

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

ADRIANO QUEIROZ ALENCAR

**OS RUMOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO SERTÃO CENTRAL CEARENSE**

FORTALEZA

2011

ADRIANO QUEIROZ ALENCAR

**OS RUMOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO SERTÃO CENTRAL CEARENSE**

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.

Orientador: Profa. Ismenia Osório Viana

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

A353r Alencar, Adriano Queiroz.

Os Rumos da atenção primária e da estratégia saúde da família no sertão central cearense. / Adriano Queiroz Alencar. – 2011.

67 f.: enc.; 30 cm.

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.

Orientação: Profa. Dra. Ismenia Osório Viana.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Educação Permanente I. Título.

CDD 614.44

ADRIANO QUEIROZ ALENCAR

**OS RUMOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO SERTÃO CENTRAL CEARENSE**

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.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ismenia Osório Leite Viana – Orientadora

Prof. Dr Márcia Oliveira Coelho (1º Avaliador)

Prof. Delma Mary Pimenta (2º Avaliador)

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família representou uma profunda mudança nas características da assistência em saúde na Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho descreve os desafios e a importância da qualificação dos profissionais de saúde com atuação na Atenção Básica. Relata as características do Sistema Único de Saúde (SUS), como a promoção de saúde através de ações de prevenção das doenças e da assistência à saúde humanizada. Faz referência ao planejamento das ações em saúde, a intersetorialidade, ao multiprofissionalismo e a educação. Faz referência a questões pertinentes a bioética e a conceitos pedagógicos como a problematização, estimulando o debate em busca da solução dos problemas sanitários.. Estimula a educação continuada e com a atualização de profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Discute as dificuldades encontradas no trabalho na ESF, como a precarização das condições de trabalho. Faz-se um relato de experiência informal, por meio de relatos de casos vividos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do conteúdo programático do curso de Especialização em Saúde da Família-UFC com o Moodle, no Ambiente de Aprendizagem Virtual (AVA). Durante o curso, foram detalhados vários conceitos como Processo de Trabalho em Saúde, Saúde Ambiental, Saúde da mulher, Saúde Mental. É certo que o profissional com área de atuação na Atenção Básica deve estar sempre se reciclando profissionalmente como meio de tornar mais efetivo o junto aos pacientes.

Palavras-chave: *Atenção Básica; SUS; Educação Continuada*

ABSTRACT

The Family Health Strategy represented a profound change in the characteristics of health care in primary care, the Health System (SUS). This paper describes the challenges and importance of the qualification of health professionals with experience in Primary Care. We report the characteristics of the Unified Health System (SUS), such as promoting health through the actions of disease prevention and health care humanized. Refers to the planning of health actions, intersectorial, and the multidisciplinary education. Makes reference to relevant issues and bioethicsteaching concepts such as questioning, stimulating debate in search of the solution of sanitary problems .. Encourages continuing education and upgrading of professionals working in Family Health Strategy (FHS). Discusses the difficulties in working in the ESF, as the precarious working conditions. It is an informal report of experience, through case histories experienced in the Family Health Strategy (ESF) and the curriculum of the Specialization Course in Family Health-UFC with Moodle ,the Virtual Learning Environment (VLE). During the course, several concepts were detailed as a Process Work in Health, Environmental Health Women's Health, Mental Health. It is true that the professional area of expertise in Primary recycling should always be professionally as a means of making the most effective with patients.

Keywords: Primary Health Care; SUS; Continuing Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB- Auxiliar de saúde Bucal

AVA- Ambiente de Aprendizagem Virtual

AVC- Acidente vascular Cerebral

BPA – Boletim de produção Ambulatorial

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CE - Ceará

CESF – Curso de Especialização em Saúde da Família

CPOD – Dentes careados, perdidos ou obturados

DORT – Distúrbio Osteoarticular Relacionada ao Trabalho

DOU – Diário Oficial da União

EaD- Educação à Distância

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial e Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

ITU – Infecção do Trato Urinário

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MEC- Ministério da Educação e Cultura

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MS – Ministério da Saúde

NRs – Normas Regulamentares

NUTEDS- Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONGs – Organizações Não-Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

PSF – Programa Saúde da Família

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

PNEPS-SUS – Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde

TSB- Técnico de Saúde Bucal

THD- Técnico em Higiene Dental

TIC- Tecnologia Informação e Comunicação

UFC – Universidade Federal do Ceará

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNA-SUS- Universidade Aberta do SUS

VIGIAGUA - Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano

VIGIDESASTRE - Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos riscos decorrentes de desastres naturais

VIGIQUIM – Vigilância em Saúde relacionada às substâncias químicas

VIGISOLO - Vigilância Ambiental em Saúde de Populações Expostas ou sob risco de exposição a Solos Contaminados.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 METODOLOGIA	12
4 PORTIFÓLIOS	
4.1 Educação à Distância	13
4.2 Processo de Trabalho em Saúde	17
4.3 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	20
4.4 Saúde Mental e Violência	23
4.5 Saúde da Mulher	26
4.6 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	32
4.7 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	40
4.8 ABS Pessoas com Deficiência	46
4.9 Práticas Pedagógicas em Atenção Básica em Saúde	49
4.10 Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde	52
4.11 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família é uma ação dinamizadora do SUS, que surgiu condicionada à evolução histórica da organização dos sistemas de saúde no Brasil. A Saúde da Família é caracterizada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada pela implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Nestas equipes são desenvolvidas as ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes dentro da comunidade assistida pelos profissionais de saúde.

A Saúde da família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção do SUS. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias transfere para as equipes de saúde a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, principalmente no contexto do SUS.

A necessidade de um processo contínuo de reciclagem dos profissionais de saúde da atenção básica ficou estabelecida à medida que as demandas vigentes no cotidiano do trabalho em saúde requeriam profissionais capacitados a responder tais questões. Entendendo que a doença está muito além de definições e que as implicações do meio externo e suas resultantes tornaram bastante desafiadoras a busca da compreensão dos pacientes que expressam sua individualidade, dificultando uma abordagem sistematizada ou pré-estabelecida. Passou a ser imperioso ir mais adiante para se atingir o objetivo de tratar nossos pacientes.

Tendo ciência de que a transformação da sociedade resultou em impedimentos que um modelo tradicional de ensino não comportaria como mecanismo para levar essa atualização aos profissionais, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente do SUS- PNEPS tem, através de ações estratégicas, desenvolvido práticas que visam contribuir para a transformação e qualificação das ações em saúde. Como uma iniciativa nesse sentido tem o Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) feito a partir da Universidade Aberta do SUS, com uma metodologia pedagógica que permitiu à descentralização as atividades de ensino, através de um curso de educação a distancia utilizando-se da tecnologia da informação no mundo virtual.

A minha participação no Curso de Especialização em Saúde da Família resultou num aprendizado contínuo e aplicável a minha atuação profissional. Os conteúdos estudados permitiram uma profunda atualização sobre vários temas que fazem parte do meu cotidiano de médico de família. Atuando há 01(uma) década na Estratégia Saúde da Família (ESF) numa Unidade Básica de Saúde da zona rural de Quixadá, estando diante das dificuldades e limitações existentes nesse contexto social, pude entender a importância da educação permanente em saúde para o meu trabalho. Tive contato no decorrer do curso com temáticas importantes em saúde pública e diante disso um estímulo para melhorar minhas ações profissionais. Partilhando os problemas com outros colegas tive a percepção de diferentes realidades e o do grande potencial transformador que temos para encontrar meios de garantir o êxito de das nossas ações em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC e o ganho no atendimento da população do sertão central cearense.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar os portfólios produzidos no decorrer do curso de especialização como atividades propostas a partir no conteúdo programático de cada disciplina

Buscar entender a aplicabilidade dos conteúdos do curso na minha atuação profissional, melhorando através deste curso minha abordagem profissional e tentar dar maior resolutividade aos problemas de saúde da população da área descentralizada de saúde.

3 METODOLOGIA

Esse trabalho consiste num relato de experiência que foi produzido através da apresentação dos portfólios das disciplinas do Curso de Especialização em Saúde a Família. As diferentes visões sobre temas pertinentes a Atenção Básica estão contemplados neste trabalho.

O curso foi estruturado com início em 02.08.2010 até 11.09.2011 com carga horária de 384 horas/ aula, iniciando com um encontro presencial onde foram abordadas questões organizacionais do curso. O conteúdo programático foi explicitado ao longo de 11(onze) disciplinas que nos foram apresentadas nesta seqüência: Educação a Distancia; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde; Saúde Mental e Violência; Saúde da Mulher; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para Saúde da Família; Atenção Básica no Contexto da Saúde Bucal; Pessoas com Deficiência; Tecnologia para Abordagem do Individuo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica de Saúde; Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde e por último Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.

Os dados deste trabalho foram coletados através o AVA, no ambiente virtual Moodle, a partir do conteúdo programático do Curso de Especialização em Saúde da Família e de outras fontes de pesquisa como sites, periódicos científicos, revistas científicas além de relatos da minha experiência profissional. Realizei a síntese dos trabalhos desenvolvidos no decorrer do curso, através do material didático produzido nos portfólios e dos momentos de interação virtual do curso como chats e fóruns. Foi realizada a compilação de todo esse material

Para a realização deste trabalho não necessitou da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa por se tratar de um relato de experiência

4 PORTFÓLIOS

4.1 EDUCAÇÃO À DISTANCIA

A disciplina Educação a Distância foi estruturada em 04 aulas. A primeira aula intitulada O que é Educação a Distância (EaD) fundamentou uma discussão a cerca dos avanços das Tecnologias da Informação e das Comunicações – TIC e sua ação determinante na sociedade em seus diversos sistemas. Foi discutido o impacto e as mudanças que estão em curso no mundo, principalmente na área da educação. Elencaram-se alguns obstáculos para a EaD como a não aplicação pedagógica dos avanços tecnológicos, o baixo letramento digital, a alta exclusão digital e a falta de profissionais com perfil de trabalho para os novos paradigmas da EaD *on line*.

Pudemos compreender que a EaD não consiste apenas na superação da barreira da distância geográfica entre professor e o aluno, o conteúdo da disciplina e o estudante. Entendemos que a metodologia pedagógica da EaD não se limita apenas a um mecanismo para se massificar o ensino em detrimento da qualificação adequada. O ensino a distância é um processo de ensino-aprendizagem mediado por tecnologias, onde professor e aluno estão separados espacial e/ou territorialmente (MORAN, 20??)

Com essa tecnologia pudemos perceber que o acesso a informação de toda sorte expandiu as vertentes até então existentes para a coleta de informações e de conhecimento. Com isso, foi criado um novo desafio que concerne na qualidade destas informações e a pertinente interpretação destas a partir do aluno da EaD. Muito mais do que a distância apenas entre professor e aluno pudemos entender que não apenas a mera interação entre estes garante o êxito desta metodologia pedagógica, mas sim a qualidade desta interação.

Tentando se compreender as perspectivas pessoais e favorecer a interação entre os participantes do curso, foi desenvolvido na primeira aula um espaço de socialização, o fórum de apresentação. Neste momento pudemos interagir com os demais colegas e visualizar a diversidade cultural e social que permeou o nosso curso. As diferentes visões, os diferentes objetivos, as diversas histórias de vida que propiciaram neste primeiro contato um incipiente sentimento de pertença ao curso. Pude neste fórum expor minhas expectativas em relação ao curso que se iniciava. Nesta aula me foram apresentados alguns conceitos novos como

andragogia, conjunto de princípios referentes à aprendizagem dos adultos, e as mudanças de nossa relação com os diferentes conhecimentos desde o científico até os relacionados ao nosso cotidiano através das notícias. Além disso, tomamos conhecimento do histórico da EaD desde a aquisição da escrita pelos homens, passando pelo período que a educação a distancia era vista como um estepe da educação até os dias de hoje, momento em que se reconhece a real importância desta metodologia na atual conjuntura mundial.

Vimos como foram vencidas as barreiras à EaD e todo o preconceito que esteve atrelado a este processo por parte de outros setores, somente minimizados com a criação da Universidade Aberta do Brasil (MEC) e da UNA-SUS e a divulgação dos resultados até e melhor avaliação dos alunos provenientes dessa modalidade de ensino. Com este novo conceito pedagógico pude entender que a EaD vai muito além da separação geográfica e a mudança do foco do aprendizado ocorre passando ser centrado no aluno, tendo o professor, tutor apenas um auxiliar mais experimentado na direção do aprendizado. Estes conceitos foram trabalhados no segundo fórum que ocorreu nesta aula, onde buscamos conceituar, vislumbrando todos os elementos expostos, a EaD.

Ficamos cientes de que o aluno de EaD online necessita ser auto capaz de organizar seu tempo, saber estudar de maneira autônoma e independente se motivando a si mesmo, tendo sempre iniciativa própria. É preciso também ser crítico, ter iniciativa própria, reconhecendo a necessidade de educação continuada pelo resto da vida. Foi detalhada a necessidade de um cronograma e em cima deste cronograma um planejamento numa rotina de estudos que permita se atingir os objetivos de aprendizagem. Belloni (2001) acrescentou muito bem falando das dimensões do tutor, e a sua constante necessidade de atualização, e as inter-relações entre este, o aluno e a disciplina (conteúdo). Podemos tomar conhecimento das gerações de EaD, desde a primeira geração em meados do século XIX, através do ensino por correspondências, passando pela segunda geração com o a aquisição de materiais gravados e passados através da televisão e rádio. Já na terceira geração da EaD com o uso do computador pessoal e fluxo bidirecional de informações, com a flexibilização das ferramentas até chegarmos à quarta geração da EaD que se caracteriza pelas comunidades virtuais. Com isso, tivemos a ciência de que poderíamos obter resultados bastante satisfatórios através dessa modalidade de ensino, notadamente na área da saúde.

A aula 02, intitulada Autonomia e Autodidatismo tratou inicialmente de tentar exemplificar uma situação em que se percebeu autonomia nas ações e relatou as limitações existentes com os termos, os graus de autonomia, fazendo uma alusão aos padrões que deveriam ser seguidos no decorrer deste curso. Atrelado a isso outro exemplo pode nos explicar o significado do autodidatismo em face de incrível disponibilidade de recursos tecnológicos para se conseguir informações e forma de gerirmos isso. Entendemos que os conceitos de autonomia correm risco de serem taxados como simplificados e sim o aspecto da gestão do tempo ficando a cargo do estudante com algumas regras estabelecidas permite que se possa otimizar os ganhos com a aprendizagem do aluno. Sempre compreendendo que esse processo de aprendizagem, não apenas na EaD, jamais deve ser unidirecional. O tutor e o aluno sempre devem estar dispostos a serem afetados. "Quem ensina aprende a ensinar e que aprende ensina a aprender"(FREIRE, 2002)

Pudemos constatar nesta aula que o a compreensão do conceito de autonomia em EaD tem seu entendimento a partir do significado da palavra autonomia "capacidade de governar a si mesmo" Esse é o mote principal para se descrever substancialmente essa prerrogativa na construção do processo de aprendizagem. Esse processo se dará com a concessão ao aluno a oportunidade de gerir e o espaço e o tempo a serem definidos pelo aluno dentro de limites pré-estabelecidos. Sempre com o intuito de não trazer prejuízo à aprendizagem e de não consistir num relaxamento das responsabilidades e vínculos dessa sistemática que venha a incorrer em perda de qualidade do ensino. Com a abordagem particular de cada aluno da sua carga horária, conteúdo, objetivos e o controle das atividades propicia a possibilidade de integrá-las da maneira mais conveniente e confortável para o aluno, interagindo com sua vida sem os problemas que um ensino presencial não permitiria. Cada aluno tem uma historia e suas peculiaridades. Desde horários que sejam mais próprios para cada um até mesmo a problemática do local para o estudo. Tudo isso pode ser efetivado conforme a conveniência do aluno. Conseguir-se assim a redução de custo em locomoção diária e todo o stress inerente a essas tarefas nos dias de hoje nas cidades de médio e grande porte. Com isso num ambiente tranqüilo, confortável como a própria casa do aluno durante aprendizagem dele. É inegável a importância da autonomia do aluno na EaD, sendo condição existencial para a realização integral do ensino e da efetivação deste mecanismo. Na verdade não haverá EaD se houver

sempre a autonomia dos alunos, em diferentes níveis a depender do conteúdo a ser estudado e suas várias especificidades.

Na aula 03, Interação em EaD on line, trouxe a nós os conceitos de interatividade e interação por Levy (1999). A questão da evasão na educação a distancia também foi tratado e discorrido a cerca de seus principais fatores determinantes (SANTOS *et al.*, FAVERO & FRANCO, 2006). O fator da qualidade da interação foi relatado também (EMERENCIANO *et AL.*,2001). Os três tipos de interação foram descritos por Michael Moore (1989): aprendiz-conteúdo; aprendiz-tutor; aprendiz-aprendiz. Nesta aula nos foi apresentado à necessidade do esmero particular na elaboração do conteúdo em EaD e os pontos principais a serem considerados na sua elaboração conforme Belisário (2003). Questões como a navegabilidade e o tom do discurso

Na última aula falou-se da avaliação em EaD e foi citado o trabalho de Ralpd W. Tyler que relatou o método de avaliação como um a importante ferramenta de avaliação educacional já nos anos 40, do século passado. Foram citadas as diferentes modalidades de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa. Exemplificaram-se os diferentes tipos de ferramentas e atividades avaliativas.

A perspectiva da EaD dentro de meu trabalho possibilitou um incremento às possibilidades existentes para minha atualização profissional e a abertura de um mundo novo e bastante diferente do que estava habituado. Passei a ter contato com várias formas de aprendizado a distancia e pude observar o potencial existente nessa modalidade pedagógica. Desfiz preconceitos que estavam inerentes a minha pessoa, por acreditar no ensino a distancia como algo secundário e pouco efetivo com estratégia educacional. A vivencia nesta especialização serviu para me deixar ciente de que a EaD e suas vertentes estão muito distantes do que eu acreditava ser

4.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A disciplina processo de trabalho em saúde foi apresentada em 04 aulas. A primeira aula emitiu conceitos básicos sobre a prática do trabalho em saúde, refletindo sobre experiências imaginárias de alguns pensadores. Foi promovido um resgate do saber profissional em três diferentes regiões geográficas do Estado do Ceará, objetivando construir novos paradigmas capazes de indicar meios de sustentabilidade ambiental para o bem estar dos profissionais de saúde e da clientela assistida. Nesta aula foi descrita em situação hipotética uma comunidade e uma equipe de saúde que teve toda a sua dinâmica detalhada abordando a UBS, e o dia-a-dia daquela equipe inserida naquela comunidade.

Foi solicitada a reflexão a cerca da necessidade de serem revistos os hábitos quanto à melhoria da assistência em saúde “o usuário não deve permanecer por mais de 5 minutos num hospital de emergência, sem ser atendido por um enfermeiro devidamente especializado em emergência”. (DRUCKER, 1992). Baseado nisso, tivemos como tarefa uma reflexão a cerca da equipe hipotética e a realização de uma comparação daquela realidade com a da equipe de saúde em que trabalho, com a descrição detalhada do município, da comunidade, da UBS e da equipe de saúde em que trabalho a ser incorporado no portfólio desta disciplina.

Na segunda aula desta disciplina foram descritos conceitos antropológicos referentes ao trabalho como tempos e movimentos, numa inicial relevante reflexão do Padre Fábio de Melo em áudio no início do conteúdo da disciplina. Junto a isso o entendimento das diferentes transcendências para a compreensão do passado e assim para o entendimento da situação atual também foi abordado. Ainda nesta aula abordamos conceitos de saúde e tivemos contato com o termo determinante social e recordamos o crescimento das estruturas orgânicas em saúde ao longo do último século no Brasil e suas particularidades, objetivos e finalidades. Analisou-se o impacto que essas mudanças levaram na vida dos profissionais de saúde e da comunidade, principalmente quando os interesses particulares não condizem com a coletividade.

Ao final desta aula no fórum - democratização de idéias foi realizada o debate entre os colegas da especialização que expuseram a situação vivenciada por eles e a relação muitas vezes conflituosa entre as demandas dos usuários e o que pode ser ofertado nos serviços de saúde. “A Estratégia Saúde da Família tem seus propósitos pré-definidos, porém acredito que

muitos não saíram do papel, o mais perceptível deles são as condições de trabalho, as quais não são compatíveis com o que é preconizado. O mais interessante é que a maioria desses fatores limitantes se repetem em equipes distintas, municípios distintos e Estados distintos cada qual com a sua realidade e é por isso que os programas são realizados de forma diferente em cada área. Adaptar-se é indispensável para que haja uma boa interação entre as equipes e suas comunidades e, assim, ampliar o poder de resolutividade da estratégia” disse Erivalda Alencar no fórum democratização de idéias 28 de setembro de 2010, as 20:38.

A terceira aula relatou as questões referentes às gerências territoriais comuns das políticas públicas em saúde e as incongruências ambientais em discussão, analisando tempos e movimentos no trabalho e a importância da consciência econômica sobre despesas, perdas e custos durante a produção dos bens de serviços sociais de saúde. A observância da consistência econômica do processo de trabalho em saúde nos mostrou uma dimensão que por vezes é despercebida pelas pessoas, e a importância da racionalização dos recursos para a saúde é imperioso em se tratando de uma nação continental que demanda de tantos recursos para efetivação do seu sistema de saúde. Esta aula trabalhou o conceito ampliado de território, além de sua dimensão geográfica, centrando na abordagem holística que se caracteriza por enxergar tudo o que está em volta do espaço físico, fatores econômicos, socioculturais, religiosos como exemplificado na atenção em saúde as comunidades indígenas que, amparadas por portaria do Ministério da Saúde, tem garantido um atendimento em saúde que é direcionado em suas comunidades onde são respeitados conceitos como o do território relatado neste texto.

Essa temática foi trabalhada em outro fórum que tratou das diferenças das diferenças e relatei não há como garantir a assistência aos nossos pacientes quando não damos a importância ao que reputo ser mais relevante para que essa ação se concretize, a comunicação. Entendi que deve fazer parte de nossa vivência a premissa de nos fazermos compreender pelos nossos pacientes. Jamais os assistiremos com a intensidade necessária quando não estivermos dispostos a socializar informações, ações, ensinamentos que compõem o processo educativo de nosso povo. Relatei que apenas se conseguia interagir com alguém quando se faz entender, respeitando as particularidades de cada pessoa. Mencionei que existem pontos de vista muito diferentes e esperanças diversas em

relação ao momento único da consulta e que temos esse compromisso e deve ficar claro para nossos pacientes que temos o total interesse na resolução do problema trazido a nós. Manifestei o pensamento de que qualquer estratégia para prevenir em Saúde da Família seria inviável caso não houvesse o entendimento de que os meios e as ações realizadas fossem etapas necessárias para que cheguem aos nossos pacientes em quaisquer estratégias, respeitando as limitações de cada um que somos responsáveis.

Na quarta aula desta disciplina foi trabalhado o conceito de determinantes sociais em saúde como educação, padrões sociais, econômicos e culturais. Foi estudado o papel das redes sociais no processo de trabalho em saúde e a questão cultural em relação às famílias diante dos determinantes sociais. Abordamos desde os determinantes sociais individuais, passando pelo papel das diversas redes sociais em relação ao trabalho em saúde, não deixando de considerar a crescente relevância dos determinantes sociais em saúde.

Através do conteúdo programático desta disciplina tive contato com novos conceitos que levaram a uma reflexão em relação ao trabalho em saúde dentro do seu processo de trabalho. Descrevi detalhadamente a equipe de saúde com a qual trabalho, relatando aspectos sociais de cada um deles. Referi quanto ao funcionamento da minha UBS assim como a dinâmica da minha área de abrangência. Diante disso passei a ter um olhar mais detalhado em relação às especificidades de minha equipe de saúde quanto às particularidades do nosso trabalho na comunidade com a possibilidade de buscarmos melhorar nosso processo de trabalho em saúde.

4.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A Humanidade em toda a história sempre tentou criar modelos que pudessem de maneira organizada congregar o saber nas diversas vertentes do conhecimento. Ainda que para alguns pensadores como Aristóteles nem todas as áreas do conhecimento pudessem se enquadradas em modelos teóricos essa sempre foram a tendência até os dias de hoje.

Em se tratando da atenção à saúde, o uso de modelos para caracterizar a assistência a saúde é algo presente desde seu aspecto conceitual. Já no século XX o hospital e o corpo médico ocupando posição central e de destaque no modelo assistencial, passando paulatinamente de uma posição principal para uma de complementar. No Brasil vimos o surgimento de vários modelos assistenciais em saúde desde a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAPS) até a criação do SUS, várias estruturas organizadas foram criadas e abandonadas com a conveniência do momento histórico.

A partir de uma nova compreensão do processo saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente produzido e determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, o espaço para um novo modelo passou a existir. A Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família, consolidou o trabalho em equipe multiprofissional de forma a efetivar a construção desse novo modelo. Com conhecimento do território, e das demandas e necessidades da população assistida e adotando práticas de promoção da saúde e prevenção dos agravos mais prevalentes à saúde, iniciava-se a construção de um modelo assistencial em saúde.

Analisando o caso clínico proposto na última aula desta disciplina foi possível observar alguns características e conceitos do SUS apresentados na disciplina e pude pontuar a história da paciente com estes conceitos. Para entendermos o caso de nossa paciente acredito ser importante iniciar a avaliação antes do momento que houve o evento do acidente vascular encefálico, sendo um momento anterior e outro posterior ao AVC.

Já havia sido garantida a paciente a acessibilidade quando nos últimos oito anos tinha sido diagnosticada a sua HAS e para isso vinha sendo medicada de maneira inadequada, em que percebemos a primeira falha em se tratando de equidade não se tratou de maneira diferenciada a demanda desta paciente que era a necessidade da intensificação do controle dos

níveis pressóricos, o que de maneira preponderante impactou na deflagração da isquemia cerebral. Não se observou também conceitos de efetividade uma vez que a para se controlar a pressão arterial não foi eficaz (eficácia) e muito menos eficiente (eficiência) É certo que a *oportunidade* não foi observada uma vez que perdemos o momento certo para agir de maneira decisiva no trato desta paciente a fim de se evitar danos à saúde da mesma.

Analisando a partir do evento isquêmico no tocante a estratégia da equipe de Saúde da Família identifiquei alguns pontos que poderiam ser melhorados. Inicialmente a demora do Agente Comunitário de Saúde (ACS) tomar conhecimento da isquemia cerebral do paciente e somente 03 dias depois do paciente retornar a comunidade ser visitado por ele. A ação deste agente de saúde foi insuficiente em vários pontos. Oportunidade – demorou muito a primeira visita e assim coisas importantes quanto ao paciente deixaram de ser feitas logo de início. Continuidade – pois não acredito ter sido bem articulado com os outros níveis a divulgação do problema de saúde desta paciente com uma grande demora para a primeira abordagem após o evento isquêmico, com a visita domiciliar demorando a acontecer a fim de se ajustar a medicação e indicação de ações de saúde para essa paciente. Observamos que a filha da paciente com quinze dias do primeiro contato com o PSF teve que se dirigir à UBS para requisitar uma visita domiciliar. No momento do contato, prontamente a auxiliar de enfermagem fez uma visita e realizou orientações, que deveriam ser realizadas pela enfermeira ou pelo médico. Aquela, a enfermeira, decidiu apenas com três dias realizar a visita a paciente, uma demora sem justificativa, assim também como a composição da equipe que realizou a visita a paciente que deveria necessariamente ter a presença do médico para além da orientação medicamentosa realizar o exame físico desta e ver a necessidade de algum ajuste posológico na medicação.

As visitas domiciliares permitem o conhecimento das condições ambientais dos riscos e dos danos ao quais as pessoas estão expostas. Constituem uma forma importante de levar e buscar informações para o diagnóstico de saúde da comunidade e para o planejamento das ações a serem implementadas pela Equipe de Saúde da Família (FARIA *et al.*,2008). Como uma estratégia de reorientação do modelo de assistência não houve observância de diversos atributos da qualidade do cuidado e princípios do SUS como *eficácia, efetividade, eficiência e equidade* que foram deixados de lado no cuidado desta paciente tanto inicialmente quanto após o evento isquêmico. Conduta inadmissível esperar por quinze dias para o primeiro

contato da auxiliar de enfermagem, alguém do posto de saúde, e além do mais, 18 dias para a visita do enfermeiro sem sequer se cogitar a visita do médico, do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, não tendo assim a continuidade neste caso. Foi notória a dificuldade de acesso e menos ainda a observância da otimidade, pois o custo-benefício da ação seria infinitamente superior quando poderíamos evitar a ocorrência de um novo AVC.

Pudemos discutir além da mudança do modelo assistencial em saúde a importância da sua estruturação na Estratégia Saúde da Família com suas características e conceitos da qualidade do cuidado. O trabalho complexo que se apresenta através da rede de atenção atrelada ao modelo assistencial, a importância da comunicação entre os profissionais com a referencia e contra-referencia dos pacientes e o papel vital da análise e diagnóstico das ações em saúde que devem ser contínuas em equipes de saúde da família.

Com este conteúdo programático aprendi que a busca de um modelo ideal passa pela estrutura organizacional e é um grande desafio. Temos que programar, projetar e estar ciente que todo esse processo se dá através de muitas mãos. O entendimento de que alguns casos urgem por atendimento da equipe de saúde suplantando até mesmo uma programação prévia, passa pela sensibilidade dos profissionais que compõem a rede de assistência e m saúde

4.4 SAUDE MENTAL E VIOLENCIA

Observamos as mudanças que ocorreram ao longo da história e as alterações pertinentes aos rumos que vem tomando a atenção ao paciente com sofrimento mental. No início dos tempos, a abordagem aos dos pacientes com transtorno mental estava associado ao misticismo, às ciências ocultas, à bruxaria e a castigos da divindade. Caracterizou-se essa época por equivocados tratamentos destes pacientes, que não eram conduzidos de maneira excludente e postos estritamente à margem da sociedade. Muitos esquizofrênicos foram queimados em fogueiras acusados de bruxarias. Muitos pacientes psicóticos foram encarcerados e vistos como criminosos e como escórias da sociedade foram marginalizados. Para Foucault (1978) o louco não pode ser louco por si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir do exercício da razão da própria razão. Naquela época os que se julgavam com mente sã era condutores deste processo de exclusão social.

Não havia um direcionamento dessa abordagem como um problema de saúde. Assim como em muitos momentos históricos o desconhecimento remeteu a um entendimento de que tratavam de algo místico e sobrenatural. O mundo viveu assim por séculos. Criaram-se instituições que assim como os leprosários serviram para extirpar da sociedade daquele tempo, abstendo-se de buscar uma solução adequada para os que sofriam da mente. Nesse contexto os grandes manicômios surgiram e foram marcantes por este longo período.

Não acreditando nessa sistemática um movimento que se iniciou na Europa traçaram de maneira marcante os caminhos a serem percorridos pela atenção ao paciente com transtorno mental. O modelo hospitalocentrico passou a não ser mais visto como a mais efetiva abordagem aos pacientes com transtornos mentais. A luta antimanicomial com a Reforma Psiquiátrica surge nesse contexto vislumbrando uma nova metodologia, numa visão bem diferente da que era vigente na época. Um trabalho emblemático realizado em Sobral/CE, apresentado em 2001 por Pereira e colaboradores, exemplificou esse movimento.

O problema era muito mais complexo, e agora não eram apenas “os loucos”, mas também os obsessivo-compulsivos, os depressivos, os ansiosos, os dependentes de drogas lícitas e ilícitas, uma diversidade de paciente que se tornaram um grande desafio para quem

lidava com a Saúde Mental e para a Sociedade como um todo. A forma de se enxergar esse tem já estava completamente ultrapassado.

Surgiram várias direções quanto à abordagem destes pacientes. Desde a forma como se via o processo de adoecimento destes até o adequado plano terapêutico a ser instituído passou a ser ainda mais desafiante. Passando a se enxergar além da doença e de todo o seu processo de instalação e evolução. O ser humano visto de uma visão mais holística e complexa. As causas do adoecimento e não apenas a doença em si passou a ser consideradas e assim vistas de uma maneira mais integrada. Outros profissionais de saúde passaram a fazer parte da equipe de cuidadores destes pacientes dentro de uma nova conjuntura. Proporcionar tratamento na atenção primária, disponibilizar medicamentos psicotrópicos, proporcionar atenção na comunidade, educar o público, estabelecer políticas nacionais de saúde, envolver comunidades e famílias e formar vínculos com outros setores da sociedade foram diretrizes de um panorama geral defendido pela Organização Mundial de Saúde em 2001, no Relatório sobre a Saúde no Mundo e que caracterizam essa nova visão sobre a saúde mental.

Discutimos em relação aos conceitos e definições de varias doenças da mente, aprofundando a sintomatologia em determinado momento desta disciplina. Isso serviu de ensinamento quando discutimos na disciplina um caso clinico proposto por nós. A vinda de uma criança no seio de uma família desestruturada e uma mãe em sofrimento fetal foi o caso abordado por nós. Naquele momento foram comentados as nuances de como se direcionar a esse caso e a sua melhor forma da busca de um tratamento. Tivemos um grupo quem relatou a visão específica de cada um, apontando o problema e tentou oferecer soluções.

Esta disciplina apresentou assim como toda a Atenção Básica, a nova visão sobre o atendimento ao sofrimento mental. A linha que foi norteadada a atenção ao paciente com sofrimento mental passa a ser completamente de encontro à anulação social relatada por Escorel (1999). O entendimento das particularidades num universo de questões sociais, econômicas e culturais, na busca de um atendimento digno e humano a estes pacientes que nunca tiveram uma assistência ao seu quadro clínico.

Para Saraceno (1999) a transição de um modelo de atenção biomédica para um modelo de atenção psicossocial deve ter como características mudanças importantes na formulação de políticas públicas, na formulação de programas de saúde mental, na prática cotidiana de

serviços e no status social dos médicos. Termos como reabilitação psicossocial que passou a fazer parte das discussões que se direcionaram invariavelmente neste sentido, sempre com mudanças significativas além do aspecto psicossocial, englobando também transformações de ordem organizacional e jurídica.

O estudo desta disciplina somou bastante em minha atuação profissional. Já tive a oportunidade de trabalhar como médico clínico assistente em um CAPS. Foi uma experiência enriquecedora que me deu subsídios teórico-práticos para trabalhar com saúde mental na Atenção Básica. Durante a minha vivência como médico da Estratégia Saúde da Família tenho deparado com pacientes de toda sorte. O tratamento da depressão, da ansiedade, do alcoolismo e o acompanhamento dos psicóticos têm feito parte do meu cotidiano. Atuamos com grande ajuda da equipe do CAPS-Quixadá, que através dos profissionais de saúde mental tem dado apoio sistemático a nossas ações e esclarecido questões que surgem com nossos pacientes mais difíceis de serem conduzidos.

A disciplina serviu para que eu pudesse trabalhar alguns conceitos que estavam um pouco esquecidos na prática diária. Entendi a magnitude do problema do tratamento de pacientes com algum transtorno mental. Através do conteúdo programático observei a problemática da violência que é crescente em nosso país e também a triste associação com a dependência do álcool. Este muitas vezes aceito socialmente, tem tido grande poder destrutivo na sociedade a partir das famílias em sua desagregação.

Através destes ensinamentos aprendi a valorizar ainda mais o paciente com sofrimento mental e levar para os outros membros da minha equipe essa visão. Fiz entender que os pacientes com esse transtorno na maioria das vezes precisam de mais atenção do que os demais e que jamais estaríamos agindo com equidade se não o fizéssemos.

4.5 SAÚDE DA MULHER

Pensando na mulher em sua dimensão de ser social e observando as demandas e as dificuldades que estão inseridas no decurso da vivência destas mulheres, buscou-se num primeiro momento nos fazer conhecer as distorções existentes na vida das mulheres. Tentou-se traçar em linhas gerais, os cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Fizemos uma análise da mulher na perspectiva de gênero e suas desigualdades inerentes. Objetivou-se uma análise situacional da saúde das mulheres em nosso território e a isso foi proposto uma reflexão a fim de se conheceras principais estratégias de enfrentamento desses problemas.

Relatou-se o conceito de gênero como principal causador das desigualdades em muitas sociedades e em suas relações (FONSECA, 2005). O conceito de gênero ajuda a diferenciar as mulheres dos homens, não só biológica, mas principalmente no âmbito social. Ao utilizar este enfoque, o que se espera é que tanto a formulação de problemas quanto as suas soluções sejam requalificadas e promovam mudanças no posicionamento e comportamento de homens e mulheres. Com isto, busca-se a construção de uma sociedade mais justa, por meio da redistribuição de responsabilidades e oportunidades (YANNOULAS, 2002).

Mediante isso visualizamos mudanças profundas que a estrutura socioeconômica da nossa sociedade à medida que a mulher passando ocupar uma posição diferenciada na estrutura social passou-se a observar novas questões referentes ao bem-estar da mulher de uma maneira geral. A crescente participação no mercado de trabalho, a mudança da estrutura etária de nosso país demanda a cada dia de cuidados mais específicos e direcionados a nossa população de mulheres.

Em relação a Quixadá, a questão social que se vivencia nesta cidade com o pólo universitário é a necessidade de uma assistência a saúde da mulher de jovens egressas de outros municípios que passam a morar aqui e encontram dificuldade para se inserir na rede de atenção a saúde. Temos em nossa cidade ainda a predominância da população urbana, com as atividades econômicas voltadas de maneira preponderante no setor de serviços. As relações sociais e econômicas impactam de maneira evidente na condição sanitária das mulheres e a experimentada pelo nosso município tem destacado importante papel nestas questões e representado um rearranjo das ações em saúde para o atendimento destas necessidades.

Um questionamento nos foi levantado em uma discussão se deu a cerca da necessidade de se prestar assistência durante o período da gestação da mulher. Tendo em vista a gravidez ser uma condição fisiológica e natural, a necessidade remonta antes de tudo a um conceito básico de promoção de saúde e da medicina preventiva.

Observando isso, a necessidade da assistência pré-natal deve ser compreendida como um momento na vida de uma mulher muitas vezes fragilizada pela sua própria condição e agora com as perspectivas e incertezas que a gravidez traz, está às vezes impotente a tudo isso que a circunda. Devemos muito mais do que técnicos, estar dispostos a entender a demanda de cada paciente que nos procura, pois muitas vezes não encontraremos em livros, *guidelines*, ou diretrizes e isso fará uma enorme diferença.

Entendemos que a mulher é um ser muito especial e singular. A maternidade é uma dádiva que traz consigo a prerrogativa da doação de vida e a possibilidade de gerar um filho é algo bastante impactante e transformador na vida, primeiro da mulher, jovem, menina, moça, senhora e assim de toda a família e rede social na qual aquela futura mamãe está inserida. Todos são afetados de uma maneira direta ou indireta. São sentimentos muito intensos e plenos que perpassam pelos que estão vivendo essa temática e mesmo que tentem não conseguem ficar indiferentes a isso.

Para Ramos (1998) deve se considerar a importância do acompanhamento pré-natal como meio de se evitar complicações peri-natais bem como redução da mortalidade peri-natal e materna. Utilizando-se de um acompanhamento centrado na anamnese de cada paciente de maneira individual, mas também visualizada dentro do seu contexto familiar e o adequado acompanhamento com exames complementares viabilizam um apropriado meio de atenção destas pacientes.

Estejamos certos que várias são as intercorrências que podem ser evitadas ou minimizadas durante o acompanhamento das gestações. As orientações fornecidas durante as consultas informam desde os cuidados pessoais da gestante a cerca de esquemas vacinais (ex. tétano - vacinação), exame de prevenção ginecológica, prevenção de infecções (ex. ITU) e as diversas intercorrências clínicas a que podem ser submetidas às gestantes. O momento da atenção pré-natal é o momento correto para essa pesquisa.

Devemos reforçar a importância deste momento tão sublime para as famílias e que deve ser cada vez mais valorizados pelos que fazem esse momento acontecer. Dentre todos os atendimentos à saúde da mulher a assistência pré-natal é bem peculiar e assim deve ser tratado sempre. Devemos compreender a dimensão que cada gravidez acrescenta em cada família dos pacientes e como isso impacta no bem estar físico e psicológico de nossas gestantes. O que poderíamos fazer para ajudar neste aspecto... A medicina de família nos dá a oportunidade especial de termos essa abrangência e devemos nos apoderar dessa possibilidade e usando isso em nosso favor na abordagem destas pacientes, poderemos ajudá-las cada vez mais.

O ponto a ser abordado vai depender da gestante que estamos acompanhando e suas demandas que sem dúvida serão únicas assim como elas são. Cada uma terá a sua história psicossocial, seu histórico de doenças e sua rede social a que pertencem. Em determinado momentos estaremos tratando de uma adolescente que tem uma gravidez indesejada e é mãe solteira, em outros uma mesma adolescente, mas que é casada e que desejava muito ser mãe mesmo tão jovem. Num dado momento, estaremos diante de uma gestante em situação financeira muito difícil, ou com algum transtorno mental, ou com alguma patologia associada. Em outro momento uma nova gravidez em uma família bastante numerosa. São muitas as situações que enfrentamos no dia a dia. A todas teremos que dispensar uma atenção que será pertinente a todas, mas sempre existirão as particularidades. O ser humano é único!

Acredito que o momento da atenção pré-natal também pode ser usado a favor de nós profissionais de saúde, pois neste momento podemos conquistar a confiança de nossas pacientes e isso será determinante para o sucesso de que se possam efetivar nossas ações na vida de nossas pacientes e de suas famílias. Será fundamental um bom pré-natal para se minimizar a existência das intercorrências e se impedir ao tão dramático desfecho da morte materna, evitável em noventa por cento dos casos que ocorrem. Fatores como história de doença mental materna, níveis elevados de ansiedade materna, perspectiva parentais limitadas, pouca interação mãe-bebê, chefe de família sem ocupação qualificada, baixa escolaridade materna, famílias mono parentais, presença de fatores familiares estressantes e famílias com mais de quatro filhos. Estes todos foram elencados como fatores determinantes da saúde mental da criança a ser acompanhada por nós na puericultura. Diante disso o pré-

natal constitui um momento especial para abordarmos essa família e buscarmos estratégias de intervenção (FILGUEIRAS, 2004).

Considerando os direitos sexuais e direitos reprodutivos constituídos uma extensão dos direitos humanos e já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais (BRASIL, 2008b), a assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério encontra dificuldades como as demais áreas da assistência encontra para o seu desenvolvimento.

Através de muitas práticas tenta-se garantir o acesso de nossas pacientes aos direitos sexuais e reprodutivos. Devem realizar ações como práticas educativas com ações em saúde. Ações de garantia de acesso aos métodos contraceptivos mais diversos, viabilizados por lei em nosso país. O processo tem que ser único, sem qualquer discriminação de condição econômica, social, de crença, respeitando a particularidade de cada mulher. Jamais devemos impor nada, mas sugerir e dar a informação necessária para que nossa paciente possa ter o poder de opinar sobre o que deve ser feito a respeito.

Além da contracepção questão presente em qualquer debate a cerca da assistência de nossas pacientes durante o período reprodutivo, gostaria de lembrar-se de maneira especial o exame de prevenção ginecológica que deve ser sempre lembrado na consulta das mulheres, mesmo que por outros motivos, onde poderemos abordar desde questões sobre o adequado método contraceptivo a ser usado por nossa paciente até a prevenção de câncer de ginecológico, com especial mensal ao câncer de colo uterino e o câncer de mama. Este nos últimos 10 anos, dado do INCA 2011, aumentou bastante a detecção de novos casos em mais de 227% nas mulheres de 50 a 59 anos, conforme recente trabalho realizado. Portanto o exame ginecológico consiste na principal ferramenta para detecção destas patologias além da orientação do auto-exame, para a mama, e do exame de Papanicolau para o colo do útero.

Outro desafio retumbante vem a ser a assistência adequada as nossas mulheres durante o climatério. Período bastante peculiar para as mulheres, em que mudanças significativas quer hormonais quer psicossociais. A avaliação quanto à questão hormonal e a indicação de se fazer reposição hoje tão controversa no meio científico. Nesses aspectos tivemos avanços com a oferta cada vez maior do próprio exame de Papanicolau, campanhas de esclarecimento, políticas governamentais que visam aumentar a oferta de exames de mamografias em todo o

território nacional através do SUS. Todas essas medidas impactam no combate aos males que são mais temíveis durante o período do climatério.

A violência a mulher é um tema, antes de tudo, lamentável. A mulher, mãe, menina, filha, esposa, sobrinha, tia, avó, amiga, companheira, sobretudo mãe, como qualquer outro ser não deveria ser vítima de qualquer tipo de violência. Estamos longe dessa realidade e com isso mecanismos legais foram criados para dar subsídios jurídicos como meio de apoio a essas vítimas.

Por muito foi alardeado como um grande avanço. Por outros um gosto amargo de decepção uma vez que a efetivação da Lei Maria da Penha encontra entraves, como toda a nossa justiça brasileira, para ser aplicada em sua plenitude. São imperfeições do nosso sistema judiciário que permitem que agressores possam permanecer sem punição devida.

È um grande sonho uma sociedade em que não se permita qualquer tipo de violência e almejamos que tenhamos os meios para que isso possa ser efetivado. As ações pertinentes a denúncia de agressão, acolhimento de vítimas e o pronto-atendimento destas em nosso sistema emperram em vários pontos. Temos um sistema penal falho que permite que pessoa que possam ter cometido crimes premeditados, com tripla qualificação possam ter seus executores como beneficiários de indultos concedidos pela Justiça quando no cumprimento de um terço da pena associado a um bom comportamento o sistema prisional. Não temos os meios necessários em todos os lugares para o acolhimento das denúncias, como podemos perceber em cidades sem delegacias das mulheres, em que podemos constatar o completo despreparo de nossos policiais civis para lidar com tal situação, a violência doméstica.

Quase nenhum ou simplesmente nenhum apoio psicológico a nossas vítimas de agressão junto as a delegacias. Temos um falho sistema de proteção a essas vítimas que vêm na questão financeira um problema preponderante, com a retumbante preocupação da vítima de como fará para sobreviver, pois muitas vezes o agressor é o único provedor dessa família. Não há ação afirmativa o Estado nesse aspecto e constitui num grande problema para se evoluir na lida com essa questão da violência a mulher.

Vemos colocado pelos gestores em saúde e pela mídia a questão da denúncia para o combate a violência. Pude perceber que muitos colegas não se sentem preparados para

acolher tais situações e darem os encaminhamentos necessários. Acho sensata tal colocação, pois trata de uma questão bastante delicada e devemos estar bastante preparados para responder a esse chamado.

Na UBS temos a mesma realidade do resto do país em se tratando de saúde da mulher. Tentamos valorizar as campanhas de prevenção do câncer ginecológico, de planejamento familiar e tentamos viabilizar uma assistência pré-natal diferenciada. Fazemos a interconsulta no pré-natal entre eu e a enfermeira que trabalha na mesma equipe. Nas pacientes que requerem atenção do pré-natal de alto risco procedemos com a referência desta paciente para este serviço e continuamos acompanhando esta paciente até o momento do parto, quando então iniciamos uma nova fase com o atendimento à puérpera e de puericultura ao recém-nascido.

Temos muito que aprender e esta disciplina que falava do meu cotidiano acrescentaram ensinamentos para a atenção a saúde da mulher que foram relevantes para minha prática diária. Essa temática é bastante presente da minha UBS e estatisticamente responde por grande parte dos atendimentos que realizamos em nossa área descentralizada de saúde.

Pude entender que devemos cobrar capacitações para nós porta de entrada destas vítimas e para toda a rede que atenderá essa nossa vítima. Desde o profissional de nível elementar, nível médio que primeiro receberá essa paciente até a autoridade policial que dará seguimento ao inquérito policial deste agressor. Todos devem estar em sintonia com o intuito de minimizar o sofrimento dessas vítimas.

4.6 SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

O poder transformador das ações pelo homem ao meio-ambiente denota em alterações profundas na vida de todos nós que estamos implicados. Toda ação gera em uma conseqüência que por muito tempo não se buscou quantificar e qualificar quanto às repercussões à saúde de toda a humanidade. Essa busca se faz mais urgente em nosso tempo em face ao agravamento dos aspectos sanitários para a vida em nosso planeta.

É motivo de preocupação das mais diversas esferas governamentais e de setores de fora do poder público o real conhecimento dos impactos oriundos da ação do homem como podemos observar através dos muitos momentos criados para se discutir essa temática. Há quase 30 anos em Estocolmo na Suécia as Nações Unidas se reuniram pela primeira vez para discutir esse tema na Conferencia das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano em 1972 (1) a partir da qual foi elaborado um programa da ONU para o Meio Ambiente.

Passados 20 anos como está em nossa lembrança, no Brasil ocorreu a Eco 92 onde novamente se analisou profundamente as questões referentes ao Meio Ambiente e ao desenvolvimento sustentável. Essa terminologia passou a estar presente sempre que fala em desenvolvimento, dando um enfoque voltado para a sustentabilidade. Outros 02 grandes momentos sucederam a Eco 92, a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, conhecida como Rio + 10, em 2002 na África do Sul e a conferencia que se deu no ano de 2010 na Dinamarca.

Durante esse período surgiram várias cartas de intenção, protocolos como o de Kyoto (1997) que se constitui no protocolo de um tratado internacional com compromissos mais rígidos para a redução da emissão dos gases que agravam o efeito estufa considerados, de acordo com a maioria das investigações científicas, como causa antropogênicas do aquecimento global. O mundo passou a olhar bem diferente para o meio ambiente no momento em que o capitalismo mundial apresentava o momento de maior expansão e as economias do planeta atingiam espetaculares taxas de crescimento.

Momento também em que a competitividade aumentava a cada momento e se exigia um aumento exponencial da produção diante da crescente demanda da produção do mundo. A

discussão de como explorar a natureza respeitando a diversidade biológica de uma maneira igualitária e pacífica, garantindo também que as futuras gerações possam ter usufruto destas riquezas naturais sem que sua condição sanitária seja tão afetada por qualquer desequilíbrio proveniente da ação dos homens, são hoje as maiores preocupações das nações.

Percebeu-se que da maneira desordenada que vinha se explorando o Ambiente, cada vez mais sofreríamos os impactos e com algum tempo seria incompatível com a vida. Diante disso a cidade do Rio de Janeiro será a sede da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, em 2012. O encontro recebeu o nome de Rio+20 e visa a renovar o engajamento dos líderes mundiais com o desenvolvimento sustentável do planeta, vinte anos após a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento.

Percebemos engajamento dos mais diversos setores da Sociedade. Artistas, ONGs, a mídia como um todo, ativistas, políticos, todos passaram a empunhar a bandeira dessa tal sustentabilidade, questionando os custos do desenvolvimento pautado na exploração desregrada dos recursos naturais pressionado pela demanda cada vez crescente do mundo capitalista.

A imprensa passou a dar uma atenção especial aos assuntos relacionados ao Ambiente. Programas televisivos foram criados (ex. Globo Ecologia). Ações junto ao mundo esportivo se deram como exemplo “Em parceria com a rede de estacionamento, uma Seguradora inovou instalando bicicletários na região da Avenida Paulista, como forma de incentivo para que seus clientes estacionem seus carros e façam os trajetos de bicicleta. Esta ação não só reduz o número de automóveis nas ruas, evitando o trânsito, como também a quantidade de poluentes emitidos na atmosfera”

No mesmo momento em que a busca pela produção crescente e expansionista e este crescimento da produção e consumo como única razão da existência humana tem-se mostrado extremamente deletéria. Como pudemos observar na citação da obra “Produzir para Viver”, Santos (2002) expressando o caráter paradoxal do desenvolvimento, em que num mundo de tantos avanços ocorrem concomitantemente retrocessos. Notadamente se observa no campo ambiental onde nunca se agrediu tanto o meio-ambiente e assim como não se observava há tanto tempo o adoecimento tão evidente de nossa Sociedade como um todo e os números cada vez mais alarmantes de acidentes ocupacionais.

Vivemos numa sociedade escrava do trabalho. Esta permanece afeita a metas, objetivos que muito além do necessário se busca cada vez mais, engrossando o consumismo, hoje movimento que tem seu maior motor o País que antes era o maior exemplo do comunismo, a China, hoje a segunda economia do mundo. Infelizmente como bem expressou Santos em sua obra esta nação não é de longe um exemplo do respeito às melhores condições trabalhistas e atrelado a isso questões de cunho sanitário. Essa nação tem sim uma das piores condições de trabalho e hoje uma imensa massa populacional que vive completamente a margem dos benefícios trazidos pelo capitalismo. É desta nação um dos maiores índices de poluição do meio ambiente sendo superada, neste quesito, apenas pelos Estados Unidos da América, justamente a nação mais rica do mundo. “O movimento do capital insaciável” (KARL MARX,1876).

A busca de um entendimento em relação a um projeto de desenvolvimento sustentável, que possa propiciá-lo existir por todo o tempo sem que a escassez dos recursos ou o desequilíbrio do meio-ambiente leve a catástrofes naturais no âmbito mais geral e ao adoecimento de nossa população de uma maneira mais específica, parece ter-se tornado uma meta para a maioria das nações. Diante de tantos paradoxos e de tantas incertezas sobre o que o futuro nos reserva, uma certeza salta aos nossos olhos, a Terra pede ajuda e nós seus inquilinos somos responsáveis por ela. Basta que cada um tente fazer sua parte, buscando a tal aliança global para cuidar da Terra em vez de arriscar a nossa destruição total.

Conforme os relatos da História, a preocupação com a relação entre a saúde e o trabalho remonta desde os tempos da Antiguidade. Percebeu-se que estes estão inter-relacionados e uma longa jornada, em nível mundial se deu para chegarmos a situação de hoje, no que diz respeito à Saúde do Trabalhador.

Surgido como uma especialidade médica em meio a Revolução Industrial, na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, se viu a serviço principalmente dos empregadores os quais exigiam funcionários sãos, numa vertente que se preocupava exclusivamente com a causa mais evidente. Nesta relação de uni causalidade da doença, segundo (FACCHINNI, 1993) os empregados, as vítimas eram incriminados em todo esse processo.

Pela impossibilidade de se contemplar todas as questões e em face das constantes mutilações e acidentes de trabalho a medicina de trabalho passou a ser insuficiente.

Experimentou-se uma ampliação da atuação médica, agora mais direcionada para o trabalhador, passando a figurar como os pilares para a Saúde Ocupacional como os conceitos da multicausalidade, como o ambiente e sua interpretação ganhando força na compreensão deste processo (MENDES & DIAS, 1991)

No momento em que as exigências dos trabalhadores nas questões de segurança e saúde passaram-se a apresentar novas leis trabalhistas que contribuiriam para a melhoria marcante na saúde do trabalhador. Passou-se a entender a relação da saúde e doença como algo resultante da forma como o homem se apropria desse processo.

Diante dos movimentos dos trabalhadores no início dos anos 1980 e a Reforma Sanitária, tentou-se inserir no SUS a Saúde do Trabalhador há muito custo. Na Constituição e 1988, na Lei 8080/90, na Portaria 1676/GM de 2002 e ainda com a instituição da Política Nacional do Trabalhador de 2005 todo um processo de inserção das questões referentes à saúde do trabalhador, com o RENAST até a criação de uma política nacional, percebeu-se os avanços dessa área em nosso sistema sanitário e legislativo.

Toda uma rede que vai desde a Saúde da Família até a Atenção Terciária, passando pela coleta de dados através das notificações dos agravos, das referências e contra-referências foram montados visando à atenção integral das demandas dos trabalhadores. Assim também como para se possa conhecer a realidade de nossa Saúde do Trabalhador.

A Saúde Ambiental e a Vigilância em Saúde, observando os fatores que impactam na saúde humana têm encontrado atenção no Brasil, através de ações como sistema de vigilância que atentos aos agravos a saúde e a implicação que estes têm diretamente na cadeia produtiva encontra embasamento teórico em Rigotto (2003). Visualiza-se uma aproximação da saúde ambiental e da saúde do trabalhador de maneira bem pronunciada. Nesse sentido as bases para a criação de uma política nacional de saúde ambiental já foram lançadas. O documento trabalha o conceito de saúde ambiental de forma ampliada. Sistemas já atuantes, no tocante, a vigilância ambiental como o VIGIAGUA, VIGISOLO, VIGIQUIM e VIGIDESASTRE já buscam essa atenção aos diversos recursos naturais

Considerando os principais agravos a saúde do trabalhador, estamos vivendo uma realidade distorcida em se tratando dos números dos acidentes de trabalho que são notificados

através da CAT que revelam a realidade dos pacientes que estão na economia formal, hoje a metade da população economicamente ativa no Brasil.

Nos últimos anos observamos um crescimento substancial no número de acidentes de trabalho no Ceará, com um incremento de quase cem por cento, bem acima da média nacional, segundo dados do Ministério da Previdência Social. Houve um aumento importante nas ocorrências notificadas como acidentes de trabalho no Ceará. É imperioso o questionamento se ocorreu esse aumento dos acidentes ou apenas uma maior notificação via CATs, fruto de uma melhor organização do sistema de registros destes casos.

Observamos vários cidadãos são vítimas do descumprimento das normas de saúde e segurança no trabalho, e se observa apenas a busca incessante do lucro pelas empresas, sem observar a condição sanitária dos trabalhadores. Os acidentes de trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho provocam impactos sociais, econômicos e na saúde pública. Além dos casos que resultam em morte de trabalhadores, outros casos de trabalhadores são afastados anualmente de suas atividades, temporária ou definitivamente, gerando custos no pagamento de benefícios previdenciários.

No campo das doenças relacionadas ao trabalho, ainda é grande a incidência em agricultores que trabalham com aplicação de agrotóxicos sem a utilização dos equipamentos de proteção individual necessário e exigidos por lei. Outras categorias como digitadores, bancários e empregados em áreas administrativas sofrem, com frequência, de LER (Lesões por Esforços Repetitivos) e DORT (doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho) e são obrigados a se licenciar de suas atividades em razão de fortes dores.

Temos a certeza de que os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são na grande maioria de ocorrências é evitável. Bastaria que as empresas cumprissem as diferentes normas regulamentares (NRs) de saúde e segurança no trabalho baixado pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), bem como o respeito aos limites legais de jornada de trabalho, e que os trabalhadores não dispensassem o uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs).

O acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício de trabalho a serviço da empresa provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da

capacidade para o trabalho, nos termos dos artigos 19 a 21 do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social (Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991).

Equiparam-se também ao acidente de trabalho, para efeitos previdenciários, o acidente de trajeto, a doença profissional e a doença do trabalho. O acidente de trajeto que é o sofrido no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção. A doença profissional é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar à determinada atividade.

No Brasil, as atividades econômicas que apresentam uma maior ocorrência de acidentes de trabalho são a mineração, a construção civil, a indústria madeireira, a agricultura e as indústrias mecânicas e metalúrgicas, entre outras. A maior parte dos acidentes graves e das mortes no trabalho ocorre com homens e com pessoas em início de carreira.

A legislação em vigor é a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 2172, de 6 de março de 1997 (Plano de Benefícios da Previdência Social). A empresa, além de ser responsável pela adoção e uso de medidas de proteção e segurança da saúde do trabalhador, deve contribuir com o financiamento da complementação das prestações por acidente de trabalho (seguro acidente de trabalho - SAT).

A empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social, através da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Em caso de morte, o acidente deve ser comunicado de imediato à autoridade policial competente. O acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria, deverão receber cópia fiel da CAT. Na falta de comunicação por parte da empresa, poderão emitir a CAT o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública.

Dois milhões de trabalhadores morrem a cada ano, no mundo, de doenças ocupacionais e acidentes ocorridos no ambiente de trabalho, segundo relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2002). Morrem mais de 5 mil pessoas por dia de problemas relacionados ao trabalho. Quatro de cada cinco acidentes fatais ocorrem com homens. A maior parte das mortes no trabalho ocorre com pessoas em início de carreira.

No mundo, 270 milhões de trabalhadores se envolvem anualmente em acidentes ocupacionais, entre os quais aproximadamente 360 mil são fatais, e outros 160 milhões de trabalhadores sofrem de doenças ocupacionais. A agricultura, que emprega mais da metade dos trabalhadores do mundo, responde por mais de 50% das mortes, lesões e doenças. A construção civil, a atividade madeireira, a pesca e a mineração também estão incluídas entre as atividades mais perigosas.

No Brasil, é evidente a precariedade e a falta de amplitude das informações disponíveis. A principal fonte de dados estatísticos sobre acidentes de trabalho são as informações fornecidas pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), mas esses dados oficiais referem-se apenas aos acidentes registrados e ocorridos entre os trabalhadores segurados (com carteira assinada). Portanto, não estão incluídos os acidentes ocorridos com os trabalhadores do setor denominado informal, que hoje representam mais da metade da população economicamente ativa. A subnotificação e o sub-registro são evidentes tanto na área rural como urbana e tendem a aumentar em períodos de recessão econômica.

A prevenção dos acidentes de trabalho é uma questão complexa em que as responsabilidades devem ser compartilhadas pelos empregadores, pelos trabalhadores e pelo Estado. Do ponto de vista técnico, a questão requer uma abordagem multiprofissional, isto é, exige a contribuição das ciências médicas, da engenharia, da higiene, da toxicologia, da ergonomia, da sociologia, da administração, do direito, da economia, entre outras áreas.

Existe muito a ser conquistado no campo da Saúde do Trabalhador, muito além dos avanços que já foram alcançados. O Brasil como um todo sofre pela falha rede de notificação de qualquer que seja o setor. Vivemos a incerteza da veracidade dos dados fornecidos em virtude a subnotificação dos agravos, os interesses das empresas, tudo isso tornando ainda mais desafiante se encontrar a verdade e o conhecimento da nossa real situação.

Na Unidade Básica de Saúde temos tido contato com acidentes de trabalho como qualquer outro lugar do país. O que observo é a não compreensão da essência destes agravos e as distorções nas relações de trabalho existentes e mesmo a questão do amparo previdenciário que não é extensivo a todos. Tem chegado a mim pacientes que se acidentam na principal atividade que desenvolvem como agricultores. São lesões cortantes provenientes de contato

com os instrumentos de trabalho. Os que se vêm assistidos pelo INSS têm ainda que enfrentar uma longa jornada de perícias médicas e outros tramites burocráticos que dificultam bastante a situação destes pacientes.

De uma maneira objetiva tenho a nossa rede de Atenção Básica a detectar e encaminhar os pacientes que são vítimas de acidentes de trabalho. A partir dos ACSs até demais membros da equipe de saúde, identificando e encaminhando estes pacientes para que possamos notificar estes pacientes e tomar as medidas necessárias ao melhor atendimento destes pacientes. A realidade dos dados que são expostos a nós. Mais do que isso, a verdade destes dados em relação à real situação.

O tema abordado nesta disciplina faz parte do meu dia a dia e nos trouxe uma reflexão principalmente a cerca da agressão que sofre o meio-ambiente e quanto é grande a hipocrisia da sociedade em relação a isso. Trabalhamos nesta disciplina a cerca dos agravos a saúde a subnotificação que atrapalha a instalação de políticas que possam direcionar ações que coincidam com a real situação em que vivemos.

4.7 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A implantação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família nos trouxe as questões que historicamente não foram solucionadas pelos vários caminhos que a Odontologia percorreu em nosso Brasil, sem resolver as principais questões de acesso e que vieram ser amenizados com o advento do SUS.

A organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige e o campo de atuação é o território-família-comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O ponto de partida se encontra neste conceito. Vários pontos devem ser tomados como eixos de ação na busca da qualidade da assistência em saúde bucal, que são: Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo, a Integralidade da Atenção, a Intersetorialidade, a Ampliação e a Qualificação da Assistência, as Condições de Trabalho e os Parâmetros.

Cada ponto revelado indica uma condição vital para o exercício pleno das atividades a busca racional desde recursos até ações para se atingir os objetivos. A estruturação do atendimento em saúde bucal que experimenta um amadurecimento recente, sobretudo com o **Brasil Sorridente**, necessita vislumbrar e seguir os princípios expressados quando se pensa em ter êxito nesse modelo assistencial. As portarias do MS puderam garantir a viabilidade financeira da inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, no entanto, como todo o SUS, vivemos um subfinanciamento deste programa, que mesmo com o aumento do aporte de recursos para ele pelo Ministério da Saúde, ainda sim são insuficientes para se atingir os objetivos.

Superando o modelo biomédico centrado nas doenças e com a proposição de duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde, através de linhas de cuidado e observando as condições de vida, pode-se chegar ao modelo que se quer. Neste modelo se busca reconhecer as especificidades que são próprias de cada

faixa etária, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Também se almeja a proposta da saúde da mulher, saúde do trabalhador, dos portadores de necessidades especiais, hipertensos e diabéticos.

Estudos realizados no âmbito do Estado do Ceará (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 2010) evidenciou o grande desconhecimento que existe entre os profissionais de saúde a cerca da atenção a saúde bucal. A odontopediatria e o pré-natal odontológico são conceitos até desconhecidos por grande parte destes profissionais. Desse modo estamos perdendo uma oportunidade única que é atuar preventivamente em nossas grávidas e seus futuros bebês, em se tratando de saúde bucal. Sabemos que são grandes as implicações para a gestação e para a condição sanitária dos bebês a ocorrência de patologias bucais nas mães. É importante que toda a equipe de saúde estimule a gestante a realizar seu pré-natal odontológico, pois, evidências apontam para a relação entre doença periodontal e o nascimento de bebês de baixo peso (inferior a 2500g), partos prematuros (menos de 37 semanas de gestação) e com quadros de pré-eclampsia. A influência da doença periodontal nesses eventos é explicada através de mecanismos indiretos envolvendo os mediadores inflamatórios produzidos pela infamação dos tecidos periodontais, ou mecanismos diretos de ataques de bactérias no âmnion (CAMPOS, 2003).

Vários mitos são destruídos com a adequada orientação das nossas pacientes com a aquisição de novos hábitos e na ação preventiva em relação aos bebês. A compreensão da gestação como um período crucial para essas ações deve ser divulgado pela equipe de Saúde da Família para que numa visão mais holística o pré-natal possa ser extensivo ao cirurgião-dentista bem como os cuidados com puericultura.

A faixa etária das crianças, adolescentes e adultos reúne especificidades por tratar de pessoas que procuram a UBS por diferentes questões e a frequência da busca de atendimento em saúde também guarda particularidades no tocante a frequência, horários e demandas. As crianças procuram o atendimento para ações curativas e são atingidas pela ação de promoção de saúde principalmente nas ações de bochecho com flúor e escovação supervisionadas na escola, bem como palestras educativas e orientações que são dadas pela equipe de saúde bucal.

Essa faixa etária é um período ideal para se iniciar programas educativo-preventivos em saúde bucal, normalmente realizado em creches e escolas, pois é um momento propício para desenvolver bons hábitos, entretanto, é importante contar com a participação da família, para que os mesmos possam ser perpetuados em casa e sempre que possível também envolver os educadores e dirigentes escolares.

É importante que as equipes de saúde bucal, que historicamente tanto investiram na saúde bucal das crianças, desenvolvam ações também para o grupo dos adolescentes e diminua a solução de continuidade existente entre a infância e a vida adulta. É nesta fase que o indivíduo consolidará, se bem orientada, uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura.

Os adultos são vítimas das questões de trabalho e dependendo do gênero (os homens vem menos ao atendimento no posto de saúde) tem uma baixa frequência na UBS e ainda reside uma grande dificuldade para realização de ações de promoção de saúde, como ações educativas. Permanecem apenas quase que estritamente com ações curativas e mutiladoras. Conceito com CPOD tem servido para avaliar o estado geral em que se encontram nossos pacientes. Podemos observar melhoras nesses indica ores, mas ainda temos um longo caminho a percorrer e ainda estamos muito longe do ideal.

Os idosos tem tido cada vez mais destaque em assuntos relacionados à saúde uma vez que paulatinamente estes passam por um incremento percentual na quantidade de idosos que o nosso País passa a apresentar. Vivemos num lugar onde está ocorrendo uma transição etária, com a queda na taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida e queda nas taxas de natalidade no Brasil. Caminhamos para uma realidade em que a população de idosos fará cada vez maior a cada dia (IBGE, 2011).

Temos um País de mutilados que necessitam de atendimento odontológico assim como os demais da população em geral. Doença periodontal, edentulismo são extremamente presentes nos pacientes dessa faixa etária. Não devemos deixar de fazer menção às doenças neoplásicas. Essa população tem vários problemas de saúde o que é fator limitante ao tratamento destes pacientes. Infelizmente o tratamento a ser dado a estes pacientes, na maioria das vezes, será apenas curativo, mas também preventivo em a orientação às doenças bucais. A odontogeriatria ganha cada vez mais destaque em nosso meio e seguirá essa tendência de

agora em diante. A utilização do flúor em bochecho coletivos, de creme dental com flúor e a fluoretação das águas de abastecimento das cidades, previsto em lei federal, são mecanismos marcantes para se diminuir, comprovadamente, a ocorrência de cárie dentária. Outros procedimentos coletivo como escovação supervisionada, e orientações em saúde bucal são estratégias igualmente impactantes para a diminuição da cárie dentária e das doenças periodontais

A UBS em que trabalho é composta por uma equipe de saúde bucal que é formada por 01(um) cirurgião-dentista e uma ACD (auxiliar de consultório dentário), hoje chamada de ASB (auxiliar de saúde bucal) desde 24 de dezembro de 2008 com a Lei 11889/2008, publicada no DOU nesta data. Não temos em nossa equipe THD(ou seja TSB), portanto temos uma equipe da Modalidade 1. Essa equipe segue os padrões sugeridos pela Portaria-MS Número 673 que reza a equiparação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de PSF. O atendimento é realizado num consultório odontológico sediado na UBS de nossa área descentralizada de saúde. A carga horária dessa equipe é de 40 horas e é composta por atividades que são o atendimento odontológico preventivo e curativo e as ações de promoção da saúde através de palestras e atividades nas escolas como aplicação de flúor.

Diante do que ficou estabelecido com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 a UBS em que trabalho apresenta características divulgadas nessas diretrizes e encontra dificuldades para estar em consonância com outras questões que estão ainda bem distantes de ser realidade. Acredito ser muito abrangente o compromisso da qualificação da atenção básica como meio de se garantir a resolutividade e qualidade do atendimento odontológico. Esse processo passa pelo treinamento dos profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista, ASB, THD, agentes de saúde) para se conseguir a adequada abordagem e o correto tratamento dos pacientes. Na área em que trabalho tem a dificuldade de não termos uma THD e com isso muitas atividades, sobretudo de promoção de saúde ficam prejudicadas pela falta desse profissional. Não há nenhum compromisso por parte dos gestores de meu município que contratar um profissional destes faça parte de seus planos. A equipe de Saúde Bucal perde em qualidade em seu atendimento com isso

No que diz respeito à integração da Equipe de Saúde Bucal a rede de atenção básica já é uma realidade através do atendimento da população adstrita com suas demandas. São

realizados atendimentos de urgência e são desenvolvidas atividades de educação em saúde, com procedimentos coletivos de prevenção e promoção de saúde.

Em relação à utilização da epidemiologia e a vigilância como meio de se conhecer a realidade da área de abrangência da nossa UBS não podemos dizer que estamos bem. Nós não temos quase nenhum planejamento quanto a isso e os atendimentos em odontologia se dão basicamente pela demanda livre que é previamente agendada pelos agentes comunitários de saúde. Esses pacientes sequer são específicos de qualquer programa atendidos no PSF. No entanto, temos o cuidado de encaminhar os pacientes com alguma urgência para o atendimento odontológico assim como todas as pacientes gestantes para uma avaliação como o cirurgião-dentista no momento oportuno.

Estamos utilizando a epidemiologia na atuação em Saúde Bucal aos serem feitas atividades coletivas e de promoção de saúde direcionadas aos pacientes em idade escolar com as ações de escovação coletiva, aplicação de flúor e palestras nas escolas da nossa área descentralizada de saúde. Nessa área ainda temos que avançar muito, pois por se tratar de algo bastante novo, epidemiologia em Saúde Bucal. Os dados são insuficientes e a pressão e apelo curativo são muito fortes sem que o tenhamos, muitas vezes, como agir de maneira preventiva.

Muito da dificuldade do uso incipiente da epidemiologia se deveu a insuficiência dos dados que compunham os indicadores em Saúde Bucal que foram definidos em 2006. A dificuldade do adequado registro de procedimentos é um problema em toda a Estratégia Saúde da Família. Esses indicadores que são avaliados através do BPA compõem um meio do conhecimento das ações na Equipe de Saúde Bucal. Esse mecanismo de avaliação dos dados tem sido amplamente discutido na equipe a fim de se obter melhorias destes indicadores.

A falta da definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores em Saúde Bucal tem sido um dos grandes problemas na minha concepção. Não tenho notícia de desde que o atendimento em odontologia em nosso município qualquer projeto de graduação ou pós-graduação para os trabalhadores. Recordo-me de um treinamento que houve para os ASBs e THDs há uns 05 anos, e apenas isso. Os profissionais da área desde os últimos 08 anos não tiveram qualquer treinamento ou programa de educação permanente que visasse os interesses da população. O que observamos foram atitudes pontuais que vieram dos próprios

profissionais que buscaram outras formas de atualização muitas vezes como um meio depois poder exercer sua profissão, principalmente o cirurgião-dentista, fora do serviço público. A busca de especializações por este profissional vem sendo não mais do que a procura de uma maneira de migrar para o setor privado em virtude das más condições de trabalho e remuneração vigentes.

O profissional cirurgião-dentista que trabalha na minha UBS foge um pouco deste perfil e além ser um profissional ético e comprometido com o seu trabalho, vem-se dedicando à Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS e tem sido um dos entusiastas das atividades científicas desenvolvidas na reunião da Equipe do PSF de Quixadá. O mesmo tem encontrados muitas dificuldades para o exercício digno de sua profissão. A parte estrutural de nossa UBS não dispõe de um desenho arquitetônico direcionado para a atividade em odontologia, além de não ter qualquer aclimatação tem o espaço físico muito limitado. O caro colega tem problemas evidentes com a parte de materiais para o seu trabalho desde os insumos que são insuficientes quanto à manutenção dos consultórios que é bastante deficitária. São muitos problemas e desafios que devem tentar ser solucionados para que possamos avançar da Saúde Bucal de boa qualidade.

Falar sobre saúde bucal, algo que seria a principio um pouco distante da minha realidade deixou-se um pouco curioso, a saber, os temas abordados e como poderia observar aplicabilidade em minha atuação profissional. O desenvolvimento dessa disciplina com conteúdo didático tão bem estruturado me revelou o quanto estamos conceitualmente integrados e como necessitamos dessa integração, com a equipe de saúde bucal. Estou ciente que somos uma equipe e que muitas patologias interdependem e enquanto profissionais podemos nos ajudar mutuamente almejando a melhora da condição de saúde do nosso paciente.

4.8 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIENCIA

O atendimento em saúde do paciente portador de deficiência visual, auditiva ou física constitui um grande desafio para o sistema de saúde e especialmente para nós profissionais de saúde. Mesmo diante da grande quantidade de deficientes físicos no Brasil, 14,5% da população brasileira (Censo IBGE, 2000), a garantia do acesso aos serviços de saúde ainda persiste como uma grande dificuldade perante a demanda crescente e a escassez de recursos que possa garantir a efetividade deste atendimento. A maior parte da população encontra-se pouco assistida em relação às suas necessidades e este se constitui um grande problema.

Acreditar que a imposição expressa na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência Física ONU 2006 deu um passo importante na conquista da cidadania destas pessoas é um fato. No entanto existem diversas dificuldades que se insurgem e que vão além da competência do profissional de saúde e da família destes pacientes. Entendemos que a casa dos pacientes portadores de deficiência física deve ser adaptada para as suas necessidades. Isto não corresponde à realidade na maioria dos lares destes pacientes portadores de deficiência. Não podemos cuidar de uma paciente com deficiência visual numa casa em que os móveis mudam de lugar constantemente, ou que esteja repleta de móveis e outros obstáculos a locomoção.

Observamos muitas residências que não tem qualquer sinalização que possa indicar lugares específicos a essas pessoas com baixa acuidade visual. Ao sair de suas residências, esses pacientes precisam enfrentar cidades com suas ruas, muitas vezes esburacadas e com calçadas desniveladas. Vemos nessas cidades a falta de sinais sonoros em semáforos que expõe as pessoas aos riscos de atropelamento por parte de automóveis em decorrência do trânsito a cada dia mais caótico nas cidades brasileiras. Em se tratando do trânsito, não creio termos em nosso país um exemplar serviço de transporte urbano coletivo, o que dizer de serem adequados ao uso por pacientes com deficiência visual. Visualizo uma grande dependência destas pessoas aos outros para o exercício de suas atividades no dia a dia, e friso que não observo nada diferentes nas demais esferas dos serviços.

Entendemos que a busca de mudanças nesse panorama tem ocorrido, sobretudo através de medidas como a Portaria MS/GM número 1060, de julho de 2002 que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, colocando o Brasil entre os países que dispõe

de uma legislação específica sobre o tema. Abordamos essa temática num fórum que discutimos a magnitude deste problema num fórum em que os colegas d curso relataram suas observações numa atividade bastante proveitosa.

Compreendendo a enorme dificuldade que o deficiente físico que o deficiente físico enfrenta mesmo antes de chegar a UBS, relato que ao se utilizar o serviço público ou privado de saúde observo um notório despreparo estrutural, físico para a viabilização do atendimento do portador de deficiência. Não visualizo nas UBS pessoas treinadas para lidar com estes pacientes. Para Pagliuca (1996) temos muito a avançar em relação à reabilitação dos pacientes deficientes.

No campo das outras deficiências (auditiva e física) as dificuldades enfrentadas são semelhantes por todas elas tratarem na inadequação dos espaços sanitários para se receber esses pacientes. Não se tem dado condição para que os pacientes possam ser independentes, essa é a realidade. Medidas emergências como a que o Ministério da Educação editou a poucos dias solicitando a adequação das unidades escolares e para isso será aplicado um vultoso recurso para a estruturação das escolas a fim de que possam receber os pacientes com necessidades especiais. É algo salutar porem lamentável, pois há desperdício de dinheiro público uma vez que as obras de construção de escolas já deveriam estar adequadas a essa realidade. As mudanças devem ocorrer nas ruas no aspecto de infra-estrutura e também para numa mudança de mentalidade nas pessoas. Não devemos tratar os portadores de deficiência como coitados e sim como pessoas que anseio por conquistar a sua independência.

Na área em que trabalho, a UBS parcialmente adaptada aos pacientes portadores de necessidades especiais. Temos banheiros adaptados para cadeirantes, mas nenhuma adaptação a deficientes auditivos e visuais, que necessitarão invariavelmente de auxílio de outras pessoas para se locomover. As portas das salas também não estão adaptadas assim como a sala do cirurgião-dentista é muito pequena, inviabilizando a entrada de um paciente cadeirante. A unidade de saúde não porta escadas ou obstáculos em seu interior sendo que o maior problema reside no exterior de nossa unidade de saúde que em seu trajeto não apresenta nenhuma adaptação para paciente com problemas de locomoção, e este é um grande problema.

Não temos uma padronização dos remédios e vemos uma total de pendência dos deficientes visuais de seus cuidadores para a administração da medicação uma vez que não estão inscritos em braile e a forma do remédio desde o comprimido até a caixa destes muda bastante. Tentamos assim lançar estratégias para minimizar essas questões. Tentamos orientar os familiares a cerca da auto-estima dos pacientes e quanto a melhor forma de cuidar destes pacientes. Tentamos sempre dar prioridade a estes pacientes com equidade, explicando aos outros da comunidade a nossa motivação.

Pude aprender a cerca da magnitude deste problema e de maneiras de tentar se conduzir a cerca dessa questão. Observei que apesar das leis existentes em nosso país, ainda são incipientes as medidas no sentido de corrigir as desigualdades existentes de uma maneira geral e em específico, quanto à assistência á saúde. Entendi que devemos buscar estratégias continuadas para inserir o paciente portador de deficiência no meio social e assim garantir o acesso aos seus direitos legais garantidos por lei.

4.9 – TECNOLOGIA PARA ABORGADEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Sabemos que a Estratégia Saúde da Família reúne as melhores condições de se conseguir atingir os objetivos no trabalho em educação em saúde. Estamos ligados a comunidade pelo contato geográfico e nos encontramos inserido no “território” dessas pessoas como membros efetivos desse processo. Fazemos parte da vida destas pessoas, diante do cotidiano delas que apresentam a nós suas dificuldades, seus anseios, suas demandas.

No entanto estamos diante de um impasse. Como encontrar o meio correto de se fazer entender por nossos pacientes e fazer essa verdade que defendemos passe a ser a verdade para esses nossos pacientes. O que devemos fazer para que do alto de nossa “sabedoria” possamos levar aos nossos mais humildes e queridos pacientes orientações que impactem decisivamente em suas vidas sem que para isso pareçamos invasivos e intrometidos. Este é um grande desafio na prática da abordagem de nossos pacientes no nosso cotidiano.

Historicamente as práticas educativas em si foram pautadas por estratégias equivocadas de se transmitir o conhecimento. A música Estudo Errado de Gabriel Pensador faz uma crítica interessante a esse modelo arcaico e ultrapassado. Transferir isso para a nossa prática profissional nos impede de se efetuar uma abordagem mais direta ou mais dialógica, frente às situações cotidianas que se vivencia, de modo inconsciente, assistemático e, na maioria das vezes, pouco gratificante. Entretanto, só uma educação que vá além de sua função de transmissão das aquisições culturais humanas, transmissão de conhecimentos, poderá realmente formar cidadão com capacidade para se produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social.

Na área de saúde, têm sido fundamentais para a mudança do modelo de atenção, a valorização e a promoção da educação na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. Buscando compreender a linguagem e o significado

das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos.

Brilhantemente externado por Carvalho, Acioli e Slotz (2001) “O objetivo da superação da ruptura histórica entre ciência e senso comum é a construção de um novo senso comum em que todos os sujeitos são docentes de saberes diferentes. O senso comum expressa o modo de vida dos grupos dominados, contendo elementos de resistência e núcleos de bom senso.” Essa busca tem que ser baseada em cumplicidade. As partes devem almejar essas conquistas com a propriedade de algo que é salutar para ambos com o sucesso dos objetivos atendidos e com a caracterização do atendimento de tal demanda.

Em um processo de negociação é fundamental que nos coloquemos no lugar do outro, não deduzindo suas intenções a partir de seus temores, não os culpando de seus problemas, escutando atentamente, buscando entender o que foi dito. Devemos tentar falar de forma a ser entendido. Buscando firmeza no trato com os problemas e amável com as pessoas, não fazendo juízos prematuros, não perseguindo uma única solução desde o princípio e não pensando que só existe uma possibilidade – só perder ou só ganhar (só certo e só errado); pensando em resultados que respondam aos interesses mútuos e buscando formas de facilitar as decisões da outra parte envolvida, entre outros aspectos.

“Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com ele” (FREIRE, 1997).

Mediante o supracitado a Pedagogia da Problematização que não separa a transformação individual da transformação social, pela qual ela deve desenvolver-se em situação grupal me parece ser a aposta mais adequada para se perseguir a transformação da vida de nossas comunidades. Estimulando o questionamento por parte de nossos pacientes e os motivando com problemas reais e desenvolvendo habilidades intelectuais neles como a capacidade de percepção e de formulação de hipóteses e sugestões para a resolução de seus problemas. Acredito que fazendo com que nossos pacientes se sentindo partes do problema e como sujeitos de toda essa situação, uma estratégia compartilhada de respeito aos diferentes

saberes, consiste na metodologia mais certada para se tentar construir uma mudança de mentalidade.

Os vídeos que expressaram a tendência pedagógica de condicionamento evidenciaram a limitação desta prática uma vez que se enfatizar os resultados comportamentais da troca de conhecimentos mostrando várias falhas dessa metodologia. Não há questionamento do método empregado e não ocorre qualquer problematização. Resulta numa tendência ao individualismo e competição, levando a uma robotização das pessoas com uma falta de desenvolvimento de consciência crítica e de cooperação. Tal metodologia explora de maneira superficial as potencialidades pessoais no processo educativo.

O trabalho educativo de uma comunidade é algo que depende de várias pessoas de diversos setores e requer variadas estratégias. A função do ACS é primordial nesse tocante uma vez que na linha de frente estão aptos a se antecipar a nós profissionais de saúde a questões que se não fosse pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não teríamos conhecimento. A partir desta ação dos agentes várias atitudes podem ser desenvolvidas e o instrumento da visita domiciliar figura como importante mecanismo de ação transformadora e de assistência em saúde.

Na minha atuação profissional tenho realizado atividades educativas junto com diferentes grupos etários da comunidade. Tenho tentado direcionar a cada grupo específico uma abordagem mais condizente com a realidade de cada um. Através de ações diferentes como palestras, reuniões em grupos, atividades de acolhimento no atendimento, além de ações desenvolvidas junto aos profissionais da escola do distrito em que trabalho. Realizando visitas domiciliares a alguns pacientes tenho podido observar o meio em que vivem estes pacientes e tentado oferecer orientações para a melhoria da situação destes pacientes.

A aplicação do conteúdo aprendido nesta disciplina propiciou uma melhoria do atendimento a determinados grupos da minha comunidade. Principalmente os jovens onde pude desenvolver mais atividades com enfoque da problematização, permitindo que os jovens expusessem suas dúvidas e anseios e juntos pudéssemos tentar encontrar soluções. O aprendizado junto com os colegas de minha equipe se direcionou na constante tentativa de uma abordagem mais pertinente a vida de nossos pacientes.

4.10 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

A idéia de construir um plano de ação gestado entre membros de uma equipe multiprofissional, sem que estes membros pudessem-se encontrar além do mundo virtual caracterizou-se um enorme desafio para mim. Esta empreitada foi acrescida de um combinado de sensações que culminaram com um gratificante resultado de grande aprendizado, acredito, para todos os membros do executivo deste plano de ação.

Partindo de um planejamento como mecanismo inerente ao êxito de qualquer plano de ação ou intervenção que se almeje adotar em saúde, entendemos que para que sejamos efetivos nas atividades que queremos programar, devemos utilizar de métodos organizados que nos permitam atingir os objetivos. Usando melhor os recursos a serem dispensados e esclarecendo objetivos e meta a serem alcançadas, pudemos garantir uma melhor gestão de todo o processo.

A primeira questão que surgiu foi oriunda de que maneira poderíamos planejar as ações. A sistemática em que estávamos inseridos permitiu que várias idéias fossem expostas, questionadas, validadas e algumas postas em segundo plano. O espaço para discussão foi criado através do fórum que por mais interativo que fosse esbarrou na descontinuidade das ações e na falta de debate em alguns momentos.

O planejamento se deu com características de um planejamento estratégico pela própria característica do que se abordava. Foi um plano dinâmico, intersetorial e interdisciplinar. O plano nunca está acabado, mas tem que sempre está pronto para orientar as ações da equipe que planeja como exemplificou Matus. Buscamos fazer um planejamento estratégico situacional considerando o maior número de variáveis, tentando compreender cada realidade dentro do ambiente econômico, político e social que ocorre (PINTO, 2008).

Diante disso iniciamos a primeira parte do processo fazendo um diagnóstico situacional da saúde em Quixadá, e nesse ponto nossa equipe se beneficiou por ser formada por profissionais que são trabalhadores da área da saúde neste município, portanto conhecedores de uma mesma realidade. Iniciando o nosso plano de ação passamos pela fase de definição de

problemas em que elencamos vários deles que estão presentes em nossa vivência e debatemos em relação a tais problemas.

Falamos sobre a dificuldade de acesso à consulta médica, a desmotivação do trabalhador com a questão salarial, os frequentes casos de tuberculose pulmonar e hanseníase, gravidez na adolescência, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e a falta do prontuário familiar. Foi relatada também como problema a existência de áreas descobertas de Agentes Comunitárias de Saúde, da falta de medicamentos, do grande número de famílias por equipe de ESF e da falta de carro para transportar a equipe de saúde para a visita domiciliar e para a área da UBS.

Mediante o exposto, utilizando-nos de critérios de importância e urgência escolhemos o tema gravidez na adolescência. Seguimos com a descrição do problema escolhido levantando questões como os efeitos negativos da gravidez na adolescência e os prejuízos ao crescimento pessoal e profissional até as complicações obstétricas existentes com esse problema (YAZLLE, 2006).

O próximo ponto foi procedermos com a explicação do problema. Relatamos a massiva invasão dos meios de comunicação como banalização do sexo e o nosso sistema educacional extremamente arcaico que não se atualiza a cerca destas questões, onde vemos os jovens sem qualquer suporte educacional adequado, uma vez que em suas casas a devida orientação não é fornecida pelos pais. Exemplificamos o pacto social em termos educacionais para as mães adolescentes, muitas vezes interrompendo projetos de vida com a adolescente passando a assumir compromissos aos quais não está preparada (MOTTA, *et al.*, 2004)

Definindo os nós críticos percebemos o grande risco que pode significar o traçado de um plano, pois há necessidade de criatividade, flexibilidade, seriedade e firmezas na dose exatas, pois o adolescente poderia não suportar a rigidez de um plano fixo, nem a falta de conteúdo e seriedade nas discussões e estratégias propostas. No desenho das operações, pautamos nossas ações em atividades subjetivas e diversificadas como projetos que buscavam desde a manutenção dos jovens nas escolas até uma sensibilização a um olhar crítico em relação aos meios de comunicação. Contemplamos também grupos de educação continuada para trabalhar temas de educação em saúde com os jovens. Atrelado a isso delineamos a identificação dos recursos críticos que foram diversos.

Na elaboração do plano operativo detalhamos a nossa abordagem e na gestão do plano estabelecemos uma linha temporal para reavaliação das ações e desdobramentos a serem encaminhados com a evolução do plano. Discriminamos os responsáveis por cada ponto do plano. Obtivemos um grande ensinamento nesta atividade que nos proporcionou verificar com atenção a capacidade elaborativa de um processo destes e pode corroborar os relatos de que situações complexas demandam de análises plurais que vislumbrem as várias facetas destes problemas. Tivemos assim a certeza que determinadas temáticas jamais se esgotam e são bastante dinâmicas.

Na unidade de saúde em que trabalho organizamos em nossa agenda de atividades para a discussão e para o planejamento de ações junto à comunidade. Temos o hábito de acompanhar a avaliação dos agentes comunitários de saúde, trabalhando os indicadores em saúde e projetando as ações a serem desenvolvidas nos próximos trinta dias. Realizamos a reunião com a equipe de saúde com pó intuito de avaliar ações e planejar as próximas atividades. Estimulamos a participação popular através do conselho local de saúde do distrito em que trabalho onde a comunidade pode se posicionar em relação aos problemas, principalmente da área da saúde.

A experiência desta disciplina notadamente a elaboração do plano de ação me permitiu avaliar a importância da discussão e do trabalho em equipe, com diferentes olhares, como meio vital para se atingir uma abordagem bem elaborada em relação aos problemas sociais com reflexo sanitário. Entendi que a construção de soluções idéias passa pela compreensão de que não se consegue atingir objetivos comuns sem buscar soluções comuns que brotem da própria comunidade.

4.11 INTERDISCIPLINARIDADE E BIOÉTICA

O mundo vive num processo de constante mudança em todos os âmbitos e nas relações interpessoais isso tem se acentuado nos últimos tempos. Desejamos explicar tudo e tentar conhecer todas as coisas na velocidade que as inovações tecnológicas da informação virtual permitem. Estamos no momento da informação em tempo real, tendo o contato com uma imensidão de conteúdo que se renova tão rapidamente que não tarda para que o novo se torne velho, o atual se torne passado.

Nos dias de hoje as áreas do conhecimento estão relacionadas ao modelo de paradigma da racionalidade moderna, que outrora fora tão efetivo, não mais consegue responder as questões que perfazem nossa existência. A especialização do conhecimento e a compartimentalização do saber existiu e agora com muito mais força, está presente na área da saúde e na atuação dos profissionais dessa área. Numa velocidade assustadora tentou-se dividir o mais que se pode o homem abandonando a visão holística e na área da Medicina a excessiva especialização passou a ser mais constante. Ganhou destaque diante do povo ao se passar a dar mais importância a estes profissionais, os superespecialistas, como detentores de um conhecimento nobre em detrimento de temas pertinentes à Saúde Coletiva.

Adotando uma postura ilógica em que a visualização da parte de algo sem conhecer a essência do todo passou a ser mais importante. A sociedade caminhou por muito tempo acreditando que esse modelo resolveria as questões, principalmente as da área da saúde. Viu-se que não com o advento de novos conceitos que ganharam força e hoje permeiam a essência do sistema sanitário vigente no Brasil, a interdisciplinaridade. Vindo muito além da justaposição de diferentes ângulos para a análise de um determinado objeto e experimentando uma interação bastante coesa, a busca da resolução dos problemas se estabelece de uma maneira bem pronunciada onde a interdependência protagoniza este novo momento. Não mais havendo espaço para o modelo positivista apenas sob a ótica biocêntrica, vários momentos se insurgiram na incipiente Medicina Comunitária com o enfoque a interdisciplinaridade.

Acreditando que o conhecimento não pode ser apropriado dentro de uma só disciplina e o processo saúde-doença sendo referido como uma inter-relação dos aspectos de ordem

clínica e sociológica, torna-se mais urgente a compreensão destes conceitos. As ações nesse âmbito somente serão exitosas se construídas estratégias sanitárias em equipes. Ganha relevância a figura do trabalho em grupo, o trabalho de equipe. Esse trabalho em equipe se justifica ainda mais quando enfrentamos na Sociedade atual o dilema dos aspectos éticos do trabalho em saúde e as questões polêmicas que se colocam no dias de hoje requerem antes de tudo um enfoque interdisciplinar, pelo próprio caráter das questões para, à luz da bioética, melhor compreender essas demandas.

Gusdorf (1978), humanista e defensor da interdisciplinaridade, relata que antes da ciência moderna, a sociedade encontrava no conjunto de seus mitos e cosmogonias os elementos de uma inteligibilidade universal. A produção do conhecimento e as formas de explicação e intervenção no real tinham uma significação humana. A ciência moderna, com a disciplinarização, fragmenta a percepção do humano e, distanciando-se dele, reduz a existência humana a um estatuto de perfeita objetividade. Assim, a ciência moderna, ao recortar o mundo das vivências (natureza) e o do vivido (humano) em inúmeros objetos, sob administração das diversas disciplinas, produz um conhecimento esquizofrênico. Para este autor, todas as ciências são as ciências do humano, portanto, a ciência que dissocia e desintegra seu objeto pode ser considerada alienada e alienante.

Os desafios do tempo globalizado têm, na interdisciplinaridade, um de seus pilares. É no diálogo entre diferentes campos do conhecimento que se encontram as ferramentas para a abordagem da complexidade dos problemas atuais, buscando-se, assim, a complementaridade e a diversidade entre campos para que sinergias potencializem respostas mais eficazes (Staudt, 2001). Para Souza (1999, p. 12), a interdisciplinaridade respeita a demarcação do limite do conhecimento e da prática sem pretensão de ultrapassá-lo, querendo somente agregar parcerias e alimentar a cumplicidade produtiva.

A busca dessa cumplicidade é referenciada pelo Ministério da Saúde como uma nova concepção de trabalho, como uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe que difere bastante do modelo biomédico tradicional, permitindo uma maior diversidade de ações, questionando as certezas profissionais e estimulando a constante comunicação horizontal entre os membros de uma equipe.

A busca da interdisciplinaridade deve ser pautada por atitudes que são fundamentais para esse objetivo. Deve reconhecer o papel e importância de cada componente no processo sem julgar qualquer que seja menor que os outros. É fundamental que não se negue o individual na construção coletiva, considerando o outro como um ser único. É necessário que se aceite sugestões sempre no processo de construção dos consensos, respeitando as competências e as limitações de cada profissional. Neste mesmo caminho, reconhecer que se pode estar errado e, sobretudo, saber ouvir e acolher o que é colocado que pode ser motivo de crescimento pessoal e êxito na construção do coletivo, atrelado as mudanças que podem estar por vir.

Com o advento do SUS (Sistema Único de Saúde) uma mudança significativa no modelo sanitário trouxe para o povo brasileiro a perspectiva de algo bem mais justo. A universalidade, a equidade e a integralidade, princípios desse novo modelo sanitário, chegam buscando corrigir as distorções históricas de acesso a saúde por parte da população, rompendo com o modelo assistencialista que não respondiam às demandas da população. Dessa forma a medicina integral ganha força com a integralidade teria a ver com atitude dos profissionais de saúde que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir a pessoa à condição de objeto, de aparelho, ou sistema biológico, que, hipoteticamente, produz o sofrimento e, portanto, a queixa dessa pessoa. Referindo-se tanto ao homem quanto à organização do sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui em uma totalidade, membro de uma comunidade.

Com isso as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, assim como as unidades constitutivas do sistema se configuram capazes de prestar assistência integral. Dentro dessa perspectiva, compreende-se que a integralidade possui uma dimensão que extrapola apenas a ausência de doença ou a existência da organização dos serviços para o atendimento. Desta forma, a queixa apresentada, pelo usuário, traz consigo toda a sua subjetividade e necessidades que devem ser levadas em consideração no processo de atendimento. A equipe de Saúde da Família esta centrada como primordial na gestão do projeto terapêutico do paciente em sua linha de cuidado estabelecida.

Dentro dos projetos terapêuticos dos pacientes surgem questões que muitas vezes resultam em questionamentos quanto ao modo de abordagem de determinada situação no que

concerne a atitude a tomar. No mundo de hoje as inovações tecnológicas na área da ciência, os avanços na Medicina têm suscitado a discussão de várias situações. Manipulação de células-tronco, clonagem com fins terapêuticos, aborto, terapia genética, distanásia, entre tantas questões que tem povoado o nosso cotidiano com debates sobre a melhor maneira de agir, de atuar nestas determinadas situações.

Quase sempre temos um profissional de saúde associado a essa problemática e sempre esperam dele a solução destas questões. Sabemos que não é regra a formação acadêmica destes profissionais permitirem que tenham embasamento teórico para estes momentos. Pior que a vivência destes é muitas vezes fragmentada sem que tenha sido dada chance a estes profissionais entenderem em grupos o que isso está incorrendo. É algo bastante complexo e difícil de conduzir, mas somos chamados a isso. Estou certo de que o bem maior, a manutenção vida deva ser a prerrogativa principal para qualquer atitude nossa. Buscar sempre a melhor maneira de intervir, mostrando que a valorização do ser humano e assim a vida sempre será o melhor caminho.

Toda a fundamentação ética que temos onde trabalho para o exercício de nossas atividades é norteadada pela crença de que a melhor maneira de se trabalhar será a creditando no potencial que nos existe diferentes saberes e que o sinergismo destes sempre terá um resultado melhor de que se nossa ação fosse fragmentada. Devemos reconhecer o potencial da nossa equipe. Devemos estar voltados para a busca da melhor solução, pautada por preceitos éticos, para a condição sanitária de nossos pacientes. A minha visão acerca deste tema sofreu grande influencia pela abordagem desta aula e venho tentado me conduzir nesse sentido a partir desse aprendizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família tive contato com um conteúdo programático muito bem estruturado que contemplou diversas situações que são inerentes a prática diária de minha atuação profissional. Através de vários momentos de interação com outros colegas (chats, fóruns, planos de ação, etc.) pude perceber a realidade destes e as grades desafios por que passam em seus cotidianos. Aprendi com essas realidades amadurecendo alternativas para situações que outrora reputava serem de difícil abordagem.

Desde a expectativa de uma nova experiência num modelo novo para mim de ensino até a sensação de se sentir sozinho quando se escassearam o contato virtual com os outros colegas, caracterizei como grandes dificuldades para mim. O problema que existiu para gerir de maneira adequada o tempo para o estudo e para as pesquisas também foi algo novo neste novo formato e bastante desafiante. O estabelecimento dos prazos para o cumprimento das tarefas foi um transtorno em alguns momentos em que as minhas atividades profissionais demandavam muito tempo.

Pretendo através desta atualização que a especialização propiciou estabelecer em minha prática profissional situações que não eram bem consideradas por mim e por minha equipe de trabalho. Tentarei aplicar o aprendizado em minha abordagem, utilizando os vastos conhecimentos disponibilizados por este curso. Refletirei em que momentos poderei inovar em algumas áreas e dando ênfase cada vez mais a problematização, ao planejamento e a avaliação das ações.

A Especialização em Saúde da Família contribuiu de maneira decisiva para a minha atualização profissional nos últimos 02 anos e se constituiu numa estratégia importante para a viabilização da reciclagem dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Com metodologia inovadora esse curso permitiu que colegas de várias regiões de diferentes áreas profissionais recebessem ensinamentos pertinentes a sua prática cotidiana. O curso cumpriu seus objetivos uma vez que as informações trazidas ecoaram por todo o Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE. In : Brasil. Organizaçõa do cuidado a partir do problema; uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2000. p. 65-74.

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, M.E.L.; SOUZA, E.C.F. **Envelhecimento e saúde bucal: alguns aspectos da bucalidade nas transformações do corpo idoso**. In: DIAS, A.A. e Cols. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos Editora, 2006. p.315-332.

AMIRALIAN, M.L.T. *et al.* **Conceituando deficiência**. Ver. Saúde Pública (online). 2000, v.34, n.1, p. 97-103.

AZEVEDO, E.E.S. Ensino de Bioética: um desafio transdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 2, p.127-138, 1998.

BAREMBLITT, G. **Grupos : teoria e técnica**. 4. ed. Rio de janeiro: Edições Graal. 1986. 219.p

BELISÁRIO, A. **O material didático na educação à distancia e a construção de propostas interativas**. In: SILVA, M (Org). Educação On Line. São Paulo: Loyola, 2003.

BELLONI, M.L. **Educação à Distancia**. Campinas: Autores Associados, 1999..

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Glossário temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008. 52 p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS - uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do Planeja SUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010.76 p

BRASIL. **Lei nº11.350/2006**, de 05 de outubro de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990. **Ministério do Trabalho**

BRASIL. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com deficiência. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Niterói, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007. 56 p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de saúde bucal**. Brasília. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. il.– (Série A. Normas e

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648. Brasília, 28 de março de 2006. Diário Oficial da União, 29 mar. 2006, Seção I. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago.2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica e Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes: norma técnica. 2ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. d

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [HTTP://bvcmms.Saúde.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf](http://bvcmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf). Acesso em 02 mai. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4. Ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Gestação de alto risco. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. **Projeto SB2000**: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000- Manual do Examinador. Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Glossário temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS - uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010. 76 p

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

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

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2008. Disponível em: <HTTP://assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>. Acesso 01 mai. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009a. 56 p.

CAMPOS, M.R. **A Doença periodontal como fator de risco para o nascimento de bebês prematuros e/ou de baixo peso**. (Dissertação). Bauru: USP/FOB. 2003.

CARDOSO J.P, VILELA A.B.A, SOUZA N.R, *et al*. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N.; VASCONCELOS, E.M. (Org.). **O processo de construção compartilhada do conhecimento**. In: _____. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CEARÁ. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal no Estado do Ceará-SB Ceará: resultados finais.** Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2004. 47p

CECILIO, L.C.O. **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental.** In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.

DE SOUZA *et al.* Autonomia profissional versus autonomia do paciente: casos de extrações de dentes recupera´veis. **Rev Clín Pesq Odontol**, v. 4, n. 3, p. 175-180, 2008.

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

DRUCKER, P.F. **Administração para o futuro: anos 90 e a virada do século.** Tradução: Nivaldo Montigelli Jr. São Paulo: Pioneira, 1992

EMERCIANO, M.S.J.; SOUSA, C.A.L.; FREITAS,L.G. Ser presença como educador, professor e tutor. Colabora – **Revista Digital da CVA- RICESU**, Curitiba, v.1,n.1, p 4-11, ago 2001

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro; Fiocruz, 1999

FACCHINI, L. A. **Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise.** In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.* São Paulo: Vozes, 1993.

FARIA, H.P. *et al* **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde** – Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 4 v. : 80 p. il.)

FARIA, H.P.; WERNWCK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG Coopermed, 2009.

- FAVERO, R.V.M.; FRANCO, S.R.K. **Um estudo sobre a permanência e a evasão na educação à distância.** Revista Novas Tecnologias na Educação, v. 4, n.2,p. 1-10, fev.2006.Disponível em:[HTTP://www.cinted.ufrgs.br/renote/dez2006/artigodrenote/25103](http://www.cinted.ufrgs.br/renote/dez2006/artigodrenote/25103).
- FERNANDES, R.R., AZEVEDO, R.B. **Conceitos básicos em odontologia.**In:___ Guia completo da saúde bucal: como prevenir e tratar as principais doenças e distúrbios que afetam os dentes e a boca. São Paulo: Grupo Saúde e Vida, 2004. v.1,p.35-72.
- FONSECA, R.M.G.S. Mulher, direito e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n.4, p. 450-9, 2005.
- FONSECA, R.M.G.S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexco coesivo. **Saúde e Sociedade**, v.8, n.2, p.3-32, 1999
- FORTES, P.A.C, ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e saúde pública. **Cadernos – Centro Universitário São Camilo: S.P.**, v.12, n.2, p.41-50, 2006.
- FOULCAULT, M. **História da loucura ma Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à pratica educativa.** 23 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2004.148p.
- HEBLING E. **Diagnóstico e prevenção das doenças periodontais.** In:Pereira AC e Cols. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão. 2009.p. 578-94.
- IBGE. Censo 2000. **Censo e sociedade: estatísticas para a cidadania.** Brasília: IBGE, 2000. Disponível em [HTTP://www.ibge.gov.br/censo/](http://www.ibge.gov.br/censo/). Acesso em 01 mai. 2011
- INSTITUTO BRASILEIRO E GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002) **Estatísticas da saúde: assistência medico-sanitária, 2002.** IBGE – Departamento e População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2002
- LÉVY, P. **Cibercultura.** São Paulo: Editora 34, 1999

- MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176. .
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL Portaria-MS Nº 673 de 03 de junho de 2003
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- REFORMA DO SISTEMA DA ATENÇÃO HOSPITALAR BRASILEIRA. MS, 2004.
Distribuição dirigida
- MOORE, M.G.; KEARSLEY, G. **Educação à distancia: uma visão integrada**. São Paulo: Thompson Learning, 2007
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças CID-10**. Disponível em : [HTTP://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/](http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/). Acesso em 05 mai. 2011
- PAGLIUCA, L.M.F, ARAGÃO, A.E.A, ALMEIDA, P.C. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev. ESc Enfermagem: USP**, v.41,n.4, p.581-8, 2007
- PAGLIUCA, L.M.F. **A arte da comunicação na ponta dos dedos: a pessoa cega**. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 4, p. 127-137, 1996. Disponível em [HTTP://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nea13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nea13.pdf). Acesso em 08 mai. 2011
- PEREIRA, A.L.; VASCONCELOS, G.; ANDRADE, L. O. M. **A desconstrução do manicômio: a experiência de Sobral/CE**. Brasília : Ministério da Saúde, 2001

PRÁTICAS pedagógicas em ABS. Produção de NUTEDS/UFC. Fortaleza, 2011. Disponível em : HTTP://www.medicina.uf.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula01/. Acesso em 02 mai. 2011

RAMOS D.L.P. **Fundamentos de Odontologia: bioética e ética profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RAMOS, J.G.L, Mortalidade materna geral e por hipertensão no estado do rio Grande do Sul; uma análise de onze anos (1978-1988). **Rev. Bras Ginecologia Obstetrícia**, v.17, p123-9, 1995

RIGOTTO, R.M. **Produção e Consumo, Saúde e Ambiente:em busca de pontes e caminhos**. In: MINAYO, MCS; MIRANDA, AC. (org.) Saúde e /ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002,P.233-260.

ROCHA, S.M.M, ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

SANTOS, E.M. *et al*. Evasão na educação à distancia: identificando causas e propondo estratégias de prevenção. In: CONGRESSO INTERNACIONAL ABED DE EDUCAÇÃO À DISTANCIA: MAPEANDO O IMPACTO DA EAD NA CULTURA DO ENSINO /APRENDIZAGEM, 14.,2008,Santos.Anais...Santos, SP: ABED, 2008. Disponível em <HTTP://www.abed.org.br/congresso2008/tc511200845607PM.pdf>. Acesso em: 26.ago.2010.

SANTOS, M.A.M, CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003

SAUPE, R, CUTOLO, L.R.A, WENDHAUSEN, A.L.P, *et al*. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**, v. 9, n.18, p. 521-536, 2005.

SILVA, I.Z.Q.J, TRAD, L.A.B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

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

SOUZA, A.S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de APS**, n. 2, v. 2, mar./jun., 1999.

STAUDT, D.T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.75-84, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distancia em saúde. **Curso de especialização em saúde da família**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distancia em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Assistência durante a gestação e o puerperio. Fortaleza, 2010. Disponível em : HTTP://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulhr/aula02/. Acesso em 23/01/2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distancia em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Modelos de determinação sociais. Fortaleza, 201. Disponível em : <HTTP://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proctrab/aula04/>. Acesso em 10/10/2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distancia em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais. Fortaleza, 2010. Disponível em : HTTP://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula01/. Acesso em 15/01/2011

YANONOULAS, S.C. **Políticas públicas e relações e gênero no mercado de trabalho**. Brasília: CFEMEA, 2002.