

UNILA –UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
CHARLES NEDEL

A DERMATOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FOZ DO IGUAÇU – PR
2014

CHARLES NEDEL

A DERMATOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Projeto de pesquisa apresentado à Universidade Federal da Integração Latino Americana para obtenção do título de especialista em educação médica, sob orientação do prof. dr. Nildo Batista.

FOZ DO IGUAÇU – PR

2014

RESUMO

Mudanças curriculares na graduação do curso médico vêm ocorrendo nas últimas décadas a fim de alcançar melhor sintonia e adequação às necessidades da sociedade. Ao propiciar uma formação médica comprometida com as Diretrizes Curriculares Nacionais com o desenvolvimento de competências gerais e habilidades específicas, o curso de medicina da UNILA, busca valorizar a prática médica como eixo organizador do Currículo, inserindo o discente nos cenários reais da atuação médica do SUS do município de Foz do Iguaçu e adjacências. Na perspectiva de um atendimento com resolubilidade efetiva na Atenção Básica com ênfase na demanda dermatológica, este projeto de pesquisa propõe responder aos seguintes questionamentos a partir da opinião de médicos lotados nas Unidades Básicas de Família do município de Foz do Iguaçu: Como melhorar a capacidade resolutiva do médico de família para o atendimento dos aspectos dermatológicos demandados na atenção Básica de Saúde? Qual tem sido a contribuição da graduação no desenvolvimento desta capacidade resolutiva? A alta prevalência das doenças de pele e a grande procura pela especialidade evidenciam a relevância da Dermatologia nos atendimentos na rede do Sistema Único de Saúde e reforçam também o importante papel dos conhecimentos da Dermatologia na prática clínica do médico generalista, o que constitui um elemento a ser valorizado na formação médica e na educação continuada. Investigar a contribuição da graduação no desenvolvimento da capacidade resolutiva do médico de família no que concerne aos aspectos dermatológicos referentes aos atendimentos realizados na Atenção Básica de Saúde do Município de Foz do Iguaçu-PR será o objetivo geral deste projeto. A pesquisa será realizada na rede de atendimento da Atenção Básica de Foz do Iguaçu, onde serão utilizados de modo integrado dois instrumentos de coleta: análise documental e entrevista semi-estruturada. Numa primeira etapa, será realizado uma análise documental junto ao banco de dados da secretaria municipal de saúde, no que concerne aos dados relativos à demanda prevalente de atendimentos dermatológicos na Atenção Básica. Posteriormente, será realizada uma entrevista visando captar, junto aos médicos da Estratégia de Saúde da Família, aspectos relacionados às dificuldades encontradas no atendimento de âmbito dermatológico, bem como, partindo da experiência na própria graduação e no aspecto profissional como tem sido o preparo do graduando, que frequenta a Unidade, para o atendimento relacionado a queixas dermatológicas prevalentes e quais sugestões seriam oportunas para o aprimoramento da graduação no que se refere este tema.

ABSTRACT

Curricular changes in undergraduate medical students have been taking place in recent decades in order to achieve better alignment and adjustment to society's needs. By providing a committed medical training with the National Curriculum Guidelines to the development of general skills and specific skills, medical school UNILA, seeks to value the medical practice as an organizing axis of the curriculum by entering the student in real scenarios of SUS medical action the city of Foz do Iguaçu and vicinity. From the perspective of a service with effective solving in primary care with emphasis on dermatological demand, this research project aims to answer the following questions based on the opinions of doctors crowded in Basic Units of Foz do Iguaçu city Family: How to improve the response capacity the family doctor for the care of dermatological aspects defendants in Primary Health care? What has been the graduation of the contribution in the development of problem-solving capacity? The high prevalence of skin diseases and the high demand for specialty show the relevance of Dermatology in the care in the Unified Health System and also reinforce the important role of knowledge of Dermatology in clinical practice of the general practitioner, which is an element be valued in medical training and continuing education. To investigate the degree of contribution to the development of problem-solving capacity of the family doctor regarding the dermatological aspects related to care provided in primary health care in the city of Foz do Iguaçu-PR will be the aim of this project. The research will be conducted in the service network of Primary Foz do Iguaçu, where they will be used in an integrated way two collection instruments: document analysis and semi-structured interview. As a first step, there will be a desk analysis next to the municipal health department database, as regards the data on the prevalent demand for dermatological care in primary care. Later, an interview in order to capture, with physicians of the Family Health Strategy will be held, issues related to the difficulties encountered in the care of dermatological level, and, drawing from the experience in their own undergraduate and professional looking as has been the preparation of the student , who attends the unit, related to the care of prevalent dermatological complaints and suggestions which would be appropriate for the degree of improvement as regards this subject.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	6
1.1 O Interesse pelo Objeto de Pesquisa	8
1.2 Contextualização do Objeto	10
2-REFERENCIAL TEÓRICO	12
3-OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4-METODOLOGIA	19
4.1 Fundamentação Metodológica	19
4.2 Contexto da Pesquisa	20
4.3 População do Estudo	21
4.4 Instrumentos da Coleta de Dados	21
4.5 Análise de Dados	22
4.6 Aspectos Éticos e Legais	22
5-REFERÊNCIAS	23
6- CRONOGRAMA	27

1 – INTRODUÇÃO

Mudanças curriculares na graduação do curso médico vêm ocorrendo nas últimas décadas a fim de alcançar melhor sintonia e adequação às necessidades da sociedade. Os modelos inicialmente propostos para o ensino da Medicina pareciam não dar conta da visão atual mais ampliada da saúde, que envolve questões individuais e comunitárias, levando em consideração as relações estabelecidas entre os diversos grupos e a sociedade.(REGO, 2005)

As novas exigências sociais acabaram também por determinar uma profunda revisão nas práticas do profissional médico, com necessidade de permanente atualização crítica de suas competências científicas, técnicas, éticas e morais.

Estas alterações de valores também avançam em uma nova diferenciação na formação médica clássica, menos especializada ou mais geral e humanista, o que se reflete nos currículos atualmente em curso e na proposta das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina. (REGO, 2005)

Desta forma os desafios que se colocam à universidade brasileira obrigam a mesma a refletir e produzir conhecimentos sobre sua própria prática, tomando como objetos seu projeto educacional, organizações e estruturas acadêmicas, processos pedagógicos e novas tecnologias no ensino superior em saúde. Neste contexto, é evidente a importância de uma formação sólida e competente dos profissionais da área, especificamente dos médicos, na geração de cuidados para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2001)

Nas duas últimas décadas, modificações profundas na geração de políticas públicas de saúde passaram a requerer um novo perfil profissional, pois as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteraram várias dimensões do funcionamento do SUS. (BRASIL, 2006)

O aprofundamento da reflexão sobre a formação e desenvolvimento de recursos humanos, a partir de uma perspectiva interdisciplinar, tem uma importância ímpar para a prática médica. A interdisciplinaridade tem sido considerada como alternativa para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo atual, com seus desafios.

Entre eles, encontram-se os problemas de saúde. Um novo modelo de atenção à saúde tem sido proposto e para isso são necessárias mudanças no sistema de formação dos profissionais da área.

Saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar e a integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparam recursos humanos para atuar nesse campo,

certamente poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação. (BRASIL, 2014)

Ao propiciar uma formação médica comprometida com as Diretrizes Curriculares Nacionais com o desenvolvimento de competências gerais e habilidades específicas para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção, o curso de medicina da UNILA, busca, além de outros objetivos, valorizar a prática médica como eixo organizador do Currículo, inserindo o discente nos cenários reais da atuação médica do SUS do município de Foz do Iguaçu e adjacências, de forma progressivamente responsável, desenvolvendo competências colaborativas dos futuros médicos com os demais profissionais da área da saúde, habilitando-os para o trabalho em equipes interprofissionais e de práticas compartilhadas.

O ensino de certos componentes do conhecimento clínico ainda é desafiante neste novo cenário, e algumas especialidades, como a Dermatologia, permanecem com pouca integração tanto vertical quanto horizontal ao longo do curso de graduação em Medicina. (SANTOS JUNIOR, 2007)

O aprendizado insuficiente durante a graduação se reflete na atuação clínica, onde o atraso diagnóstico das afecções de pele pode modificar radicalmente a evolução dos pacientes, se não incorrendo em aumento da mortalidade, evidentemente aumentando a morbidade.

O objetivo destas modificações residiria em dotar o profissional de algumas habilidades relacionadas à atenção integral como a abordagem prevencionista ou mesmo na promoção, proteção e reabilitação da saúde, necessárias aos novos modelos propostos. (BRASIL, 2014)

Apesar das demandas sociais e das sucessivas revisões curriculares, algumas especialidades, como a dermatologia ainda são identificadas como isoladas ao longo do curso, imbuídas de uma relevância relativa e com dificuldade de integração tanto vertical quanto horizontal.

Mesmo quando faz a escolha precoce desta especialidade, o aluno nem sempre encontra ao longo do currículo o espaço necessário ao seu aprendizado. A disciplina (e/ou seus conteúdos) permanece com pouca carga horária durante a graduação, mesmo em currículos mais recentes o que dificulta a discussão de afecções dermatológicas fora do âmbito da especialidade. (GONÇALVES, 2009)

Outro aspecto relevante, esta relacionado com a pouca ou nenhuma atenção dispensada aos aspectos de prevenção destes agravos ou às questões relacionadas à promoção da saúde da pele, que incluiria temáticas como a radiação solar, câncer de pele e doenças

denominadas de dermatoses sanitárias, como as zoodermatoses e ectoparasitoses, por exemplo.

Nos Estados Unidos, cerca de 98% dos graduandos em medicina e dos residentes de medicina de família tinham entre nenhuma e quatro semanas de treinamento em dermatologia antes de iniciar a prática profissional. Dos médicos de família, 22% declararam se sentir pouco preparados para tratar pacientes com quadros dermatológicos. (WILLIAMS, 2008)

Do médico do serviço de atenção primária espera-se a triagem correta dos pacientes com lesões dermatológicas, separando os que podem ser acompanhados e tratados adequadamente na atenção básica daqueles que precisam de referência para atenção especializada. Esses podem chegar a 37,5% dos pacientes com diagnósticos dermatológicos, sendo que até 3% correspondem a neoplasias malignas da pele.(MENDES, 2010)

Há trabalhos indicando que profissionais da área de saúde, em várias localidades, não dominam o conteúdo esperado para o exercício adequado da profissão. Os médicos generalistas deveriam receber mais treinamento quanto à identificação de doenças cutâneas, uma vez que tal processo de educação se reflete em melhor desempenho diagnóstico e terapêutico e em redução dos custos relacionados a encaminhamentos e realização de exames desnecessários. (BRASIL, 2002)

1.1 O Interesse pelo Objeto de Pesquisa:

A dermatologia na atenção básica, objeto de pesquisa deste trabalho, vem de encontro com as dificuldades encontradas e vivenciadas no cotidiano profissional de atendimento do ambulatório de dermatologia do Centro de Especialidades Médicas-CEM- do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu-PR, serviço este de referência em toda a rede de atenção a saúde do município.

Das cerca de 300 consultas realizadas mensalmente no CEM, a quase totalidade deste volume é oriunda da rede básica de atendimento via referenciamento das Unidades Básicas. Encaminhamento este que, muito frequentemente, é referenciado de forma incompleta e, por vezes, de forma muito superficializada, com descrição absolutamente sucinta e lacônica.

A julgar pelo tempo de agendamento de consultas dermatológicas, sistema este integrado e totalmente informatizado no município, pode-se observar que, a média de espera pelo atendimento é de cerca de 4 meses. Segundo Miot et all, o tempo para agendamento de consultas dermatológicas no Brasil, em ambiente privado, varia de 6 a 7 dias de espera, segundo a modalidade de atendimento, convênio ou particular, respectivamente, concluindo

que não é clara a demanda populacional dermatológica, assim como a proporção de profissionais adequada para a cobertura de saúde na especialidade.

O conhecimento da realidade de fluxo de atendimentos nos consultórios dermatológicos do País permite a formação de políticas de expansão e distribuição de profissionais. (MIOT, 2013)

A demanda de pacientes que buscam atenção médica com queixas cutâneas é significativa: em torno de 10 a 36,5% das consultas (SANTOS JÚNIOR, 2007). Dessas, quatro a 10% necessitam de encaminhamento a um especialista. (JULIAN, 1999).

A quantidade de doenças que esse ramo do conhecimento médico abrange é muito grande, e as hipóteses diferenciais para determinada lesão podem ser várias. Baseando-se, porém, na observação minuciosa, o exame dermatológico detalhado permite conduzir ao raciocínio diagnóstico.

O exame dermatológico é um verdadeiro trabalho investigativo, devendo ser completo e minucioso; neste momento avalia-se o padrão e a distribuição das lesões, buscam-se informações que possibilitam determinar se a lesão é aguda ou crônica, se tem relação com doenças internas, quais as possíveis hipóteses diagnósticas e qual o tratamento mais adequado, na maioria das vezes independente da anamnese. A dermatologia é uma especialidade ampla, com doenças de baixa e alta complexidade, responsáveis por um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, por se localizarem no órgão mais visível do corpo. (AOKI, 2012)

1.2 Contextualização do Objeto

As patologias de pele são muito frequentes, acometendo aproximadamente 30 – 50% da população. Entre os pacientes que consultam médicos clínicos gerais nos EUA, 15 a 30% tem alguma queixa dermatológica e, desses 4 a 6% são referenciados , o que resulta em elevada procura pela especialidade. Essas queixas também são causas frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária, e os médicos não especialistas respondem por quase 60% desses atendimentos. (FELDMAN, 1998)

No Rio de Janeiro, a cada 20 mil consultas realizadas com clínicos gerais na Atenção Primária, 680 são agendadas com dermatologistas, ou seja, 3%, confirmando a alta demanda por atendimento especializado. Alguns estudos mostram que cerca de 90% dos pacientes com afecções de pele não são adequadamente diagnosticados, e seus casos são conduzidos de

maneira equivocada, o que acaba gerando um elevado ônus ao sistema de saúde e à sociedade. (SMSDC-RJ, 2011)

Algumas peculiaridades entre as afecções da pele merecem destaque. Além da elevada prevalência e incidência de algumas doenças, muitas condições que afetam esse órgão podem envolver outros sistemas orgânicos. Como muitas são bastante visíveis, as lesões da pele interferem na rotina dos indivíduos, podendo impossibilitar o exercício de atividades laborativas gerando estigma e exclusão social. Estas afecções prejudicam o estabelecimento de relações saudáveis e diminuem a auto-estima dos afetados, contribuindo para o isolamento social, que dificulta ainda mais a busca pelo auxílio. (LOWELL, 2001)

Profissionais da área de saúde em várias localidades parecem não ter o domínio teórico-prático esperado para a condução das afecções dermatológicas. Por ser uma especialidade que, além de anamnese cuidadosa, requer atenção diferenciada à inspeção das diferentes características das lesões observadas para um adequado diagnóstico, a carência verificada no período da graduação dificulta uma boa prática clínica, levando à sub-deteção de patologias em adultos e crianças. (GOMES, 2012)

Em algumas circunstâncias, o atraso no diagnóstico pode modificar radicalmente a evolução do paciente, sendo a detecção tardia do melanoma o exemplo mais evidente. Com escasso conhecimento e treinamento de habilidades, muitos médicos não especialistas podem minimizar ou confundir algumas afecções de pele, benignas ou não, devido à sua aparência inocente, evolução crônica das doenças ou até ausência de sintomas. (FLEISCHER, 1997)

Além da valorização insuficiente e da falta de meios para enfrentar problemas da pele em nível familiar e comunitário, médicos de família tendem a super-diagnosticar algumas afecções dermatológicas, como eczemas, verrugas e doenças infecciosas, em detrimento de outros possíveis diagnósticos, inclusive neoplasias, levando à demora no início da terapêutica e pior diagnóstico. (CHEN, 2006)

Entretanto, é de esperar dos médicos generalistas uma análise detalhada e precisa das afecções potencialmente graves. Desta forma, todo profissional da atenção primária deveria reconhecer sinais indicativos e preditivos de malignidade nas lesões de pele, sinais de doenças sistêmicas relativamente comuns com repercussão cutânea, além do diagnóstico e acompanhamento das afecções da pele mais frequentes. (CARVALHO, 2011)

Na perspectiva de um atendimento com resolubilidade efetiva na Atenção Básica com ênfase na demanda dermatológica, a formação para a integralidade da atenção à saúde, especialmente na Estratégia da Saúde da Família, este projeto de pesquisa propõe responder

aos seguintes questionamentos a partir da opinião de médicos lotados nas Unidades Básicas de Família do município de Foz do Iguaçu:

- a) Como melhorar a capacidade resolutiva do médico de família para o atendimento dos aspectos dermatológicos demandados na atenção Básica de Saúde?
- b) Qual tem sido a contribuição da graduação no desenvolvimento desta capacidade resolutiva?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de estabelecimento do SUS se dá dinamicamente e em permanente evolução, fundamentado em seu percurso histórico e cultural, que atrai e envolve o estabelecimento das bases de sua construção a partir de grandes debates nacionais e internacionais.

As Conferências Mundiais de Saúde, que discutiram e buscaram construir conceitos como o de promoção da saúde, contando com a participação e responsabilidade de todos os envolvidos, tiveram seu papel de protagonismo e de influência sobre as discussões embrionárias sobre a saúde universalista. Dentre as Conferências Mundiais de Saúde algumas retratam mais diretamente a necessidade de programar ações de promoção da saúde valorizando os princípios que vieram no futuro, servir de base para a construção do SUS. (ARONA, 2009)

A Carta de Ottawa em 1986 considera a saúde como uma dimensão da qualidade de vida e um recurso para o desenvolvimento. Ao estabelecer que o conceito de promoção da saúde se dá, como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, inclui desta forma, uma maior participação no controle social deste processo, espécie de apoderamento popular neste processo. (WESTPHAL, 2006).

Já a Declaração de Adelaide, tornada pública em 1988, estatui que as políticas públicas, ao serem encaradas como um pressuposto para uma vida saudável, estabeleceriam ações que deveriam ser atreladas a quatro áreas prioritárias, quais sejam: o apoio à saúde da mulher; o controle sobre a alimentação e nutrição; a redução do uso do tabaco e do álcool e a criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 1996).

Um dos princípios do SUS é a integralidade. Este princípio orientou a importância de expandir e qualificar ações e serviços de saúde do SUS que oferta desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial. Diante de tais atribuições, constata-se que o SUS tem uma responsabilidade constitucional que não se limita à assistência médico-hospitalar, devendo ser implementado com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (VASCONCELOS, 2007).

O governo federal, seguindo estes princípios, em 1997, comprometeu-se com a mudança do modelo de atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF), buscando redirecionar as ações básicas de saúde no âmbito municipal, referenciadas nas Unidades Básicas de Saúde, visando o acompanhamento das famílias e/ou indivíduos de uma

determinada comunidade. Almejava-se, ainda, possibilitar o estabelecimento de vínculos e compromissos e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1998).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) já é uma realidade, com cerca de 31 mil equipes implantadas até abril de 2011, e muitos esforços tem sido realizados para aprimorar este modelo.

A Atenção Primária, nesta política, supostamente dará conta de cerca de 80% dos problemas de saúde da sua clientela adscrita e para isto necessita do apoio de uma rede de saúde funcionante. Importantes iniciativas têm sido elaboradas para dar suporte às equipes da ESF com incentivos do governo federal, como no caso do matriciamento para problemas que envolvam a saúde mental e os NASF. Vale ressaltar que os NASF são direcionados a oito áreas estratégicas principais — atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social;saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica —, com diversos profissionais constituindo equipes multidisciplinares, sem previsão de inclusão de suporte em Dermatologia.(SISSON, 2011)

Poucos discordariam de que as afecções da pele são frequentes entre os problemas de saúde na Atenção Primária em muitos territórios em que atuam equipes de Saúde da Família no Brasil. Mesmo assim, até o momento, poucas são as ferramentas elaboradas para subsidiar a abordagem das afecções de pele por profissionais não especialistas, sendo uma delas uma publicação do Ministério da Saúde chamada “Dermatologia na Atenção Básica de Saúde”, de 2002. (BRASIL, 2002)

O material apresenta informações sobre 40 patologias dermatológicas, algumas pouco frequentes e de abordagem bastante complexa, como anthrax, doença de lyme e leishmaniose tegumentar americana. Outras de grande prevalência e incidência, como acne e neoplasias cutâneas, não são sequer citadas. Capacitações e treinamentos direcionados às equipes da ESF não costumam contemplar aspectos da atenção às afecções da pele, principalmente sob a ótica da prevenção destes agravos e da promoção da saúde. (BRASIL, 2002)

Apesar do estranhamento e da possível estereotipagem oriundas das inúmeras afecções cutâneas, que podem ser, potencialmente, contagiosas e apresentarem sinais patognomônicos, como manchas, úlceras e tumores, e desagradáveis sintomas, como prurido e dor, a abordagem das afecções de pele permanece interessando primordialmente aos especialistas habituados e treinados na área. Existe uma procura elevada por atendimento especializado que poderia ser minimizada com adequado treinamento teórico e prático sobre o tema na Atenção

Primária, abrangendo todas as etapas da assistência, com foco diferenciado na prevenção e promoção. (SANTOS JUNIOR, 2006)

Um percentual significativo das doenças cutâneas tem repercussão sistêmicas ou mesmo são reflexos destas alterações internas, por vezes graves, incapacitantes ou mesmo de mau prognóstico, que também necessitam de uma abordagem ampliada e integral, como, por exemplo, hanseníase, lúpus eritematoso e esclerodermia (SAMPAIO, 2010).

A alta prevalência das doenças de pele e a grande procura pela especialidade evidenciam a relevância da Dermatologia nos atendimentos na rede do Sistema Único de Saúde e não apenas nos consultórios privados, cada vez mais atentos à prevenção. Reforçam também o importante papel dos conhecimentos da Dermatologia na prática clínica do médico generalista, o que constitui um elemento a ser valorizado na formação médica e na educação continuada. (GOMES, 2011)

Diante destes obstáculos presentes e as vicissitudes enfrentadas na Atenção Primária acerca da prevenção, do correto diagnóstico e da conduta frente às dermatoses, se faz necessário alçar planos mais alvissareiros, como por exemplo o diálogo entre serviços, aparelho formador e especialidades, numa nova e necessária abordagem integral e dialética, balizada na intenção de resolutividade na porta de ingresso do sistema de saúde. (EIDT, 2010)

A Sociedade Brasileira de Dermatologia com o apoio irrestrito de seus sócios, promove há décadas a campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele, na qual médicos dermatologistas, em caráter voluntário, examinam a população e orientam sobre hábitos de vida saudável, como a fotoproteção, conscientizando sobre o problema e criando um ambiente favorável a iniciativas de prevenção primária. (SBD, 2006)

Outras ações, como o oferecimento e a disponibilidade de atividades de educação permanente atreladas à conhecimentos e habilidades para o enfrentamento das afecções cutâneas, são importantes e já se mostram incipientes em alguns locais. Avaliações da demanda local sobre queixas dermatológicas na atenção primária ou mesmo o desenvolvimento de material didático, são ações de prevenção e promoção a saúde que, devem ser estimuladas e envolver, inclusive, alunos de graduação, no caso do curso de medicina da UNILA, esta prática se dará deste o primeiro ano da graduação. O estudo e a prática do cuidado com a pele não podem ficar de fora deste novo modelo de assistência, necessitando de clareza sobre sua importância na garantia do direito à saúde e à qualidade de vida.(CARVALHO, 2011)

Campos (2007) apregoa que, além de produzir saúde, é função do sistema de saúde atuar na ampliação do grau de autonomia da população. Assim sendo, a busca da construção de autonomia é necessária tanto para usuários do sistema como para os profissionais da saúde, pois uma vez partindo da história pessoal ou mesmo social, a autonomia deve ser exercida cotidianamente sendo fruto de um processo perene de construção.

Silva (2002) demonstra que a importância da reorientação dos serviços de saúde está calcada nos diversos documentos sobre promoção da saúde, e que a busca em adotar posturas de respeito às peculiaridades culturais e apoio às necessidades individuais e comunitárias, são indispensáveis para a obtenção de uma vida mais saudável. A necessidade dessa ação estar atrelada a outras estratégias com vista a alianças com diferentes setores da sociedade, revigora o entendimento do reforço da ação comunitária, bem como o desenvolvimento de habilidades pessoais e a luta por políticas públicas de entrosamento.

Neste âmbito, o estabelecimento de parcerias que alie esforços individuais e ações coletivas de diferentes grupos e coletividades, buscam o aperfeiçoamento da promoção de saúde, que nesta incessante procura requer, instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais nos diferentes níveis intersetoriais, para que possam, incorporar desta forma, a importância e a influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômica nas condições de saúde. (BRASIL, 2005).

É necessária uma reorganização dos serviços de saúde fim de que adotem a educação em saúde como base para a capacitação das populações para que favoreça a organização das comunidades, com vistas a ampliar seu poder de negociação e controle para articular as mudanças necessárias nos determinantes do processo saúde-doença (SILVA, 2002).

O relacionamento intersetorial “articula saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e a inclusão social” (WESTPHAL, 2006).

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. O apoio matricial em saúde objetiva assegurar de um modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência.(HONG, 2002)

O apoio possui dimensões que vão do suporte assistencial aos aspectos técnico-pedagógicos, funcionando em forma de rede onde o processo de concepção e construção devem ser compartilhados entre o demandante, a referência e o demandado, o apoio, desta forma se personaliza a referência e contra-referência de forma intensamente complementar.

Também deve-se salientar, que a responsabilidade pela condução do caso com a equipe de referência, está atrelada às competências deste processo, sempre buscando elaborar juntos, protocolos com o intuito de reduzir filas de espera no atendimento. (BELLO, 2013)

Na equipe de referência deve haver um espaço destinado a promoção da participação coletiva da gestão do serviço, além de facilitar a discussão sobre temas, casos e educação continuada. Também busca-se na equipe, a possibilidade de elaboração de projetos operacionais e participação do planejamento geral do serviço (FERREIRA, 2011).

A equipe organizada para prestar auxílio matricial deve estimular a produção e agregar conhecimentos, no sentido de aumentar a capacidade resolutiva. Deve haver uma integração entre equipe de referência e a equipe promotora do matriciamento, por meio de encontros periódicos para discussão de casos, definição de linhas de intervenção e de projetos e protocolos terapêuticos. (CAMPOS, 2007)

O apoio Matricial é um arranjo de gestão que possibilita a organização das ações de saúde da especialidade na atenção básica e amplia o acesso nas equipes de saúde da família, favorecendo a construção de novos arranjos, onde, com uma equipe mais qualificada, é possível pensar cada situação dentro de sua especificidade, sob diferentes olhares.

A Promoção da Saúde é uma necessidade constante, para tanto, o município deve estabelecer espaços permanentes de debates e diálogos com diferentes representações sociais, a fim de possibilitar uma gestão participativa e estabelecer corresponsabilidades acerca da saúde entre trabalhadores e usuários. Desse modo o município efetivamente pode implantar e implementar as ações propostas pelo Pacto pela Saúde, e estabelecer a Defesa do SUS, o Compromisso de Gestão e a defesa da vida. (BRASIL, 2008)

No entanto, tal metodologia só pode ser operacionalizada à medida que as relações entre equipe de referência e equipe de apoio matricial e seus diferentes saberes sejam horizontais, o que possibilita que novos saberes sejam gerados para ambas as equipes, permitindo que o cuidado ao usuário do sistema não seja pensado e executado de forma fragmentada (CAMPOS, 2007)

Analisando a quesitos principiologicos do SUS, observa-se que um dos recursos indispensáveis para se buscar saúde, está amparado no alcance que o conceito de saúde ampliado adquire, desta forma a equidade, é vista como um dos focos da promoção da saúde. Alcançar a promoção da saúde para as populações é um objetivo esperado nos mais diferentes cantos do mundo, cabendo ressaltar que várias ações voltadas para a educação em saúde da população já estão sendo realizadas, porém os desdobramentos destas ações merecem ser ampliados e aprimorados, com base nos indicadores encontrados. Neste sentido,

a partir do Matriciamento, levando-se em conta os dados epidemiológicos disponíveis. pensar ações de promoção e educação em saúde condizente com sua realidade é tarefa árdua, mas necessária e factível. Tal situação é determinante para o sistema público de saúde e certamente novas perspectivas poderão ser vislumbradas para minimizar antigas carências, balizados pelos ditames principiológicos do SUS. Desta forma, todo este esforço visa se para alcançar melhor qualidade de vida como base de uma vida saudável.(KRETZER, 2008)

Definir responsabilidades e corresponsabilidades de referência e contra-referência, a fim de garantir a saúde integral dos usuários, no caso de atendimentos dermatológicos é de fundamental importância, pois tenta se estabelecer um espaço de maior envolvimento e satisfação dos profissionais envolvidos, desta forma a atuação profissional na atenção básica, pode e deve ter um critério de efetividade relacionado a resolubilidade das demandas na atenção básica. (ROCHA, 2011)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a contribuição da graduação no desenvolvimento da capacidade resolutiva do médico de família no que concerne aos aspectos dermatológicos referentes aos atendimentos realizados na Atenção Básica de Saúde do Município de Foz do Iguaçu-PR.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar as demandas prevalentes de atendimentos dermatológicos na Atenção Básica de Saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família.

Levantar as principais dificuldades por eles apresentadas na conduta perante estes casos.

Apreender, a partir da experiência vivida pelos médicos de família nas suas graduações, como tem ocorrido o preparo do graduando para o atendimento às questões dermatológicas prevalentes na Atenção Básica de Saúde.

Levantar sugestões para aprimorar a graduação em relação a esta temática.

4. METODOLOGIA

4.1 Fundamentação Metodológica

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, descritivo e analítico do tipo corte transversal.

As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo. Gil (2002) entende pesquisas exploratórias como sendo aquelas cujos fins se aplicam em reconhecer melhor o objeto a ser investigado. Segundo este autor, “pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.

Parafraseando Minayo (2010, p.54), “*o método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador*”. Os métodos usados para estudos podem ser quantitativos ou qualitativos, sendo estes últimos mais afeitos à pesquisa em educação por proporcionarem a abordagem de aspectos subjetivos da realidade social (GRANGER, 1967). Neste projeto de pesquisa, ambas as formas foram contempladas, ou seja, métodos de avaliação qualitativos e quantitativos serão utilizados para a elaboração da pesquisa.

Para André (2001), a análise de situações como um continuum, como um processo, requer desenhos metodológicos que englobem um conjunto heterogêneo de perspectivas, de métodos, de técnicas e de análises, incluindo os enfoques qualitativos.

Em estudos transversais coletam-se simultaneamente, de um grupo ou população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características que são posteriormente cruzadas em tabelas de contingência. Os estudos transversais podem ser vistos como avaliações fotográficas de grupos ou populações de indivíduos.

A condução de um estudo transversal abrange como características fundamentalmente, as seguintes etapas: definição de uma população de interesse; estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela; e determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados.

Vale lembrar que nesse tipo de estudo, uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade, ou causa e efeito. Pode-se destacar como vantagens para este tipo de estudo o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população.

Entre os pontos negativos vale citar que nos estudos transversais há dificuldade do estabelecimento de relações causais a partir de dados oriundos de corte transversal no tempo (NEWMAN, 2008).

O método qualitativo, ao permitir a abordagem de valores, crenças, representações, atitudes e opiniões através da fala e do comportamento não verbal coaduna-se com a proposta deste estudo, a de aprofundar conhecimento a partir de situações reais no cotidiano de atendimento dos médicos da Estratégia de Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. Deste modo será usado como método principal, porém complementado através do modelo dialógico com o método quantitativo.

4.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa será realizada na rede de atendimento da Atenção Básica de Foz do Iguaçu que possui, aproximadamente, 300 mil habitantes. A atenção básica à saúde no município é realizada através da rede com 35 equipes da ESF em 21 Unidades Básicas da Saúde (UBS).

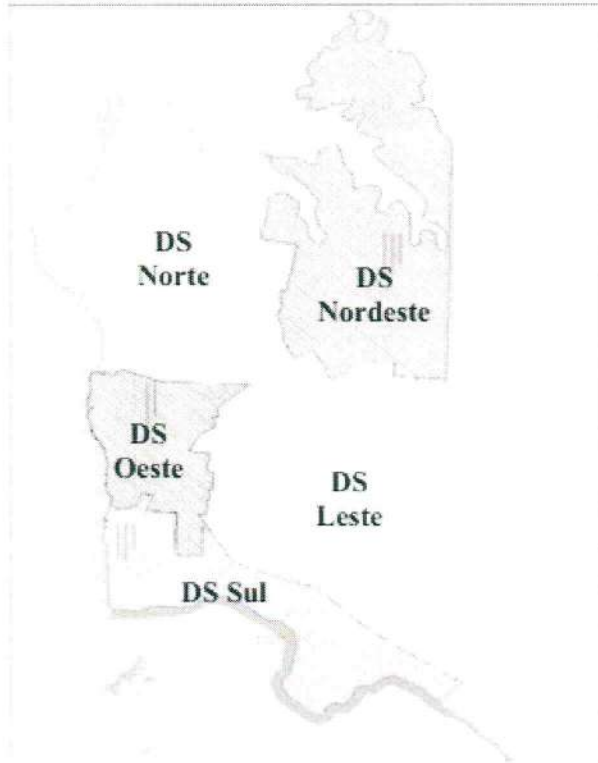
O município dispõe de 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ativos com atendimento a 26.898 usuários em 2011, cuja composição de cada um dos NASF foi definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

O atendimento na Atenção Básica é baseado em territórios de abrangência e populações bem definidos (cerca de uma unidade para cada 10.000 habitantes), configurando cinco distritos de saúde, organizados segundo o mapa abaixo (Mapa01).

O Distrito de Saúde Norte, compreende a região da Vila C, Porto Belo e AKLP, já o Distrito de Saúde Nordeste compreende a região de Três Bandeiras, Três Lagoas e Sol de Maio. O Distrito de Saúde Oeste compreende a região central da cidade e alguns bairros circunvizinhos; a região do município mais populosa compõe o Distrito de Saúde Leste, onde os bairros da região do Morumbi, Jardim São Paulo e Campos do Iguaçu estão a ela subordinados.

A região Sul, e o seu respectivo Distrito, compreende os bairros da região do Profilurb e Carimã. As equipes das UBS envolvem médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras e gineco-obstetras), além de outros profissionais de saúde de nível médio e superior.

Mapa 01 – Divisão do município em Distritos Sanitários



4.3 A População do Estudo

Os dados desta pesquisa sobre os sujeitos do projeto serão coletados junto a Secretaria de Saúde do município e incluirão dados pertinentes aos médicos que atuam na Atenção Básica que participarão da pesquisa e que responderão ao questionário da entrevista semi-estruturada. A faixa etária, bem como tempo de formado serão abordados. A característica da instituição oriunda, seja pública ou privada, nacional ou estrangeira também serão consideradas, a distribuição da carga horária de trabalho na unidade.

4.4 Instrumentos da Coleta de Dados

Após assinatura do Termo de Autorização Institucional e da aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Integração Latino-America será iniciada a coleta de dados.

Serão utilizados de modo integrado dois instrumentos de coleta: análise documental e entrevista semi-estruturada. Numa primeira etapa, será realizado uma análise documental junto ao banco de dados da secretaria municipal de saúde, no que concerne as dados relativos à demanda prevalente de atendimentos dermatológicos na Atenção Básica do município.

Posteriormente, será realizada uma entrevista visando captar, junto aos médicos da Estratégia de Saúde da Família, aspectos relacionados às dificuldades encontradas no atendimento de âmbito dermatológico, bem como, partindo da experiência na própria graduação e no aspecto profissional como tem sido o preparo do graduando, que frequenta a Unidade, para o atendimento relacionado a queixas dermatológicas prevalentes e quais sugestões seriam oportunas para o aprimoramento da graduação no que se refere este tema.

4.5 Análise de Dados

Os dados obtidos através da entrevista serão transcritos e lidos em profundidade, buscando padrões comuns que possibilitassem a elaboração de categorias de análise. Citando Duarte (2002, p.30), *“fragmentos de discursos, imagens, trechos de entrevistas, expressões recorrentes e significativas, registros de práticas e de indicadores de sistemas classificatórios constituem traços, elementos em torno dos quais construir-se-ão hipóteses e reflexões, serão levantadas dúvidas ou reafirmadas convicções.”*

O material produzido pelas entrevistas será transcrito na íntegra; dos textos produzidos serão então extraídas unidades de contexto, trechos recortados integralmente das falas desenvolvendo temas em consonância com os núcleos direcionadores. Das unidades de contexto emergirão as unidades de registro, um novo recorte mais centrado na ideia expressa em cada fala.

No dizer de Moraes (1999), as unidades de registro são conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmo. Destas serão extraídas categorias, classificando-se através de expressões os significados dos dados obtidos, contabilizados conforme sua frequência de aparição.

As entrevistas serão realizadas no ambiente de trabalho das instituições participantes e terão a duração média necessária a coleta dos dados.

4.4 Aspectos Éticos e Legais

Este projeto está em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos e que será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILA. Somente após a aprovação deste projeto pelo CEP dar-se-á início à pesquisa.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REGO S. Educação e competência moral em Bioética. Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética. Foz do Iguaçu: SBB; 2005.
2. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE / CES n ° 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação de Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de novembro 2001; Seção 1, p.38.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 699/gm de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de março 2006.
4. BRASIL. Universidade Federal da Integração Latino-Americana.UNILA. Projeto Político Pedagógico do curso de Especialização em Educação Médica, 2014: p.07.
5. .SANTOS JUNIOR A, Andrade MGG, Zeferino AB, Alegre SM, Moraes AM, Velho PENF. Prevalência de dermatoses na rede básica de saúde de Campinas, São Paulo — Brasil. An Bras Dermatol. 2007;82(5):419-24.
6. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE / CES n ° 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação de Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de junho 2014.
7. GONÇALVES AP. Dermatologia: ciência, pesquisa, ensino, prática. An Bras Dermatol. 2009;64(2):125-8.
8. WILLIAMS HC. Epidemiology of skin disease. In: Burns T,Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Science; 2010.
9. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica. Brasília: MS; 2002.
11. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. Hucitec, São Paulo, 2010.
12. GRANGER, G. In: O Desafio do Conhecimento. Hucitec, São Paulo, 2010. Associação Brasileira de Educação Médica. Residência Médica no Brasil. Cadernos ABEM online, 2011. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/caderno_abem7.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2012.
13. ANDRÉ, M. Pesquisa em Educação: Buscando Rigor e Qualidade. Cadernos de Pesquisa, n.113, p. 51-64, jul. 2001.

14. NEWMAN, T.B. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY S. et al Delineando Pesquisa Clínica. Porto Alegre: ArtMed, 2008. p.127-144
- DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões Sobre o Trabalho de Campo. Cadernos de Pesquisa, n.115, p 139-154, mar. 2002.
15. MORAES, Roque. Análise de conteúdo. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
16. MIOT, H A. Tempo para agendamento de consultas dermatológicas no Brasil. An Bras Dermatol. 2013, vol.88, n.4, PP.563-569.
17. SANTOS JUNIOR A, Andrade MGG, Zeferino AB, Alegre SM, Moraes AM, Velho PENF. Prevalência de dermatoses na rede básica de saúde de Campinas, São Paulo — Brasil. Na Bras Dermatol. 2007;82(5):419-24
18. JULIAN CG. Dermatology in general practice. Br J. Dermatol. 1999;141(3):518-20
- Aoki, V. Especialidades Médicas-Dermatologia. Rev Med (São Paulo). 2012;91(ed. esp.):28-9
19. FELDMAN SR, Fleischer Jr AB, McConnell C. Most common dermatologic problems identified by internists, 1990-1994. Arch Intern Med. 1998;158(7):726-30.
20. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Relatório do Sistema de Regulação III. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ; 2011.
21. LOWELL BA, Froelich CW, Federman DG, Kisner RS. Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. J Am Acad Dermatol. 2001;45(2):250-5.
22. GOMES TM. Dermatologia na Atenção Primária: um Desafio para a formação e Prática Médica, Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012.
23. FLEISCHER Jr AB, Feldman SR, McConell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. Fam Med. 1997;29(9):648-52.
24. CHEN SC, Pennie ML, Kolm P, Warshaw EM, Weisberg EL, Brown KM, et al. Diagnosing and Managing Cutaneous Pigmented Lesions: Primary Care Physicians Versus Dermatologists. *J Gen Intern Med.* 2006;21(7):678-82.
25. CARVALHO BG, Turini B, Nunes EFPA, Bandeira IF, Barbosa PFA, Takao TS. Percepção dos médicos sobre o curso facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rev Bras Educ Med. 2011;35(1):132-41.
26. ARONA E C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Saude soc. vol.18 supl.1 São Paulo Jan./Mar. 2009.
27. WESTPHAL, M. F. *Promoção da Saúde e prevenção de doenças.* In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 635-667.

28. BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, DF; 1996.
29. VASCOCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. *O Sistema Único de Saúde*. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
30. BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília, DF; 1998.
31. SISSON CM. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saude soc.* vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2011.
32. BRASIL. Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Cadernos de Atenção Básica Nº 9 Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174* Brasília, DF; 2002.
33. SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. *Dermatologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2010. 1.156 p.
34. EIDT, LM. *Dermatoses em Idosos Atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre-RS*. V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação-PUCRS, 2010.
35. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005*. *An Bras Dermatol.* 2006;81(6):533-39.
36. ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. S. *Co-construção de autonomia em questão*. In.: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007. p. 669-688.
37. SILVA, R. C. *A construção da prática fonoaudiológica no nível local norteadada pela Promoção da Saúde no município de Piracicaba*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, São Paulo, 2002.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Mortalidade infantil e fetal*. In.: _____. *Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília, DF; 2005. p. 6-11. (Série A. Normas e manuais técnicos).
39. HONG CH, McLean D, Shapiro J, Lui H. Using the internet to assess and teach medical students in dermatology. *J. Cutan Med Surg.* 2002; 6:315-9.
40. BELLO HR, BANDEIRA AG, MENEZES LP, TRENNEPOHL C. *A Integralidade no Cuidado à Usuários com Lesões de Pele na Atenção Primária em Saúde*. 17 Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem. Natal, RN, 2013.

41. FERREIRA, R. F.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Promoção da saúde*. Brasília, DF; 2001
42. CAMPOS GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev.; 23(2): 399-407. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, jan. 2008.
44. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
45. KRETZER, M. R. Avaliação da Implantação das Ações de Reabilitação no Programada Saúde da Família (PSF) da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. São Paulo, 2008. Relatório de Pesquisa – Projeto CNPq. Mimeo.
46. ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, abr. 2011.

