

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) – NÚCLEO CEARÁ  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE - NUTEDS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCILANDE CORDEIRO DE OLIVEIRA ANDRADE

PROCESSO DE APRENDIZAGEM DO PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA: PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE A DISTÂNCIA.

FORTALEZA

2011

LUCILANDE CORDEIRO DE OLIVEIRA ANDRADE

PROCESSO DE APRENDIZAGEM DO PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA: PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE A DISTÂNCIA.

Trabalho de conclusão de curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em Saúde  
da Família, modalidade semi-presencial, da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial para obtenção de Título de Especialista.

Orientador: Profa. Tutora: Valeska Camurça

FORTALEZA

2011

---

A568p Andrade, Lucilande Cordeiro de Oliveira

Processo de aprendizagem do profissional da estratégia saúde da família: perspectiva da educação permanente a distância/ Lucilande Cordeiro de Oliveira Andrade . – 2011.

50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.

Orientadora: Profa Tutora Valeska Vieira Camurça

1. Educação Continuada. 2. Atenção Primária a Saúde. 3. Programa Saúde da Família. I. Título.

CDD362.1

---

LUCILANDE CORDEIRO DE OLIVEIRA ANDRADE

PROCESSO DE APRENDIZAGEM DO PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE A DISTÂNCIA.

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semi-presencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Título de Especialista.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Valeska Vieira Camurça (1º Avaliador)

---

Prof. Andréa Soares Rocha da Silva (2º Avaliador)

---

Prof. Patrícia Maria Costa de Oliveira (3º Avaliador)

*À Deus.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ser tão bom e estar comigo em todos os momentos, amparando-me e me guiando no caminho da perseverança.

Aos meus filhos, pela singeleza, pela inocência que me transmitem e me confortam, por serem meu estímulo constante de vida.

Ao meu, esposo pelo amor dispensado, por compreender minha ausência em certos momentos e por compartilhar comigo sonhos e conquistas.

Aos meus pais pelo amor incondicional, por todos os ensinamentos que me concedem e pelo esforço diário para que eu me torne uma vencedora na minha vida.

À UNA-SUS e NUTEDS/UFC pela oportunidade, que abriu portas para mais um desafio e desempenho da minha vida profissional.

À tutora Valeska Camurça pelas orientações e incentivo para continuidade desta especialização

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente comigo neste caminho e ao longo de todo o meu processo de crescimento humano e profissional, o meu muito obrigada!

*“A pessoa conscientizada tem uma compreensão diferente da história e de seu papel nela. Recusa acomodar-se, mobiliza-se, organiza-se para mudar o mundo.” (Paulo Freire)*

## **RESUMO**

A educação permanente é a prática educativa contínua dos profissionais inseridos nos mais variados serviços. Na saúde, destaca-se como fonte de conhecimento e objeto de transformação das práticas cotidianas. Com o intuito de minimizar a diferença entre a oferta e a necessidade de formação para os profissionais em atuação na área do SUS, faz-se necessária a produção de metodologias que atendam ao desafio contemporâneo de formar os profissionais no seu contexto de trabalho, permitindo a descentralização das atividades pedagógicas, mas sem redução na qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem. Objetivou-se descrever o processo de aprendizado do profissional inserido no CESF e sua aplicabilidade na promoção da saúde da população da atenção primária. Através de um relato de experiência, trazemos a visão da grande aplicabilidade do aprendizado adquirido num curso de educação à distância e a importância fundamental da educação continuada e descentralizada, que possibilita aprimoramento em larga escala e permite a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades, bem como a definição de intervenções eficientes e eficazes na atenção básica de saúde. Espera-se, portanto que a Educação continuada voltada para os princípios do SUS, possa ser ampliada no processo de formação dos profissionais de saúde, que compõe a Estratégia de Saúde da Família.

Descritores: Educação continuada, Atenção Primária à Saúde, programa saúde da família.



## **ABSTRACT**

The permanent education is the continuing professional educational practice inserted in a variety of services. In health, there is a source of knowledge and subject to change daily practices. With the intention of minimize the difference between the supply and need for training for professionals at work in the area of SUS, it is necessary to produce methodologies that comply with the contemporary challenge to train professionals in their work context, allowing the decentralization pedagogical activities, but without a reduction in quality of content and learning processes. The objective was to describe the process of learning and professional Specialization Course in Family Health (SCFH) inserted into its applicability in the promotion of population health in primary care. Through an experience report, we bring the vision of the wide applicability of the lessons learned in a course of distance education and the fundamental importance of continuing education and decentralized, which enables large-scale improvement and allows the use of tools and technologies to facilitate the identification of major health problems of our communities, as well as the definition of efficient and effective interventions in primary health care. It is expected therefore that education remains focused on the principles of the SUS, is fundamental and always present in the process of training of health professionals, who make up the Family Health Strategy.

**Keywords:** Education Continuing, Primary Health Care, Family Health Program

## SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO	11
2.0	METODOLOGIA	13
3.0	RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
3.1	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	14
3.2	SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA	18
3.3	MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	22
3.4	PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE	25
3.5	TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE	30
3.6	SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL	32
3.7	PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE	34
3.8	SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA	37
3.9	ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL	39
3.10	ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA	42
4.0	CONCLUSÕES	45
5.0	REFERÊNCIAS	46

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que prioriza a valorização do nível municipal. Apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos (BRASIL, 1996).

Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras. Para tal, temos que dispor da educação permanente que é a prática educativa contínua dos profissionais inseridos nos mais variados serviços. Na saúde, destaca-se como fonte de conhecimento e objeto de transformação das práticas cotidianas (UFC, 2010a).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) objetiva a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS, trazendo como proposta as contribuições para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, além da organização dos serviços.

Com o intuito de minimizar a diferença entre a oferta e a necessidade de formação para os profissionais em atuação na área do SUS, faz-se necessária a produção de novos modelos de cooperação entre Universidade e Sistemas de Saúde que atendam ao desafio contemporâneo de formar os profissionais no seu contexto de trabalho, com uma metodologia que permita a descentralização das atividades pedagógicas e em larga escala, mas sem redução na qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem. A formação disponibilizada, por outro lado, deve vincular-se cada vez mais às necessidades cotidianas reais da população e do serviço de saúde. Nesse sentido, a Universidade Federal do Ceará (UFC) estabeleceu parceria com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, SGTES, passando a integrar o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS),

para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, inicialmente para as categorias de medicina, odontologia e enfermagem. O convênio foi firmado entre estas instituições para construir um complexo formador de profissionais de saúde em serviço, em larga escala, com metodologias descentralizadas e contextualizadas, com o objetivo de formar profissionais de saúde da família com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação na Atenção Básica dentro da rede do SUS, melhorando continuamente a qualidade do atendimento, tendo em vista que os profissionais que desenvolvem a Estratégia de Saúde da Família são aqueles que possuem mais condições e maiores possibilidades de interagir com a comunidade na perspectiva de mudança do quadro sanitário brasileiro (UFC, 2010a).

Nesse intento a UFC instituiu o Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde – NUTEDS/UFC, criado pela portaria UFC nº 76 (15/01/2010) do Magnífico Reitor Prof. Jesualdo Pereira, com caráter multidisciplinar, e atendendo necessidades de apoiar projetos já instalados e que deve convergir especificamente o Projeto RUTE (Rede Universitária de Telemedicina), o Programa Nacional de Telessaúde e, agora, a UNA-SUS.

Neste trabalho, trazemos por meio de um relato de experiência, a descrição do processo de aprendizado do profissional inserido no Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) e a aplicação desse aprendizado na prática profissional e em especial na promoção da saúde, apresentando os portfólios construídos em cada disciplina, ao longo do Curso.

## 2. METODOLOGIA

O universo deste estudo foi constituído por alunos do curso de especialização saúde da família na modalidade semipresencial. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O processo de ensinar e aprender acontece no âmbito das relações interpessoais e deve abranger a pessoa inteira, inclusive com sua história de vida. Em decorrência disso, não adianta pensar apenas nos aspectos pertinentes à transmissão do conhecimento, pois, no processo de trabalho, vários serão os momentos de parar e refletir. Assim, no momento em que se está diante desse estudo ocorre a surpresa e a transformação do aluno.

A matriz curricular do curso é composta por disciplinas apresentadas sob a forma de módulos/disciplinas, que se apresentam a seguir: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistência e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde; Tecnologia para abordagem do indivíduo, família e da comunidade – práticas pedagógicas em atenção básica à saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica da Saúde no contexto da Saúde Bucal; ABS Pessoas com Deficiência.

O estudo foi efetivado entre o período de abril de 2010 a junho de 2011, por meio da participação das disciplinas e atuação no campo de estudo.

A cada disciplina, além dos conteúdos propostos, foram utilizados diferentes recursos de aprendizagem para a condução das atividades pedagógicas tais como: fórum, chat, exposição interativa, texto impresso, vídeo, estudo de caso, diálogo, testes, livros, questionários, atividades e participação online (moodle), dinâmica de grupo e discussões em plenária.

Após cada disciplina, construía-se um portfólio com o objetivo de consolidar o aprendizado e, ao final do curso, esses portfólios foram reunidos e apresentados no formato de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O portfólio é um instrumento facilitador da construção e reconstrução do processo ensino-aprendizagem que permite o aluno refletir sobre a realidade local, identificando os problemas e analisando-os criticamente. É um instrumento, que conduza o estudante à descoberta de si próprio, perante diversas situações, ao ser uma forte ferramenta para este, e ainda por proporcionar juntar ao conhecimento de mundo que possui o suporte científico, mediado de interesse para a sua vida pessoal, acadêmica e profissional (ALVES, 2000).

Segundo Moran (2002), a EaD é um “processo de ensino-aprendizagem mediado por tecnologias”, no qual o professor e o aluno encontram-se afastados por contingências de distanciamento geográfico, pelo tempo ou ambos. As tecnologias provêm o(s) meio(s) para que, em ocorrendo a comunicação, a interação entre professor e alunos, do aluno com o material a ser aprendido, e dos alunos entre si, o ensino se processe favorecendo a ocorrência efetiva do aprendizado.

Ademais, o estudo atendeu à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os aspectos éticos e legais.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Processo de Trabalho em Saúde**

A qualidade com que exercemos nossa profissão e produzimos o serviço, é relativa ao plano do trabalho e diz respeito à estruturação das ações e planejamento da organização dos serviços. Para percorrermos o caminho do entendimento de processo de trabalho em saúde temos que contextualizar os serviços de saúde dentro de uma dimensão histórica, cultural, social, econômica e ambiental. Pois o saber dos profissionais e clientela envolvida neste processo está diretamente ligado a estas questões, como exemplo o nosso estado, Ceará, que é caracterizado por apresentar três regiões geográficas distintas (serra, sertão e praia) que influenciam no comportamento das pessoas envolvidas dentro de cada especificidade (UFC, 2010b).

O Estado do Ceará, cenário a qual está inserido esse processo de trabalho apresenta características definidas como foi expresso no conteúdo de introdução à disciplina: “ O cenário justifica um comportamento cultural num processo de trabalho que no nosso meio, a comunicação, tanto no âmbito popular como institucional, se faz prioritariamente pela verbalização musicalizada” (UFC,2010b). Tanto que, existem costumes da utilização da música para a comunicação nos vários aspectos de hábitos, valores e costumes no trabalho. Também vale salientar a postura do povo nordestino frente aos serviços de saúde, que geralmente procura os serviços para soluções imediatas, desvalorizando a promoção da saúde como melhoria da qualidade de vida.

Considerando também a realidade do município que eu trabalho gostaria de contextualizá-lo, assim como o centro de saúde da família que trabalho, como cenário principal da minha atuação dentro do processo de trabalho:

Fortaleza, capital do Estado do Ceará, com toda sua extensão considerada área urbana, tem uma população de 2.431.415 pessoas e área de 313,140 km<sup>2</sup>, apresentando densidade demográfica de 7.748 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2007). Apesar de estar inserida no clima semiárido, sua localização modifica esta realidade por estar entre serras próximas fazendo com que as chuvas de verão ocorram com mais frequência na cidade e entorno do que no resto do Estado. A temperatura média anual é de 26°C. Sem ter as estações do ano bem definidas, tem-se apenas a época chuvosa, de janeiro a julho e seca de agosto a dezembro. A vegetação de Fortaleza é tipicamente litorânea com áreas de mangue e restinga. As áreas de restinga encontram-se nas proximidades das dunas ao sul da cidade e perto da foz dos rios Ceará, Cocó e Pacoti. Nos leitos destes rios a mata predominante é a de mangue. O Fortaleza tem uma extensão total de 34 km com um total de 15 praias. A Altitude (em metros) é 21m e as principais Atividades Econômicas: turismo, comércio, indústria e serviços (GEOGRAFIA DE FORTALEZA, 2011).

Dentro desse contexto apresentado podemos analisar as tendências epidemiológicas atuais no âmbito da saúde da população. A começar pelo turismo como atividade econômica da cidade, favorecendo o aumento do turismo sexual, exploração sexual de menores, violência urbana, que, por conseguinte aumenta os índices de DSTs, gravidez na adolescência, gravidez indesejadas, abortos, etc.

O clima semiárido com as chuvas de verão, juntamente com outros fatores como a urbanização, densidade demográficas elevadas, e fatores ambientais contribuem para a permanente circulação do vetor *Aedes aegypti*, transmissor da Dengue, que se constitui ainda um desafio para a saúde pública.

Os fatores socioeconômicos, demográficos, sanitários, ambientais e culturais são também fatores de risco para os problemas de alagamentos que ocorrem na cidade nos períodos chuvosos, pois a mesma não tem infraestrutura preparada, bem como a população joga lixo nos bueiros, nas ruas, causando aumento dos índices das doenças mais comuns da quadra invernal como diarreia, parasitoses intestinais, leptospirose, viroses, problemas de pele, etc.

Sem esquecer que a cidade apresenta um contraste, entre área nobre e turística, e áreas de risco espalhada por toda a capital sem as condições básicas de saneamento, precária

infraestrutura somada à baixa renda familiar ou o desemprego, gerando cidadãos residentes que enfrentam dificuldades a cada dia e contribuindo também para o aumento do problema da violência urbana.

Para finalizar e contextualizar bem a cidade dentro da questão saúde, o Programa Estratégia de Saúde da Família, atualmente tem cobertura de apenas 43,4%, cobertura esta que foi aumentada nos últimos 3 anos, caracterizando um PSF ainda em estruturação e com muitas dificuldades, pois não supre a demanda reprimida, nem consegue atuar de forma precisa nos mais diversos problemas sociais, culturais e de saúde da população. Vemos que a questão do aumento dessa cobertura é o primeiro passo para tentar intervir nos problemas da cidade, pois sabemos que as políticas de saúde já vigentes, estão vinculadas ao programa. É necessário também projetos para melhoria da qualidade de vida população e uma fiscalização contínua e eficaz na questão do turismo sexual, violência urbana.

A equipe de saúde Laranja, a qual eu pertença atua no Centro de Saúde da Família (CSF) João Elísio Holanda, situado num bairro de periferia, considerado área de risco, com vários problemas como: gravidez na adolescência, violência urbana, drogas, exploração sexual de menores, pedofilia, violência doméstica, habitação, etc. Está vinculada a Secretaria Regional V, que representa a gestão local. Com 5 equipes de PSF, a unidade de saúde tem uma estrutura física inadequada para o desenvolvimento das atividades, pois às vezes faltam consultórios para o atendimento da população, bem como não dispomos de um espaço arejado e reservado para reuniões que exijam um número grande de pessoas. A unidade funciona das 07h30minh às 21h. Além da falta de recursos básicos, os recursos humanos não são suficientes para um bom andamento do processo de trabalho. A população de abrangência do CSF João Elísio é de aproximadamente 28.100 pessoas. Com 5 equipes sendo 2 incompletas, pois não possui o profissional médico.

A equipe Laranja atende a 1409 famílias e é composta por 1 enfermeira, 3 ACS, 1 dentista que atende a 2 equipes ( A laranja e a verde) e 1 médico emprestado da equipe verde que também atende de forma dividida às duas equipes. Dentro da equipe existem várias áreas descobertas por ACS, aproximadamente 600 famílias sem cobertura, no entanto as famílias tem acesso ao atendimento da unidade.

A enfermeira da equipe trabalha em Saúde da Família há 9 anos, e já trabalhou em 2 outros municípios com realidades diferentes, porem os ACS estão há 2 anos no programa e são bastantes inexperientes, necessitando de intervenção e capacitação constante para o aprendizado do serviço. A equipe trabalha com agendamentos, dentro dos principais programas propostos pelo Ministério da Saúde (MS) (puericultura, pré-natal, prevenção de



câncer de mama e ginecológico, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com atendimento individualizado, Tuberculose, Hanseníase, Atendimento do Programa Bolsa Família com avaliação nutricional, Saúde bucal, Planejamento Familiar, Programa Saúde do Escolar), mas o médico tem dentro do seu cronograma dois atendimentos de demanda espontânea. A visita domiciliar é realizada 2 vezes por mês, mas apenas pelo enfermeiro. Existem 2 grupos em funcionamento e com participação dos profissionais das equipes Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) e Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o grupo de gestantes e o de idosos.

As reuniões entre as equipes, gestão e funcionários da unidade não acontecem com muita frequência devido à falta de tempo dos profissionais em seus cronogramas de atividade. A questão da comunicação interna, repasse de informações e planejamento de ações básicas, sempre foi um problema dentro da unidade, fazendo com que haja uma sobrecarga de trabalho sempre para um profissional ou outro, como também comprometendo a qualidade das atividades a serem realizadas.

O conselho local de saúde faz suas reuniões frequentes, mas as exigências são sempre as mesmas: aumentar o número de fichas de atendimento para os profissionais da equipe, e aumentar a quantidade de medicamentos para a população.

Enfim, os problemas aqui apresentados são vivenciados pela equipe de saúde e temos tentado contornar a situação dentro das nossas limitações, sempre procurando refletir e construir uma política melhor dentro do processo de trabalho.

Após a compreensão dos cenários, devemos entender também que a importância dos atores principais dentro desse processo, numa dimensão interdisciplinar, é de saber o porque fazer, por meio do conhecimento e informação, saber fazer por meio da técnica e habilidade e querer fazer, por meio do interesse e atitude (CHA), proporcionando um aprimoramento na organização do trabalho das equipes de saúde da família (ESF) consolidando uma mudança real do modelo assistencial em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

### **3.1.1 Elementos Fundamentais dentro do Processo de Trabalho em Saúde**

Numa perspectiva histórica, antropológica, pretende-se, sair do imaginário do processo de trabalho em uma equipe de saúde, e identificar suas contingências produtivas a partir da modalidade das ações de trabalho com elementos fundamentais como: tempo e movimento, objetivos, finalidades, condições, sujeito, objeto, meios materiais, dentro desses conceitos estabelecidos na disciplina foi solicitado uma tarefa propondo a criação de um quadro de

ações apropriado ao planejamento teórico e prático no processo de trabalho na prestação de bens de serviços de saúde como missão social da sua unidade de saúde. Atividade que me levou a refletir que a dinâmica gerencial no interior de um serviço de saúde, desvenda os exercícios realizados pelos trabalhadores, do seu espaço próprio de gestão do seu trabalho.

Ademais, também é interessante refletir sobre os determinantes sociais e sua interferência no processo de trabalho em saúde. Para analisarmos os determinantes sociais de saúde e doença temos que levar em consideração os aspectos individuais e coletivos associados a questões econômicas, sociais e culturais. Dentro dos aspectos individuais, as diferenças sociais do indivíduo para a inserção no processo de trabalho em saúde ainda acontecem de forma discriminatória com dependências do poder econômico. Em relação aos aspectos coletivos temos as redes sociais de apoio, associações e organizações sociais que apresentam uma característica de voluntariedade e solidariedade, essas redes organizacionais modernas defendem meio ambiente, paz, direitos dos animais, grupos defensores dos direitos coletivos e cidadania. Em constante leitura do mundo para identificar os determinantes sociais do processo saúde doença, e equilíbrio da vida humana (UFC, 2010c).

Compreender os referenciais teóricos e embasamentos científicos para entender o processo de trabalho me inspirou bastante confiança para o desenvolvimento da minha prática no serviço. Esta disciplina possibilitou observar muitos aspectos que estavam esquecidos dentro do meu aprendizado como graduanda.

### **3.2 Saúde Mental e Violência**

Para compreendermos a questão da saúde mental devemos levar em conta o processo histórico de desconstrução e construção de uma nova abordagem em saúde mental, tendo como principal foco a idéia de modelo de atenção à saúde, afirmando que os modelos propostos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária brasileiras redirecionam a atenção à saúde do hospital para a comunidade, desconstruindo saberes, propondo novas formas de assistência e reconhecendo a comunidade como o locus preferencial de intervenção.

*“A Reforma psiquiátrica começou desde o final dos anos 70, quando trabalhadores do setor, num ato de coragem e de responsabilidade profissional, denunciaram à sociedade as condições subumanas em que se encontravam milhares de pessoas internadas em nossos hospitais*

*psiquiátricos. A partir de então, significativos avanços vêm ocorrendo na Saúde Mental – tanto mais valiosos por resultarem da parceria dos gestores com um expressivo movimento de trabalhadores, de usuários e de familiares da área.” (Minas Gerais,2006).*

A reforma psiquiátrica foi iniciada através de profissionais de saúde e familiares que lutavam pela melhoria do atendimento ao paciente psiquiátrico, pois o internamento em um Hospital Mental “era visto como uma exclusão social onde aquele paciente perdia todos os direitos de um ser humano devido ao péssimo tratamento oferecido a eles” (BRASIL,2005).

O objetivo da reforma psiquiátrica seria, portanto que essas pessoas que sofrem algum tipo de doença mental pudessem receber um tratamento e permanecer no meio da sociedade tendo o intuito de lhe proporcionar a convivência social e a liberdade da escolha de tratamento junto com os seus familiares e responsáveis. Segundo Tenório (2002) a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade.

Dessa forma, podemos inferir que o tratamento dado ao doente mental deve consistir em duas grandes ações: oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao doente mental.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em diversos territórios, nos governos federal, estadual e municipal, nos mercados de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Com a intenção de vivenciar o conteúdo apresentado foi nos proposto uma visita a algum serviço criado pela reforma psiquiátrica, e o serviço que escolhi foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Bom Jardim, segue abaixo o relato da minha experiência:

Tive oportunidade de conhecer o CAPS da Regional V no bom jardim, do município de Fortaleza/CE, tendo em vista que trabalho na regional V e o CAPS se situa próximo da unidade de saúde que trabalho, além do que já temos certa relação com este CAPS, pois nossos pacientes são encaminhados para lá e comumente temos tido apoio desses profissionais em nossos grupos de gestantes e idosos. Lá são atendidos pacientes adultos e idosos, de forma ambulatorial. Conta com uma equipe multidisciplinar: enfermeiro, psicólogo, pedagoga, psiquiatra, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendentes.

Dispõe de alguns grupos de terapia comunitária, massoterapia, grupo de autoestima, o projeto não às drogas, e cursos profissionalizantes. E como foi explicitado por colegas em um dos fóruns, o modelo de assistência mental atual teve certa evolução, pois vemos que nos CAPS o atendimento é humanizado, com o envolvimento da família e não há uma separação ou barreira entre os profissionais e os pacientes. Pude perceber que os usuários se sentem valorizados pela equipe que os atendem e o prognóstico terapêutico tem sido muito bom. Pude também observar e conhecer mais sobre a assistência prestada e a organização das ações de saúde mental à clientela em que o serviço de atenção à saúde mental se dá de forma bastante organizada e contempla os usuários adultos e idosos, que residem na área de abrangência da regional V, do município de Fortaleza. Com uma equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, assistente social, pedagoga, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e atendentes) eles desenvolvem atividades de acompanhamento individual e grupal, possuindo aproximadamente 20 grupos com atividades diversas. O atendimento individual é feito pelo psiquiatra, psicólogo e enfermeiro que acompanha a clientela que ainda faz uso de medicamentos, ou que está em desmame, contando com a participação da família também. As atividades grupais funcionam diariamente de segunda a sexta-feira, e as principais são: grupo de mulheres com depressão, contação de histórias, 3 grupos de autoestima, horta comunitária, farmácia viva, práticas expressivas, artesanato, violão, teclado, relaxamento, grupo de família, canto coral, expressão corporal. Os usuários possuem também assistência farmacêutica, recebendo sua medicação na farmácia do CAPS. A minha experiência em conhecer o serviço foi bastante satisfatória e a impressão que tive é que a assistência à saúde mental da população é realmente realizada de forma humanitária e com uma equipe motivada, tendo seus obstáculos como qualquer serviço de saúde pública, mas a força de vontade de todos que fazem o CAPS foi visível, deixando de lado os preconceitos e estigmas quanto aos usuários.

Em seguida nos foi proposto a criação de um caso clínico para apresentação de ações de saúde mental. Minha equipe de estudos foi a de uma família passando por mudanças com o nascimento de uma criança:

“Talita, 19 anos, G1P0A0 (Na primeira gestação, paridade zero e aborto zero) foi acompanhada durante o pré-natal pela equipe de saúde da família do Cágado, distrito de São Gonçalo do Amarante, tendo participado com afinco do grupo de gestantes. Sempre mostrou interesse e amor pelo bebê, relatando ansiedade e desejo em amamentar seu primeiro filho. O pré-natal foi considerado de baixo risco já que os exames foram todos normais e que, apesar de ser adolescente, a jovem seguia todas

as orientações, não faltando a nenhuma consulta e demonstrando sempre interesse por aprender mais.

Contudo, em dezembro de 2009, ainda por volta de 32 semanas gestacionais, Talita sentiu fortes dores sendo internada em um hospital público de pequeno porte no município vizinho com suspeita de pielonefrite. Recebeu alta poucos dias depois, mas voltou a sentir as dores sendo transferida para o Hospital César Cals onde entrou em trabalho de parto no dia 31/12/2009, parto natural, prematuro, sem complicações.

O Recém-nascido (RN) pesou 1.600kg, passando 30 dias internado devido a uma má formação, com diagnóstico de atresia de esôfago. Submeteu-se a uma cirurgia de reconstituição do trajeto do esôfago sem êxito. Devido ao problema, Talita não pode amamentar, já que o RN passou a se alimentar por sonda enteral, com prescrição de leite Nan 1, 60 ml, 7 vezes ao dia. Recebeu alta quando o RN estava com 1750kg e 30 dias de vida, com ferida operatória dorsal limpa e sem sinais flogísticos e ferida operatória abdominal levemente hiperemiada. Talita reside em casa própria em uma localidade afastada 42 km do hospital do município, sem saneamento, e com fossa séptica. Utiliza a água de uma cacimba cuja qualidade é inadequada para uso (segundo avaliação da vigilância epidemiológica), não tem renda fixa, o marido é vendedor ambulante e tem 2 filhos do casamento anterior.

Ao receber a primeira visita da equipe de saúde da família, a paciente expressa tristeza e muitas dúvidas: Por que o bebê nasceu com aquele problema? Como cuidar daquela criança? o que fazer se ela adoecer? Como higienizá-la? Pode oferecer chupeta, já que tem atresia de esôfago? Como conseguir recursos para manter os cuidados com o RN e prevenir infecções? Como conseguir transporte para retornos no hospital César Cals? Quando o bebê vai poder ser alimentado pela boca? Dentre outras perguntas que insistiam em martelar na cabeça de uma primigesta, adolescente e com filho doente. Como proceder? Como a equipe deveria assistir essa paciente na questão da saúde mental dela e da família?"

Após estudo do caso e discussão com a equipe, pudemos elaborar algumas considerações que consideramos importantes sobre o caso: Em primeiro lugar, temos que classificar a família em questão como uma família de risco, necessitando de uma atenção especial da ESF, tendo a participação de uma equipe multiprofissional para tentar resolver o problema, fazendo visitas constantemente e orientando o ACS da área a acompanhar diariamente a mãe e o bebê. O esclarecimento de todas as dúvidas possíveis que a mãe tem sobre os cuidados com o bebê está em primeiro plano. Após esclarecer e ensinar a mãe como proceder com a criança, encorajando-a para cuidar de seu filho, devemos proceder com os encaminhamentos como,

por exemplo, à secretaria de ação social. O apoio psicológico é fundamental e a equipe deve estar atenta a sinais de risco que possam afetar a cuidadora e seu filho.

Por fim, pude compreender que a realidade vivenciada pelas equipes de Saúde da Família no atendimento ao portador de sofrimento psíquico é permeada por inquietações, indagações e, muitas vezes, pela dificuldade em intervir de forma eficiente no cuidado a esse grupo populacional. É por isso que é importante propiciar uma reflexão sobre o cotidiano do atendimento em saúde mental nessas equipes. Procurando construir um conhecimento que possibilite a efetividade e a resolubilidade das ações de saúde mental na atenção básica.

### **3.3. Modelo Assistencial em Saúde na Atenção Básica**

A aplicação de modelos nas ciências da saúde é muito frequente. Na saúde coletiva, o uso de modelos também é muito comum e sua construção ocorre das mais variadas formas. Uma das mais comuns é a análise de sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes países, recortados por algumas variáveis ou categorias de análise (UFC, 2010d).

O termo modelo assistencial em saúde nos traz a ideia de formação de um modo de operacionalizar o sistema de saúde em determinado local, podendo basear-se em modelos pré-existentes ou em modelos idealizados. Porém, sabemos que a peculiaridade de cada momento e local de desenvolvimento do modelo assistencial faz dele único na sua atuação. Percebemos que atualmente a ESF, como modelo assistencial de atenção básica, vem desde 1994, na tentativa de uma melhoria nas mudanças de comportamento da população, fazendo entender a importância da promoção da saúde de forma preventiva, no entanto as mudanças ainda não são visíveis e a ideia de centralização nas ações do médico, e na busca de remédios e atestado médico para cobrir as faltas do trabalho é bem presente na maioria dos usuários da ESF, uma característica dos usuários do Saúde da família de Fortaleza. Isso tem se tornado um desafio para os profissionais da ESF, no intuito de estabelecer estratégias de implementação de mudanças no modelo, para um modelo que busque a melhoria na qualidade de vida da população.

A Equipe que trabalho não é composta pelo profissional médico, temos um médico emprestado de outra equipe, que faz apenas o atendimento à demanda espontânea, por tanto as estratégias e ações implementadas são realizadas pela enfermeira, dentista e ACS. A equipe vem utilizando atividades educativas e investindo na formação de grupos para a conscientização da população quanto à importância da prevenção e promoção da saúde

baseada nas ações para melhoria da qualidade de vida, deixando as ações curativas para segundo plano. No entanto as dificuldades são frequentes, primeiro vem a resistência da comunidade em aceitar este novo modelo de assistência, evidenciado pela não adesão às reuniões, e verbalização das necessidades básicas nas consultas como a utilização abusiva de medicamentos. O fato é tão evidente que a população ao deixar o CSF, só sai satisfeita quando volta para casa com as mãos cheias de remédios. Outra dificuldade são os recursos necessários para a formação de grupos e execução de atividades da promoção da saúde, pois muitas vezes falta material educativo e outros recursos.

Outra estratégia que temos procurado desenvolver é o planejamento das ações e a avaliação dos indicadores de saúde, por meio de reuniões administrativas com as equipes e coordenador do CSF, bem como todos os funcionários envolvidos no processo de trabalho. Os objetivos estão voltados para o conhecimento das necessidades de saúde da população, para termos um diagnóstico da comunidade e atualizar esse diagnóstico.

Sabemos que a Estratégia de Saúde da Família vem desenvolvendo suas ações há um bom tempo e como os processos são graduais, as ações devem ser constantes e incansáveis, pois a mudança nos hábitos e costumes já impregnados na população é bastante complexa.

Prosseguindo nosso estudo, fomos levados a praticar o que aprendemos sobre a qualidade na prestação de serviços de saúde, seus atributos, e o modelo de gestão do trabalho da Equipe por meio de um caso proposto, identificando, os atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados de saúde relacionando a presença/ausência desses atributos com os problemas apresentados:

“Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos. Anteriormente, morava na zona rural de onde saiu juntamente com várias outras famílias em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há cerca de oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaleia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então, vem fazendo uso irregular de anti-hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos. Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela micro área onde Dona Maria reside tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um dos membros da Equipe. Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar. O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a

essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade de saúde, comunicou o caso à enfermeira, que decide realizar uma visita na segunda-feira pela manhã com o auxiliar de enfermagem. Em sua visita, a Enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação, o uso correto da medicação. Realizou o curativo das escaras, aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito.”

Após a apresentação do caso podemos constatar que os atributos presentes foram o de Ética e Legitimidade, pois a ética significa que o cuidado prestado pela enfermeira foi eticamente adequado. Na legitimidade podemos dizer que as ações desenvolvidas trouxeram benefícios para a família e foram bem aceitas. No entanto constatamos muitos atributos ainda ausentes como a Eficácia, pois o 1º atendimento realizado em Dona Maria há 8 anos atrás esteve ausente, a mesma apesar de ter sido diagnosticada com hipertensão arterial, fazia uso irregular da medicação, resultando no AVC, a qual foi acometida. A Efetividade e Eficiência estiveram ausentes pois estas dependem diretamente da eficácia e a oportunidade foi outro atributo ausente, pois a visita realizada à Dona Maria pela equipe de Saúde da Família, após sua alta hospitalar foi muito demorada, já chegando em um momento em que a eficácia já estava comprometida. Em relação a equidade, esta também esteve ausente pois a situação de dona Maria, era uma situação de risco e de vulnerabilidade, devendo a equipe distribuir as funções em favor deste diagnóstico, executando as ações de forma igualitária, dando mais atenção ao caso com mais ênfase.

A continuidade esteve ausente no momento em que Dona Maria teve alta hospitalar e não foi imediatamente acompanhada pela ESF. A Acessibilidade esteve ausente pois a visita domiciliar teve que ser solicitada pela filha de dona Maria, tendo em vista sua situação ter se agravado. E a Aceitabilidade foi outro atributo presente em determinado momento, pois houve aceitação por parte da família com relação as orientações dadas, no entanto ausente no momento em que Dona Maria antes do AVC não toma a medicação corretamente. A Otimidade estava presente no momento em que as ações que foram desenvolvidas tiveram um retorno significativo, no entanto não foi em todos os momentos.



A partir do estudado vemos que os serviços de saúde são organizações bastante complexas, e um de seus maiores desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde. No caso da Estratégia de Saúde da Família, na maior parte das situações, é a própria Equipe que tem a responsabilidade de gerir seu processo de trabalho. Nesse modelo de organização é exigido que a Equipe tivesse competência, não somente técnica e política, mas também gerencial. Dessa forma, é da maior importância a discussão de um modelo de gestão que dê a essas Equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia (UFC, 2010e).

### **3.4. Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**

O SUS é um modelo imaginário e cabe a nós torná-lo real, para isso é necessária a utilização de ferramentas e tecnologia que facilitem a identificação dos problemas de Saúde da comunidade. Dessa forma, é importante entender os aspectos gerais do planejamento e entender que segundo Matus (1993) planejar é ter uma visão do presente (realidade) e trabalhar com visões globais analisando o futuro de maneira articulada. O planejamento estratégico situacional é o mais utilizado no trabalho em Saúde principalmente por ser um sistema aberto com várias possibilidades.

Fazendo uma reflexão sobre o hábito de planejar, cheguei a conclusão de que planejamento é a solução para os problemas.

Segundo (*ACKOFF,1978*)

"Planejamento é algo que fazemos antes de agir; isto é, tomada antecipada de decisão. É um processo de decidir o que fazer, e como fazê-lo, antes que se requeira uma ação. Se desejarmos certa situação em algum tempo, no futuro, e demora-se para decidir o que fazer, e como fazê-lo, devemos tomar decisões necessárias antes de agir. Se essas decisões pudessem ser tomadas rapidamente sem perda de eficiência, não seria necessário planejar".

Dentro da saúde é de suma importância o planejamento, pois somos obrigados a planejar para aproveitarmos melhor os recursos e também para alcançarmos nossos objetivos dentro do nosso processo de trabalho. Nesta aula sobre planejamento em saúde, aprendemos que necessitamos sempre de um método de planejamento, e que precisamos conhecê-lo para escolher o mais adequado ao nosso modelo assistencial de saúde, a partir disso pudemos conhecer dois métodos apresentados: o normativo e o estratégico. Dentro do que foi proposto na aula 1, pudemos realizar um chat para discutirmos as considerações sobre planejamento, o chat transcorreu de forma organizada e cada um pôde expor as suas ideias, chegando a

seguinte conclusão : “o ato de planejar é inerente ao ser humano, e podemos fazê-lo como um método e um processo permanente”.

Planejamento Estratégico Situacional- PES, um método que tem como princípio a análise das causas de um problema considerando cada situação dentro do ambiente social, econômico e político em que ocorre e pensando as potencialidades e limitações do processo levando em conta as mudanças que possa ocorrer. A partir da compreensão do PES e seus conceitos básicos foi discutido no Fórum a seguinte situação: Uma equipe de saúde pode achar que os principais problemas de uma comunidade, por seu impacto no perfil de mortalidade e por suas complicações, são o diabetes e a hipertensão arterial. Mas essa comunidade se sente mais incomodada e afetada com a dificuldade de acesso a água e com o desemprego e a violência. Neste fórum foi discutido como lidar com esta situação na qual temos atores sociais diferentes com visões diversas. E pudemos perceber a complexidade desse questionamento, mas acredito que dentro do PES devemos respeitar os atores sociais e suas diversas opiniões. A problemática muitas vezes foge da nossa competência e necessita da intervenção de outros setores da administração da comunidade, no entanto podemos tratar a situação com muita cautela e muito diálogo, no caso, podemos convidar a comunidade a participar de uma reunião para tratar de problemas como a violência e questão da dificuldade com a água e dentro desta reunião implementar e abordar o tema da hipertensão e diabetes, mobilizando e conscientizando a comunidade.

Para realizarmos um planejamento de saúde, precisamos pensar antes sobre as condições de saúde e doença vivenciadas por uma determinada população. Isto é, precisamos fazer um diagnóstico da situação. Este diagnóstico deve ser participativo e podemos utilizar como método a estimativa rápida que examina os registros existentes, entrevistas informantes importantes e faz observações sobre as condições de vida do grupo populacional em questão para conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas consequências para então identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, buscando definir prioridades quanto às soluções para estes problemas e, a partir daí, elaborar um plano de ação baseado nessas prioridades.

Por fim, foi proposta a formação de grupos para realizarmos o plano de ação que possibilitaria entendermos melhor, na prática, como realizar um Planejamento estratégico e suas dificuldades: Depois do diagnóstico situacional do território foi selecionado um problema específico para fazer o projeto de intervenção seguindo o passo a passo do processo de planejamento discutidos nas aulas: 1. Definição do Problema; 2. Priorização do Problema; 3. Descrição do Problema selecionado; 4. Explicação do problema; 5. Seleção dos nós

críticos; 6. Desenhos das operações; 7. Identificação dos recursos críticos; 8. Análise da viabilidade do plano; 9. Elaboração do plano operativo; 10. Gestão do plano.

O trabalho foi desenvolvido com a ajuda do fórum e de chat realizado pelos membros da equipe, em que cada um expressava sua opinião no decorrer do trabalho. Os passos 1, 2, 3, 4 e 5 foram de fácil desenvolvimento, já os passos 6, 7, 8, 9 e 10 foram mais complexos. Embora bastante complexa, a atividade foi bastante proveitosa e, por isso, apresentamos o resultado a seguir para ilustrar nosso aprendizado:

### **Plano de Ação da Equipe 3**

#### **1º passo: Principais problemas da comunidade**

- Gravidez na adolescência
- água insatisfatória para consumo
- Elevado número de dependente de ansiolíticos
- Níveis sócio-econômicos e educacionais baixos
- uso indiscriminado e abusivo de medicamentos
- alto índice de HAS e DM
- drogas ilícitas, muitos usuários de drogas

#### **2º passo: priorizar problemas a serem enfrentados**

No segundo passo priorizou-se os problemas através de um planilha, caracterizando a urgência, capacidade de enfrentamento, seleção e importância, em que gravidez na adolescência foi o problema selecionado.

#### **3º passo: Descrição do problema selecionado**

Gravidez na adolescência: A equipe 03 encontrou mais de 35% das gestantes atendidas pelo serviço de pré-natal na unidade com idade entre 13 e 20 anos, tendo como fontes o SIAB, registro das equipes e estudos epidemiológicos.

#### **4º passo: Explicação do problema**

O que determina e potencializa a gravidez na adolescência.

#### **5º passo: Seleção dos nós críticos**

A Equipe 3 selecionou, como “nós críticos”, as situações relacionadas com o problema

principal que a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido. Vejamos quais foram:

Hábitos e estilo de vida

Falta de lazer adequado

Ausência de incentivo a ocupação produtiva e baixas perspectivas de futuro

Conhecimento inadequado

Dificuldades para acessar ao serviço de planejamento familiar.

### 6º passo: Desenho das operações

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hábitos e estilo de vida</li> </ul>	<p><b>Adolescer Saudável</b></p> <p>Melhorar hábitos e estilo de vida de adolescentes</p>	Diminuir porcentagem de gestantes adolescentes para 20%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de lazer</li> </ul>	<p><b>Curtindo a Vida</b></p> <p>Organizar opções agradáveis e educativas de lazer</p>	Ocupar adolescentes durante o segundo turno escolar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento inadequado</li> </ul>	<p><b>Jovem Doutor</b></p> <p>Reforçar informações sobre saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Transformar os adolescentes em multiplicadores das informações fornecidas, tornando-os parceiros no trabalho de prevenção.</p>	Capacitar adolescentes para repassar as informações referentes a saúde sexual e reprodutiva, acompanhando as suas atividades educativas na comunidade
<ul style="list-style-type: none"> <li>Baixas perspectivas de futuro</li> </ul>	<p><b>Futuro garantido</b></p> <p>criar cursos profissionalizantes para a grande massa de adolescentes ociosos</p>	Aumentar o estímulo ao crescimento educacional e profissional.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Processo de trabalho das equipes de saúde</li> </ul>	<p><b>Saúde Total</b></p> <p>Dedicar tempo para atendimento a população de 10 a 19 anos de forma especial</p>	Acompanhar o crescimento e desenvolvimento de no mínimo 60% dos adolescentes das área;

		Fornecer métodos contraceptivos em quantidade suficiente, orientando o uso correto.
--	--	---

### 7º Passo: Identificação dos recursos críticos

Operação/projeto	Recursos críticos
<b>Adolescer Saudável</b>	1. Político — conseguir espaço na rádio local 2. Financeiro — aquisição de recursos audiovisuais e panfletos
<b>Curtindo a Vida</b>	3. Político — aquisição de profissionais de educação física; 4. Político — conseguir espaços físico para laser; 5. Financeiro — para aquisição de material esportivo e de laser
<b>Jovem Doutor</b>	6. Financeiro — para aquisição de recursos humanos, audiovisuais e panfletos
<b>Futuro garantido</b>	7. Político — Aquisição do espaço físico para os cursos; 8. Político — articulação intersetorial; 9. Financeiro — financiamento dos projetos, aquisição de recursos humanos, audiovisuais, dentre outros
<b>Saúde Total</b>	10. Financeiro — para aquisição de métodos contraceptivos em quantidade suficiente.

### 8º Passo: análise da viabilidade do plano

Controle dos recursos críticos com operação estratégica voltada para cada setor

### 9º Passo: Elaboração do Plano Operativo

Operações com seus respectivos responsáveis

## **10 ° passo: Gestão do Plano**

Acompanhamento dos projetos com seus respectivos responsáveis e prazos

Para concluir, não podemos esquecer que é importante planejar e aplicar esse planejamento no processo de trabalho das equipes de saúde da família. E que isso também faz parte do nosso trabalho dentro do SUS. O planejamento tornou-se um importante mecanismo de gestão dentro do SUS de forma que se percebeu a exigência de ações planejadas, junto a um sistema de acompanhamento e avaliação, que proporcione a qualificação da atenção à saúde prestada ao usuário. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), o SUS possui três instrumentos básicos, dentro do seu sistema de planejamento, que são: Plano de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão e estes 3 instrumentos básicos estão respaldados por leis e portarias do ministério da saúde : Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei nº. 8.142 , de 28 de setembro de 1990 e portaria de nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Além do planejamento é exigido um acompanhamento, atualização e avaliação de seus programas e ações, de forma permanente com o objetivo de manter sob controle a execução do Plano de Saúde.

### **3.5 Tecnologias para abordagem do indivíduo, da Família e da Comunidade: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica a Saúde.**

Dentro da Estratégia Saúde da Família é bem evidente que a valorização da promoção da educação na vida familiar serve de base para uma reflexão e mudanças necessárias para que possamos atuar com um modelo de atenção centrado na prevenção e na saúde, bem como na formação de agentes de mudanças dentro da comunidade enfatizando a saúde e o bem estar geral. Sem esquecer que isso exige determinada postura relacional ou comunicacional entre o profissional, os demais trabalhadores e os usuários, nas diversas ações e momentos coletivos e individuais que acontecem no serviço.

A disciplina nos leva a refletir sobre nossas práticas pedagógicas, se ela está sendo efetiva dialógica e significativa. Após a leitura do texto “Fatores Pedagógicos” de Bordenave (1999) nos foi proposto uma discussão no fórum sobre como podemos melhorar nossas atividades educativas para uma mudança real na situação de saúde da nossa área. O texto nos

fala de algumas opções na prática pedagógica que a partir da nossa escolha nos levará a uma conduta profissional e uma resposta por parte da comunidade trata de três modelos pedagógicos: Transmissão, Condicionamento e Problematização. Mas evidencia que, dentro do nosso contexto, nossas atividades educativas devem se basear num conhecimento da realidade da nossa comunidade, para então pensarmos em como atuar pedagogicamente. Acredito que durante nossa intervenção educativa poderá nos apropriar dos três modelos propostos de acordo com cada situação, mas dando preferência ao modelo da problematização, pois o mesmo afirma que o conhecimento não deve ser imposto e sim estimulado, aumentando a capacidade do aprendiz, colocando as pessoas como coparticipantes e responsáveis pela busca da solução de seus problemas, enfatizando a coletividade para a compreensão do processo de trabalho.

Estudamos o histórico das tendências pedagógicas mais marcantes no meio educacional e na área de saúde. Também assistimos a dois vídeos que evidenciam algumas destas tendências “The Wall” e “Máquinas de ensinar”: Os vídeos nos apresentam metodologias de ensinamentos utilizadas no passado e nos dias atuais também. O primeiro trata de uma metodologia de prática tradicional de ensino, impositiva, autoritária e centrada no professor, causando revolta nos alunos e aversão ao aprendizado. O professor é apresentado como a mola mestre, usando métodos coercivos no trato com os alunos, é a pedagogia por transmissão de conhecimentos. O outro vídeo trata de uma prática de condicionamento, de estímulos e recompensas para condicionar o aprendiz a dar as respostas esperadas. As tendências apresentadas nos levam a refletir sobre qual prática pedagógica estamos utilizando, assim como a equipe verde após sua reunião de programação e planejamento.

Assim, pudemos compreender que a escolha das tecnologias apropriadas para a concretização de um modelo tem relação com os princípios do modelo escolhido. Dentro dessas tecnologias podemos citar: a visita domiciliar, o acolhimento, trabalho com grupos e a consulta.

No acolhimento não podemos esquecer os princípios do SUS e do Programa Nacional de Humanização proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que define acolhimento como o ato ou efeito de acolher e expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

O acolhimento foi exemplificado na disciplina, por meio da descrição de abordagem aos pacientes na Unidade de Vila Formosa. A partir do caso, pudemos perceber que o paciente foi atendido de forma educada pela recepcionista (Márcia) e que mesmo estando irritado, isso não causou reação semelhante em Márcia para que atendesse mal o usuário. Uma situação

como essa, na minha unidade de saúde, talvez tivesse um final diferente, pois com certeza os atendentes não usariam de bom senso para lidar com um paciente irritado. A abordagem da recepcionista realmente demonstra um reconhecimento do usuário como um sujeito ativo no processo de produção de saúde. E as atitudes subsequentes por parte dos outros profissionais demonstrou que o acolhimento deve garantir a resolubilidade.

Outra tecnologia de abordagem ao indivíduo, família e comunidade é a visita domiciliar, apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. A VD é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente (UFC, 2010f).

### **3.6 Saúde da Mulher no Ciclo Vital**

É bem evidente que o conceito de gênero ainda existe, e ajuda a diferenciar as mulheres dos homens em todos os aspectos, principalmente no âmbito social, das responsabilidades e das oportunidades. Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade – tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com consequente aumento de sua contribuição na renda familiar.

Fazendo uma análise reflexiva das condições de vida e de saúde das mulheres do meu território, pude concluir que apesar da pequena amostra, a conclusão é a mesma dos dados do IBGE (2000) as mulheres são maioria, vivem mais e, portanto por viverem mais, necessitam de maior atenção e cuidados por parte da ESF. A presença feminina nos serviços de saúde é bem mais evidente, pois as mesmas buscam atendimento para si, para os filhos, marido e familiares. Como sempre desenvolvendo multifunções dentro do seio familiar.

Uma das procuras no serviço de saúde é a realização do pré-natal, que muitas vezes é negligenciado por uma boa parte, causado pela desinformação e fazendo com que muitas não



compareçam ao serviço frequentemente. A Assistência pré-natal tem por objetivo detectar os riscos que levam a complicações e conseqüentemente morte materna. Em torno de 75% das gestantes não desenvolvem complicações, entretanto 25% delas apresentam alto risco envolvendo duas vidas. Assim, pudemos avaliar melhor nossas práticas quanto ao pré-natal e discutirmos no fórum. Por que prestar assistência à mulher que está num estado fisiológico e natural, passando por uma gestação? Para que ela deve ter assistência, consultas, orientações, vacinas e exames? Apesar de a gravidez ser um estado fisiológico e natural, não podemos esquecer o que já aprendemos: que hoje não podemos falar em pré-natal sem riscos, todos possuem riscos, temos os de baixo risco e alto risco, por isso há a necessidade de uma assistência voltada para a prevenção de doenças e de fatores de risco para a saúde da gestante e de seu bebê. Além do que o momento é tão mágico e ao mesmo tempo na maioria das vezes conflitante que como profissionais de saúde temos que estar atentos para tudo que possa ocorrer com essa gestante.

Na aula 03 passamos a ver a mulher em seu aspecto da sexualidade e reprodutividade, principalmente no que diz respeito ao poder de planejar o tamanho de suas famílias, pois sabemos que os direitos sexuais e reprodutivos assegurados pela lei e Ministério da Saúde não acontecem na prática como deveria. O que bem sabemos é que um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em práticas educativas permeando as ações de saúde; garantia de acesso aos usuários; equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.); livre escolha do método contraceptivo; disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos; consultas e acompanhamento médico para os usuários; assistência nos casos de infertilidade conjugal.

Outro aspecto também estudado nesta aula foi a prevenção do câncer genital e de mama tendo em vista que a estimativa do número de casos novos de câncer de mama esperado para o Brasil, em 2008, foi de 49.400, com risco estimado de 51 episódios a cada 100 mil mulheres. Em relação ao câncer do colo do útero, o número de casos novos esperados para o mesmo ano foi de 18.680, com risco estimado de 19 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2007a).

E não podemos esquecer a assistência à mulher no climatério, pois essa etapa da vida da mulher constitui-se em uma oportunidade ímpar para os profissionais e para ela própria. Ela vivencia mudanças de diversas naturezas ao longo de sua vida: menarca, iniciação sexual, gravidez e menopausa, que exigem adaptações físicas, psicológicas e emocionais (BRASIL, 2008g).

Outro aspecto importante é a questão da violência contra a mulher. Estudamos as leis existentes que amparam as mulheres vítimas de violência e discorremos sobre os principais aspectos no atendimento à mulher vítima de violência, pelas Equipes de Saúde da Família.

No fórum, pudemos discutir com os colegas sobre a possibilidade de implantar atividades de saúde juntamente com outras instituições sociais dos municípios, no sentido de promover e proteger a saúde das mulheres que se encontram em situação de violência. E descobrimos juntos que atuar dentro dessa temática da violência contra a mulher é muito complexo. Participei de uma capacitação aqui no município de Fortaleza sobre violência contra a criança e à mulher e todas essas questões foram debatidas com os profissionais participantes e chegávamos à conclusão que por mais que a equipe se esforce, o medo das mulheres de represália, ou mesmo de quem fez a denúncia é bastante evidente. As leis existem e contribuem bastante para o atendimento de mulheres vítimas de violência, porém, muitas vezes, dentro do protocolo a ser seguido, as etapas são quebradas. Faz-se necessário um trabalho educativo dentro da comunidade e dentro da ESF, evidenciando a violência, mostrando dados e casos que choquem as pessoas para ver se mobiliza e se desperta um real interesse para essa questão.

Podemos concluir que a saúde da mulher é bastante abrangente não envolvendo apenas os aspectos biológicos, fisiológicos ou psicológicos, mas sim todo um aspecto sociocultural e econômico, bem como as questões de gênero dentro da sociedade em que a mulher está inserida. A disciplina me levou a uma revisão do atendimento à mulher, bem como os conhecimentos adquiridos durante esta disciplina contribuíram bastante para melhoria da minha prática profissional no tema em questão.

### **3.7 Participação Social e Promoção da Saúde**

A promoção em saúde é algo bem mais complexo que a prevenção. Czeresnia (2003) diz que a prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" para tanto a prevenção é pontual para determinada enfermidade, usando métodos de vacinas, exames laboratoriais e de imagem, e consultas clínicas.

Segundo Marcondes (2004):

“a promoção da saúde desdobra a compreensão da saúde para além da prática clínica e incorpora as condições de vida, geradas pelas relações sociais, como importante elemento do processo saúde-doença. Nele, partimos do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são, também, influenciados pelas relações sociais que engendram formas de acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes saudáveis, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida.”

Após assistirmos o filme Ilha das Flores, disponibilizado durante a disciplina, entramos em discussão no fórum sobre dois questionamentos: Que atividades de prevenção e promoção de saúde poderiam ser realizadas por uma equipe de saúde da família a comunidade de Ilha das Flores? E chegamos à conclusão que a ilha das flores, está bem florida de problemas a se resolver, certamente a equipe de PSF desta localidade tem muito trabalho pela frente a começar com a prevenção de doenças por meio de atividades educativas sobre higiene pessoal e ambiental, e tratamento da água; fornecimento de hipoclorito para o tratamento da água e medicação para verminoses e parasitoses; orientação sobre planejamento familiar, fornecendo métodos contraceptivos em quantidade suficiente e de forma integral; desenvolver atividades educativas com a comunidade, esclarecendo que os alimentos do lixo, transmitem várias doenças.

Faz-se necessário também a intersetorialidade para elaborarmos projetos para mudança nas condições de vida desta população. Ademais, poderíamos organizar uma horta comunitária; verificar a possibilidade de inclusão dos moradores de Ilha das Flores nos programas de redução da pobreza do governo federal; ajudar na formação de líderes comunitários; orientar a comunidade e conselho municipal de saúde, sobre a necessidade de coleta de lixo selecionada; contribuir, juntamente com outros setores da gestão, a desenvolver atividades para geração de renda na comunidade, entre elas o trabalho com material reciclado e artesanato, dentre outros.

O Conceito de promoção da saúde é fundamental e básico, e segundo Brasil (2002) refere-se ao “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” Ademais, a Carta de Ottawa de 1986 reafirma a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-se como o (BRASIL, 2002).

Assim percebe-se que a promoção envolve mudanças de hábitos do indivíduo ou comunidade e exige a participação popular. O termo “empowerment” surge como núcleo filosófico central da promoção de saúde, e na sua vertente comunitária valoriza abordagens educativas que trabalhem em espaços públicos, buscando a participação de indivíduos e coletivos na identificação e na análise crítica de seus problemas, buscando propostas de transformação resolução (CARVALHO, 2004a).

Para tanto, precisamos de profissionais conscientes do seu papel de facilitador do processo ensino aprendizagem, que superando seus preconceitos e o pensamento mecanicista, busque a participação ativa dos educandos, utilizando metodologias apropriadas que priorizam a criação de espaços para o diálogo, valorizando e incorporando os saberes populares, ou seja, precisamos de profissionais nos serviços de saúde capacitados para atuar nas dimensões culturais e subjetivas do adoecer humano, buscando o “empowerment” da população envolvida (UFC, 2010g).

Na atividade final da disciplina, apresentamos um plano de atividades priorizando ações específicas propostas na Política Nacional de Promoção de Saúde (2006) possíveis de serem desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família buscando o empoderamento popular e a participação de redes sociais de apoio.

Como exemplo desta atividade citamos a prevenção e o controle do tabagismo com as seguintes ações:

Ações Propostas: Ações educativas com o intuito de reduzir a aceitação social do tabagismo, dando ênfase contrária aos estímulos para que os jovens comecem a fumar, protegendo a população dos riscos da exposição à poluição tabagista ambiental; Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; Mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagista ambiental para todos que convivem com ela; Realizar ações educativas, que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre a população; Articular com as escolas da área de abrangência da ESF, o estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar; Aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Resultados esperados: Maior envolvimento dos profissionais da ESF com relação ao tema; Diminuição dos índices de tabagismo.

Atores envolvidos (responsáveis participantes): Equipes de Saúde da família, ACS, profissionais do CSF, NASF, mobilização social, professores e diretores de escolas.

Recursos necessários (materiais e humanos): Fôlders, panfletos, material audio visual e educativo, carro de som para divulgação, kit de tratamento medicamentoso para o tabagismo, além da participação de todos os atores envolvidos.

Prazo: 3 meses para a fase de implantação e 3 meses para a fase de avaliação.

Conclui-se que os profissionais de saúde da família devam realizar alterar em suas rotinas de trabalho de forma a atuar mais voltados a Promoção da Saúde da comunidade e desenvolver melhorias de qualidade de vida. Entendo que esse direcionamento não é dado pela maioria das equipes de saúde, pois Segundo Vasconcelos (2001:54), os profissionais não apresentam um perfil qualificado para efetuar na promoção, considerando muitas vezes a comunidade como coitados, culpados ou vítimas. Ademais, a dificuldade de implementar ações de promoção da saúde, podem também causar frustrações ou fracassos que podem ser atribuídas ao financiamento inadequado, recurso humano mal treinado, pouco tempo de dedicação ou equipamentos insuficientes para os problemas que devam enfrentar. Em fase do exposto acima, verifica-se a necessidade de propor um bom treinamento das equipes de saúde, destacando-se o sistema de saúde baseado na atenção primária.

### **3.8 Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família**

No artigo 6º da Lei no 8.080/90, Saúde do trabalhador é definida como o conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho consideradas como atribuições do SUS (BRASIL, 1990).

Apesar dos avanços registrados no país, ainda há muito por fazer, ao se considerar o lugar onde as pessoas vivem, circulam e onde trabalham na perspectiva da complexidade envolvida no processo saúde-doença. Entretanto, para que a produção aconteça, o trabalho humano é, e sempre será indispensável, mesmo em situações de extrema automação.

Santos (2002) se refere ao nosso tempo como um tempo paradoxal, que consegue avanços, transformações e revoluções em campos diversos, seja na comunicação, na

informação e na genética, ao passo que reaparecem em nossa história males sociais aparentemente superados, o trabalho servil tão ultrapassado, assim como doenças que se pensava estarem erradicadas.

O modelo econômico capitalista tem características norteadoras que impõe um forma de organizar a vida que vai desde a descartabilidade das pessoas, sentimentos e afetos até o consumismo como objetivo de vida, entrando num extremo da falta de limites que afeta dentro de um contexto geral o equilíbrio natural do ambiente, da vida e do mundo. Hoje podemos falar em doenças reemergenciais no Brasil e seus agravantes, uma que estamos vivenciando com grande alteração no perfil epidemiológico é a dengue em que os fatores ambientais e de infraestrutura (chuvas e altas temperaturas, precariedade de saneamento básico e dificuldades no gerenciamento de resíduos) impactam na presença da doença.

Podemos entender o processo de modernização que hoje vivemos e as suas consequências, após análise das sociedades primitivas e tradicionais e as transições para as sociedades modernas com a busca incessante pelo capital para satisfazer suas necessidades humanas básicas, nos leva a um consumismo persistente, que se torna como um círculo vicioso, associado ao stress gerado pelo excesso de trabalho, o surgimento de inúmeras doenças relacionadas à vida moderna, a correria diária, a poluição sonora, as confusões entre as pessoas, os congestionamentos, as multidões nas ruas, o desemprego, a fome, a miséria, uma verdadeira amostra das inter-relações entre ambiente, saúde e trabalho.

Com a evolução da medicina do trabalho, da saúde ocupacional viu-se a necessidade de ampliar as políticas e práticas em saúde do trabalhador no SUS, bem como inter-relacioná-la com a saúde ambiental. O conceito de saúde do trabalhador cresce e passa a investigar a relação trabalho e processo saúde-doença, e as ações devem ser de responsabilidade do setor público de saúde.

Inserir a saúde do trabalhador no SUS não foi fácil, mas em 2002 por meio da portaria nº 1.679 do MS foi criada a RENAST que é um rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da saúde do trabalhador. A compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social.

Um avanço maior na saúde do trabalhador houve com a instituição da PNST (Política Nacional de Saúde do Trabalhador) em 2005, que tem como propósitos a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e

intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos. Essa política enfatiza a RENAST como a principal estratégia de organização da saúde do trabalhador no SUS (UFC, 2010h).

Dentro do manual da RENAST (DIAS, 2005) existem as seguintes ações que devem ser implantadas: assistência, vigilância da saúde, informação, produção de conhecimentos, atividades educativas, controle social e enfatiza a importância da saúde ambiental e do trabalhador na Estratégia Saúde da família, como forma de fortalecer a saúde do trabalhador no SUS.

O enfoque do território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adscrita, bem como a avaliação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos.

O principal agravo a saúde dos trabalhadores do Brasil é o acidente de trabalho e merece ênfase dentro da nossa trajetória de estudo. As estatísticas brasileiras de acidentes de trabalho são elaboradas a partir dos registros de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) realizados junto à Previdência Social (INSS), no entanto essas estatísticas não são fidedignas, pois nem todos os trabalhadores estão incluídos nestes registros, assim os acidentes no Brasil tem número bem mais elevado do que o divulgado (UFC, 2010i).

Como se vê a responsabilidade da Estratégia de saúde da família é muito mais abrangente do que se pode pensar, pois envolve saúde do trabalhador, Ambiental, Homem, ambiente, condições de trabalho e interligações. A Educação é o grande eixo das mudanças, para uma conscientização dos direitos humanos, ambientais e de saúde do trabalhador e a prevenção de acidente de cada trabalhador.

### **3.9 Atenção Básica de Saúde no contexto da Saúde Bucal**

Inicialmente devemos contextualizar a trajetória da assistência odontológica no Brasil que foi desenvolvida baseada em um modelo tecnicista e excludente, e somente com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), é que surgiu uma nova prática de atenção destinada à promoção de saúde.

Na década de 90, o Programa Saúde da Família (PSF) emergiu no cenário nacional para reorganizar a prática da atenção à saúde e levá-la até a família. Entretanto, apesar da

Política de Saúde Bucal atual ser estruturada nos princípios e diretrizes do SUS, ainda permanece, em alguns locais, modelos de atenção a saúde bucal obsoletos que são incapazes de responder às necessidades da população.

Segundo MS (2006), a organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige e o campo de atuação é o território-família-comunidade. Assim, as ações de saúde bucal operam nesse novo modelo de atenção, com as competências determinadas para cada membro da equipe de saúde bucal (ESB) dentro da ESF. A ESB é formada por um cirurgião-dentista (CD), um técnico em higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD) os quais necessitam de requisitos para trabalhar em equipe:

“1. Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo atento ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido; 2. Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo; 3. Intersetorialidade: envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana e diferentes espaços sociais e instituições; 4. Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência; 5. Condições de Trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos; 6. Parâmetros: os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais e municipais), com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança”( UFC, 2011a).

Nesse sentido, estados e municípios terão esse ano de 2011 de pactuar as suas metas, devendo ser respeitadas as tendências estabelecidas nas metas nacionais.

Outro fator importante e um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. Na organização



da atenção em saúde bucal na Saúde da Família os principais desafios são:

- Unificar a porta de entrada com a área de médico-enfermagem;
- Garantir acesso à demanda espontânea;
- Desenvolver ações programadas de Promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência;
- Organizar um atenção domiciliar e
- Reordenar a atenção de média complexidade.

A organização da assistência deve abranger ações que respondam à demanda organizadamente, compatibilizando a demanda espontânea e a programada. E deve atuar nos diferentes ciclos de vida : Gestantes, bebês (0 a 24 meses), crianças, adolescentes, adultos, idosos. Diante das especificidades de cada ciclo de vida pudemos discutir e relatar as dificuldades encontradas ao organizar a atenção á saúde bucal das crianças, adolescentes e adultos dentro da ESF.

As ações de cuidado à saúde bucal de gestantes e crianças, na atenção primária, devem ser realizadas no contexto de toda a equipe de saúde, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal que excluam a área médico-enfermagem. A gestação é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê. É importante que a equipe de saúde bucal trabalhe de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde da família, procurando fazer busca ativa das gestantes de sua área de abrangência para realização do pré-natal e cuidados odontológicos.

E Já nos primeiros meses de vida o bebê pode ir ao dentista, o ideal é que essa consulta esteja integrada com as demais consultas de rotina médica-enfermagem. É fundamental que os profissionais dos programas de puericultura saibam e forneçam informações sobre saúde bucal do bebê (UFC 2011b).

A fragmentação no serviço de saúde da ESF em que trabalho ainda existe, no entanto já houve melhorias, pois há um interação entre dentistas e enfermeiros no que diz respeito a organização da atenção em saúde bucal nos diversos segmentos. Sou participante do conselho local de saúde, juntamente com a dentista da minha área e uma das questões de pauta em todas as reuniões do conselho é sempre a atenção a saúde bucal, a comunidade reclama

bastante da demanda que é reprimida, pouco atendimento para muitas necessidades. Tentamos amenizar a situação sempre reorganizando o serviço de acordo com as dicas dos conselheiros, mas sempre priorizando os grupos específicos.

Podemos compreender que a evolução no processo histórico da saúde bucal se deu de forma bem sucedida, mas que hoje para aplicar essa prática da assistência em saúde bucal de acordo com as normas e propostas da política nacional de saúde bucal deve ser de forma integrada e intersetorial, envolvendo todos os membros da equipe e beneficiando de forma igualitária e organizada a demanda. Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

### **3.10 Atenção Básica a Saúde do Portador de Deficiência**

Acesso e acolhimento são palavras chaves para se ter um SUS mais humano. O acesso deve ser entendido e estendido a toda sociedade e em especial usando como direcionamento o princípio da equidade para os portadores de necessidades especiais.

A atenção ao portador de deficiência deve ser bem compreendida, a começar pelo conceito, que hoje é bem discutido entre os estudiosos, e considerado desapropriado por ser negativo e depreciativo. O portador de deficiência é aquele que apresenta alguma disfunção ou ausência de estrutura física, psíquica ou anatômica, mas que está amparado legalmente por determinada legislação (BAPTISTA, 2009). O censo de 2000 diz que o Brasil apresenta 14,5% da população brasileira com algum tipo de deficiência (IBGE, 2000).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) define, como propósitos gerais, um amplo leque de diretrizes que vão da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Uma das diretrizes da Política visa o fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua da ampliação da acessibilidade e da inclusão. Assim como a

melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiência no SUS. O Brasil também participou da construção do documento que trata dos direitos do portador de deficiência, nosso País assinou-o, em 30 de março de 2007, sem reservas, bem como seu Protocolo Facultativo, comprometendo os cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiências. Esses documentos passaram, em julho de 2008, a fazer parte da Constituição Federal do Brasil (UFC, 2011c).

Após a compreensão da magnitude da atenção a pessoa com deficiência (PcD) na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos foram focados na saúde. Podemos então discutir com os colegas no fórum as conquistas legais da pessoa com deficiência nas questões de saúde e atendimento implementado na nossa unidade de trabalho: pois a constituição de 1988 já assegurava os direitos das pessoas com deficiência em toda sua diversidade e isto está oficializado no artigo 23, capítulo II, que estabelece ser "competência comum da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência." A partir daí, outras leis foram sendo criadas e o conceito de pessoa portadora de deficiência, foi se modificando, sendo retirado o termo incapacidade (OMS, 1989), sendo substituído pela palavra limitação (OMS,1997). Isto não significa só um jogo de palavras, mas que uma pessoa portadora de deficiência pode ser produtiva, mas que a sociedade tem que se organizar e se estruturar para recebê-la, considerando e respeitando as necessidades próprias da sua condição. Infelizmente, não é o que vemos. Estas pessoas enfrentam todo tipo de dificuldade, citando uma das mais simples como passear na rua.

Após a trajetória histórica das políticas públicas para o portador de deficiência, passamos a entender os tipos de deficiências e suas definições: Deficiência visual, auditiva e física.

As pessoas com deficiências conquistaram muitos direitos. Hoje, percebemos uma sociedade mais consciente e a mídia tem ajudado bastante. Porém, acredito que futuramente, teremos uma população com maior consciência quanto a importância da adequação social para o deficiente, pois percebo que muito ainda precisa ser posto em prática e o processo de real inclusão social ainda é muito lento, e nós muitas vezes somos coadjuvantes deste processo de formação da equidade. Somos omissos, na maioria dos casos.

Por outro lado, é importante frisar que a acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços públicos; à escola tendo material didático disponível em formatos acessíveis; às

bibliotecas que ofereçam meios de comunicação apropriados que permitam acesso a pesquisa, internet e acervo bibliográfico, notícias de jornais diários, etc. Outro aspecto é o desenvolvimento e a ampla utilização das linguagens acessíveis, que incluem Braille e Libras, para toda equipe de saúde na ESF. As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo em situações especiais. As unidades de Saúde estão muito longe de alcançar os objetivos da portaria (qual portaria), pois faltam rampas, banheiros apropriados, consultórios apropriados, e conhecimento das ESF que não entende sua linguagem ou seus gestos e fica a se dirigir ao acompanhante sobre as queixas do paciente com necessidades especiais. O paciente tem direito a consulta médica, consulta odontológica, de enfermagem, visita dos agentes comunitários de saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS.

É fato que as pessoas portadoras de necessidades especiais estão se empoderando de seus direitos. No entanto, os profissionais de saúde nem sempre estão sensibilizados. É necessária uma maior humanização no atendimento a esses pacientes e seus familiares, pois muitas vezes são tachados de forma negativa na Unidade. A sociedade também discrimina, acha que tais pessoas por terem alguma limitação funcional não podem desenvolver habilidades de superação, sendo assim excluídas de muitas atividades. O primeiro passo para incluir as pessoas com algum tipo de deficiência é saber assisti-las, e acredito que essa disciplina contribuiu positivamente pra isso, dentro do meu aprendizado

|

#### **4. CONCLUSÃO**

O SUS é focalizado como processo social de longa maturação, destacando que como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, o SUS não começou ontem e nem termina hoje. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários. O SUS como processo social, tem dimensão política, ideológica e tecnológica, e se aperfeiçoa a cada dia dentro de vários contextos, com ênfase na educação continuada dos profissionais que fazem parte dele.

A importância da Educação permanente se faz evidente quando vemos como resultado, o aprendizado do profissional da ESF e a aceitabilidade destes profissionais, apesar das dificuldades enfrentadas ao longo do desenvolvimento do curso. A EAD é uma estratégia de educação permanente adequada aos profissionais da ESF tendo em vista que muitos se mostraram capazes de conciliar o trabalho e estudo, atividades em grupo, fóruns, chats, portfólios e aulas presenciais, se adaptando a uma aprendizagem independente.

É preciso reconhecer que o curso de Especialização em Saúde da Família oferece ferramentas, de interação e aproximação com a comunidade além de dar um empoderamento à equipe de saúde. Uma reflexão sobre a ação das Universidades tem demonstrado a sua valorização na formação dos profissionais de saúde, na construção de um novo olhar para a saúde. O CESF teve bastante importância na construção do meu conhecimento nesta jornada de profissional da atenção primária em saúde, retirando-me de atividades rotineiras e colocando-me dentro dos referenciais teóricos e embasamentos científicos que norteiam a prática profissional. Pude compreender vários conceitos, ora esquecidos e agora lembrados e aplicados.

Espera-se, portanto que a Educação continuada voltada para os princípios do SUS, possa ser ampliada no processo de formação dos profissionais de saúde, que compõe a Estratégia de saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

ACKOFF, R.L. *Planejamento empresarial*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1978.

ALVES, L.P. (2000): Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. GT: Didática/n.04, UNERJ. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/26/trabalhos/leonirpessatealves.rtf>> Acesso em 12 de agosto de 2011.

BAPTISTA, R; PAGLIUCA, L. Pessoa com deficiência numa perspectiva evolucionária: análise de conceito. *Online Brazilian Journal of Nursing*. v. 8, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2762/616>. Acesso em: 29 abr. 2011.

BORDENAVE, J. E. D., 1999. Alguns fatores pedagógicos. In: *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU* ( J. P. Santana & J. L. Castro, org.), pp. 261-268, Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1060, de 5 de junho de 2002. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/reabilitacao/portaria\\_1060.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/reabilitacao/portaria_1060.pdf). Acesso em: 08 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 318 p.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei n.º 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2008. Disponível em: <http://assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. g

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2007. a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1060, de 5 de junho de 2002. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/reabilitacao/portaria\\_1060.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/reabilitacao/portaria_1060.pdf). Acesso em: 27 abr. 2011.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out/dez, 2005.

GEOGRAFIA DE FORTALEZA. Disponível em:<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Geografia\\_de\\_Fortaleza](http://pt.wikipedia.org/wiki/Geografia_de_Fortaleza)>. Acesso em: 23 set. 2011.

IBGE. Censo 2000. Censo e sociedade: estatísticas para a cidadania. Brasília: IBGE, 2000.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em: 27 abr. 2011.

MATUS, Carlos. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). As cartas de promoção à saúde. Brasília: O Ministério; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. n.17, 92p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MORAN, J.M A educação a distância como opção estratégica. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/prof/moran/dist.htm> . Acesso em : 30 de julho de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças CID-10. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> . Acesso em: 05 maio 2010.

Portaria n.º 1679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília-DF. Diário Oficial da União. 6 nov 1996.

SANTOS, Boaventura de Souza e RODRIGUES, César. Introdução: para ampliar o cânone da produção. In: SANTOS, Boaventura de Souza (org.). Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

TENÓRIO, F.: ‘A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito’. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e



Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: O curso. Fortaleza, 2010a. Disponível em: < <http://www.nuteds.ufc.br/cesf/index.php/o-curso> > Acesso em: 30 agosto 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Processo de Trabalho em saúde. Fortaleza, 2010b. Disponível em [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_01/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_01/index.html). Acesso em: 26 de setembro 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Processo de Trabalho em saúde. Fortaleza, 2010c. Disponível em [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_04/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_04/index.html). Acesso em: 26 de setembro 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Modelo assistencial em saúde. Fortaleza, 2010d. Disponível em: < [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod\\_assist/aula\\_01/index.php?p=01.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_01/index.php?p=01.php) > Acesso em: 30 agosto 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Modelo assistencial em saúde: Gestão do trabalho da equipe saúde da família. Fortaleza, 2010e. Disponível em [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod\\_assist/aula\\_04/index.php?p=03.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/index.php?p=03.php) > Acesso em: 30 agosto 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade2. Fortaleza, 2010f. Disponível em: < [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat\\_ped/aula\\_04/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_04/) >. Acesso em: 15 setembro 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Educação popular, empowerment e autocuidado em saúde. Fortaleza, 2010g. Disponível em: <[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/part\\_soc/aula\\_04/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/part_soc/aula_04/)>. Acesso em: 15 setembro 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador. Fortaleza, 2010h. Disponível em. <[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud\\_amb/aula\\_04/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_04/)>. Acesso em: 15 setembro 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil. Fortaleza, 2010i. Disponível em. <[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud\\_amb/aula\\_03/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_03/)>. Acesso em: 15 setembro 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de Especialização em saúde da família. Processo de trabalho e organização da saúde bucal na atenção básica. Fortaleza, 2011a. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_bucal/aula\\_02/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_02/). Acesso em: 28 mar. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de Especialização em saúde da família. Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: Gestantes e Bebês. Fortaleza, 2011b. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_bucal/aula\\_03/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_03/). Acesso em: 28 mar. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. Deficiência Física. Fortaleza, 2011c. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_01/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/). Acesso em: 20 jun. 2011.

