado com dois perfis de acesso público e privado, os relatórios consolidados podem ser acessos por qualquer pessoa no portal eletrônico do Departamento de Atenção Básica, para o acesso privado necessita-se ter a senha cadastrada pelo município de abrangência. O acesso privado oportuniza o digitador a inserir dados sobre o perfil alimentar e nutricional da população e dados referente ao consumo alimentar. Este sistema nos oportuniza a avaliar como se dá na realidade o perfil da qualidade alimentar bem como o estado nutricional da população, podendo gerar políticas de

enfrentamento para algumas intercorrências que possa acontecer (Brasil, 2015). O Programa Nacional de Suplementação de Ferro foi instituído no ano de 2005 através da portaria numero 730 como estratégia da Política Nacional de Alimentação e Nutrição tendo como objetivo o controle e a prevenção da anemia em crianças até os 24 meses gestantes e mulheres até o terceiro mês pós-parto ou aborto. No ano de 2013 o programa foi reformulado e descentralizou-se no âmbito tripartite com recursos através da Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013. (Brasil, 2013). O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, objetiva a redução e o controle dessa deficiência nutricional em crianças com idade de 06 a 59 meses, atualmente não se fornece mais vitamina A para puérperas no pós-parto imediato, notícia notificada através de nota no portal da Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde, no qual enfatiza no Guideline da OMS em 2013 que não existe mais evidências fortes para a administração de vitamina A como medida de saúde pública, orientando a todas as gestantes seguir o Guia Alimentar para a População Brasileira como alimentação saudável e adequada (Brasil, 2013). Sistema e Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, tem o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família para o acompanhamento das condicionalidades e dos beneficiários da saúde, estes são acompanhados semestralmente no qual os dados antropométricos (peso e altura), em todas as faixas etárias, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e do calendário vacinal em crianças com até 07 anos, mulheres em idade fértil entre 14 e 44 anos, pré-natal e acompanhamento da saúde das nutrizes e do bebê em aleitamento materno (Brasil, 2009).

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, foi lançada no ano de 2012 objetivando fortalecer os profissionais da Atenção Básica para o incentivo ao aleitamento materno e a prática da alimentação saudável para crianças com idade até 02 anos no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem também como iniciativa a educação permanente e a formação de tutores para disseminação do conhecimento e as vivências realizadas nos territórios (Brasil, 2012). Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó – NutriSUS foi lançada no ano de 2015 pelo ministério da saúde no qual objetiva a adição de nutrientes na alimentação da criança com faixa etária de 06 meses a 03 anos e 11 meses que frequentam creches, e a melhoria do pleno desenvolvimento, prevenção e proteção da anemia e carências nutricionais na infância, esta é uma ação que já vem sendo implantada em vários países inclusive em municípios do Brasil, sendo estabelecida pela Ação Brasil Carinhoso (Brasil, 2015). Programa de Alimentação para Necessidades Alimentares Especiais – PANNAE, este é mais uma inovação no que diz respeito ao cuidado humanizado aos pacientes que necessitam de cuidados multiprofissionais no domicílio, estes pacientes são os que recebem alta hospitalar com necessidades de alimentação especial e cuidados muitas vezes intensivos, portanto este é o programa responsável pela assistência holística domiciliar. Além disso, a VAN elabora materiais como folders, panfletos, cartazes, e disponibiliza para as Unidades Básicas de Saúde. Realiza também educação permanente com os profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Participa das reuniões de gerentes das Unidades de Saúde para transmitir as informações necessárias para efetivar as ações de alimentação e nutrição. Como potencialidade afirmamos que Sobral já consegue acompanhar os ciclos da

vida, não contente apenas com o que é prioridade que são as gestante e crianças. Dessa forma, tem como gerar relatórios de acordo com cada território e a partir daí, direcionar as ações de vigilância alimentar e nutricional para todos os públicos.

Vigilância sanitária de Sobral

Segundo a LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1988 a Vigilância Sanitária é caracterizada pelo conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (Brasil, 1990). Esse setor na realidade do município de Sobral vem aperfeiçoando o serviço de Vigilância com a aquisição de novos equipamentos, o treinamento de seus servidores e a definição de normas de trabalho, tendo sempre como prioridades saúde do cidadão sobralense. Os serviços oferecidos nesse setor são de fiscalização e licenciamento de indústrias e estabelecimentos de comércio e manipulação de alimentos, como: bares, restaurantes, padarias, supermercados, serviços de interesse a saúde, salões de beleza, academias, clubes, hotéis, e óticas. Controle e investigação de surto de doenças transmitidas por alimentos. Sobre tudo atendimentos decorrentes de denúncias. Em caso de irregularidades os sujeitos podem procurar a vigilância sanitária, principalmente ao identificar erros de manipulação, presença de insetos, roedores e alimentos deteriorados em supermercados, bares, restaurantes, venda ambulante e padarias, farmácia e drogarias clandestinas, medicamentos com validade vencida, adulterados, clandestinos e sem procedência, material não esterilizado, reutilização de materiais descartáveis, falta de limpeza em salões de beleza, clínica, consultórios e academias, piscinas em mal estado de conservação e limpeza, e água para consumo inadequado.

As denúncias devem ser direcionadas a vigilância sanitária ao encontrar problemas ou precisarem de orientação. O setor faz a escuta e após analisa cada questão para uma suposta intervenção. As nutricionistas residentes conheceram no primeiro turno de vivência nesse setor a estrutura física, os profissionais que compõem a equipe, os serviços prestados apresentados na fala dos profissionais. Nos demais turnos, o momento foi oportuno para acompanhamento da prática das ações da vigilância visitando estabelecimentos de indústria e manipulação de alimentos. Além, de mercadinhos de pequenos portes. Na ocasião, percebeu-se que as ações são importantes para as adequações dos estabelecimentos para promover a segurança alimentar e nutricional de acordo com a legislação RDC 216 e NBR 22.000. A equipe de profissionais apresentam uma postura firme, o que favorece a adequação dos estabelecimentos a seguir a norma das legislações vigentes municipais.

Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (nasf - ab)

Dentro do escopo de apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS (Atenção Primária a Saúde) no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, atualmente com a nova Política Nacional de Atenção Básica passou a chamar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf - AB). Um Nasf –

AB deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Tem sempre como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos (Brasil, 2009). Segundo as diretrizes do Nasf (2009), o nutricionista, deve desenvolver estratégias junto aos outros profissionais do Nasf e das equipes de Saúde da Família para identificar oportunamente problemas relacionados à alimentação e nutrição e referenciar para outra instância do sistema de saúde, quando necessário, além de desenvolver ações de promoção da alimentação saudável e de prevenção de agravos relacionados à alimentação e nutrição. Deve apoiar o desenvolvimento de ações alternativas de alimentação e nutrição voltadas às famílias do Programa Bolsa-Família ou similares. Aspecto a ser contemplado também é a formação e a educação permanente dos profissionais das equipes de Saúde da Família. O Nasf-AB de Sobral atua na sede e nos distritos, as equipes são divididas por categorias e estruturadas de acordo com a necessidade e demanda dos territórios, assim como na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Porém diferente das equipes da RMSF que apoiam apenas dois territórios, o Nasf-AB apoia de 03 a 05 territórios e tiram de um a dois turnos para atuarem nas demandas dos distritos. Sendo essa uma das principais dificuldades encontradas pelas equipes, logo possuem pouco tempo nos territórios dificultando a vinculação e o desenvolvimento de atividades educativas e cuidado continuado em saúde.

A vivência no serviço teve carga horária de 12 horas, o primeiro momento foi a apresentação do serviço, pela coordenadora, onde a mesma fez uma breve explanação, mostrando como as equipes estavam distribuídas, quais categorias e nos apresentou o sistema de informação do Nasf-AB (SISNASF), onde mensalmente os profissionais alimentam com suas produções. O mesmo disponibiliza de o um espaço para compartilhamento de fotos e materiais de apoio. O segundo momento foi a vivência prática no centro de saúde da família nos distritos, junto com a equipe multiprofissional: psicóloga, profissional de educação física, fisioterapeuta e assistente social. Fomos acolhidas e informadas sobre algumas dificuldades no trabalho no distrito. Sendo o Centro Saúde da Família um pouco distante de algumas residências, fato este que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde bem como a formação de grupos de educação em saúde, tendo apenas um grupo bem articulado, o de idosos que acontece quinzenalmente da casa de uma das participantes. Na ocasião foi possível conhecer a comunidade, os equipamentos sociais disponíveis: escola, igreja e associações comunitárias. Fomos acolhidas na casa de uma usuária, onde acontece o grupo de idosos no qual relatou um pouco de como é a vida no distrito e quão valioso são os momentos no grupo de convivência. Geralmente na sede o Nasf-AB conta com o apoio da RMSF em suas atividades, mas no distrito eles retiram um turno para atendimentos, visitas, atividades em grupos, ações comunitárias, visitas domiciliares, e cuidado continuado ou ações integradas junto com a comunidade. Sobre as visitas domiciliares algumas dificuldades são encontradas devido as distancias e a falta de transporte, mais não sendo empecilho para o cuidado continuado. A atuação no distrito acaba tendo mais impasses do que na sede, outra fragilidade é alta

rotatividade de profissionais, que acaba comprometendo o processo de criação de vínculo e o plano de cuidado. A atuação do nutricionista no Nasf-AB é bem semelhante a prática do nutricionista da RMSF, com ressalva de que o nutricionista residente se vincula muito mais a dois territórios, passando a ter mais tempo para se dedicar as atendimentos rotineiros, visitas domiciliares, ações comunitárias e atendimentos de programas da rede de alimentação e nutrição e vigilância alimentar e nutricional.

Vigilância Epidemiológica

Com a organização e a municipalização do Sistema de Saúde de Sobral, desencadeada em 1997, foi implantada a Coordenação de Vigilância à Saúde, com a responsabilidade de organizar e gerenciar o fluxo de informações relativos à situação de saúde no município, compreendido nas diversas atividades de programas de saúde pública nele existentes. Em janeiro de 2001, o município de Sobral-CE foi certificado para assumir a gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de acordo com as competências e a sistemática de financiamento definidas na Portaria nº 1399/GM, de 15 de dezembro de 1999. Com esta medida o município passou a ser responsável, perante o Ministério da Saúde, por todas as ações que se referem às áreas de vigilância, prevenção e controle de doenças (Soares, *et al.*, 2008). A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e inter complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, de forma que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia (Brasil, 2005). A vivência no serviço nos oportunizou conhecer cada sub Sistema sendo apresentando os sistemas que são alimentados pela Vigilância Epidemiológica, dentre eles: o Sistema de Informação de Doenças e Agravos Notificáveis (SINAN); o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA); e o Sistema de Monitoramento de Diarreias Agudas e Infecção Respiratória.

A maioria desses dados são alimentados através dos Centros de Saúde da Família, tornando-os as principais fontes notificadoras de doenças e agravos relacionados à saúde. Outro momento foi realizado na sede da Vigilância Epidemiológica, onde nos foi mostrado os sistemas, como são alimentados e gerado os relatórios, trazendo sempre esses dados para a prática nos territórios e enfatizando a importância das notificações as quais devem ser feitas de forma ágil e correta sendo este um ponto crucial para o sucesso da Vigilância Epidemiológica. Na ocasião tivemos uma maior aproximação com as notificações de tuberculose, onde analisamos dados como: abandono, a associação da tuberculose com outras doenças, o crescimento de casos ao longo dos anos e variação de peso a partir do início de tratamento até o final. Esse último ponto foi o que mais nos interessou, logo percebemos sim que existe uma associação entre tuberculose e desnutrição. Sabe-se que a relação entre as duas é bidirecional, ou seja, o quadro clínico da doença leva à desnutrição secundária, assim como, a desnutrição também é um fator de risco para o seu desenvolvimento. Para fins explicativos, a tuberculose doença pulmonar, tem a capacidade de aumenta substancialmente as necessidades energéticas dos indivíduos, de modo que suas complicações ou seu tratamento pode tornar a ingestão e a

digestão mais difícil e fazer com que a absorção, circulação, uso celular, armazenamento e excreção da maioria dos nutrientes sejam prejudicadas, havendo, desta forma, redução das proteínas viscerais e dos índices antropométricos, perda de massa magra e perda de reserva de gordura, além da ativação de citocinas e do metabolismo anormal de proteínas (Maham, L. K.; Escott-stump, S. 2012). Atualmente pacientes diagnosticados com tuberculose recebem mensalmente 10 caixas de leite UHT, na busca de minimizar tal complicação. Contudo observa-se que tal alimento não é capaz de oferecer suporte nutricional adequado e nem sempre é bem aceito pelo paciente, muitas vezes o mesmo é destinado para outros fins. Assim notou-se a importância de escrever um projeto para a secretaria de saúde, onde justificou-se a necessidade de ofertar um melhor apoio nutricional aos pacientes através da oferta de cestas básicas, compostas por alimentos naturais, regionais e hipercalóricos. O projeto encontra-se em fase de conclusão para implementação e atuação para estes pacientes em vulnerabilidade social. No que compete às funções da vigilância epidemiológica estão, a coleta de dados, processamento dos dados coletados, análise e interpretação dos dados processados, recomendação das medidas de controle apropriadas, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, divulgação de informações pertinentes (Brasil, 2005). No âmbito atenção básica, a vigilância epidemiológica vem sendo enfatizada como uma ação que necessita ser incorporada na rotina do trabalho de todos os profissionais, sendo esses capazes de identificar os determinantes do processo saúde-doença, e na prática profissional, desenvolver ações relativas ao controle das doenças e agravos, considerando o contexto epidemiológico de cada território. Além, de ser uma importante ferramenta para organização dos serviços de saúde capaz de produzir informações para orientar as ações de prevenção e promoção de saúde, definindo as prioridades, possibilitando melhor intervenção por parte dos serviços.

Estratégia trevo de quatro folhas

Estratégia Trevo de Quatro Folhas foi implantada em 2001, no município de Sobral, estado do Ceará, objetivando garantir apoio social às famílias com gestantes, puérperas, diante do desafio de reduzir os altos índices de mortalidade materna, perinatal e infantil e para garantir às mulheres o apoio para o exercício da maternidade, tendo como uma das principais linhas de ação, a garantia do apoio da mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social (Souza, 2012). No ano 2000, o município de Sobral apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,699. De acordo com a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2004), este valor corresponde ao intervalo de 0,5 a 0,8 que considera como IDH médio. Levando em consideração os 5.507 municípios do Brasil, Sobral ocupa o lugar 3003, e considerando os 184 municípios do Ceará, o município encontra-se em sétimo lugar, o que indica uma boa situação (Cepal, 2010). Apesar desses dados até o ano 2000 o município apresentava muitos casos de mortalidade materna e infantil e muitas vezes não havia um controle desses óbitos, já que muitos eram provenientes de indivíduos de outros municípios que vinham fazer procedimentos na rede de saúde do município. A origem da Estratégia Trevo de Quatro Folhas está relacionada a Programa Saúde da Família (PSF), encampado pelo governo federal a partir de 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção primária de saúde, ou seja, o primeiro atendimento que

opaciente tem quando se depara com algum problema de saúde ou no caso de atenção de caráter preventivo (Lourenço, 2009). O apoio oferecido pelo trevo é oferecido na forma de visitas domiciliares, articulações Intersetoriais diante de problemas de ordem jurídica e social, bem como através das mães sociais. As mães sociais são mulheres da comunidade selecionadas através de uma seleção, orientadas e remuneradas como diaristas para acompanhamento de gestantes, mulheres no pós-parto e mães, que não recebem apoio familiar, quando recebem recomendação médica de repouso absoluto ou ainda quando demonstram dificuldade de autocuidado e cuidado com a criança. A forma de atuação dessas mães sociais está ligada a promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como apoio e incentivo a amamentação, o fortalecimento de vínculos familiares, dentre outras vantagens. As mães sociais recebem uma capacitação previamente a sua atuação para que sejam reforçados principais cuidados repassados para a criança e a mãe. O serviço conta com o apoio de profissionais que trabalham remunerados pela secretaria de saúde do município, bem como de transporte para visitas domiciliares e manutenção da sede. Mas também conta com o apoio de madrinhas e padrinhos sociais que são empresas colaboradoras que ajudam financeiramente ou com a doação de cestas básicas de forma mensal. O projeto que virou estratégia já ganhou vários prêmios de reconhecimento internacional, e é referência em cuidado para as cidades vizinhas e o estado do Ceará. Durante a vivência de extensão realizada nesse serviço pudemos vivenciar uma apresentação de todo o processo de trabalho e acompanhar as ações desenvolvidas na Casa Acolhedora, onde vivenciamos diferentes atividades, como: Produção de biscoitos, artesanatos, e diferentes oficinas realizadas com as gestantes, as mães e as crianças. Um fator que percebemos durante a vivência é o cuidado e autonomia que os profissionais desenvolvem na estratégia, buscando a melhor atenção às famílias, mães e crianças, procurando desenvolver um vínculo capaz de gerar mudanças positivas na vida da família, aprimorando assim suas perspectivas de cuidado e qualidade de vida. Observamos também que seria de suma importância a presença de um profissional de nutrição nestes espaços, para orientar as famílias quanto aos cuidados alimentares, bem como para capacitar as mães sociais quanto aos cuidados alimentares durante o período do puerpério e na alimentação complementar infantil. Compreender o funcionamento da Estratégia do Trevo de Quatro Folhas nos permitiu ampliar a visão de cuidado dessas populações muitas vezes em situações vulneráveis, como também para nós profissionais acerca do direcionamento para as novas redes de cuidado quando necessário.

PROGRAMA MELHOR EM CASA

Gerir o cuidado é prover ou disponibilizar tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores (Cecílio, 2009). A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção que vem sendo experimentada no Brasil, com diversos arranjos, desde a década de 1960. Destacam-se, no entanto, as experiências municipais iniciadas nas décadas de 1990 e 2000, que avançaram na concepção da Atenção Domiciliar como uma modalidade que deve estar articulada em rede, organizada através de Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) compostos

por equipes multiprofissionais de referência para quantitativo populacional definido e cujo público-alvo não se restringe àquele oriundo de internação hospitalar (Brasil, 2014). Compreendendo essa modalidade de atenção o Programa Melhor em Casa foi lançado através da Portaria nº 963 do, de 27 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, onde se redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (Brasil, 2012). O Programa Melhor em Casa é considerado como serviço de Atenção Domiciliar tipo AD2, que preconiza atendimento aos usuários que apresentam dificuldades de locomoção e problemas de saúde que possibilitem o acesso aos serviços do seu território. O programa é constituído por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD -, composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, e técnico de enfermagem; e por Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP, que pode inserir os seguintes profissionais: assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fonoaudiólogo, odontólogo e terapeuta ocupacional (FERREIRA et al, 2015). Em Sobral-CE, a atenção domiciliar funciona desde 2009, quando era composta por um número bem reduzido de profissionais. Apenas em 2013, após aprovado pelo Ministério da Saúde, foi implantado o Programa Melhor em Casa, aumentando a quantidade de profissionais na equipe (Aguiera et al., 2015).

No Ceará tem poucos municípios que aderiram o programa, por essa razão pessoas que se enquadram nos critérios do serviço passaram a morar em Sobral para ter acesso ao Programa Melhor em Casa. O serviço apresenta pontos que fazem a diferença na assistência ao paciente, como: a diminuição da permanência hospitalar, profissionais que vão ao encontro das reais necessidades do sujeito e da família, o uso racional de recursos e também o risco reduzido de infecção hospitalar. Conseqüentemente o programa também apresenta algumas dificuldades, como o deslocamento dos profissionais para atender aos pacientes devido a distância entre os bairros e também uma comunicação fragilizada entre os profissionais das Unidades de Saúde. Geralmente para a inclusão de um usuário no programa acontece à visita domiciliar para a avaliação de perfil do usuário, após uma solicitação de avaliação feita pela Unidade Básica de Saúde de referência ou pelo hospital onde se encontra durante a primeira visita, é esclarecido aos familiares às competências e ações do programa a serem desenvolvidas. Assim, o usuário só será incluído no programa, após aceitação do mesmo ou do responsável com o plano de cuidado a ser desenvolvido. Logo, são iniciadas as atividades para a elaboração de uma rotina de cuidados para o paciente, sendo acompanhado pelos profissionais o estado nutricional, além dos serviços de fisioterapia, psicologia e capacitação do cuidador. O tempo de duração no programa acontece de acordo com a necessidade do usuário. A vivência no programa nos oportunizou conhecer o serviço e realizar visitas domiciliares aos pacientes assistidos junto com a equipe em diferentes territórios. Durante as visitas foi perceptível a importância da inserção do nutricionista no acompanhamento desses pacientes que necessitam de atendimento diferenciado, pois a maioria dos usuários do programa apresentam a necessidade de um olhar amplo quanto ao seu estado nutricional que por muitas vezes apresentam

deficiência na absorção de nutrientes devido ao seu estado de saúde. A vivência nos permitiu conhecer o funcionamento do serviço, contribuindo para melhor compreensão das atividades realizadas por cada categoria profissional dentro do programa, assim como também para um melhor esclarecimento do fluxo de encaminhamento e critérios para inclusão dos usuários ao programa.

Considerações finais

As vivências de extensão intensificaram e aprimoraram a prática profissional do nutricionista, partindo da busca de conhecimentos e experiências relevantes à Estratégia de Saúde da Família e aos serviços relevantes na prática profissional. As experiências adquiridas em cada serviço vivenciado ampliaram o olhar e trouxeram contribuições para desenvolver as ações de forma mais resolutiva nos territórios de atuação, logo o trabalho de forma intersetorial, interdisciplinar com diferentes níveis de atenção produzem um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família nos proporcionou esse momento dentre outros de grande importância para a prática, notamos que os serviços vivenciados funcionam em perfeição linguagem com a rede de atenção a saúde nos proporcionando visualizar como importante modelo para muitas outras gestões à nível de Brasil. Conclui-se que a vivência foi muito importante para o engrandecimento profissional, e que para o melhor aproveitamento desses momentos sugerimos uma comunicação mais íntima dos setores que irão nos receber com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, e assim maior aproveitamento dos momentos vivenciados.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, CMS. Souza, FL., Cunha, Fm. 2015. A experiência do fisioterapeuta no programa Melhor em Casa em Sobral, CE. Relato de caso. Revista Digital. Buenos Aires, Año 20, n.208, septiembre de.
- Brasil. Anvisa. Cartilha de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf. Acesso em 27 de maio de 2017.
- BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-actualizada-pl.html>. Acesso em: 16 mai. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Manual de Monitoramento e Avaliação programa melhor em casa. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil. Ministério da Saúde. NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. NOTA TÉCNICA. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde. 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Básica, Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília. 414 p., 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 16 mai. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema único de saúde (SUS). Princípio e conquistas, Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 16 mai. 2016.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. MAPASAN 2014: Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional. -- Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2015.
- BRASIL. Portal da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde da Família Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php. Acesso em: 17 mai. 2017a.
- Brasil. Prefeitura Municipal de Sobral. 2015. Secretaria da Saúde de Sobral. Escola de formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Projeto pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Turma 12.
- Brasil. Sistema de Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde apud. BRASIL. Portal do Ministério da Educação. Programa de residência tem novas diretrizes publicadas em resolução. Disponível em: <

- <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/17683-programas-de-residencia-tem-novas-diretrizes-publicadas-em-resolucao>>. Acesso em: 17 mai. 2017b.
- Carvalho; AT. de; Almeida ER. de; Nilson. EAF; Ubarana. JA; Fernánde. IM.; Immink. M. Métodos de análise em programas de segurança alimentar e nutricional: uma experiência no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 2, p. 309-321, 2013.
- Ceccim, RB.; Feuerwerker, LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- Cecilio, LCO. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 13, p. 545-55, 2009.
- Cepal. Trevo de Quatro Folhas – Estratégia de Redução da Morbimortalidade Materna, Prerinatal e Infantil Brasil. Experiências em inovação social. Ganador do primeiro lugar: ciclo 2006-2007. Documento análise. Maio/ 2010.
- Ferreira, AMS; Bezerra, MPF. Relato De Experiência Em Atendimentos Com Idosos No Programa Melhor Em Casa. *Anais CIEH*, 2015.
- Ibge. Censo 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>>. Acesso em: 01 mar.2012.
- Junior, TM. et al. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral-CE. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 7, n. 2, 2008.
- LEI 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 27 maio.
- Lourenço FP, Quintiliano MF, Junior OG. Projeto Conexão Local – Trevo de Quatro Folhas em Sobral – Ce. São Paulo: FGV; 2009.
- Maham, LK.; Escott-stump, S. Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia. 13ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1227 p.
- Nascimento, DDG. DO; Oliveira, MA. DE C; Others. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.
- Parente, JRF. et al. A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. In: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*, v. 70058, p. 81, 2006.
- Soares, HA.; Linhares, MSC. Vigilância à Saúde no município de Sobral-Ce: aspectos históricos, conceituais e atuação na saúde pública. *SANARE, Sobral*, v.7, n.1, p.06-11, jan/jun.2008.
- Sobral, Secretária da Saúde e Ação Social. Relatório de Gestão de 2011 do SistemaMunicipal de Saúde de Sobral. Sobral,CE, 2012. Mineo.
- Sousa, FJS; sucupira, ACSL; aguiar, ISM; mesquita, V.al; sales, ENB. G. 2012. programa trevo de quatro folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em sobral – ceará. *Sanare, Sobral*.
- Vasconcelos, CM., Pasche, DF. 2009. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, G. W, et al. (org.), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz.
