

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

LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA
APRENDIZAGEM MEDIADADA PELA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE-
UFC/UNASUS**

FORTALEZA
2012

LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA APRENDIZAGEM MEDIADADA PELA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE- UFC/UNASUS

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Me. Adriana Melo de Farias

**FORTALEZA
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

-
- S86e Silva, Leiliane de Oliveira.
Especialização em Saúde da Família: Relato de experiência da aprendizagem mediada pela Educação a Distância em Saúde-UFC/UNASUS. – 2012.
54f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2012.
Orientação: Prof^ª. Me. Adriana Melo de Farias

1. Educação a distância. 2. Saúde da Família. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD 362.1

LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA APRENDIZAGEM MEDIADA PELA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE- UFC/UNASUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Adriana Melo de Farias – (Orientadora)

Prof^ª. Me Ivana Cristina Vieira de Lima - (Avaliador)

Dedicatória

Á DEUS, por se fazer presente em minha vida iluminado e guiando meus passos e atitudes, proporcionando-me discernimentos dia a dia na busca de soluções para uma melhor qualidade na assistência ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Antonio LEVI de Oliveira Silva, presente divino, exemplo de perseverança, e amor incondicional.

Aos meus pais, ANTONIO Laurentino da Silva e Maria REGINA de Oliveira Silva que me proporcionaram um caminho para trilhar.

À tutora Professora ADRIANA Melo de Farias, pela dedicação, competência, incentivo, compreensão e responsabilidade fazendo-se presente incansavelmente nos momentos em que mais precisamos.

Aos Colegas de turma, onde juntos caminhamos, e trocamos experiências.

Aos profissionais de Saúde, protagonistas nas contribuições desde trabalho.

A Banca Avaliadora que gentilmente aceitaram o convite a fim de compartilhar conhecimentos.

Aos professores e funcionários do Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde - NUTEDS da Universidade Federal do Ceará -UFC pela preciosa colaboração.

A Universidade Aberta do Sistema de Saúde- UNASUS e a Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade ímpar de proporcionar este curso de Pós-Graduação em Saúde da família.

RESUMO

Introdução: A Universidade Aberta do SUS(UNA-SUS) é uma iniciativa do Ministério da Saúde -MS. A UNA-SUS tem como finalidade a capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde- SUS, por meio de cursos a distancia, utilizando a internet com veículo de atualização profissional ao longo da vida. Estudar as políticas de Atenção Básica, ao longo das décadas, reordenando o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde- SUS Permite uma melhor capacitação para enfrentar as dificuldades do presente. A Estratégia Saúde da Família (ESF) adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização deste modelo teve seu início com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ocorrida no Ceará no final dos anos 1980, e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de aprendizagem em EAD mediada pelo curso de especialização em saúde da família(UFC/UNASUS)com foco na apresentação dos portfólios produzidos ao longo do curso. **Metodologia.** Trata-se de um relato de experiência mediada pela reflexão sobre o papel da enfermagem no cotidiano de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde da Família- UBASF correlacionado ao curso de Especialização em saúde da família promovido pelo Núcleo de Tecnologias e Educação em Saúde em parceria com a Universidade Aberta do SUS, no período de abril de 2010 a julho de 2011. Através de um Ambiente Virtual de Aprendizagem, foram oferecidas aulas semanalmente, aliadas a propostas de aprendizagem que incentivavam o aprendizado colaborativo. Neste ambiente encontrava-se o material didático necessário a esta formação. Além disso, foram utilizadas ferramentas interativas que auxiliaram na construção destes conhecimentos como chat, fóruns, tarefas individuais e em grupo. O processo de avaliação ocorreu mediante a elaboração de portfólios embasados em artigos científicos, dissertações, teses, e livros pertinentes ao assunto exposto e reflexões sobre as dificuldades vivenciadas durante o processo de trabalho em saúde no âmbito da atenção básica em saúde. Além de ferramentas que auxiliaram na construção destes conhecimentos como chat's eletrônicos, fóruns, questionários, artigos científicos e portfólios. O processo de avaliação individual dava-se através da elaboração de portfólios, estes, práticos, dinâmicos e desafiadores, embasados em artigos científicos, dissertações, teses, e livros pertinentes ao assunto exposto. Por meio deles resultou-se o progresso de aprendizado e estudos, bem como aplicação de novas rotinas ao serviço de enfermagem. **Conclusão:** Diante das reflexões mediadas pelo Curso, tornei-me um profissional mais segura e melhor preparada, consciente do meu papel enquanto gestora, educadora e assistencialista. Notadamente a educação semi-presencial é de fundamental importância para os profissionais e usuários do SUS.

Palavras-Chaves: Educação a distância; Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) is a university associated with the Ministério da Saúde (MS). The UNA-SUS intends to develop and to improve permanently the professionals of the Sistema Único de Saúde (SUS), which is the health service in Brazil. That improvement is carried out through distance learning on the Internet, which is used by the professionals as a tool to make them up to date during their lives. Studying the policies of the basic health attention and its model in the SUS over the decades is possible to face the current difficulties. In this respect, the Estratégia de Saúde da Família (ESF) was adopted in Brazil to reorganize the model health of the SUS through the Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), whose professionals worked in Ceará in the end of the eighties to join the community and its health service. **Objective:** This study intends to describe the experience in distance learning that was promoted by the specialization course in family medicine in the UNA-SUS, focusing on to present the portfolios which were developed during the course. **Scientific method:** This study presents an account of experiences based on the thought about the role of the nursing in the work in the Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) and in the specialization course in family medicine, which was promoted by the Núcleo de Tecnologias e Educação em Saúde in association with the Universidade Aberta do SUS and lasted from April, 2010 to July, 2011. Through a virtual environment of learning, it was offered classes every week as a proposal to motivate the learning in group. All the teaching materials were studied on the virtual environment. Interactive tools were also used during the course, like chat, forum, individual activities and activities in groups. The evaluation was made through the development of portfolios which were based on scientific papers, dissertations, theses, questionnaires and books that approached the subject which was studied, as well as reflections about the difficulties that were lived during the work as a healthcare professional. Besides those tools, the evaluation was also based on practical and dynamic portfolios that were developed based on researches about the subject which were studied. As result, the portfolios improved our learning and allowed the introduction of a new routine in the nursing healthcare service. **Conclusion:** The reflections that I had during the course made me a self-confident professional. They also made me more qualified and conscious of my role as a manager, educator and healthcare professional. Actually, the distance learning is very important to all professionals and users of the SUS.

Keywords: Distance learning. Family medicine. Health System Distance. Family Health Health System

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitária de Saúde

ABS – Atenção Básica a Saúde

AIS- Atenção Integral a Saúde da Mulher

AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e droga

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

ESF – Estratégia Saúde da Família

EAD- Educação de Aprendizado a Distância

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PcD – Pessoa com Deficiência

PSF – Programa Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa Integral de Saúde a Mulher

SUS – Sistema Único de Saúde

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

UFC – Universidade Federal do Ceará

UBASF- Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	10
3 METODOLOGIA.....	12
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	12
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	12
3.3 FASE DE COLETA E ANÁLISE.....	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS PORTIFÓLIOS.....	12
4.1 DISCIPLINA 02-PROCESSO DE TRABALHO.....	14
4.2 DISCIPLINA 03-SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA.....	15
4.3 DISCIPLINA 04-MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
4.4 DISCIPLINA 05-PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE.....	22
4.5 DISCIPLINA 06-TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE:PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO À SAÚDE.....	24
4.6 DISCIPLINA 07-SAÚDE DA MULHER.....	27
4.7 DISCIPLINA 08-PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	30
4.8 DISCIPLINA 09-SAÚDE AMBIENTAL,ACIDENTES NATURAIS,ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	36
4.9 DISCIPLINA 10-ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL.....	41
4.10 DISCIPLINA 11-ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	45
5 CONCLUSÕES.....	47
REFERÊNCIAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRENDIZADO SEMI PRESENCIAL NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO.

A educação à distância se dá através de um processo de ensino e aprendizado, mediadas por tecnologias. Apesar da distância geográfica ou temporal, há comunicação constante e interação entre emissor e receptor.

Esta metodologia surgiu no Brasil no final da década de 30. O início se deu por meio da comunicação escrita e a utilização dos correios como meio de transporte. Nos dias atuais há uma expansão em cursos de formações de educação à distância-EAD com tecnologias avançadas e o advento da Internet.

Dentro deste processo de ensino-aprendizado, podemos destacar a interação através das seguintes modalidades: aprendiz-conteúdo, no que diz respeito ao diálogo que o estudante faz consigo mesmo a partir das informações e ideias que ele encontra nos textos. Na modalidade aprendiz-tutor, nos referimos ao diálogo com o tutor, e na modalidade aprendiz-aprendiz, um diálogo com os outros estudantes. Tudo isso sempre mediado por ferramentas tecnológicas.

O processo avaliativo deve ser bem definido em busca de mostrar o que de fato os alunos aprendem não para objetivos de aprovações nas diversas disciplinas, mas para suas vidas profissionais. E que estes conhecimentos possam ser utilizados em situações-problemas reais. Isto se trata de uma ferramenta de apoio ao processo de aprendizagem.

Como ferramenta avaliativa, nos foram propostas a criação de portfólio, estes a princípio um tanto quanto desafiadores. Neles eram apresentados os mais variados temas da saúde da população de uma forma interdisciplinar, compartilhando com os colegas da turma as vivências experimentadas no dia a dia das comunidades. Assim foi possível desenvolver estratégias de execução na promoção e assistência a saúde, garantindo transformação nas rotinas dos usuários das unidades básicas de saúde, aplicados pelos profissionais do Sistema Único de Saúde- SUS, dentro de uma equipe multidisciplinar.

Para que as diretrizes do SUS sejam seguidas, se faz necessária a educação permanente em saúde. Segundo Ceccim (2005) uma das mais nobres metas formuladas pela

saúde coletiva no Brasil foi tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino – aprendizagem no exercício do trabalho.

Assim, o conceito de educação permanente em saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, no prolongamento do tempo e na carreira dos trabalhadores, e ainda na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação na área específica de saberes e de práticas mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde.

O aprendizado e ampliação de conhecimentos oferecidos no curso de pós-graduação em saúde da família veio intensificar a prática em educação em saúde, trazendo disciplinas que abordaram práticas educativas em saúde voltando total atenção a clientes com algum tipo de deficiência, e subsídios para tal. Foi trabalhado práticas dentro de uma visão holística quanto à importância da assistência humanizada, individualizada e de qualidade superando as dificuldades existentes, e retomando uma rotina já esquecida por muitos: a de Educação em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a importância do aprendizado, atualização e qualificação dos profissionais do SUS para a atenção básica através da modalidade de educação à distância em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os portfólios elaborados durante as disciplinas do Curso de Especialização à distância em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).
- Apresentar práticas e experiências vivenciadas na rotina de enfermagem ao longo do curso de especialização a distância em Saúde da Família UFC/UNA-SUS concomitante as disciplinas ofertadas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um relato de experiência mediante aprendizado adquirido no Curso de Pós-Graduação semipresencial na área de saúde da família. Este apresenta um caráter descritivo, com abordagem qualitativa, acerca da temática presente na produção científica sobre o assunto.

Segundo (BARBOSA; NOWAKI; CASTRO, et al, 2008) “as pesquisas não existem sem que haja busca de fontes referenciais para se iniciar a discussão de uma problemática”.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O curso possui uma grade curricular de 11 disciplinas, sendo 08 obrigatórias e 03 optativas. Cada disciplina era cursada individualmente dentro de um período pré-estabelecido para cada módulo. O período de realização foi de abril de 2010 a junho de 2011. As aulas eram semanais por meio de ferramentas da internet. A aula iniciava numa sexta-feira e encerrava-se na sexta-feira seguinte, encerrando também o prazo para a realização das atividades propostas. O processo avaliativo sempre foi presencial.

De início, havia um encontro presencial para cada disciplina iniciada. Após a sua conclusão, a turma reunia-se em local e horário previamente agendado, sempre nas dependências da faculdade. No decorrer do curso, os encontros passaram a serem semestrais, para discutir e avaliar os assuntos inerentes a três ou quatro disciplinas conjuntas.

Encontrava-se a disposição dos alunos 24 horas por dia, um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). O acesso se dava de forma eletrônica, utilizando-se de login e senha personalizada. Cada aluno estava agrupado em uma turma podendo interagir virtualmente com os seus colegas e/ou tutor. Regularmente havia a necessidade de acessar o ambiente. Com o passar do tempo, acessava diariamente. Neste, estava disponível o material didático

necessário à formação. Além do que, existiam ferramentas que auxiliavam na construção do conhecimento como: chat eletrônico; fóruns; questionários e portfólios.

Os Chats eletrônicos consistiam em encontros virtuais de toda a turma para a discussão de assuntos inerentes à disciplina. Nele estavam presentes os alunos que éramos mediados pelo (a) tutor (a). Era como se estivéssemos em sala de aula convencional. As mensagens que os colegas enviavam rapidamente chegavam à tela do computador de todos os outros acompanhados pela foto/nome de quem enviou. O horário e a duração do chat eram previamente agendados com a turma. Como nem todos estavam disponíveis para acessar num determinado horário, era acordado a realização do mesmo chat em outro dia/horário para que todos pudessem participar. A participação no chat foi tarefa importante na medida em que discutíamos coletivamente levando a reflexões individuais de nossas práticas profissionais.

O fórum foi à ferramenta mais utilizada, estando presente em todas as disciplinas. Consistiam em discussões ou questionamentos iniciados pela tutora de temas importantes para aquela disciplina. Havia um estímulo inicial e, a partir daí, cada aluno deveria discutir, deixando registradas suas opiniões. Em geral o questionamento era bem ampliado, ou aberto, possibilitando a discussão. Havia um período para participar do fórum, geralmente estabelecido em dias. Terminado este, ninguém mais poderia participar desta atividade, pois o acesso ficava bloqueado. Durante os dias em que o fórum estava disponível, o aluno poderia entrar e participar quantas vezes quisesse. Ele poderia responder a uma colocação de um colega e da tutora diversas vezes. A diferença deste para o anterior é que no chat a presença da turma é online, já no fórum a presença é off-line.

O questionário consistia numa ferramenta com perguntas fechadas, geralmente com opções para marcar. O aluno deveria, a partir de o seu conhecimento responder servindo também como instrumento de avaliação.

Os portfólios consistiam no registro do aprendizado individual dos alunos. Deveriam ser realizadas após as disciplinas, por meio dos registros das percepções, mudanças de atitudes e práticas. Sempre recorrendo à literatura para amparar as discussões, e criando um link entre as disciplinas cursadas.

Existiam ainda outras tarefas que eram solicitadas pelo (a) tutor (a). Estas consistiam em atividades de pesquisa ou de reflexão a serem elaboradas, num prazo previamente estabelecido que deveriam ser encaminhadas via e-mail ou do AVA.

O curso totalizou uma carga horária de 384 horas. Os portfólios foram produzidos no Word, convertidos em PDF e postados no AVA tendo como fontes auxiliares artigos científicos e livros encontrados em bases de dados científicos e conteúdo do curso de especialização em saúde da família expostos no sistema MOODLE.

3.3 COLETA DE DADOS E ANÁLISE

As disciplinas estudadas e analisadas foram as seguintes: Processo de trabalho em saúde, Saúde mental e violência, Modelo assistencial em atenção primária, Planejamento e avaliação de ações de saúde, Tecnologia Para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade: Práticas pedagógicas em atenção básica da 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 de saúde no contexto da saúde bucal e Atenção básica à saúde das pessoas com deficiência.

Cada disciplina se utilizava de ferramentas específicas durante suas aulas. Além de tudo o que já foi descrito, estudávamos utilizando computador conectado a internet. Desta forma, tínhamos a nossa disposição uma infinidade de recursos de multimídias que nos auxiliavam na realização de atividades: como a utilização de vídeos; de áudio; de apresentações animadas; e ainda artigos disponíveis em bases de dados.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência. Fomos orientados a reunir os portfólios de cada disciplina criando um link entre estas disciplinas e, ao final para então ser elaborado o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS PORFÓLIOS

Apresentarei a seguir os portfólios elaborados no decorrer das diversas disciplinas do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família na modalidade Semipresencial. Estes estão dispostos na ordem cronológica de construção.

O portfólio é um instrumento que reflete a trajetória do saber construído ao longo de um processo, e que possibilita aos alunos e professores uma compreensão maior do que foi ensinado. Por meio dele, encoraja-se a reflexão e o estabelecimento de objetivos de cada aprendiz, possibilitando comunicação variada e freqüente entre os alunos e o professor-orientador, consolidando-se uma avaliação processual e constante (VIEIRA, 2002).

4.1 DISCIPLINAS 02 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Como esta disciplina foi a primeira a ser desenvolvida, me via um tanto que perdida, pois nunca havia participado de um curso de pós-graduação a distância. Tinha sempre em mente que iria superar aquelas dificuldades, pois se tratava de um período de adaptação. E, com muito esforço e dedicação, aos poucos, me ambientava naquela modalidade proposta, bem como ia desenvolvendo todas as atividades, que eram solicitadas. Logo estava ganhando confiança em mim mesma.

A disciplina Processo de Trabalho em Saúde foi composta de quatro aulas, nestas foram ofertadas o material didático através do ambiente virtual de aprendizado - AVA com atividades e participação no fórum. Relacionando esta disciplina ao ambiente profissional, posso afirmar que os usuários procuram as unidades básicas de saúde, na maioria das vezes, para solucionar problemas agudos ou crônicos de imediato. E que nós profissionais, trabalhamos mais na recuperação e reabilitação do que na promoção da saúde. Isso nos leva a total desmotivação.

Diante deste desafio e dentro destas intervenções de recuperação e reabilitação se faz necessário treinamentos e capacitações, proporcionando o aperfeiçoamento ou a inclusão de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, para o agir em situações específicas.

O ideal seria trabalharmos além dos conhecimentos, habilidades e atitudes de especialistas, um programa específico, de motivação, pois quando incentivados com capacitações de rotina, ganhamos aprendizagem e devolve em nós profissionais, a autoestima.

Em se tratando da comunidade, é preciso nesta nova dinâmica esclarecê-los sobre o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação. Para isso faz-se necessário conhecer o indivíduo em um todo, inclusive no seu habitat natural.

Segundo a Universidade Federal do Ceará (2010), em nosso cotidiano, da vida e profissional, temos dificuldades para refletir sobre o modo como estamos agindo. Às vezes, fazemos as nossas atividades de forma mais ou menos automática, guiados pela nossa intuição ou pelo senso comum. Assim sendo, nossas atitudes podem não ser as mais adequadas, podem não ser as mais eficazes e, conseqüentemente, não conduzir aos resultados que desejamos.

Serão necessárias mudanças na forma de ver, sentir, agir e interagir na área da saúde, e principalmente entre profissionais do SUS e usuários, para que se promovam, de fato, mudanças na prática assistencial, indo de encontro a um sistema de saúde universal, e único, que promova de fato a saúde das pessoas.

Percebe-se então a real necessidade de nós, profissionais da saúde, estarmos envolvidos com a comunidade, conhecendo cada indivíduo dentro do nosso território, holisticamente e assim conquistando total confiança para então trabalharmos em prol da necessidade de cada um, superando qualquer dificuldade. Afinal cada profissional tem seu papel relevante dentro da equipe.

4.2 DISCIPLINA 03 – SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Na construção deste portfólio, vi uma grande necessidade de me aprofundar nesta disciplina, pois meus conhecimentos ficavam a desejar. A sede por respostas diante de alguns contextos impulsionaram-me a cada leitura, buscar um aprendizado que antes não existia.

Se nós somos um todo, seres únicos de corpo físico e mental, por quê e para quê ainda são mantidos os serviços específicos de “saúde mental”? Acredito que, para especializar e otimizar melhor o tratamento. Não esquecendo que este cliente também requer um cuidado físico e social dentro de uma visão holística. Porém em contra partida, isto de certa forma, implica a ruptura dos vínculos sociais nas dimensões do mundo do trabalho, da sociedade, da

família, da política, da cultura, ou seja, rompem-se os vínculos que conferem ao indivíduo a sua identidade social. De fato as mudanças iniciaram neste momento: ver, sentir, agir e interagir em nosso meio promoveram mudanças na prática assistencial.

Sabemos que, ao longo de, um século e meio, vinha se dando a exclusão social de uma parcela significativa dos portadores de transtornos mentais. Verificamos, também, que nos últimos 30 anos,, o Brasil tem construído um novo modelo assistencial focado na desinstitucionalização dos pacientes asilados e na promoção da inclusão social. Nesse processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica têm sido determinantes na modificação das políticas públicas que alicerçam os novos paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil.

Sabemos ainda que rotinas vivenciadas pelas equipes de Saúde da Família no atendimento ao portador de sofrimento psíquico são construídas por inquietações, indagações e, muitas vezes, pela dificuldade em intervir de forma eficiente no cuidado a esse grupo populacional. É por isso que julgamos importante propiciar uma reflexão sobre o cotidiano do atendimento em saúde mental nessas equipes.

No contexto sócio, econômico, político e cultural em que a sociedade brasileira está inserida se fazem a necessários debates, discussões e divulgações sobre as novas formas de lidar com o portador de transtorno psíquico e das formas de participar deste cuidado, já que a lei da reforma psiquiátrica no Brasil é recente, sancionada em 2001. Para isso é necessário que não haja apenas o novo, mas que seja possível acompanhamento e gerenciamento por parte dos profissionais, usuários e familiares.

As transformações no campo da saúde mental encontram-se sob a ótica da inclusão social através do resgate dos direitos humanos do portador de transtorno mental, dando-lhe a autonomia que ele necessita para que possa ocorrer a sua reabilitação psicossocial. Assim, o direito de receber assistência devidamente como cidadão, com direito a participar da sociedade, é inegável, conforme afirma Medeiro e Guimarães (2002).

As diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira foram às bases para a idealização e reorganização da atual rede de saúde mental no país. Assim, no estudo realizado por Gonçalves, et al (2001), com pacientes psiquiátricos de longa permanência em hospital, percebeu-se a eficácia da implementação da atenção a saúde mental nos serviços de saúde de base comunitária, como forma de descronificar a doença e reinserir os pacientes psiquiátricos, tanto na convivência comunitária, quanto proporcionar a recuperação psicossocial.

Com isso, os autores destacaram a necessidade de investimentos no setor alternativo de atenção à saúde mental, a fim de construir modelos de assistência à saúde de base comunitária ao invés de internação psiquiátrica. Esses modelos devem atender as necessidades dos pacientes que estão sendo desinstitucionalizados (GONÇALVES, et al, 2001).

A incorporação de ações de saúde mental em unidade básica de saúde dentro do modelo de atenção primária de saúde é uma das estratégias alternativas do Ministério da Saúde do Brasil como forma de cuidar do transtorno mental dentro do meio em que vive o indivíduo e minimizar os preconceito e exclusão social devido à doença (BRASIL, 2001d).

Isto pode ser percebido por meio dos autores Campos e Soares (2003) em que revelam as pessoas denotando a unidade básica de saúde como meio de adquirirem uma qualidade de vida melhor através da cura de suas enfermidades e da busca de uma integração social com a família e a sociedade.

Envolver a equipe de Saúde da Família nas discussões sobre o tema pode ser entendido como uma forma de reorganizar a atenção em saúde mental em nossa comunidade, com vistas a garantir o cuidado efetivo e com qualidade, sustentado na autonomia e na habilidade do portador de sofrimento mental.

No que diz respeito à assistência de saúde no Ceará, propriamente dita, percebe-se que no princípio, era executada pelos pajés e, posteriormente, esteve também ligada à ação dos jesuítas. Em 1870, chegam à Santa Casa algumas irmãs de caridade para empreender melhoramentos na ordem interna da casa, atividades estas que atualmente compõem parte da prática de enfermagem no interior dos hospitais. É possível admitir que, no Ceará, as freiras de caridade foram precursoras da enfermagem psiquiátrica (FRAGA, 1993).

A construção dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS do Ceará, são espaços que buscam proporcionar encontros, agenciamentos de experiências subjetivas e multicriações permanentes. Os CAPS foram criados ancorados nos princípios da reforma psiquiátrica e têm grande identificação com a Luta Antimanicomial (OLIVEIRA, 2002).

O primeiro CAPS no Brasil, foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, inaugurado em março de 1986 em São Paulo. Este serviço continua em plena atividade e hoje temos em torno de 516 CAPS no país. (BRASIL, 2004).

O processo de implantação do CAPS em Fortaleza aconteceu em setembro de 1998, a despeito dos esforços da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica que foi formalizada em Fortaleza, porém nos municípios do interior do Ceará, anteriormente, já haviam sido criados novos serviços (CAPS) baseados no princípio da reforma. (OLIVEIRA, 2002).

Os CAPS possuem equipe multiprofissional - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc. - e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. Existem especificidades de CAPS, de acordo com as diferentes necessidades de cada território:

CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes,

CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes,

CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana),

CAPS I - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade), e

CAPSad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia, ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em não intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento citadas e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe, em contato com as famílias também, e igualmente as mudanças neste projeto segundo as evoluções de cada usuário (ROSOLINO, 2010).

De fato a participação de profissionais de saúde no movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira foi fundamental, priorizando a Desinstitucionalização, que Redireciona o modelo de atenção à saúde do hospital para a comunidade, desconstruindo saberes, propondo novas formas de atenção, reconhecendo a comunidade como o *locus* preferencial de

intervenção, devolvendo ao sujeito o direito à vida, à liberdade e à cidade e ao profissional especialista satisfação e missão de dever cumprido. É assim que me vejo hoje.

Esta disciplina foi muito importante para mim, pois pude refletir algumas questões que são e/ou serão importante na assistência. Tive um grande aproveitamento, tanto no âmbito profissional, quanto no âmbito pessoal.

Depois de acompanhar e fazer esta disciplina pude observar algumas questões cotidianas familiares que estão ligadas ao sofrimento psíquico, fiquei mais sensível a algumas questões e passei a me perguntar: qual o papel da família para que a pessoa tenha uma boa saúde mental? De que forma a família pode contribuir/influenciar junto a um ente em sofrimento psíquico? E a pessoa em sofrimento psíquico, ela percebe o que representa sua família e a se próprio? Entre outros questionamentos.

Acredito que para cada contexto há pontos importantes onde pode haver possíveis intervenções para melhores mudanças no cuidado dispensado a pessoas portadoras de transtornos psíquicos. Através da reconstrução da atenção psiquiátrica ligada a integração da comunidade com as redes sociais foi, aos poucos, trazendo conservação dos pacientes no seu meio social.

4.3 DISCIPLINA 04 – MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nossas equipes devem promover saúde holisticamente, independente de cada procura, incluindo inclusive sofrimento psíquico em alguns usuários. Sabemos que muitos pontos levantados, ao decorrer desta disciplina irá nos propiciar a uma reflexão sobre a nossa atuação, tendo por base a realidade do nosso território sob a responsabilidade de nossas equipes.

A evolução histórica da saúde brasileira está relacionada diretamente a evolução política, social e econômica do país. Durante a primeira república (1889 a 1930), a falta de um modelo sanitário deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias. Como o Brasil sobrevivia de uma economia agroexportadora, assentada na monocultura do café, o que se esperava do setor saúde era uma política de saneamento que garantisse a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (POLIGNANO, 2005).

Foi nesse contexto que surgiu o primeiro modelo de atenção à saúde no Brasil, conhecido como modelo do sanitarismo campanhista. Este era caracterizado por ações de saneamento básico, erradicação ou controle de epidemias e criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas. Este modelo era concebido dentro de uma visão militar, onde o uso da força e da autoridade era considerado os instrumentos preferenciais de ação. A frente deste modelo estava o médico Oswaldo Cruz, como diretor do Departamento Geral de Saúde Pública, nomeado pelo então presidente Rodrigues Alves. Este modelo durou desde o início do século passado até o início dos anos 60 (GOMES, 2005).

O processo de industrialização do país, acompanhado por uma urbanização crescente, faz surgir uma nova classe de trabalhadores, os assalariados urbanos. Eles começaram a se organizar e a lutar por direitos trabalhistas. Surgiram então as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social (POLIGNANO, 2005).

Ainda de acordo com Polignano (2005), dez anos depois as CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que eram organizados por categoria profissional, surgiu, então, a medicina previdenciária. Em 1967 os IAP são reunidos e, junto com outros serviços de saúde do governo, surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente, com reformas administrativas, surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária (INAMPS), em 1978.

Durante o período que vai da década de 30 até a década de 70, sob o regime militar, as políticas de saúde são organizadas em dois subsectores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O da saúde pública, como foi comentado anteriormente, tem ênfase nas campanhas sanitaristas. O da medicina previdenciária teve sua consolidação com a criação do INPS, onde as políticas de saúde favoreciam o setor privado com enfoque na prática médica curativa (GOMES, 2005).

Com a criação do INPS e, posteriormente, do INAMPS houve um aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial (POLIGNANO, 2005).

Para Bezerra (2005) com a medicina previdenciária a ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. A partir dessa estratégia, institucionaliza-se o modelo médico-assistencial privatista, onde somente tinha direito aos serviços de saúde uma

pequena parcela da população que trabalhava, com carteira assinada, e que contribuía para a previdência.

Porém, devido à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais, e ao descrédito social em resolver os problemas de saúde da população, o modelo proposto entrou em crise (POLIGNANO, 2005).

No final da década de 70 e nos anos 80, a sociedade civil passou a questionar o sistema de proteção social assegurado pelo Estado, beneficiando somente a uma pequena parcela da população, esse movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária (GOMES, 2005).

A reforma sanitária brasileira foi um processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O setor médico que se beneficiou do modelo médico assistencial privatista, tendo recebido recursos e financiamentos do setor público, cresceu e se desenvolveu. Quando o setor público entrou em crise não podendo mais manter o sistema vigente, estes se organizaram formando uma atenção médica supletiva: medicina de grupo; cooperativas médicas; auto-gestão; seguro-saúde e plano de administração (POLIGNANO, 2005).

Desde então, o sistema de saúde brasileiro vem passando por um processo de mudança que foi iniciado com o movimento da reforma sanitária brasileira, que formou a base para a idealização e reorganização da atual rede de saúde no país.

O SUS é a fundamentação teórica que embasa a saúde do Brasil. Assim, as suas diretrizes constituem dispositivos e arranjos que ao se tornarem institucionais garantem a efetivação das políticas de saúde e a gestão das unidades, não só de centros de saúde, mas de todos os níveis de atenção: rede básica, atenção de média e alta complexidade utilizando a terminologia da Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS.

A lei nº 8080/90 de BRASIL (1990) afirma em seu artigo 4.º que: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o sistema único de saúde – SUS”. Esta lei traz ainda três objetivos: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade

do sistema e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Toda essa discussão sobre modelos de atenção à saúde visa uma aproximação dos serviços de saúde com os usuários, fazendo com que as relações entre sujeitos profissionais e sujeitos usuários tornem-se mais humanas, equânime e, sobretudo, resoluta.

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

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

É no âmbito da ABS, das unidades básicas de saúde e das ações do Programa de Saúde da Família – PSF, que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS. As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito, capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina.

Segundo Teixeira (2003) o programa saúde da família, entre 1998 a 2002, deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de atenção básica, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS.

Fiquei muito a vontade ao realiza esta disciplina, organizada em quatro aulas, e ainda com fórum, chat e atividades realizadas e postadas no sistema MOODLE, esta trouxe através de uma retrospectiva a realidade a partir dos momentos históricos. A cada leitura e aprofundamento através de subsídios sobre o assunto, vivenciava a época descrita e ao mesmo tempo as comparava com os dias atuais. Percebi que todos os modelos possuíam falhas e que sempre os mais prejudicados eram a população. Hoje vivendo e atuando no presente modelo, busco, apesar das dificuldades, contribuir para que os princípios do SUS (universalidade, igualdade e integralidade) sejam respeitados. E se fosse para escolher a época e o modelo

assistencial, com certeza o SUS, que atua em todas as esferas do governo e nos três níveis de complexidades.

Percebo diariamente no meu campo profissional que a população vem crescendo, o número de idosos, superam as expectativas de vida, e acredito que com esse crescimento meio que um tanto desordenado o sistema precisa também ser ampliado, em quantidade e qualidade. Aumentar o número de profissionais e multiplicar as unidades de saúde é o princípio. E dentro da atenção primária promover de fato a saúde, diminuindo a morbimortalidade da população. Para isso necessitamos de aprendizado, capacitações, treinamentos e atualizações, a fim de que, não fiquemos parados no tempo e no espaço, e fielmente ao sistema repassar segurança, conhecimentos e destrezas em todas as esferas, não só aos usuários, mas também a família na intenção de buscar colaboração para desenvolver ações preventiva e educativa no SUS.

4.4 DISCIPLINA 05 – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

Planejar é uma atividade intrínseca a diversos campos disciplinares, inclusive no campo da saúde, especificamente dentro do atual modelo de Saúde da família, este incorporada a nossas vidas. Mas será que sabemos por que planejar? Quando planejar? Como planejar? E com quem planejar? Hoje, após concluir esta disciplina, trago um novo olhar sobre esta ação e ainda as aplico com mais confiança e seriedade. Confesso que planejar não é uma tarefa fácil e que demanda tempo, recursos materiais e humanos.

O planejamento constitui, junto à epidemiologia e às ciências sociais, um dos três pilares da Saúde Coletiva. Sendo assim, torna-se de grande importância sua utilização na área da saúde, pois:

- Permite melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos
- Esclarecem objetivos e metas a serem alcançados
- Leva a uma melhor realização do trabalho por parte dos profissionais envolvidos
- Permite o acompanhamento das ações por parte da gestão
- Ajuda a mobilizar vontades e conseguir recursos para o fim almejado

Historicamente o setor de saúde vivenciou crises diversas que culminaram com a realidade atual. Não se podem resolver os problemas tão rapidamente sem ter antes a certeza que tudo está dando certo. É preciso ir com calma e responsabilidade tendo convicção de que os problemas estão sendo sanados.

Bem sabemos que para atingir os objetivos de organização do trabalho da equipe frente à estruturação no modelo assistencial de saúde e na perspectiva do SUS é importante planejar e avaliar as ações de saúde.

Segundo Teixeira (2006) planejamento é um conjunto coordenado de ações visando à consecução de um determinado objetivo. O termo “conjunto coordenado de ações” mostra que é uma tarefa complexa, formada por outras atividades menores.

No nosso setor saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. O planejamento é um ato inerente ao ser humano. Com maior ou menor grau de consciência todos nós planejamos. Planejamos porque queremos alcançar objetivos. Aliás, só planeja quem tem um objetivo específico a ser alcançado, quem sabe aonde quer chegar e, por isso, precisa pensar sobre o melhor caminho a ser trilhado (UFC, 2010).

Acredito que nem sempre fazemos um determinado planejamento sucintamente passo a passo como está descrito na aula. Nossas ações são semelhantes e com resultado positivo, pois observamos, entendemos e descrevemos para si e/ou para a equipe multiprofissional, afim de, posteriormente realizamos intervenções a partir destas ações.

Encontrado vários sinônimos para o verbo planejar como, avaliar; investigar; discutir; levantar; entender; descrever; compreender, dentre outras, de fato confere uma atividade complexa, podendo ser realizada ou não, dependendo principalmente de motivação profissional. Gestores, profissionais da saúde e usuários do SUS, juntos através de suas experiências e conhecimentos, podem traçar planos e resolver da melhor maneira, os problemas identificados pela equipe, seja em qualquer esfera de saúde.

O SUS, nestes 20 anos de sua criação, vem crescendo em meio a desafios diversos. Se pararmos para pensar, o SUS constitui-se em um sistema de saúde complexo que envolve uma grande quantidade de recursos financeiros e humanos, além de oferecer um grande número de ações e serviços. Diante deste fato, percebe-se a exigência de ações planejadas, junto a um sistema de acompanhamento e avaliação, que proporcione a

qualificação da atenção à saúde prestada ao usuário. Saber ouvir, observar, pesquisar, analisar e planejar, são ações fundamentais no âmbito da saúde, pois conhecendo os problemas, identificamos a origem deste problema e tão logo seguinte, soluções.

4.5 DISCIPLINA 06 – TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

Planejar em saúde fortalece-se qualquer sistema. Acolher é um fato que se cria vínculos e envolvimento profissional com a família, comunidade e usuários,

Esta disciplina mostrou-me que os profissionais da saúde devem estar sensibilizados para as questões educativas que envolvem o processo de saúde-doença da população. No caso da atenção básica, este aspecto se torna muito mais relevante, pois a equipe de saúde está em contato direto com a comunidade facilitando as mudanças no perfil epidemiológico da população.

É necessário interagir com as pessoas levando o conhecimento científico, porém os profissionais nunca devem desprezar o conhecimento que a população tem de si mesma, o senso comum. Na comunidade existem saberes que são transmitidos de geração em geração e que são considerados no processo de viver, adoecer e morrer daquelas pessoas. Os profissionais, conhecidos como os doutores, devem se aproximar deste conhecimento e unir o senso comum ao conhecimento científico, para que se produza efeito positivo sobre as pessoas.

É evidente que educação e saúde interagem nos espaços de produção de ações voltadas para a qualidade de vida da população. Contudo, o aprendizado sobre essa interação e a compreensão das consequências geradas por uma ou outra concepção pedagógica utilizada, predominantemente e, ao longo do tempo, não têm o enfoque desejável na maior parte dos processos de formação dos profissionais de saúde.

O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de

saúde, e voltadas para humanização diante dos princípios que constitui o SUS, fortalecendo o vínculo usuário e profissional.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Com as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, buscou-se uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e com menos acesso aos serviços de saúde. Antes de ser um programa nacional proposto oficialmente pelo Ministério da Saúde, o estado do Ceará acumulou experiência com sua implementação, conseguindo significativo declínio em mortalidade infantil (VIANA, 2005).

A visita domiciliar permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permitem obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isto é necessário estabelecer confiança ambos os lados, para que estes se sintam seguros com as ações desenvolvidas pelos profissionais e, em casos de problemas ou dúvidas, solicitem ajudas, explicações e orientações.

Paulo Freire (1976), na sua teoria denomina o modelo tradicional como a prática pedagógica da "educação bancária", pois visava apenas à transmissão passiva dos conteúdos. Onde o (a) Professor (a) se encarregava de depositar os conteúdos na cabeça dos (as) alunos (as), como alguém deposita o dinheiro no banco. Nesta concepção de educação o ensino fundamental e médio domina apenas a repetição e a memorização. Isso pode não haver mudanças de hábitos comportamentais.

Falando como enfermeira, pergunto: O que efetivamente os profissionais da saúde podem fazer para transformar o quadro atual do setor saúde, que se encontra precário, não atendendo as demandas e não respondendo efetivamente aos problemas de saúde da população? A primeira resposta seria: educação em saúde. Então é notadamente que para mudar essa realidade são necessárias muitas capacitações profissionais e educação permanente em saúde como possibilidade de reflexão do fazer cotidiano, além de conhecer as necessidades da comunidade apresentadas pelos próprios usuários.

Seria muito bom, conhecer realmente a comunidade e seus problemas para poder traçar um plano de ação mais fiel e próximo do real, em prol à melhoria da qualidade de vida

da comunidade necessitada. Devemos entrar no seu mundo, entender seu modo de vida para melhor assistir. A didática é de fundamental importância para fazer a educação em saúde, e assim poder cuidar com mais eficiência e eficácia.

A comunicação é um processo que mobiliza todas as ações humanas, fundamenta a organização e funcionamento de todos os grupos sociais.

A comunicação é dinâmica, continua e complexa. Permite as pessoas estabelecerem contatos, manterem e melhorar seus contatos com as outras. Esse processo ocorre entre indivíduos (POTTER, 2002).

Segundo STEFANELLI (1993) a troca de mensagem entre o emissor e receptor pode ser alterada ou influenciada dependendo do contexto em que eles estejam vivendo, assim, para ela, o contexto também é um dos componentes da comunicação.

O profissional de saúde e constantemente o enfermeiro assume o papel de emissor e de receptor num mesmo processo comunicativo ao se relacionar com o paciente. Segundo Mezomo (1995) as pessoas querem ser ouvidas e respeitadas e querem ser parte ativa no processo de saúde-doença.

Uma comunicação bem estabelecida é essencial na área da saúde, já que permite a criação do vínculo entre profissional e clientes, por meio de um relacionamento terapêutico o que possibilita uma educação em saúde e mudanças de comportamento, preservação e reestruturação da saúde pautada no respeito à vida e na promoção de ações necessárias para mantê-la.

Ainda nesta disciplina foi exposto um vídeo, o “*The Wall*” (o muro), apresentado no sistema MOODLE, tratando um protesto no ensino tradicional, onde o professor é o único dono da verdade. Esta transmissão do conhecimento como algo mecânico, decoreba ainda hoje, é empregado pelos educadores, onde os alunos não têm o direito de raciocínio aprendendo apenas o que está sendo transmitido.

No final do vídeo toda a sala de aula e colégio é destruída pelos alunos revoltosos: “Não precisamos de Educação”. Referindo o tipo de educação ensinada nas escolas. Hoje em Dia, já existem várias mudanças no ensino tradicional, porém ainda encontramos professores que adotam métodos antigos com dificuldade de evolução.

Percebo também esse autoritarismo nos profissionais da saúde quando determinam uma conduta para o paciente, obrigando a cumpri-lo sem ao menos consultar se

ele aceita ou não, se esquecendo de explicar a importância desta conduta, suas causas e efeitos. Dessa forma, torna o relacionamento cliente – profissional impossível de existir.

É preciso ir além do conhecimento relacionado com os indicadores de saúde e de produção previamente pactuados. Território tem gente, diversidades, amores, vidas construídas e destruídas, dores, sofrimento, alegrias dentre outros sentimentos. Toda comunidade tem sua história, sua cultura – festas, manifestações religiosas e populares; o saber das benzedeiras e raízeiras; um grau de participação e mobilização social; uma forma própria de dispor do tempo livre; de conseguir e dispor de recursos financeiros; de realizar lazer com a família; de auto preservar-se; de compreender o processo saúde-doença e etc. Cada “gente” é sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral, numa relação que gera vínculos institucionais e emocionais. Isso vale para abordagens coletivas e individuais (no consultório ou no gabinete odontológico, na recepção, no local de espera, na sala de vacina, na sala de procedimentos, na garagem da ambulância, e etc) (UFC 2010).

De fato, exercício de uma prática pedagógica voltada para a solução das necessidades de saúde da população está diretamente relacionado ao conhecimento do território como processo e das pessoas que nele habitam.

4.6 DISCIPLINA 07 – SAÚDE DA MULHER

Diante de todas as abordagens a indivíduo e família, destacamos admiravelmente a saúde da mulher. Nesta disciplina discutimos assuntos de âmbitos universais e históricos. Enfim, a questão da saúde da mulher não pode ficar restrita a questões gineco-obstétricas, vai muito além dentro de uma política feminista.

Em 1983, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de ‘Atenção Integral à Saúde das Mulheres’ (AISM) (BRASIL, 1983). O Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984, por meio do documento: Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Para estabelecer sua proposta, o Ministério partia da constatação de que o cuidado da saúde da mulher, até então, resumia-se a gestação e ao parto, e mesmo aí era deficiente (BRASIL, 1983).

O PAISM, preconizado pelo Ministério da Saúde em âmbito nacional, tem como objetivo geral a atenção global à Saúde da mulher, em suas diferentes fases biológicas e

quanto aos seus objetivos específicos, compreendem: Assistência à gestação, tendo o Pré-natal que segundo o ministério da Saúde o número de consultas pré-natal realizadas durante a gravidez é crescente ano após ano. Se em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas durante o pré-natal, em 2009, foram 19,4 milhões. O aumento foi de 125% nesse período, crescimento que pode ser atribuído principalmente a ampliação do acesso ao pré-natal pelas mulheres.

Com o objetivo de oferecer um plano de assistência que atendesse às exigências de saúde da mulher, o governo lançou, em 2004, a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher com seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2009). Este documento

[...] incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2009, p.5).

Mulher, um ser social que, ao percorrer sua trajetória neste mundo, encontra uma série de dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição, ser mãe e trabalhadora, que sofre discriminações e violências e que ama e luta por sua felicidade para ser reconhecida. E assim as marcas das desigualdades social, econômica, cultural e de raça são reveladas no seu processo de viver, adoecer e morrer, dentro de um ciclo de vida às vezes desfavorável principalmente no âmbito da saúde.

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 conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar. No entanto, esse aumento da “chefia” feminina não decorre, necessariamente, do processo de mudanças de valores e papéis na sociedade. O que se pode inferir é que a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho e sua contribuição no rendimento familiar podem estar produzindo mudanças nas relações familiares (BRASIL, 2006a).

Os profissionais de saúde são responsáveis pela saúde da população e em se tratando de saúde da mulher, percebe-se a importância de estar agindo na promoção da saúde e prevenção de agravos. É na atenção primária que temos o poder de fazer a diferença, dando assistência integral às mulheres da comunidade fazendo planejamento familiar, assistindo-as

no pré-natal e puerpério, garantindo uma assistência digna e de qualidade, orientando-os quanto à importância do autocuidado, da responsabilidade com o próprio corpo, evitando assim problemas de saúde ou complicações na gravidez e parto ou até mesmo que venha adquirir uma doença incurável.

Há de se considerar que mais da metade da população brasileira é composta por mulheres (50,77%), sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que freqüentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos (BRASIL, 2009).

A maternidade constitui um dos momentos mais marcantes na vida da mulher, caracterizado como um processo singular, uma experiência especial que envolve o parceiro, suas famílias e a comunidade (BRASIL, 2001b). Todo o processo, que inicia com a gestação e culmina com o parto é marcado por medos, anseios e insegurança da mãe com relação aos cuidados com o filho gerado.

Há de se considerar que mais da metade da população brasileira é composta por mulheres (50,77%), sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos são também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

É importante compreender que além de cuidados direcionados ao filho, é extremamente importante considerar que a mulher é a protagonista desse processo, e, portanto, não deve ser colocada em segundo plano no cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

Sabemos que nas últimas décadas, as mulheres vêm lutando pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o de infertilidade conjugal, pois eles afetam diretamente o seu modo de vida, incluindo o poder de planejar o tamanho de suas famílias.

As ações de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama aumentado nos últimos anos. Esta prevenção está baseada no rastreamento da população feminina que apresenta probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelos exames de detecção precoce, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento (PELLOSO. et al., 2004).

O climatério e menopausa são etapas da vida da mulher que constitui-se em uma oportunidade ímpar para os profissionais e para ela própria que 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).

As discussões perpassaram pela questão da violência contra as mulheres, tema frequentemente abordado em programas jornalísticos na atualidade.

A disciplina trazer uma visão mais ampliada da assistência em saúde da mulher, mostrando-me a não fragmentação do organismo. A saúde da mulher não significa cuidar apenas de gestantes e/ou puérperas, mas de todas que necessitam de uma assistência em saúde diante de qualquer meio social, cultura e faixa etária, buscando resoluções de problemas de uma forma mais consciente, segura e humanizada, sabendo direcionar cada caso encontrado no dia a dia da comunidade, diminuindo assim, suas angústias, tirando suas dúvidas e encorajando-as no enfrentamento das situações vivenciadas, respeitando cada particularidade, e jamais esquecendo o uso da empatia.

4.7 DISCIPLINA 08 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A atenção à saúde da mulher na perspectiva da estratégia saúde da família é de fato muito relevante, assim como diante da participação social com o intuito de promover saúde.

As mudanças econômicas, políticas, social, tecnológicas e culturais, que vem ocorrendo desde o século XIX, produzem grandes modificações em sociedade, ao mesmo tempo, tem-se e o aumento dos desafios e dos impasses colocados no cotidiano. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período.

Em várias partes do mundo no decorrer da década de 60, ocorreram debates, visando superar a predominância do modelo centrado no controle de enfermidades para valorizar a influência que a situação sócio-econômica exerce na saúde da população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu em 1978 a I Conferência de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS). Segundo BRASIL (2001c), com a Declaração de Alma-Ata foi alcançado grandes progressos ao expressar a necessidade

dos governos em relação ao desenvolvimento dos cuidados primários de saúde para a melhoria da qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

Devido à repercussão positiva da Declaração de Alma-ata aliada a crescente expectativa pela construção de uma nova saúde pública, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (1986) no Canadá, que se tornou mundialmente conhecida por meio da Carta de Ottawa e firmou-se como marco referencial para a promoção da saúde. A Carta de Ottawa definiu que:

Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para garantir um completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objeto de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar comum. (BRASIL, 2001c, p.119).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001c), a Carta de Ottawa (1986) estabeleceu cinco estratégias para promover a saúde: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), são pré-requisitos para a saúde, condições e recursos fundamentais são: Paz; Habitação; Educação; Alimentação; Renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade.

Para Marchiori (2002), promover a saúde é algo distinto de prevenir as doenças e de tratá-las, e que a clássica divisão entre as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença inclui a promoção da saúde, a prevenção das doenças, acidentes e violências e seus fatores de risco, e o tratamento reabilitação das mesmas.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em 1988 em Adelaide (Austrália), tendo como tema central as Políticas Públicas Saudáveis. Na Declaração de Adelaide é possível identificar a questão da intersetorialidade, bem como a idéia de responsabilização do setor público pelas políticas sócio-econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e do sistema de saúde, além de afirmar a responsabilidade internacional da Promoção da Saúde (BUSS, 2000).

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em Jacarta (Indonésia), em 1997. Sendo a primeira conferência a acontecer num país em desenvolvimento. Teve como produto cinco prioridades para o campo da promoção da saúde: promover a responsabilidade social, aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, consolidar e expandir parcerias, elevar a capacitação da comunidade e dos indivíduos e definir cenários preferenciais para atuação.

No México, em 2000, ocorreu a V Conferência Mundial de Promoção da Saúde. Esta procurou avançar considerando as prioridades da promoção da saúde estabelecidas na declaração de Jacarta (1997) e na Resolução sobre promoção da saúde da Assembléia Mundial da Saúde (1998). Segundo o Ministério da Saúde (2001c), na V conferência foram abordados os seguintes temas: promoção da responsabilidade social para a saúde, ampliação da capacitação das comunidades e dos indivíduos, a necessidade de aumentar a inversão no desenvolvimento da saúde, de assegurar a infra-estrutura para promover a saúde, de fortalecer sua base científica e reorientar os sistemas e serviços de saúde.

A busca pela promoção da saúde deve ser realizada no cotidiano dos profissionais com a comunidade, agindo intersetorialmente com associações de moradores, creches, escolas e assim, mobilizar as pessoas para lutarem por políticas públicas saudáveis e equitativas com o intuito de diminuir a exclusão social e reorientar os serviços de saúde, rompendo com o modelo hegemônico biomédico que supervaloriza a vigilância epidemiológica e as doenças em detrimento da vigilância à saúde (BRASIL, 2001c).

Sícoli e Nascimento (2003), já diziam que a Promoção de saúde é promover a participação da população e fomentar a instituição de mecanismos democráticos para a tomada de decisão, implementação e avaliação das políticas públicas. Assim seria impulsionado o compromisso real dos gestores com a justiça social, sendo, potencialmente, um instrumento promotor de mudanças na estrutura sócio-econômica e política e falava ainda dos sete princípios da promoção de saúde definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS): Concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas, sustentabilidade.

A concepção holística determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual e pressupõe a compreensão ampliada de saúde assumida pela Organização.

As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

A conferência de Sundsvall conclama que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde e reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promoções de saúde. Em Santa fé de Bogotá, a conferência tratou da promoção da saúde na América Latina e afirma que esta busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento.

Para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI, afirma que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção de saúde um elemento fundamental para este processo.

São ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde: Promover ações relativas à alimentação, práticas corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, reduzir a morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção ao desenvolvimento sustentável, interatividade no fórum de promoção da saúde.

No fórum desta disciplina, foi abordado sobre as condições de vida de uma comunidade, onde as pessoas viviam em condição sub-humana, cujo vídeo era intitulado “Na ilha das flores”. No documentário, as populações sofriam por falta de educação, alimentação, saneamento básico, ou seja, um ambiente não saudável. Aqui podemos observar que a realidade é dura, onde os porcos têm prioridade sobre os seres humanos, alimentando-se dos restos que não são bons nem para os porcos.

Trazendo para a atual realidade profissional, nos deparamos com o sofrimento de certos grupos de pessoas esquecidos pelo país, e a maior causa disso, é a falta de amor entre os seres humanos. Políticos que esquecem as cartas discutidas nas conferências que garantem atingir a saúde para todas as pessoas, com ambientes saudáveis e, ainda conclamam que o

ambiente saudável é de suprema importância para a saúde, afirma também que a saúde é um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento socioeconômico.

Estamos a refletir o quanto nós, profissionais envolvidos com a saúde da população, temos dificuldades em desenvolver nosso trabalho, com tantas leis de estratégias definidas e expostas, sem a mínima condição de executá-la, por falta de um envolvimento político que coloque os programas de saúde em prática, solucionando um leque de problemas sociais. É preciso que existam políticas públicas envolvidas que possam articular com outros setores em busca de recursos para o desenvolvimento humano. Nós profissionais da saúde, podemos ajudar na questão da prevenção de doenças e promoção da saúde desta comunidade.

Para isso é supremo fazermos um levantamento da população desta ilha, encontrar os problemas que levam a falta de saúde, buscar parceria governamental nesta ação e fazer uma articulação intersetorial para que os resultados sejam efetivos e eficazes, estas ações também são conhecidas como planejamento. Uma mobilização social é muito importante, objetivando sua participação, seu envolvimento com a própria saúde, procurando reduzir a vulnerabilidade, os riscos e danos causados por falta de ações de saúde. Trabalhar educação em saúde nesta comunidade, identificar as doenças mais comuns e suas causas, falar sobre elas e a forma de prevenir, sendo claro e breve, evitando o desgaste do público que for assistir. É necessário também ensinar o seu autocuidado, sua higiene e alimentação saudável. Isso não será o suficiente se não tivermos um governo atuante garantindo suas necessidades humanas básicas tão bem ditadas num papel constitucional, e profissionais desmotivados.

Debatemos muito sobre atividades de prevenção, educação sanitária, promoção da saúde, mudança de estilo de vida. E como resultados, apontamos diante da equipe saúde da família a realização de um planejamento juntamente com outras instituições governamentais e não governamentais e com a própria comunidade. Para desenvolver políticas públicas voltadas para o crescimento de atividades na qual se possa adquirir conhecimento e preparo técnico com formação adequada de pessoas dentro da própria comunidade, é preciso criar meios de trabalho onde ocorra geração de renda para as famílias e que estas possam obter alimentos saudáveis para os seus familiares e buscar incentivo para dar formação a seus filhos bem como, uma melhor qualidade de vida.

Além disso, pode ser orientado e incentivado a comunidade a criar uma associação de moradores, para juntos com outros setores iniciar esta busca de crescimento da mesma, sendo o povo parte integrante e participante do desenvolvimento e melhoria de vida das pessoas que já vivem em vila das flores e das gerações futuras.

Não esquecendo a educação em saúde para todos e principalmente projetos especiais à população mais jovem - adolescentes e crianças, que ao absorver tais informações, poderão ajudar a mudar a realidade, e conservá-la no futuro. E como foi lido no material de apoio, boa saúde é a base na qual se ergue o progresso social.

Participar dos fóruns nos traz uma riqueza de conhecimento ampla, pois com os depoimentos dos colegas podemos observar as realidades vivenciadas por eles e até mesmo dar nossa sugestão na construção de modelos de assistência direcionada para cada clientela, sendo assim, compartilhamos ideias e desenvolvemos melhor nosso trabalho diário com a comunidade. Isto nos levou a refletir sobre a situação atual do nosso Brasil com seus problemas que estão bem próximos de cada um de nós e só dependerá de cada um na promoção de mudanças na comunidade.

A atuação na perspectiva da promoção da saúde deve considerar a equidade e as ações educativas para possibilitar a participação consciente dos cidadãos, sendo fundamental ter como base a própria comunidade, porque este é um lugar onde surgem as primeiras necessidades de cuidados para minimizar a ocorrência de fatores negativos que causam danos à saúde.

Para concretizar a nova realidade no setor saúde, é necessário um maior enfoque de atenção aos determinantes das condições de saúde da população dentro do contexto sócio-econômico em que elas vivem, e que não dirigisse a assistência apenas para o tratamento das doenças.

Esta disciplina focou sua discussão na concepção ampliada de saúde, mostrando que é necessário a intersetorialidade das ações para que existam de fato mudanças. Os profissionais da saúde devem ter esta ciência e trabalhar de modo interdisciplinar.

Diante da vida profissional, emergem-se várias formas de pensar a assistência à saúde, onde tem sido cada vez mais valorizada ações de caráter preventivo com atuação a nível individual, familiar e comunitária. Dessa forma é possível minimizar os fatores negativos que causam danos e sofrimento e fortalecer a população de acordo com os recursos internos de cada pessoa e com as possibilidades de cada lugar.

4.8 DISCIPLINA 09 – SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a participação popular na perspectiva de promoção da saúde e ambientes saudáveis, cito a saúde ambiental, como esfera importante neste contexto. Esta disciplina trouxe uma consciência no cuidado ao ambiente em que vivemos evitando, assim, problemas a curto, médio e longo prazo.

Debatemos nas quatro aulas expostas no ambiente AVA, sobre a compreensão das inter-relações entre trabalho, ambiente e saúde, conhecer importantes questões de conflitos socioambientais, identificando os principais problemas de saúde ambiental do seu território e suas possíveis soluções para esses problemas.

A saúde ambiental vem permeando o eixo da saúde pública há alguns anos (ADDUM; SERRA, 2010). No Brasil, com o surgimento do Sistema Único de Saúde e a proximidade da Estratégia Saúde da Família da população e do meio ambiente em que vivem, sentiu-se a necessidade de se entender como se dá a relação pessoa-saúde-meio ambiente e, para isso, o governo incluiu no âmbito de trabalho da vigilância em saúde a vigilância ambiental.

As mudanças econômicas, políticas, social, tecnológicas e culturais, que vem ocorrendo desde o século XIX, produzindo grandes modificações na sociedade. Ao mesmo tempo, tem-se e o aumento dos desafios e dos impasses colocados no cotidiano. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período.

Os seres humanos vivem em um ambiente físico. Eles se relacionam com o meio e esta relação traz consequências, positivas ou negativas, que vão influenciar a saúde das pessoas.

A ação humana, no decorrer dos tempos, vem cada vez mais degradando a natureza e trazendo prejuízos para si próprios. Os processos de produção aproximam os campos da saúde ambiental com a saúde do trabalhador. No decorrer da disciplina pude refletir sobre as relações existentes entre trabalho, saúde e ambiente, incorporando aspectos ligados a estratégia saúde da família.

A saúde ambiental vem permeando o eixo da saúde pública há alguns anos (ADDUM; SERRA, 2010). No Brasil, com o surgimento do Sistema Único de Saúde e a proximidade da Estratégia Saúde da Família da população e do meio ambiente em que vivem,

sentiu-se a necessidade de se entender como se dá a relação pessoa-saúde-meio ambiente e, para isso, o governo incluiu no âmbito de trabalho da vigilância em saúde a vigilância ambiental.

Os autores Rohr e Miranda (2009) pesquisaram sobre as possibilidades de enfrentamento dos problemas relacionados com o saneamento ambiental pela Estratégia Saúde da Família na comunidade local. Como resultados eles mostraram que os diversos atores sociais, membros das equipes se apropriam, no seu cotidiano, dos processos educativos focados nas mudanças de paradigmas no campo da saúde socioambiental. Mudanças estas que respeitam a subjetividade coletiva e estimulam a população a pensar nas possibilidades de suas redes cotidianas de saberes e fazeres, propiciando intervenções capazes de promover melhorias no saneamento ambiental com a incorporação de ações de sustentabilidade que garantam a qualidade de vida no nível local.

A necessidade de produção em massa tem como consequência o uso descontrolado dos recursos naturais, gerando alterações irreversíveis ao meio ambiente. Isso está sendo vivenciado hoje. Estas alterações na natureza têm consequências à saúde das populações. Nesse sentido, surgem os trabalhadores como pessoas que estão expostas a riscos relacionados ao trabalho.

Para Brasil (2001e) trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade de trabalho, independente de ser formal ou informal. O autor afirma que o termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e o processo saúde-doença. Nessa concepção saúde e a doença são processos dinâmicos e as formas de inserção dos homens e mulheres nos espaços de trabalho contribuem para as formas específicas de adoecer, viver e morrer.

Hoje, Brasil (2004a) mostra uma política pública que tem como propósito a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção, ambiente e saúde. Essa política intitula-se Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Estas discussões, apenas presentes no nível de graduação, são muito perceptíveis ao nível assistencial prático, por mostrar as relações entre o meio ambiente e a saúde da população. Os profissionais de saúde são sujeitos-chaves que podem interferir nessa relação, trazendo benefícios mútuos e melhorando significativamente a saúde da comunidade. Além

disso, a equipe de saúde ocupa uma posição estrategicamente política capaz, buscando junto às autoridades competentes, melhorias.

No meu ambiente de trabalho fazemos coisas muito simples, mas de grande valor, a fim de preservar o ambiente, como a coleta de lixo seletiva, pensando nos recicladores, a campanha “adote um copo” partindo do pensamento que se foi de seu uso pode ser usado por outras vezes no durante o dia, poupando assim o ambiente, após o descarte.

A Saúde Ambiental é a parte da saúde pública que engloba os problemas (diagnóstico, análise e atenuação ou resolução) resultantes dos efeitos que o ambiente exerce sobre o bem estar físico e mental do homem, como parte integrante de uma comunidade. É a ciência e arte de promover a saúde, prevenir as doenças e prolongar a vida através dos esforços consertados da sociedade (COSTA, 2000).

Nosso sistema capitalista é responsável por todas essas mudanças na natureza e o homem com sua ganância, não respeita os limites da natureza, invadindo qualquer espaço, causando revolta natural, levando a catástrofes e consequências imensuráveis.

Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador e a Saúde Ocupacional. Diante dos inúmeros acidentes de trabalho com mortes e mutilações e de doenças profissionais, a medicina do trabalho, começa e dá sinais de sua insuficiência para resolver os problemas de saúde do trabalhador.

A resposta racional, científica, e aparentemente inquestionável traduz-se também na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Surge assim outro modelo, a saúde ocupacional, com sua origem dentro das grandes empresas, em organização das equipes multidisciplinares e interdisciplinares, cuja ênfase é na higiene industrial, com a teoria da multicausalidade permeando a compreensão de saúde e doença.

Segundo Pereira e Barcelos (2006), a partir do olhar cultural ou simbólico-cultural o território é visto como produto da apropriação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido. Esse grupo valoriza o espaço a partir de determinado significado individual e social. Na vertente econômica o território é concebido enquanto dimensão espacial nas relações econômicas. Neste caso, o território passa a existir quando consiste em

fonte de recursos e/ou incorporado no debate entre classes sociais e na relação capital-trabalho.

Os métodos utilizados para realizar a territorialização em saúde são:

- debater os problemas sociais, procurando desvelar as origens e os efeitos destes sobre a saúde humana e de que forma as políticas públicas, principalmente a política de saúde, focando a Atenção Primária a Saúde (APS), lida com essas questões no território;

- Analisar de que forma os problemas sociais estão implicados com o modo de vida das pessoas, relacionando em primeira instância o mundo do trabalho, procurando identificar como este trabalho se constitui como mediador de novas formas de adoecimentos e sofrimentos no território, ou seja, identificar as necessidades de saúde dos trabalhadores e em que medida isso se relaciona com a população em geral;

- Identificar as transformações ambientais locais e analisar as repercussões sobre a saúde das pessoas, principalmente em relação à qualidade de vida;

- Evidenciar as inter-relações de saúde-ambiente-trabalho percebidas na vida comunitária e como as políticas de saúde ambiental, saúde do trabalhador e APS em um diálogo com a participação social vivenciam esse processo e propor ações integrais em saúde, com o intuito de desenvolver práticas de saúde que contemplem a dimensão local, incorporando as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na APS, não como ‘um fazer a mais’, mas como um fazer pertencente à ESF, porque parte das necessidades de saúde identificadas com origem no território.

As ações de vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na atenção básica segundo as normas vigentes em 2009 são: mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território para apoiar o planejamento de ações de promoção da saúde (antecipação), vigilância sanitária e epidemiológica e adequação da assistência, cadastramento da população adstrita no território considerado à ocupação exercida, participação na vigilância de ambientes e processos de trabalho, para identificação das situações de risco e definição de medidas de correção ou mitigação, participação na vigilância da saúde de trabalhadores expostos a situação de risco e investigação epidemiológica.

Quanto à orientação dos trabalhadores, entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores,

assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

É constitucional que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação entendido também ao trabalhador.

O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (SUS, 1990).

Na minha comunidade, a falta de estrutura básica, como o saneamento e moradia é realidade que merece atenção de nós profissionais da saúde, pois não podemos tentar promover saúde sem ver as condições de vida de cada usuário de nossa unidade. Precisamos buscar políticas públicas, tirar das gavetas as leis já aprovadas e efetivá-las, vamos trabalhar a intersetorialidade, buscando apoio para desenvolver os projetos para melhoria da saúde na comunidade. Não podemos esquecer que o povo tem que está engajado nesta causa juntamente com os profissionais da saúde promovendo sua própria saúde.

4.9 DISCIPLINA 10 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL.

Diante desta disciplina, foram seis aulas. Abordando as políticas de saúde bucal, o processo de trabalho e organização da saúde bucal na atenção básica de saúde, organização da atenção à saúde por meio do ciclo de vida: gestantes e bebês, abrangendo crianças, adolescentes e adultos. E ainda a organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida e a promoção da saúde bucal.

Tratou-se de uma disciplina que foi importante pela necessidade da abordagem interdisciplinar. Profissionais de outros campos passaram a discutir questões da saúde bucal.

A discussão não ficou restrita apenas a classe de cirurgiões-dentistas. Todos tiveram a oportunidade de refletir sobre a temática e, a partir desta, modificar práticas assistenciais que culminem com a melhoria da qualidade. Aqui também foram mostradas as transformações ocorridas nos modelos de assistências em odontologia vigentes no Brasil, e não esquecendo, inclusive as questões saudáveis de saúde ambiental.

O ministério da saúde do Brasil publicou, em 2006, um caderno sobre as temáticas relacionadas à saúde bucal. Deste modo, recorri a ele para traçar algumas discussões além dos conteúdos abordados nas aulas da disciplina.

Compreendi que das políticas de saúde bucal, a história mostra inicialmente um modelo assistencial em saúde bucal fragmentado, cartesiano, que enfoca apenas as questões biológicas. Existiram três modelos:

- ✓ Odontologia Sanitária e Sistema Incremental (Priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico);
- ✓ Odontologia Simplificada e Odontologia Integral (Instituído ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram à promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional);
- ✓ Programa Inversão da Atenção – PIA (Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária.

Observo que, historicamente, a atenção à saúde bucal não se distanciou do modelo biomédico que privilegiava ações curativas. Trata-se de um momento que precisa ser discutido e que em determinado espaço temporal foi importante.

O Ministério da Saúde (2006) afirma que durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas

que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida.

Nesse contexto lembro-me do conceito de atenção primária como sendo um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Das características próprias deste conceito derivam três aspectos adicionais: a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Portanto, atenção primária considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Promoção da Saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são importantes para melhorar a situação de saúde e de vida das pessoas (BÓGUS, 2002).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2004b). Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. Nesse documento destaca-se: O cuidado como eixo de reorientação do modelo, A Humanização do processo de trabalho, A cor responsabilização dos serviços. O desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso. Desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.

Hoje a saúde bucal destaca alguns conceitos que condizem com a realidade assistencial, priorizando aspectos da estratégia saúde da família como os conceitos de

promoção da saúde, prevenção de doenças, territorialização, cuidados, interdisciplinaridade, intersetorialidade, dentre outros.

A rotina de trabalho das Equipes Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação.

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. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma unidade básica de saúde, esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas.

A saúde da família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde ora comuns (como as ações de planejamento, busca ativa etc), ora devendo ser preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência. Construir a interdisciplinaridade é um desafio posto às equipes saúde da família no processo de trabalho em equipe. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma postura pró-ativa de proteção.

O objeto da saúde bucal coletiva dimensiona-se para o social como o lugar de produção de doenças bucais, sobre as quais organiza tecnologias apropriadas para diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomado em sua dimensão coletiva. A saúde bucal coletiva, entretanto, não nega especificidade da odontologia como prática de saúde.

Deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas.

4.10 DISCIPLINA 11 – ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A disciplina Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência abordou o tema de forma ampla e contextualizada, mostrando aspectos assistenciais, educacionais, políticos, jurídicos, dentre outros. Foi um momento de reflexão e discussão sobre os portadores de deficiência que serviu para quebrar tabus existentes, e construir o conhecimento.

A prática assistencial mostra que pessoas com alguma deficiência frequentam os serviços de saúde regularmente, incluindo a saúde bucal. Afinal, saúde se começa pela boca. Porém, esses serviços estão preparados para receber estes clientes? A acessibilidade existe na prática? Os profissionais/gestores estão sensíveis a esta causa e procuram fazer algo para mudar? Estes questionamentos surgiram ao longo da disciplina.

As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo em situações especiais. A sociedade e os governos têm a obrigação de considerar, no sentido de igualar, as oportunidades de convivência, modificando os ambientes e adaptando-os, para que permitam o livre acesso de todos.

Percebi que a legislação sobre os portadores de deficiência está muito avançada, trazendo direitos a esse grupo social que outrora era excluído. Isso mostra que a sociedade está mudando a sua forma de ver as pessoas com alguma deficiência, mostrando que são cidadãos e que dever estar incluídos no convívio social. Incluir quer dizer fazer parte, inserir, introduzir. Assim, a inclusão social das pessoas com deficiências significa torná-las participantes da vida social, econômica e política, assegurando o respeito aos seus direitos no âmbito da Sociedade, do Estado e do Poder Público.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define, como propósitos gerais: 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.

O principal objetivo desta política é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação. Suas diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços. (BRASIL, 2002).

É importante registrar que a inclusão da pessoa com deficiência se dá, também, por ações da comunidade, transformando os ambientes, eliminando barreiras e mudando as atitudes, que impedem a efetiva participação social das pessoas com deficiência.

As diretrizes a serem promovidas solidariamente nas três esferas de gestão, incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias são: promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiências, atenção integral à saúde, Melhoria dos mecanismos de informação, capacitação de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços, fórum de discussão, discutir no fórum as conquistas legais da pessoa com deficiência nas questões de saúde e atendimento implementado na sua unidade de trabalho.

Vejo como é importante, a necessidade de nós profissionais da saúde, trabalharmos para buscar melhorias para assistir essa clientela com dignidade, provocando mudanças no olhar da sociedade, iniciando essa mudança com uma pequena parte, a nossa própria equipe de trabalho.

Infelizmente, muitas unidades de saúde, são improvisadas e a maioria, não permitem acesso adequado para o portador de necessidades especiais. Muitas unidades não têm rampa, banheiro adaptado, portas largas, paredes com corrimão, o suficiente para cadeirantes e outros.

Buscar a intersetorialidade para a unidade tem uma grande relevância, já que “caminhamos melhor acompanhados”. Buscar uma avaliação diagnóstica da unidade,

pensando a situação real e a partir dos achados, planejarem as mudanças necessárias para uma assistência de qualidade direcionada aos com necessidades especiais.

Reforço, mais uma vez, que esta busca deve ser permanente, e sempre realizada da maior e mais completa forma possível, além da obrigação dos poderes públicos em zelar pelos direitos dos mesmos e garantir ao portador de deficiência, condição mais humana possível para locomover-se sem colocar sua própria vida em risco.

Essa disciplina veio nos dar suporte e fortaleza para atender as pessoas com dignidade e sempre atendermos com empatia em diversas situações encontradas no nosso dia a dia de trabalho. Nos fez conhecer as políticas, leis, diretrizes e portarias que garantem os direitos das pessoas com deficiência e então podermos trabalhar com mais consciência e eficácia nas nossas ações e, até mesmo, orientá-los de seus direitos, incentivando-os a lutar por eles de forma participativa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta modalidade-EAD, o conceito de autonomia tornou-se primordial, visto que nós estudantes devemos buscar novos conhecimentos, além do postado nas aulas virtuais. Isto nos tornam capacitados, na medida em que, gera questionamentos significativos para o processo de ensino aprendizagem.

Os temas propostos foram inovadores, tratados de forma interdependentes e correlacionando-se entre si. Permitindo a nós estudantes uma visão mais ampliada da realidade assistencial. Isso reflete na prática, pois existem entraves que dificultam o cuidado às famílias. Cabe aos profissionais e à equipe de saúde encontrar estratégias, junto à comunidade, de forma a amenizar os problemas existentes, a partir dos novos conhecimentos adquiridos com esta formação.

Diante desta construção de conhecimento e habilidades em saúde da família utilizamos várias temáticas e ferramentas pertinentes à área estudada, de forma que nós, profissionais sejamos constantemente e capacitados para atuarmos junto aos usuários, família e sociedade.

Lembro-me, que ter desejado a busca de conhecimentos inerentes nesta área, foi tentar mudar e somar esforços dentro do programa e rotinas do qual vivencio inúmeras dificuldades, e que, muitas vezes, foram encontradas ferramentas resolutivas dentro da didática do curso, juntamente com uma equipe multidisciplinar.

Hoje, já capacitada pretendo difundir meus conhecimentos, diante de uma visão holística e humanizada, a de atitudes e técnicas embasadas nesta metodologia inovadora de estudo, a fim de, aplicar a cada profissional e cliente que cruzar meu espaço.

É louvável a iniciativa de formações como estas que podem contribuir bastante na capacitação dos profissionais que refletirá na qualidade da assistência pública, dentro da atenção primária. Esta modalidade semipresencial inova, a medida que, atende pessoas com dificuldade de deslocar-se até as universidades, por inúmeros motivos. Traz consigo num futuro tão próximo, grandes melhorias para a população, sempre respeitando os princípios do SUS.

Ter concluído esta especialização, deixou-me mais capacitada dentro de minha vida profissional. Aprimorei atitudes e técnicas para o dia a dia, na assistência a enfermagem, e principalmente, diante da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M.; SERRA, C. G. **Planejamento local, saúde ambiental e estratégia saúde da família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de venda nova do imigrante, ES.** 2010. Resumo. Disponível em <
<http://portal.estacio.br/media/2271876/felipe%20moraes%20addum%20resumo.pdf> >
 Acessado em 22/03/2012 as 21h 38min.

BARBOSA, P.M.K.; NOWAKI, A.N.D.; CASTRO, D.G. et al A atividade física nos pacientes submetidos ao tratamento cardiológico: revisão de literatura. **Revista Nursing.** Ed. Brasileira Vol. 10, n. 118, p. 118-124, 2008.

BEZERRA, R. M. O. **Evolução das políticas de saúde em Fortaleza-Ceará.** Fortaleza, 2005. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

BÓGUS CM. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. IN: VILLELA, W; KALCKMANN, S; PESSOTO, UC. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa.** Instituto de Saúde, São Paulo. p. 49-53, 2002.

_____. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde 8.080**, de 30 de Setembro de 1990.

_____, M.S. **A política de Saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica.** BRASÍLIA-DF, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da saúde**: declaração de Alma-ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos administrativos. Coordenação-geral de Documentos e Informação. **Legislação em saúde mental 1999-2001**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência**. Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005.

COSTA, F. S. **Enfermagem em Saúde comunitária III**. 2000. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt> acessado: 22 agost. 2011.

COSTA, A. M. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, 1992.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo: Cortez, 1993. Cap. 2

GOMES, K. I. L. L. **As novas políticas de saúde pública no Brasil: Programa Saúde da Família – uma nova forma de fazer saúde**. Fortaleza, 2005. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

GONÇALVES, S.; FAGUNDES, P.; LOVISI, G.; LIMA, L.A.. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. In: **Cienc. & Saúde Coletiva**. n.1, v.6, 2001.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**. São Paulo, TERRA, 1995.

NUTEDS/UFC. Curso de especialização em saúde da família. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/. Acesso em: 06 abr. 2011.

NUTEDS/UFC. Curso de Especialização em Saúde da Família. **Deficiência Física**. 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/. Acesso em: 31 agosto. 2011.

NUTEDS/UFC. Curso de especialização em saúde da família. **O trabalho da equipe de saúde da família e a mudança do modelo assistencial**. 2010. Fortaleza, Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/cesf2/mod_assist/aula03/. Acesso em 06 abr. 2011.

NUTEDS/UFC. Curso de especialização em saúde da família: **Processo de trabalho em saúde**. Fortaleza 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_04/. Acesso em: 06 abr. 2011.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/ Universitária, 2002. Cap. IV e V.

PEREIRA, M.P. B, BARCELLOS, C. **“O Território no Programa de Saúde da Família”**. Jun, 2006.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em < WWW.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf > Acessado em 17 de fevereiro de 2005.

POTTER, P. A., PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar**. São Paulo, Santos, 3ª ed, 2002.

ROSOLINO, V. C. **O Conceito de loucura se constrói socialmente, pois só se percebe como o outro é diferente no momento em que ele se relaciona e é comparado**. Agosto, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2ª ed., São Paulo, Robe Editorial, 1993.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set/dez. 2003.

UNASUS. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Disponível em < <http://portal.universidadeabertadosus.org.br/node/1> >. Acessado em 16 mar 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. IN: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VIEIRA, V. M. O. Portfólio: uma proposta de avaliação como reconstrução do processo de aprendizagem. **Psicologia Escolar e Educacional ABRAPEE**. V. 6, n. 2, p. 149-153, 2002.