

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E EAD EM SAÚDE - NUTEDS

FABIANO DOS REIS MARTINEZ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS NA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA
2011

FABIANO DOS REIS MARTINEZ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS NA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA

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: Marcos Dionísio Ribeiro do
Nascimento.

Co-Orientador: Marcos Henrique Muniz de Castro.

TIANGUÁ
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M337c Martinez, Fabiano dos Reis
 Curso de Especialização em Saúde da Família: atuação e capacitação dos profissionais na
 equipe da saúde da família/ Fabiana dos Reis Martinez. – 2011.
 52 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de
Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
 Orientação: Ms Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento
 Coorientação: Esp. Marcos Henrique Muniz de Castro
1. Pessoal de Saúde I. Título.

CDD 362.1

FABIANO DOS REIS MARTINEZ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS NA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Mestre pela UFC: Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento.

Prof. Especialista em Saúde da Família
Marcos Henrique Muniz de Castro – Orientador

Dedico esse trabalho aos meus pais, a minha namorada Edwiges e ao meu irmão Flávio que me apoiaram nos momentos mais difíceis e acreditaram nesta minha vitória. À minha amada e querida avó Auxiliadora que apesar de não está junto, será lembrada por todos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela oportunidade que Ele me proporcionou e por estar sempre guiando meus passos.

Agradeço imensamente aos meus pais, Wagner e Goretti, por apoiarem as minhas decisões, mesmo que isso lhes custasse uma imensa distância física.

A minha namorada Edwiges, amiga fiel e companheira, sempre presente me trazendo força e coragem. Obrigado por fazer parte da minha vida e juntos passando bons e maus momentos, por ser essa pessoa tão otimista e perseguidora de sonhos. Você é muito especial para mim, te amo muito.

Em especial a avó Auxiliadora. Infelizmente você não está aqui junto para viver essa alegria, mas sei que você lá em cima está torcendo pelo meu sucesso.

Ao meu irmão Flávio que apesar da distancia, estarei torcendo muito para o seu sucesso e dedico toda essa minha alegria, pois sei que mesmo longe esteve sempre torcendo por mim.

Ao tutor do Curso de Especialização prof. Marcos Henrique. Um professor influi para a eternidade; nunca se pode dizer até onde vai a influência dele. Sempre apoiou todos os alunos a não desistirem do curso e nas duvidas relacionadas às tarefas.

RESUMO

O trabalho visa à importância da Especialização da Saúde a distância e que trouxe muitos benefícios para os profissionais da área da saúde. Essa especialização é uma oportunidade para conhecer melhor todo o funcionamento, os objetivos, as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde, com destaque para equidade, universalidade, controle social e integralidade. Aborda um novo perfil do profissional que atua na equipe de saúde da Família e que este profissional elabore planos de ações para que possa superar todos os obstáculos que enfrenta no sistema público de saúde em conhecer o diagnóstico da sua área de abrangência com o intuito de ampliar e melhorar as ações na sociedade. Avalia a capacitação do profissional quando se trata da Saúde da Mulher e Mental, elaborando ações educativas para a comunidade e avaliando os riscos. Relata grandes mudanças que já estão ocorrendo no Programa de Saúde da Família. Observa a interação do cirurgião dentista com os demais profissionais da saúde em abordar os principais problemas enfrentados no Posto de Saúde. O profissional da saúde bucal deve elaborar palestras, sessões educativas, orientar durante o atendimento a correta escovação e o uso do fio dental, propor metas para os profissionais da saúde bucal relacionados com os pacientes, elaborar planos para diminuir o uso de álcool, fumo, uso exagerado do Sol e evitar colocar próteses mal adaptadas. Relata casos ocorridos na Unidade Básica de Saúde e discute como resolvê-los. Aborda a necessidade do Sistema Único de Saúde estar preparado para receber pessoas com deficiência e infelizmente ainda há casos onde o deficiente não é bem recebido em equipes de saúde, mas a capacitação dos profissionais vai tornar um atendimento digno e respeitável aos pacientes com deficiência visual, auditivo. Abordar sobre a interdisciplinariedade que é um movimento, um conceito e uma prática que está em processo de construção e desenvolvimento dentro das ciências e do ensino das ciências. Relata os princípios fundamentais da bioética e visa definir e promover um quadro ético normativo comum que possa ser utilizado para a formulação e implementação de legislações nacionais.

Palavra-chave: Profissional; Saúde; Equipes; Comunidade.

ABSTRACT

The work aims at the importance of Health Specialization distance and that has brought many benefits for health professionals. This specialization is an opportunity to better understand the entire operation, objectives, guidelines and principles of the Health System, with emphasis for equity, universality, comprehensiveness and social control. Discusses a new profile of professionals working in family health team and that this professional develop action plans so that you can overcome all obstacles facing the public health system to meet the diagnosis of their coverage area in order to expand actions and improve society. Evaluates the training of the professional when it comes to Women's Health and Mental developing educational activities for the community and assess the risks. Reported major changes which are taking place in the Family Health Program. Observe the interaction with the dentist other health professionals to address the main problems faced in the Tour of Health. The health professional must prepare oral presentations, educational sessions, guide service during the correct brushing and flossing, to set goals for oral health professionals related to the patients, develop plans to reduce the use of alcohol, smoking, use exaggeration of the sun and avoid putting poorly fitted dentures Addresses the need of the Health System to be prepared to receive people with disabilities and unfortunately there are still cases where the poor are not welcome in teams of health, but professional training will make a decent and honorable service to patients with visual impairment, auditory. Addressing on the interdisciplinarity that is a movement, a concept and a practice that is in process of construction and development in science and science teaching. Reports the fundamental principles of bioethics and to define and promote a common normative ethical framework that can be used for the formulation and implementation of national laws.

Keywords: Professional, Health, Teams, Community.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica á Saúde
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
DORT - Distúrbios Osteomusculares
EAD - Educação a distância
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia de Saúde da Família
LER - Lesões Repetitivas
PSF - Programa de Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFC- Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	METODOLOGIA	10
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO: PORTIFÓLIOS	11
3.1	Educação à Distância	11
3.2	Processo de Trabalho em Saúde	14
3.3	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	17
3.4	Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	21
3.5	Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	25
3.6	Saúde da Mulher	28
3.7	Saúde Mental e violência	30
3.8	Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	34
3.9	Atenção Básica de saúde no contexto da saúde bucal	38
3.10	ABS Pessoas com deficiência	41
3.11	Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde	45
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

O trabalho visa à importância e os benefícios que a Educação a Distância trouxe para os profissionais da área de saúde. Essa forma de ensino vem sendo usada há muito tempo e sendo aprovada por muitos cursistas como opção para encarar uma especialização.

Apresentará e discutirá sobre cada portfólio que foi apresentado durante o curso, tais como a importância de entender e compreender a vivência do usuário com deficiência, analisar a saúde da mulher na nossa sociedade e a necessidade do cuidado especial com ela, avaliar ações, planejar para que as metas sejam superadas durante o mês e por fim capacitar os profissionais da Saúde para que possamos melhorar os atendimentos a todo cidadão que necessita dos serviços do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS GERAIS:

Analisar a importância, a aplicabilidade dos conhecimentos mediados pelo curso como ferramenta para a capacitação profissional para a abordagem geral a comunidade.

Atuar mais nas populações para que o paciente esteja acessível aos serviços da Unidade da Equipe da Saúde da Família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Na relação odontologia com a comunidade o profissional da saúde bucal deve elaborar palestras, sessões educativas, orientar durante o atendimento a correta escovação e o uso do fio dental, propor metas para os profissionais da saúde bucal relacionados com os pacientes, elaborar planos para diminuir o uso de álcool, fumo, uso exagerado do Sol e evitar colocar próteses mal adaptadas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial.

As disciplinas ofertadas foram: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.

Ao longo do curso ocorreram atividades virtuais que contribuíram para aprendizado, tais como, fórum de discussão, relato das atividades do dia a dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde, chat, trabalhos em grupo, tarefas individuais. Ademais, ao final de cada disciplina era produzido um portfólio para relato da aprendizagem mediada por cada uma das disciplinas e reflexões dos impactos da disciplina na atuação profissional. Para sua construção, foram utilizados artigos científicos, o material didático do curso e as experiências profissionais. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO: APRESENTAÇÃO DOS PORTFÓLIOS

3.1. EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EaD)

A educação a Distância é um modelo onde observa uma diferença entre a oferta de serviços para a sociedade e a necessidade de formação para os profissionais em atuação na área do SUS, cuja capacitação desses profissionais na área da saúde pública é ruim.

Nesse sentido, há muitas parcerias para que o profissional esteja capacitado em atuar na área do SUS e possa colocá-lo em prática. Uma dessas parcerias está relacionada com a parceria da UFC com o Ministério da Saúde, passando a integrar o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA – SUS), para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores dos SUS, inicialmente para as categorias de medicina, odontologia e enfermagem.

O curso será desenvolvido em um período de 18 e o máximo de 24 meses, com funcionamento previsto durante todos os dias da semana, para o atendimento à distância, e é semipresencial.

O objetivo geral do curso é formar especialistas em Saúde da Família com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação na atenção básica dentro da rede do SUS.

A educação a distância está relacionada com três fatores:

- 1) avanço tecnológico das últimas décadas (crescente uso da internet, principalmente com a chegada de sua interface gráfica, a web e outras ferramentas, como radio, CD-ROM onde todos têm um acesso fácil...;
- 2) exclusão digital ainda elevada e o baixo letramento digital;
- 3) uma carência enorme de profissionais com formação adequada para trabalhar dentro dos novos paradigmas que a educação à distância oferece (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

INTERAÇÃO NA EAD ONLINE

Sempre há uma dúvida em relação aos conceitos de interação e interatividade. São dois termos que caracterizam atributos diferentes. De acordo com Levy (1999), o termo interatividade ressalta, em geral, “a participação ativa do beneficiário de uma transação de informação”, afinal, um receptor de informação só será passivo se estiver morto. Neste sentido, o autor apresenta diferentes tipos de interatividade a partir do cruzamento entre os recursos de comunicação e a relação com a mensagem.

A interatividade, portanto, pode significar a potencialidade técnica disponibilizada por alguns recursos didáticos (CD-ROM, hipertextos, website, etc) ou uma ação humana, isto é, do usuário sobre a máquina para dar e receber dados e informações em diferentes formatos (áudio, vídeos, texto, etc).

A interação, por sua vez, é definida como uma ação de reciprocidade entre dois ou mais atores onde há intersubjetividade, isto é, há o encontro de sujeitos, mais do que somente partilha idéias, o que pode ocorrer direta ou indiretamente, com a mediação de recursos tecnológicos (interação mediatizada) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Comenta também a interação Aprendiz-Conteúdo, Aprendiz-Tutor e Aprendiz-Aprendiz. Dentre os tipos de interação categorizados por Moore (1989), a interação intelectual, que o aprendiz tem com o conteúdo estudado, pode ser considerada a interação fundamental, pois é ela que gera mudanças ao estudante, em suas perspectivas e em suas estruturas cognitivas.

A interação aprendiz-conteúdo é o que Holmberg (1986), chama de “conversação didática interna”, na qual o aprendiz dialoga consigo mesmo sobre as informações e idéias que ele encontra em um texto, um vídeo, um website ou em outra fonte qualquer que lhe proporcione informação relevante (UNIVERSIDADE FEDERAL, 2010).

Na interação aprendiz-tutor identificada por Moore & Kearsley (2007), considerada “essencial pela maioria dos estudantes e altamente desejável pela maior parte dos educadores”. Neste ponto convém lembrar que ,na EaD online, os papéis do professor e do aprendiz sofreram transformações e já não correspondem àquilo que os caracterizava no modelo de educação tradicional.

Os tutores auxiliam os aprendizes a interagirem com o conteúdo, instigando seu interesse pela matéria, esclarecendo suas dúvidas sobre os assuntos discutidos e alimentando a discussão entre os aprendizes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Segundo Moore & Kearsley (2007) a interação aprendiz-aprendiz está relacionada com a modernização da EaD ou surgimento da EaD online que deve principalmente ao potencial de comunicação proporcionado pelo advento da internet, dos computadores ligados em rede, assumindo mais importância e tornando-se mais significativas quando as modernas ferramentas de interação se tornaram disponíveis.

AValiação na EAD ONLINE

Aborda as concepções e os tipos de avaliações que a EaD online oferece para os alunos e são itens importantes para a continuidade da especialização. Foi interessante o vídeo e a música do Gabriel Pensador que mostram infelizmente como está o ensino atual do nosso país.

As ferramentas do AVA são: Chat (comunicação síncrona, em tempo real, entre professores e alunos, podendo ser útil como espaço de esclarecimento de dúvidas, ou simplesmente como espaço de socialização), Diálogo (simples comunicação entre dois participantes do curso ou disciplina), Testes (avaliar a aprendizagem dos conteúdos pelos alunos), Trabalhos (avaliar a aprendizagem dos conteúdos, permitindo ao professor classificar e inserir comentários nas próprias páginas do documento e enviado pelo aluno), Livros, Enquetes e Questionários (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE (Proc_Trab)

A Unidade Básica de Saúde no município de Marco possui os seguintes funcionários: 1 enfermeira, 1 médica, 2 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 1 dentista e 5 Agentes Comunitários de Saúde. Ela abrange 4 localidades: Santa Rosa, Maracajá, Gado Bravo e Meia Mata . Existem 750 famílias cobertas.

- C.A: 36 anos, casada, não tem filhos e possui 2º grau completo. É ACS da Santa Rosa.
- M.R: 22 anos, solteiro, não tem filhos, possui 2º completo. É ACS da Santa Rosa.
- S.S: 46 anos, casada, tem uma filha e possui 2º grau completo. É ACS do Maracajá.
- F.S: 56 anos, casada, tem uma filha e possui 2º grau completo. É ACS do Gado Bravo.
- R.C: 59 anos, casada, tem um filho e possui 2º grau incompleto. É ACS da Meia Mata.
- S.B: 38 anos, casada, não tem filhos e possui curso de auxiliar de enfermagem.
- F.R: 24 anos, solteira, não tem filhos e possui curso de auxiliar de enfermagem.
- V.J: 69 anos, casada, é a médica do posto. Seus pacientes são agendados previamente com exceção dos diabéticos e hipertensos que tem o retorno agendado pela agente administrativa.
- C.R: 58 anos, casada, é enfermeira do posto. Ela atende puericultura, prevenção ginecológica, planejamento familiar (entrega de anticoncepcionais, preservativos, injeções e pílula do dia seguinte), bolsa família hipertensos e diabéticos.
- F.R: 26 anos, solteiro, não tem filhos. É o dentista do posto. Seus pacientes são agendados por localidade pelo ACS correspondente. De três em três meses entrega kits de escovas nas escolas onde faz aplicação tópica de flúor e palestras. Os kits ficam nas escolas onde os alunos fazem escovação semanal com a professora.
- H.H: 23 anos, solteira e não tem filhos, fez o curso de ASB e atualmente está terminando o curso de TSB.
- S.I: 41 anos, solteiro possui o 2º grau e é agente administrativo do posto.
- E.E: 38 anos, casada, tem duas filha, possui o curso de técnica de enfermagem. É auxiliar de enfermagem do posto.
- O.O: 46 anos, solteira possui o curso de técnica em enfermagem. É auxiliar de enfermagem do posto.

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO

- ENFERMEIRA

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Manhã	Manhã	Manhã	Manhã
Puericultura	Gestantes Pré-Natal	Prevenção	Visita Domiciliar	Visita Domiciliar
Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde
Visita Domiciliar	Hipertenso Diabéticos	Planejamento Familiar	*Demanda Livre	

- MÉDICO

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Manhã	Manhã	Manhã	Manhã
Atendimento à criança	Atendimento em geral	Demanda Livre	Hospital	Hospital
Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde
Demanda Livre	Visita Domiciliar	Demanda Livre	Hospital	

- DENTISTA

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Manhã	Manhã	Manhã	Manhã
ACS Francisca	Gestantes	ACS Sandra	ACS Raimunda	Visita Domiciliar/ escolas/ puérperas
Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde
Atendimentos a crianças	Triângulo	ACS Marcelo	ACS Cristina	

INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA UNIDADE BÁSICA EM QUE TRABALHO:

Objetivo	Finalidade	Meios Materiais	Condições ou RH	Sujeito	Objeto
Identificar a Queixa	Acabar com a Queixa, Controle e Prevenção Dela	Consultório	Profissional Capacitado	Cliente	Queixa
Orientação na Escovação	Alunos com Boa Higiene Oral	Escova e Creme Dental	Dentista, ASB, TSB	Aluno	Higienizaçã o Bucal
Englobar adolescente na Promoção da Saúde	Saúde do Adolescente	Caderneta do Adolescente	Equipe PSF	Adolesce nte	Programa do Adolescente

3.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pretende estimular uma idéia sobre os modelos assistenciais em saúde em diferentes contextos, o trabalho da equipe da saúde da família e a mudança desse modelo e a qualidade na prestação do cuidado em saúde. Trata em particular do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, entendida como projeto de reorganização da Atenção Básica e de implementação do novo Modelo Assistencial que está expresso na Constituição Brasileira.

Os debates em torno do conceito de modelo são antigos. A discussão vem desde da época de Platão com os sofistas, Aristóteles... Modelo assistencial em saúde é um conjunto de idéias, ações elaboradas, organizadas, programadas, executadas e realizadas nos serviços públicos que resultam na melhoria dos indicadores de saúde dando em conseqüência um melhor atendimento para a população e resolvendo assim os problemas enfrentados por ela.

O fato é que os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que utilizamos para abordá-los. Isso também ocorre com o trabalho das diversas corporações de trabalhadores e sua valoração social (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

ATENÇÃO BÁSICA

Nesse módulo abordou os conceitos de Atenção básica e implantação da estratégia de saúde da família no Brasil. O objetivo geral é refletir sobre a Atenção Básica à Saúde no contexto brasileiro e sua importância para a consolidação do modelo assistencial do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção básica constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

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

A ABS orienta pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, vínculo, equidade, participação e intersetorialidade.

As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito, **capaz de conhecer, compreender, expressar e agir** a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina.

Na organização da ABS, um aspecto fundamental é o **conhecimento do território**, enquanto local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas. Ele não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços.

De acordo com o Ministério da Saúde, a estratégia da Saúde da Família é entendida como proposta de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

O modelo assistencial preconizada pelo Sistema Único de Saúde é necessário que todas as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde se façam na perspectiva de concretizar, na prática, os princípios e diretrizes constitucionais, entre eles destacam-se: Equidade, universalidade, controle social e integralidade.

A mudança desse modelo é um processo gradativo no qual o peso de cada grupo de ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde vai mudando, sempre no sentido de aumentar o tempo destinado às atividades que busquem a melhoria da qualidade de vida da população, diminuindo, por outro lado, o tempo destinado às ações curativas, como ilustrado no esquema seguinte. Essa mudança é importante destacar que os membros da Equipe participam de forma diferente na execução das ações.

No desenvolvimento do trabalho das Equipes de Saúde da Família, na busca por melhores resultados e por uma mudança real do modelo assistencial, é importante que a Equipe reflita sobre o seu processo de trabalho, mas é igualmente importante que ela repense o modo como acontece a gestão do seu trabalho e, mais ainda, que avalie a qualidade desse trabalho (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Discute sobre a qualidade na prestação de serviços de saúde, seus atributos, e o modelo de gestão do trabalho da Equipe. Fazendo uma análise dos atributos referidos no texto do material didático, permite avaliar até que ponto as ações que desenvolvemos e o cuidado que proporcionamos satisfazem às expectativas dos diferentes atores envolvidos na prestação de serviços de saúde para atender de forma justa para a sociedade.

De acordo com Carlos Mattus (1993) os conceitos e instrumentos discutidos são baseados na teoria das macroorganizações. Embora seja uma teoria desenvolvida para macroorganizações, procuramos adaptá-la para unidades básicas de saúde e para Equipes de Saúde da Família.

O desafio é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde. A responsabilidade é a própria Equipe. Nesse modelo de organização é exigido que a Equipe tenha competência, não somente técnica e política, mas também gerencial. Dessa forma, é da maior importância à discussão de um modelo de gestão que dê a essas Equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

3.4 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

Essa disciplina tem o objetivo de analisar o processo de planejamento em saúde com identificar os principais problemas e até a elaboração do plano de ação. Dessa forma, segundo a especialização, será composta por cinco aulas, intitulada: Planejamento em Saúde, Planejamento Estratégico Situacional, Diagnóstico Situacional em Saúde, Elaboração do Plano de Ação e Planejamento no SUS.

No SUS a palavra PLANEJAMENTO se torna importante devido a um maior aproveitamento dos recursos, estabelece objetivos gerais e específicos, uma melhor avaliação, acompanhamento e ajuda o profissional da saúde em conhecer toda a realidade do município. É importante que todos nos entendêssemos que se realmente queremos conseguir resultados, objetivos em uma sociedade onde há vários problemas, a prioridade para atuar nela e elaborar ações, plano é a importância do planejamento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Há momentos onde há diferentes modos de planejamento. O planejamento estratégico situacional (PES) é um método de planejamento para atingir objetivos mais complexos, realizados dia-a-dia para atingir esses objetivos. Foram surgindo no ano de 1970 pelo prof. Carlos Mattus.

Os princípios estão relacionados em compreender cada situação em vários aspectos, apesar de cada caso pode está relacionado com vários fatores. Esta relacionado com a estratégia (se dá por que há diferentes atores com diferentes pensamentos causando conflitos o que causa idéias, estratégias para mudar a realidade), Situação (diferentes atores em diferentes localidades, situações que expressam uma visão diferente da realidade), ator social (personagem que tem a responsabilidade, controle de atuar sobre a realidade e contar com os recursos disponíveis para reverter essa realidade), problema (diferença entre a realidade real com a ideal), momento do processo (seqüência de etapas, processos para a realização de ações, tarefas) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE

O objetivo principal é a importância do profissional de saúde em conhecer o diagnóstico da sua área de abrangência com o intuito de ampliar e melhorar as ações na sociedade. Para isso antes de qualquer ação é preciso um diagnóstico situacional da área. Há um método para a realização do diagnóstico que é chamado de Estimativa Rápida.

Esse método é composto por uma equipe composta por técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições de vida desses grupos populacionais.

Para o desenvolvimento da estimativa rápida é preciso que através de dados, informações, entrevistas, observações, os profissionais podem fazer um levantamento dos problemas encontrados na sociedade e depois elabora um plano de ação para que todos possam enfrentar todos esses obstáculos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração do plano de ação é preciso analisar 10 passos. Antes disso é elaborar um diagnóstico situacional em uma sociedade onde o profissional da saúde pode encontrar diversos problemas e que deve ser feito em vários projetos de intervenção. Pode ter tantos projetos, mas a única deles obtém o PLANO DE AÇÃO.

DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS: Observar que há vários problemas, mas tem que considerar a importância desse problema, urgência e a capacidade do grupo para enfrentar. Há outros critérios, mas os profissionais da saúde têm que solucionar o principal problema, ou seja, A PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA.

PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA: Eleger qual é o problema que mais incomoda e gera uma atenção maior por parte de todos.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO: Além de identificar, avaliar, o profissional da saúde precisa reconhecer, compreender cada problema que enfrentará tentará resolver.

EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA: Tentar entender o porquê esse problema continua atingindo a sociedade. Avaliar também se há relação com outros problemas já encontrados na área.

SELEÇÃO DE NÓS CRÍTICOS: Analisar as principais causas que relacionam com os diversos e principais problemas.

DESENHO DAS OPERAÇÕES: Já com os problemas explicados e analisados bem as causas, fazer algumas ações, operações para enfrentar as dificuldades encontradas na sociedade e impactar as causas.

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS: As diversas operações estão relacionadas com econômicos, organizações, cognitivos e de poder.

ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO: Está relacionada com a motivação dos atores que atuam na área de abrangência e desenhar operações para motivá-los.

ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO: objetivo principal seria a elaboração de ações onde o profissional de saúde possa atuar e atender toda a população.

GESTÃO DO PLANO: Para obter um sucesso é preciso que a equipe avalie, acompanhe todas as ações que estão relacionadas com o plano de ação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

PLANEJAMENTO NO SUS

O SUS é um sistema de saúde que envolve um número maior de ações e necessita de muitos recursos financeiros e humanos. Nesse modulo foi estudado o planejamento, como podemos elaborar um plano de ação até chegar uma determinada resolução para que os profissionais de saúde atuem na sociedade a partir desse plano.

Esse sistema de saúde é muito importante para a sociedade devido que todos possam realmente ajudar. Nesse contexto, o planejamento no setor saúde adquire, segundo o Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2009), grande relevância à medida que se configura como um importante mecanismo de gestão.

Assim, surge, em 2006, o Sistema de Planejamento do SUS, o PlanejaSUS, o qual o funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base esses instrumentos: Plano de saúde, Programação anual de saúde, Relatório anual de gestão.

A avaliação no Sus se dá pelo processo permanente (está relacionado com o processo de acompanhamento, avaliação), análise (observar as iniciativas, medidas que todos devem fazer para atingir resultados favoráveis para a população), registro sistematizado (expresso em documento que traz todos os instrumentos básicos utilizados para a avaliação) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

3.5 TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE – PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Abordar a reflexão de conhecer um pouco mais sobre dois temas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde: as **práticas pedagógicas em saúde** e as **tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**.

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, assim como são primordiais para a referida mudança as reflexões feitas em relação à educação escolar.

Cita também **alguns princípios** que devem ser orientadores de uma prática de saúde que se pretende educativa, ética e que respeite a autonomia dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde e como foram percebidos, esses princípios são iguais aqueles que relacionam entre os profissionais de saúde e o usuário. Contudo, aqui estamos nos referindo aos processos pedagógicos entre profissionais em saúde e destes com profissionais de outras áreas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

BASES TEÓRICAS DE UMA PRÁXIS EDUCATIVA

Relata várias abordagens ou concepções pedagógicas que perpassam a prática educativa dos profissionais a partir do pensamento de estudiosos da área da educação. Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC, 1997), são dominantes no sistema educacional brasileiro as seguintes tendências pedagógicas: a tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas marcadas centralmente por preocupações sociais e políticas. As tendências pedagógicas, forma pela qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem, norteiam as concepções de práticas educativas.

Tendências pedagógicas: pedagogia por transmissão de conhecimentos onde o processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos. Pedagogia por condicionamento chamado de tecnicismo educacional, inspirado nas teorias behavioristas da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino.

É fundamental que, no processo de fortalecimento do SUS, saibamos reconhecer essas propostas e os comportamentos que nelas se baseiam, pois, somente refletindo sobre o nosso fazer e tendo consciência de nossas ações e de suas bases teóricas, poderemos contribuir com o processo de mudança (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM AO INDIVÍDUO, FAMÍLIA E COMUNIDADE

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto

Essa aproximação, sem dúvida, trouxe como consequência, na maioria das Unidades Básicas, expressivo aumento da **demandas espontânea**. Assim, tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o **acesso**, e, portanto, dêem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção. A **visita domiciliar** e o **acolhimento** são bons exemplos de tecnologias que estão inseridas neste contexto (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Acolhimento e os princípios do SUS → Após dois meses de discussão e de capacitação de toda a equipe implantaram o acolhimento.

Acolhimento e a resolubilidade → O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário (SOLLA, 2005). Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a idéia do acolhimento como diretriz operacional. Espaço para o diálogo → Como qualquer outro espaço destinado ao diálogo entre um profissional de saúde e o usuário, o atendimento à demanda espontânea deve ser feito em local que preserve a privacidade desse diálogo.

O trabalho com grupos → Uma longa tradição tem marcado a utilização de trabalho com grupos na área da saúde, tanto na atenção à saúde psíquica quanto à saúde somática. Nos anos de 1970, os grupos denominados operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho.

Provavelmente, o trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica. É possível, até, que alguns usuários participem em mais de um dos grupos formados na Unidade, considerando que, geralmente, eles têm como um dos critérios organizadores um agravo à saúde, como diabetes e hipertensão, ou uma situação específica, como gestação ou adolescência.

O trabalho com grupo operativo: espaço de escuta → De forma bastante sintética, procuramos mostrar que não é “tão simples” trabalhar com grupos operativos, mas também não é impossível.

Visita domiciliar ou visita domiciliária → aborda a visita domiciliar como tecnologia apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

Foi (re) introduzida no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portanto, adotado como política pública na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) introduziu o Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cenário da saúde e reintroduziu a VD, utilizada em outros momentos no Brasil pelos visitantes sanitários, entre outros.

Visita Domiciliar → é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais populações estão expostas e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

3.6. SAÚDE DA MULHER

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro e são a maioria na sociedade brasileira. Alguns dados em 2007, as mulheres representavam 51,2% da população – havia 97, 195 milhões de mulheres para 92, 625 milhões de homens, numa população total de 189, 820 milhões de brasileiros. As projeções estatísticas apontam para a manutenção dessa diferenças, pelo menos para os próximos 30 anos (BRASIL, 2008). Portanto as mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Apesar desses números favoráveis a mulher, observa-se uma inserção diferenciada das mulheres no mercado de trabalho, ressaltando aspectos de desigualdade entre homens e mulheres em todas as faixas etárias (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

ASSISTÊNCIA GINECOLÓGICA NO PERÍODO REPRODUTIVO E NO CLIMATÉRIO

Construção de um protocolo de cuidados que assegure os direitos sexuais e reprodutivos da mulher: A decisão de direito das pessoas decidirem, de maneira livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; o direito à informação, aos meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência;

Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em: Práticas educativas permeando as ações de saúde, equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.), garantia de acesso aos usuários e livre escolha do método contraceptivo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

PREVENÇÃO DO CÂNCER GENITAL E DE MAMA

CUIDADOS À MULHER NO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA

A incidência desses dois tipos de câncer varia de acordo com a região do país. O câncer do colo do útero é a neoplasia mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000), ele ocupa a segunda posição e no Sudeste (18/100.000) o quarto lugar. Por outro lado, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres na região Sudeste, com risco estimado de 68 casos novos por 100 mil (BRASIL, 2007).

A possibilidade de detecção precoce do câncer na população feminina coloca a prevenção em evidência como uma questão importante em relação à saúde da mulher. Assim, a detecção precoce por meio da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

CONSTRUINDO UM PROTOCOLO DE CUIDADOS COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA:

A violência causada pela própria privação dos bens materiais e sociais que a população assistida pela equipe de Saúde da Família sofre cotidianamente. Na sua maioria, além de possuírem baixa renda e baixa escolaridade, se vêm frustradas em seus direitos básicos.

Em 1998, a área técnica de saúde da mulher e a coordenação nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde estabeleceram um protocolo para abordagem e conduta frente aos agravos resultantes da violência sexual contra a mulher. Esse protocolo foi publicado nas normas técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2005).

Assim, é necessária a capacitação dos serviços de saúde para o acolhimento, identificação, tratamento e encaminhamento adequado das vítimas, para que todas as unidades com serviços de ginecologia-obstetrícia prestem atendimento imediato a esses casos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

3.6 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Os objetivos estão relacionados com: a construção do projeto terapêutico será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e de seus familiares, a prioridade de atendimento será definida pela gravidade e não pela ordem de chegada e o compromisso do município de promover ações intersetoriais (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

HISTÓRIA DA LOUCURA

Na época da criação do hospital psiquiátrico, buscou-se transferir o cuidado aos doentes mentais dos hospitais gerais para essas instituições, saneando a cidade e excluindo aqueles incapazes de participar do processo capitalista vigente.

O velho hospital psiquiátrico traz para dentro de si as contradições e as desigualdades de uma sociedade que busca a uniformização do social, o ideal de normalidade para sobreviver. Nessa instituição o sujeito é despido das concepções existentes no mundo exterior e no seu mundo doméstico.

São características dessas instituições: o planejamento racional e consciente que atenda aos objetivos da instituição; a separação física e psíquica do internado com o mundo exterior; a ruptura com os papéis anteriormente desempenhados pelo internado; a restrição na transmissão de informações pela equipe dirigente (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica pretende construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhe garanta cidadania, o respeito a seus direitos e sua individualidade. Pretende modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade.

A rede territorial de serviços proposta na pela Reforma Psiquiátrica inclui centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

A ASSISTÊNCIA E A CLÍNICA

A reforma psiquiátrica tem como principal característica a reivindicação da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, tendo como estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do antigo paradigma da psiquiatria.

Os serviços de assistência em saúde mental vêm estimulando a capacidade de autonomia dos usuários, através de ações que integram o usuário à comunidade, proporcionando possibilidades para que se estabeleçam laços sociais, como também estimular uma nova visão social acerca do usuário em saúde mental, onde seja possível conviver harmoniosamente com as diferenças.

A rede dessa assistência em saúde mental visa o auxílio na promoção do desempenho social, no resgate do direito à cidadania e na observação do usuário numa dimensão subjetiva e sociocultural, promovendo, assim, uma melhoria em sua qualidade de vida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

Dessa forma, o papel da rede de assistência será o de funcionar como agente intermediário no processo de inclusão, não sendo imposto um critério único, mas adequando-se dentro da realidade e potencialidade de cada usuário.

No entanto, para que a rede de assistência em saúde mental funcione adequadamente, é necessário que os profissionais tenham uma visão biopsicossocial do sujeito em sofrimento mental, praticando a escuta, o esclarecimento, evitando estigmatizar e estimulando – sempre que possível – a co-responsabilidade do usuário no tratamento.

Contudo, a saúde mental precisa de profissionais capacitados técnica e emocionalmente, para oferecer uma assistência de qualidade às pessoas em sofrimento mental (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

DIRETRIZES GERAIS PARA A AVALIAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS mas sempre em direção à comunidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

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

As relações entre saúde e ambiente e as possibilidades de uma aproximação teórica e prática entre os campos disciplinares da Saúde Ambiental constitui o tema desse trabalho. A fase atual da história da humanidade é marcada pela revolução técnicocientífica-informacional, isto é, um processo onde a ciência, a técnica e a informação atuam de modo interdependente em todos os aspectos da vida social, com destaque para as atividades humanas.

É interessante dizer que para estudarmos saúde ambiental precisamos compreender as inter-relações do ambiente com os processos de produção, do trabalhador com a produção e com o ambiente, para então conhecer como este dinamismo pode afetar a saúde do ser humano e dos ecossistemas.

É necessário o entendimento da **evolução das questões ambientais no cotidiano das comunidades, bem como a compreensão de sua magnitude**, buscando-se **identificar no nível local as diversas relações** positivas e negativas entre as pessoas e o ambiente que as permeiam e a introdução de políticas e esforços voltados para a detecção de situações de risco.

O capitalismo é um sistema político-econômico no qual o lucro é o principal objetivo. Esse sistema tem uma grande capacidade de gerar riqueza, no entanto, nas últimas décadas esse modelo tem demonstrado sinais de esgotamento, resultando em uma crise. Dentre os principais fatores os principais são:

A contradição efetiva entre capital e trabalho: isso existe na luta entre os donos dos meios de produção e capital que luta pelos seus interesses que é de acumular riquezas através dos lucros, mas que contraria os anseios da classe de trabalhadores que buscam melhores condições de trabalho, melhoria salarial, valorização entre outros. Essa é uma difícil relação em que sempre o capital leva vantagem sobre os proletários (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

EVOLUÇÃO DE CONCEITOS E DE POLÍTICAS EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo.

A implantação de serviços rapidamente expandiu-se por outros países, paralelamente ao processo de industrialização e, posteriormente, aos países periféricos, com a transnacionalização da economia.

A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde quer como expressão do seguro social, quer diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e freqüentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

IMPORTANTES QUESTÕES DE TRABALHO, AMBIENTE E SAÚDE NO BRASIL

Tratará dos acidentes de trabalho, dos **distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**, da **perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR)**, da **intoxicação por chumbo**, das **dermatoses ocupacionais**, da **intoxicação por agrotóxicos** e, ainda, dos problemas que cercam o trabalho precoce.

Dort - (Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho) - São movimentos repetidos de qualquer parte do corpo que podem provocar lesões em tendões, músculos e articulações, principalmente dos membros superiores, ombros e pescoço devido ao uso repetitivo ou a manutenção de posturas inadequadas resultando em dor fadiga e declínio do desempenho profissional tendo como vítimas mais comuns os: digitadores, datilógrafos, bancários telefonistas e secretárias (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

A Ergonomia é o estudo dos aspectos do trabalho e sua relação com o conforto e bem-estar do trabalhador. Esta mais ligada às posturas, movimentos e ritmo determinados pela atividade e conteúdo dessa atividade, nos seus aspectos físicos e mentais. A ergonomia intervém analisando o trabalho, as posturas adotadas pelo trabalhador, sua movimentação e seu ritmo que de modo geral são determinados por outros fatores organizacionais.

O chumbo (Pb) é tóxico para os seres humanos. O nível de chumbo no cabelo é um excelente indicador de sobrecarga de chumbo no organismo. Níveis baixos de chumbo afetam a capacidade do organismo para utilizar cálcio, magnésio, zinco e outros minerais.

A intoxicação por chumbo pode causar inicialmente falta de apetite, gosto metálico na boca, desconforto muscular, mal estar, dor de cabeça e cólicas abdominais fortes. Entretanto, na infância, muitas vezes os sintomas ligados a deposição de chumbo no cérebro são predominantes.

Além da diminuição do QI podendo levar a dificuldades escolares o aumento de chumbo no sangue pode causar hiperatividade. As crianças apresentam uma absorção intestinal de chumbo maior que a dos adultos e os efeitos tóxicos do chumbo são mais importantes na criança devido ao período de desenvolvimento cerebral (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE AMBIENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é apresentada como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial vigente centrado na cura de doenças e no hospital. A complexidade de um quadro nosológico, no qual problemas relacionados ao trabalho e ao ambiente adquirem crescente importância, justificaria um novo olhar do setor saúde sobre a população (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

3.8 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A assistência odontológica pública no Brasil tem se estruturado, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nos anos 50 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde. A essa época, os modelos gerenciais que norteavam as ações de saúde bucal estavam estabelecidos de forma pulverizada entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica.

Dentre estes modelos gerenciais, o que se estabeleceu como hegemônico foi o Sistema Incremental em escolares que, na maioria dos casos, estava vinculado aos programas de Saúde Escolar. O Sistema Incremental, a despeito do grande avanço que representou para a assistência odontológica da época, se mostrou já no início dos anos 70, como um modelo superado, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura (NARVAI, 1994, LOUREIRO, 1995, ZANETTI *et al*, 1996).

Apesar do Sistema Incremental se tratar de um modelo programático, ou seja, em tese poderia ser aplicado a qualquer clientela circunscrita, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal (na verdade, um modelo de assistência a escolares) e se manteve como hegemônico durante mais de 40 anos (ZANETTI *et al* 1996).

Dessa forma, entre os anos 50 e fins dos anos 80, a assistência odontológica pública no Brasil era caracterizada pelo fato de ter um modelo predominante de assistência a escolares (na maioria das vezes, com Sistema Incremental) e, para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas (NARVAI, 1994, ZANETTI, 1993, ZANETTI *et al*, 1996).

Os modelos assistenciais em saúde geral e de saúde bucal em particular, de abrangência municipal, passaram a ter uma importância maior a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde. O SUS também traz em seu bojo o princípio da universalidade da atenção, integralidade e descentralização das ações e controle social. São diretrizes que puseram em cheque os modelos vigentes e imputaram um desafio muito grande aos municípios que se propuseram a reorganizar os seus modelos assistenciais (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b).

Mesmo tendo surgido algumas alternativas já a partir dos anos 70, como a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral, que geraram clones por todo o País, estes modelos (que, na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do Incremental) não se consolidaram, a não ser em algumas experiências pontuais. O fato é que, não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina hoje, por alguns autores, como o modelo da Saúde Bucal Coletiva, é uma estratégia ainda em construção, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, mas ainda sem uma matriz programática definida.

Vários municípios, entretanto, têm formulado modelos assistenciais de maneiras as mais diversas. Apesar de ainda não se ter nenhum estudo mais aprofundado sobre as experiências em todo o País, pode se dizer que a grande maioria ainda trabalha numa lógica bastante amadorística, o que pode ser justificado pela ainda pouca tradição na estruturação de sistemas de saúde bucal no Brasil (MATOS, 1993, WERNECK, 1994, LOUREIRO e OLIVEIRA, 1995).

Na década de 90, o Programa Saúde da Família (PSF) emergiu no cenário nacional para reorganizar a prática da atenção à saúde e leva-a até a família. Entretanto, apesar da Política de Saúde Bucal atual está estruturada nos princípios e diretrizes do SUS, ainda convive com modelos obsoletos que são incapazes de responder às necessidades da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE FAMÍLIA

A 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em 1986 baseia a Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

A saúde integral de cada indivíduo representa um fator para o desenvolvimento da nação em seu processo histórico. É impossível haver uma nação forte, se os indivíduos estão enfraquecidos.

A 2ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993 mostra as que permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país, levando em conta a Saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da Saúde Bucal no **SUS (Sistemas Único de Saúde)** deverá desmistificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levam em consideração a realidade concreta.

Desta forma, a **II Conferência Nacional de Saúde Bucal** aprovou com muita propriedade que esta inserção se dará através de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde), descentralizado e onde se garanta a universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

PROCESSO DE TRABALHO E ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Uma Equipe em Saúde Bucal é composta pelo Cirurgião-dentista, Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB). Em uma clínica ou consultório também fazem parte da equipe as recepcionistas, secretária de dentista, Técnicos em Prótese Dental e seus auxiliares, além da gerência da clínica, em muitos casos.

Tem municípios que podem contar com TSB e ASB, onde o cirurgião dentista acompanhara as ações realizadas principalmente a TSB em procedimentos do tipo raspagem, limpeza... (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

3.9 ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A construção de uma verdadeira sociedade inclusiva passa também pelo cuidado com a linguagem. Na linguagem se expressa, voluntariamente ou involuntariamente, o respeito ou a discriminação em relação às pessoas com deficiências. Com o objetivo de subsidiar o trabalho de jornalistas e profissionais de educação que necessitam falar ou escrever sobre assuntos de pessoas com deficiência no seu dia-a-dia. Ouvimos e/ou lemos freqüentemente esses termos incorretos em livros, revistas, jornais, programas de televisão e de rádio, apostilas, reuniões, palestras e aulas.

A numeração aplicada a cada expressão incorreta serve para direcionar o leitor de um termo para outro quando um mesmo comentário se aplicar a diferentes expressões (ou pertinentes entre si), evitando-se desta forma a repetição da informação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

ADOLESCENTE NORMAL

Desejando referir-se a um adolescente (uma criança ou um adulto) que não possua uma deficiência, muitas pessoas usam a expressão *adolescente normal, criança normal e adulto normal*. Isto acontecia muito no passado, quando a desinformação e o preconceito a respeito de pessoas com deficiência eram de tamanha magnitude que a sociedade acreditava na normalidade das pessoas sem deficiência. Esta crença fundamentava-se na idéia de que era anormal a pessoa que tivesse uma deficiência. A normalidade, em relação a pessoas, é um conceito questionável e ultrapassado. **TERMO CORRETO:** adolescente (criança, adulto) sem deficiência ou, ainda, adolescente (criança, adulto) não-deficiente (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

ALEIJADO; DEFEITUOSO; INCAPACITADO; INVÁLIDO

Estes termos eram utilizados com frequência até a década de 80. A partir de 1981, por influência do Ano Internacional das Pessoas Deficientes, começa-se a escrever e falar pela primeira vez a expressão pessoa deficiente. O acréscimo da palavra pessoa, passando o vocábulo deficiente para a função de adjetivo, foi uma grande novidade na época. No início, houve reações de surpresa e espanto diante da palavra pessoa: “Puxa, os deficientes são pessoas!?” Aos poucos, entrou em uso a expressão pessoa portadora de deficiência, freqüentemente reduzida para portadores de deficiência. Por volta da metade da década de 90, entrou em uso a expressão pessoas com deficiência, que permanece até os dias de hoje (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

DEFICIÊNCIA VISUAL

Deficiência visual é uma categoria que inclui pessoas cegas e pessoas com visão reduzida. Na definição pedagógica, a pessoa é cega, mesmo possuindo visão subnormal, quando necessita da instrução em braile; a pessoa com visão subnormal pode ler tipos impressos ampliados ou com auxílio de potentes recursos ópticos.

O Alfabeto Braille ou braile é um sistema de leitura com o tato para cegos inventado pelo francês Louis Braille no ano de 1827 em Paris. O sistema de Braille aproveita-se da sensibilidade epicrítica do ser humano, a capacidade de distinguir na polpa digital as pequenas diferenças de posicionamento entre dois pontos diferentes. Um cego experiente pode ler duzentas palavras por minuto.

Causas da Deficiência Visual:

- **Congénitas:** amaurose congénita de Leber, malformações oculares, glaucoma congénito, catarata congénita.

- **Adquiridas:** traumas oculares, catarata, degeneração senil de mácula, glaucoma, alterações relacionadas à hipertensão arterial ou diabetes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Deficiência auditiva (também conhecida como hipoacusia ou surdez) é a incapacidade parcial ou total de audição. Pode ser de nascença ou causada posteriormente por doenças.

No passado, costumava-se achar que a surdez era acompanhada por algum tipo de déficit de inteligência. Entretanto, com a inclusão dos surdos no processo educativo, compreendeu-se que eles, em sua maioria, não tinham a possibilidade de desenvolver a inteligência em virtude dos poucos estímulos que recebiam e que isto era devido à dificuldade de comunicação entre surdos e ouvintes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

DEFICIÊNCIA FÍSICA

Deficiência física é o nome dado a característica dos problemas que ocorrem no cérebro ou sistema locomotor, e levam a um mau funcionamento ou paralisia dos membros inferiores e/ou superiores. Pode ter várias etiologias, entre as principais estão os: fatores genéticos, fatores virais ou bacteriano, fatores neonatal, fatores traumáticos (especialmente os medulares).

As pessoas com deficiência de ordem física ou motora necessitam de atendimento fisioterápico, psicológico a fim de lidar com os limites e dificuldades decorrentes da deficiência e simultaneamente desenvolver todas as possibilidades e potencialidades.

As paralisias são classificadas em: monoplegia é associada freqüentemente com palsy cerebral. Este é o formulário o mais suave do palsy cerebral, e os indivíduos com ele têm geralmente um prognosis bom para uma vida mais atrasada. Pode também ser usado se apenas um grupo do músculo ou músculo forem afetados. Pensa-se freqüentemente como hemiplegia com muito menos participação do outro membro. Uma condição similar é o monoparesis, em que um membro é muito fraco, mas paralizado não completamente.

Diplegia é a paralisia de dois membros do corpo, sejam eles quais forem, é causada por rompimento de meninge na altura da oitava vértebra torácica. Triplegia é a perda total das funções motoras em três dos quatro membros (braços e pernas).

Tetraplegia é uma paralisia dos quatro membros, braços e pernas, que acontece como consequência de uma lesão medular ao nível da coluna vertebral cervical. Paraplegia é uma paralisia dos membros inferiores, decorrente de uma lesão medular ao nível da coluna vertebral tóraco-lombar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

3.10 INTERDISCIPLINALIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE

Trata-se de um movimento, um conceito e uma prática que está em processo de construção e desenvolvimento dentro das ciências e do ensino das ciências, sendo estes, dois campos distintos nos quais a interdisciplinariedade se faz presente.

Um estudo epistemológico é proveitoso para a delimitação do tema: Existem quatro palavras que são particularmente relacionadas entre si e todas delimitam uma abordagem científica e educacional: Pluridisciplinaridade; Multidisciplinaridade; Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade.

A fragmentação da ciência, advinda do século XVII, tornou necessária a divisão do conhecimento em disciplinas, o que deu origem à disciplinaridade, que, nas palavras de Irribarry (2003), significaria “a exploração científica e especializada de determinado domínio homogêneo de estudo”. Sendo assim, uma disciplina acarreta um conjunto de conhecimentos com aspectos próprios, e sua forma de ensino, de metodologia, e de formação.

A abordagem de uma determinada questão por uma dada disciplina seria eficiente para objetos simples, com apenas uma dimensão, mas em situações com várias referências e de caráter multidimensional, como a saúde humana, a pulverização do conhecimento em inúmeras disciplinas não seria capaz de solucionar os problemas do setor (CHAVES, 1998).

A tentativa de se confluir esta fragmentação disciplinar fez com que pesquisadores das mais diversas áreas passassem a sugerir uma estratégia de integração entre as disciplinas, de modo que o objeto final de estudo pudesse se enriquecer com a colaboração dos mais variados campos, até então tratados de forma isolada.

Surgia então a multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, cada uma com maior ou menor grau de conexão entre as disciplinas (ALONSO, 2005). Geralmente se observa uma profusão de definições acerca desta perspectiva integradora entre as disciplinas, razão pela qual, a seguir, são apontadas algumas diferenças entre cada abordagem, na ótica de vários autores e suas aplicações na área da saúde, iniciando-se com a multidisciplinaridade.

BIOÉTICA

É um neologismo construído a partir das palavras gregas bios (vida) + ethos (relativo à ética). Segundo Diniz & Guilhem, "...por ser a bioética um campo disciplinar compromissado com o conflito moral na área da saúde e da doença dos seres humanos e dos animais não-humanos, seus temas dizem respeito a situações de vida que nunca deixaram de estar em pauta na história da humanidade..."

As diretrizes filosóficas dessa área começaram a consolidar-se após a tragédia do holocausto da Segunda Guerra Mundial, quando o mundo ocidental, chocado com as práticas abusivas de médicos nazistas em nome da ciência, cria um código para limitar os estudos relacionados. Formula-se aí também a idéia que a ciência não é mais importante que o homem.

O progresso técnico deve ser controlado para acompanhar a consciência da humanidade sobre os efeitos que eles podem ter no mundo e na sociedade para que as novas descobertas e suas aplicações não fiquem sujeitas a todo tipo de interesse.

Em outubro de 2005, a Conferência Geral da UNESCO adotou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que consolida os princípios fundamentais da bioética e visa definir e promover um quadro ético normativo comum que possa a ser utilizado para a formulação e implementação de legislações nacionais.

Mais que uma metaética, a bioética transpõe-se a um movimento cultural: é neste humanismo que se pode englobar conceitos entre o prático biodireito e o teórico biopoder. É desta maneira que sua constante revisão e atualização se torna uma característica fundamental.

Edmund Pellegrino afirma que se deve buscar a raiz humanista da medicina, e que tal operação deve passar pela redescoberta da tradição hipocrática. Beauchamp e Childress, por sua vez, propõem uma teoria de princípios que determina quatro princípios para a ética biomédica: autonomia da medicina, não-malefício, benefício e justiça. Robert Veatch propõe cinco pontos fundamentais na relação entre o médico e o paciente: autonomia, justiça, compromisso, verdade e não matar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de Especialização da Saúde da Família a distancia realmente adquiriu muitos conhecimentos sobre o funcionamento do SUS. Inicialmente, como a maioria dos cursistas, acha que fosse algo que seria fácil de ser resolvido durante os 2 anos de curso. Na verdade foi um engano! O curso fez com que pudesse analisar detalhadamente toda a estrutura do PSF, os atores que participam do programa da saúde da família, acolher e escutar todo usuário que foi atendido por mim.

Durante esses dois anos todos enfrentaram com certeza algumas dificuldades para prosseguir o curso, mas com uma boa interação com o tutor Marcos e ele incentivando para ninguém desistir, fez com que pudéssemos ir ate o fim. São vários pontos positivos, tais como varias referencias bibliográficas disponíveis, a leitura é fácil de entender, incentivo dos tutores e os pontos negativos seriam pouco tempo para fazer uma tarefa e às vezes em algumas localidades não tinha sinal e dificilmente para acessar era impossível.

Aprendi muito com acertos, erros, dificuldades durante esses dois anos de curso. Colocarei em pratica tudo que aprendi, li, estudei os artigos que foram apresentados durante o curso. Espero que todos que participaram desse curso possam colocar todo o ensinamento na pratica. Quem vai ganhar tudo isso é a população.

REFERÊNCIAS *

A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE. In: Brasil. Organização 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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 à Saúde/DAPE. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. 22 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003 – 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85p.

FARIA , Horácio Pereira et al.– Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 4 v. : 80 p. il.)

<http://www2.ed.gov/rschstat/eval/tech/evidence-based-practices/finalreport.pdf>

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>

http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval

<http://www.scribd.com/doc/3890182/Residencias-Terapeuticas-Ministerio-da-Saude>.

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100021

http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/psiq/SNAS_P224_92psiq.doc

http://pt.wikipedia.org/wiki/Reforma_psiqui%C3%A1trica_no_Brasil

<http://www.facene.com.br/V3/?p=1006&autor=7>

http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/reabili.html

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/04.pdf>

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Autoconhecimento>

<http://164.41.147.200/emffluor/politicas/Modelos.pdf>

<http://www.netdentista.com/2010/04/auxiliar-em-saude-bucal-treinamento-asb-acd-tsb-thd-recepcionista-secretaria.html>

http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf

<http://www.cro-pe.org.br/revista/v9n4/15.pdf>

<http://www.colgate.com.br/app/Colgate/BR/OC/Information/OralHealthAtAnyAge/Teenagers/Teenagers/OralPiercings.cvsp>

<http://www.deficiencia.no.comunidades.net/index.php?pagina=1038927219>

www.cepde.rj.gov.br/terminologia_ppds.doc

<http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/pt/Monoplegia>

<http://saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=1672>

<http://www.ghente.org/bioetica>

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>

http://www.fundar.org.br/temas/texto__7.htm

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Interdisciplinaridade>

LÉVY, P. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999.

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

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.

MOORE, M. G. **Three types of interaction**. *The American Journal of Distance Education*, v. 3, n. 2, 1989.

Disponível em: http://www.ajde.com/Contents/vol3_2.htm#editorial. Acesso em: 20 jun. 2011.

MOORE, M. G.; KEARSLEY, G. *Educação à distância: uma visão integrada*. São Paulo: Thomson Learnig, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina>. Acesso em: 30 de junho de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist. Acesso em: 20 de agosto de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped. Acesso em: 30 de outubro de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher. Acesso em: 22 de novembro de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment. Acesso em: 18 de janeiro de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb. Acesso em: 18 de fevereiro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal. Acesso em: 28 de março de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def. Acesso em: 30 de abril de 2011.



SAÚDE DA FAMÍLIA : ATUAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ESF

Fabiano dos Reis Martinez

Tiangüá/Turma TI 01

Marcos Henrique Muniz De Castro

Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família e em
 Educação para área de Saúde, UVA - Sobral

Introdução

O presente trabalho visa à importância e os benefícios que a Educação a Distância trouxe para os profissionais da área de saúde. Essa forma de ensino vem sendo usada há muito tempo e sendo aprovada por muitos cursistas como opção para capacitar e atuar seguindo os princípios e diretrizes do Programa da Saúde da Família. A Unidade Básica de Saúde é realmente a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (UFC,2010) e assim mostrar a nossa vivência diária na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivos

Analisar a importância, a aplicabilidade dos conhecimentos mediados pelo curso como ferramenta para a capacitação profissional e para a abordagem geral na comunidade.

Atuar mais nas populações para que o paciente esteja mais acessível aos serviços da Unidade da Equipe da Saúde da Família.

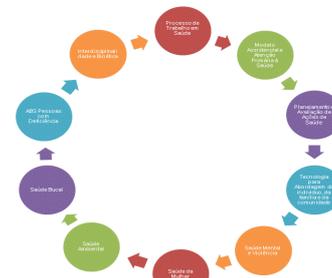
Metodologia

Trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial.

O curso baseou em 11 disciplinas voltadas para atenção básica em saúde da ESF. Ao longo do curso ocorreram atividades virtuais que contribuíram para aprendizado, tais como, fórum de discussão, relato das atividades do dia a dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde, chat, trabalhos em grupo, tarefas individuais.

Resultados e Discussão

Para sua construção, foram utilizados artigos científicos, o material didático do curso e as experiências profissionais. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos.



Considerações Finais

O curso de Especialização da Saúde da Família a distância realmente adquiriu muitos conhecimentos sobre o funcionamento do SUS! O curso fez com que pudesse analisar detalhadamente toda a estrutura do PSF, os atores que participam do programa da saúde da família, acolher e escutar todo usuário que foi atendido.

São vários pontos positivos, tais como varias referencias bibliográficas disponíveis, a leitura é fácil de entender, incentivo dos tutores e os pontos negativos seriam pouco tempo para fazer uma tarefa e às vezes em algumas localidades não tinha sinal e dificilmente para acessar era impossível.

Agradecimentos

Deus, Família, minha namorada, tutor Marcos.

Bibliografia (segundo as normas da ABNT 6023)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010.

Banco de Imagens

1. <http://nickmartins.com.br/atualidades/tag/edital-medico-teresina/>. Disponível em: 06/11/2011.
2. http://www.paixaoemamor.com/mensagem/1131_ser_medico.html. Disponível em: 06/11/2011.
3. <http://www.mundodistribos.com/curso-tecnico-gratuito-em-saude-bucal-ufu.html>. Disponível em: 06/11/2011.