

**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**

**ALESSANDRA CAVALCANTE LIMA**

**SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO ENSINO A  
DISTÂNCIA**

**FORTALEZA**

**2012**

**ALESSANDRA CAVALCANTE LIMA**

**SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO ENSINO A  
DISTÂNCIA**

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: Prof<sup>a</sup>. Me. Aline Tomaz de Carvalho Teixeira Cruz.

**FORTALEZA**

**2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará

---

L732s Lima, Alessandra Cavalcante.  
Saúde da Família: Processo de Aprendizagem no Ensino a Distância / Alessandra Cavalcante Lima. – 2012.  
33f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2012.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Me. Aline Tomaz de Carvalho Teixeira Cruz  
Coorientação: Prof<sup>º</sup>. Me. Fernando André Viana

1. Saúde da Família. 2. Promoção da Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDD 362.1

---

**ALESSANDRA CAVALCANTE LIMA**

**SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO ENSINO A  
DISTÂNCIA**

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

Aprovada em 10/07/2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Me. Aline Tomaz de Carvalho Teixeira Cruz (Orientadora)

---

Prof<sup>º</sup>. Me. Fernando André Viana (1º Avaliador)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andrea Soares Rocha da Silva (2º Avaliadora)

*Dedico a DEUS, por ter me dado uma família maravilhosa, que é à base de tudo na minha vida. A Ele minha eterna gratidão.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus.

Aos meus pais pelo investimento em minha educação.

A todos os meus colegas e amigos que contribuíram mesmo de forma indireta com esta etapa cumprida em minha.

## RESUMO

Este estudo foi construído por meio de reflexões elaboradas em forma de portfólios ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF), na modalidade semipresencial oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Foi realizado um levantamento bibliográfico, sistematizando as informações em forma de capítulos, onde cada um traz uma reflexão sobre a temática abordada, buscando sempre agregar no contexto de atuação de uma equipe de Saúde da Família e na perspectiva de seu bom desempenho na promoção da saúde e apoio a essa realidade. No Ceará, o referido curso de especialização integra-se ao Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS), da Universidade Federal do Ceará (UFC), mediante parceria com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, integrando o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros. A Educação a Distância (EAD) no ensino superior vem sendo propagado pelo mundo todo, envolvendo o uso abrangente das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). Nesta nova modalidade de ensino, resulta-se em um número cada vez maior de estudantes, professores e instituições, tanto públicas como privadas, em um novo caminho de desafios. O CESF é parte de um desafio contemporâneo de formar profissionais da saúde no seu contexto de trabalho, com uma metodologia que permita a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de educação a distância, ao mesmo tempo em que visa manter a qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Promoção da Saúde. Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

This study was constructed by means of reflections developed in the form of portfolios along the Specialization Course in Family Health (CESF) in semi-attendance mode offered by the Open University of SUS (UNA-SUS). We conducted a literature review, systematizing the information in the form of chapters, where each one reflects on the theme discussed, always trying to add in the context of performance of a Family Health Team and in view of its good performance in health promotion and support to this reality. In Ceará, this specialization course is part of the Center for Technology and Distance Education (NUTEDS), Federal University of Ceará (UFC), through a partnership with the Ministry of Health, through the Secretary of Labor Management and Education health, integrating the Open University System (SUS SUS-UNA) to meet the needs of training and continuing education of SUS workers, doctors, dentists and nurses. The Distance Learning (ODL) in education has been spread around the world, involving the extensive use of Information and Communication Technologies (ICT) in this new mode of education, resulting in an increasing number of students, teachers and institutions, both public and private, in a new way of challenges. The CESF is part of a contemporary challenge of training health professionals in their work context, with a methodology that allows the decentralization of educational activities through the use of distance education at the same time as it seeks to maintain the quality of content and processes learning, linking more and more a daily practice of the use of information technology and communication for the benefit of society.

**Keywords:** Family Health. Health Promotion. Public Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CESF	Curso de Especialização em Saúde da Família
DST	Doenças Transmitidas Sexualmente
EaD	Educação a Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NUTEDS	Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2 OBJETIVO</b> .....	10
<b>3 PORTIFÓLIOS</b> .....	11
3.1 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA .....	11
3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....	12
3.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	15
3.4 SAÚDE MENTAL .....	16
3.5 SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL .....	18
3.6 SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
3.7 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE SAÚDE BUCAL .....	23
3.8 ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA .....	24
3.9 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE .....	26
3.10 TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	27
3.11 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE .....	28
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil a partir da década de 1990 foi implantado o do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi considerado uma das grandes organizações dos serviços de saúde no país trazendo fortes mudanças e ajudando a sociedade brasileira. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira.

A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso (LIGIA ES, et al., 2007).

O objetivo da ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, onde a orientação para a cura de doenças era realizado principalmente no hospital. A atuação da ESF está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (MERHY, 1997).

Uma característica marcante da ESF é a atuação de equipes multiprofissionais, as quais são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares de dentista, técnico de higiene bucal, nutricionista, farmacêutico, além do pessoal de apoio como: auxiliar de serviços gerais, motorista, auxiliar administrativo e digitador, pode ser incorporado à equipe.

A ação interdisciplinar e multiprofissional requer coesão entre os profissionais das equipes. Este grupo de profissionais, com diferentes habilidades, precisa unir seus saberes para oferecer à população uma assistência humanizada, baseada nos princípios do SUS, permitindo mais eficiência, eficácia e resolubilidade aos serviços das unidades de Saúde da Família.

Partindo da importância de obter profissionais da saúde aptos a trabalharem sob a lógica da Promoção da Saúde, fortalecidos nos princípios que regem a ESF, que

são a hierarquização, descentralização, interdisciplinaridade, dentre outras, este estudo propõe uma abordagem sobre as várias temáticas inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF), ressaltando a relevância das mesmas no cotidiano dessa realidade.

Esse estudo traz reflexões orientadas a propiciar o melhoramento de condições dos serviços prestados neste nível de atenção à saúde. Reforçando a importância de os profissionais de saúde se manter sempre atualizados sobre os vários assuntos abordados durante o Curso de Especialização em Saúde da Família.

O presente trabalho é a construção de um Portfólio, ou seja, um estudo de natureza qualitativo do tipo relato de experiência, realizado com base nas experiências vivenciadas e nas discussões das disciplinas do curso de Especialização em Saúde da Família, bem como nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O curso foi composto por onze disciplinas apresentadas sob a forma de Módulos, constituindo as seguintes Unidades Didáticas do Curso a serem apresentadas neste trabalho através dos portfólios: Educação a Distância- EaD; Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; Atenção Básica em Saúde às Pessoas com Deficiência.

O trabalho não foi encaminhado para aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois por ser um relato de experiência e reflexões, o encaminhamento não é necessário.

## **2 OBJETIVO**

Realizar reflexões a partir da revisão bibliográfica, referente aos assuntos abordados ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, na modalidade semipresencial.

### 3 PORTIFÓLIOS

#### 3.1 EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

A Educação a Distância no ensino superior vem sendo propagado pelo mundo todo, envolvendo uso abrangente da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e nessa nova modalidade de ensino, resulta em um número cada vez maior de estudantes, professores e instituições, tanto públicas como privadas, em um novo caminho de desafios.

No Brasil, a EAD é recente e tem alcançado impulso e expressão política com a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei n. 9394 aprovada em 20 de dezembro de 1996, que a colocou como modalidade regular integrante do sistema educacional nacional (OLIVEIRA, 2007).

A utilização das TIC facilita e cria condições potenciais para a interação e o desenvolvimento de projetos comuns em grupos heterogêneos, mas ela não se limita a uma “presença técnica” a serviço de uma educação única. Diferente disso trata-se de um processo sociotécnico, inserido numa dinâmica política, de tomadas de decisão, de construção coletiva de projetos políticos e pedagógicos. [...] Tal perspectiva é crucial no debate recente sobre a autorização das universidades públicas para o desenvolvimento da EAD quando se acrescenta a essa discussão a crise estrutural pela qual passam tais instituições. No centro da crise, está um conjunto mais amplo de políticas públicas – da educação no sentido mais amplo, da cultura, telecomunicações, ciência e tecnologia - que poderão garantir condições técnicas, tecnológicas, institucionais e teóricas para o pleno desenvolvimento da EAD (PICANÇO, PRETTO, 2005).

Podemos afirmar que essa ‘nova’ modalidade de ensino, EaD, surgiu como alternativa para aqueles que buscam conhecimentos, que querem manter-se atualizados, porém a correria do dia a dia acaba dificultando e até mesmo impedida a realização desse processo. Sendo, portanto, uma ferramenta fundamental para quem não tem como frequentar uma instituição de ensino diariamente.

Considerando as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde que atuam em diversas áreas do saber, com relação ao acesso à formação continuada, vemos a Educação à Distância (EAD) como uma estratégia para a educação permanente frente às novas tecnologias e como uma inovação pedagógica na educação (OLIVEIRA, 2007).

Podemos afirmar que a EaD representa uma ferramenta de democratização do ensino e do saber dos profissionais da área de saúde, pois, enquanto estratégia contribui na tomada de consciência, por parte dos profissionais, dos avanços promovidos na área de conhecimento, gerando processos continuados de acesso a informação.

A criação do SUS tem provocado muitas mudanças nas práticas de saúde. Para que ocorram essas mudanças se faz necessário profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Portanto, só conseguiremos mudar a nossa forma de educar, cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (OLIVEIRA, 2007).

Assim, mesmo com os desafios, acreditamos na EAD como modalidade de ensino e aprendizagem é uma nova perspectiva para área de saúde. Isso significa, de modo essencial, substituir uma proposta da educação tradicional por uma nova proposta, na qual os docentes ensinam e os alunos aprendem mediante situações não convencionais, ou seja, em espaços e tempos que não compartilham. Para tanto, utiliza-se de uma multiplicidade de recursos pedagógicos com o objetivo de facilitar a construção do conhecimento (OLIVEIRA, 2007).

### 3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Segundo site Wikipédia (2012), Quixadá é um município brasileiro do estado do Ceará localizado na Mesorregião dos Sertões Cearenses. Uma de suas características mais marcantes são formações rochosas, os monólitos, nos mais diversos formatos que "quebram" a aparente monotonia da paisagem sertaneja. Quixadá pode ser considerado um município de porte médio em função da sua população de 80.447 habitantes (2009), o que representa 0,93% da população do estado.

A economia deste município depende principalmente no setor terciário (comércio e serviços) que é responsável por mais de 70% do PIB municipal além de

ocupar aproximadamente 59% da população economicamente ativa (deste montante, 51% são trabalhadores autônomos, do chamado setor informais). O comércio do município está concentrado no Centro da cidade onde recebe semanalmente centenas de moradores das áreas rurais e de municípios vizinhos como Choró, Banabuiú, Ibicuitinga e Ibaretama (WIKIPÉDIA, 2012).

Quixadá conta atualmente com 17 equipes de PSF qualificadas, sendo uma das primeiras cidades do Brasil a implantar a estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica. As equipes estão distribuídas em 14 unidades básicas de saúde, sendo 05 localizadas na sede e 09 localizadas na zona rural do Município.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) abordada para o estudo chama-se UBS/PSF Dr. José Everardo Silveira, localizado no bairro Campo Velho, um dos bairros mais populosos do município. Foi inaugurada em 1985, anos depois passou por uma reforma em toda sua estrutura física, sendo reinaugurada no dia 15 de junho 2002. Atualmente a UBS possui 2 consultórios médicos, 2 consultórios de enfermagem, 1 sala de curativo, 1 sala de ambulatório/observação, 1 sala de vacinação, 1 sala de dispensação farmacêutica de medicamentos, 1 copa. Conta com duas equipes do Programa Saúde da Família, compostas por 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 odontólogo, 1 técnico em higiene bucal, 5 auxiliares de enfermagem, atendendo, aproximadamente, cinco mil famílias cadastradas.

Os serviços ofertados na unidade incluem: Atendimento Integral a Saúde da Criança (Avaliação do crescimento e desenvolvimento; Vacinação; Teste do Pezinho), Atendimento Integral a Saúde da Mulher (Prevenção do câncer de colo de útero e de mama; Planejamento familiar; Pré-Natal), Controle da Hipertensão e Diabetes, Controle da Tuberculose e Hanseníase, Saúde Bucal, Educação em Saúde, Coleta de Exames Laboratoriais, Curativo, Aressolterapia, Dispensação de Medicamentos da Rede Básica. A unidade de saúde normalmente funciona de 07h30 as 11h30 horas e de 13h00 as 17h00, de segunda à quinta-feira. O expediente da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda livre e a alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, exame “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas.

A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde depende, essencialmente, da articulação das práticas e dos saberes dos diferentes profissionais desta área inseridos nesse contexto.

Apesar da existência de um planejamento do aparelho ideológico preconizando as ações de saúde, encontramos muitas divergências de olhares culturais entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço. Existe uma contracultura de valores ao nível dos objetivos, entre o que o profissional está tecnicamente orientado para fazer e as necessidades exigidas pelos usuários.

Considerando as especificidades nos serviços de saúde, podemos afirmar que a comunicação é fundamental no processo de trabalho em saúde no que se refere à assistência, educação, prevenção e cuidados.

Outra ferramenta importante para garantir a qualidade do processo de trabalho em saúde trata-se do trabalho em equipe multidisciplinar, que constitui em uma prática onde a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício diário do trabalho.

Os processos de informação e comunicação dentro do processo de trabalho em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente na qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental. É fundamental que a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde com seus clientes, seja acessível e de fácil entendimento para ambas as partes, respeitando as limitações de cada indivíduo, para assim produzir um atendimento de qualidade (bem de serviço).

A comunicação em busca de consenso entre os profissionais traduz-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela. Cada cidadão que comparece a UBS está na universalidade dos problemas de saúde, mas com uma diversidade de sua individualidade que precisa de uma assistência integral inicialmente biológica seguida dos aspectos de segurança, psicológicos e sociais. Neste caso, é indispensável um olhar nas diferenças das diferenças tendo como foco a natureza da natureza humana.

### 3.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A atenção primária é um assunto que sempre foi discutido no Brasil, porém pouco se colocava em prática um modelo em que fosse considerado ideal para a sociedade. Esse assunto era discutido principalmente em épocas de eleições, mas após esses eventos só ficava no papel e a concretização se tornava mais sonho.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalo centrado não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (SILVA JUNIOR, ALVES, 2012).

Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA, LABATE, 2005).

As equipes de saúde da família que atuam na atenção primária são formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e possui como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde dos usuários, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

É importante frisar que o caráter substitutivo somente ocorre, de fato, quando há um compromisso dos gestores e dos profissionais com a mudança proposta que implica, entre outras coisas, mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população. Caso contrário corre-se o risco de haver equipes de Saúde da Família atuando exatamente nos moldes do modelo que se deseja superar (FARIA, 2010).

Essa proposta constitui-se em um desafio, uma vez que propõe uma ruptura com o modelo assistencial atual e à construção de um novo paradigma, com uma nova dimensão ética.

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não realização de um trabalho focado nesses dois olhares, no PSF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade a referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-seno sentido de melhor qualificação (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

### 3.4 SAÚDE MENTAL

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Não obstante, somente uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam transtornos mentais e de comportamento está recebendo tratamento. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e de comportamento resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora ainda haja muito por aprender, já temos os conhecimentos e a capacidade necessária para reduzir a carga dos transtornos mentais e comportamentais em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

A internação de pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil remonta à metade do Século XIX. Desde então, atenção aos portadores de transtornos mentais

foi quase sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados (PORTAL DA SAÚDE, 2012). Vale ressaltar ainda que a oferta desse atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

A partir dos anos 70, têm início experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contida na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década passada, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

A Reforma Psiquiátrica consistiu em uma ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Sendo amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que duraram 12 anos. Significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade. O atendimento é feito em CAPS - Centros de Atenção Psicossocial - Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência. As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS /24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.

O Governo brasileiro atualmente tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTS) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica, programar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como objetivo, o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, devendo manter a integração com a Atenção Básica de Saúde.

O principal desafio encontrado neste cenário constitui em: Fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; Consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; Programar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego; Aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

O manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas terem acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, é preciso reconhecer que muitos já estão buscando assistência nesse nível. Isso não só proporciona uma atenção melhor como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Para que isso aconteça, porém, é preciso que o pessoal de saúde em geral receba treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental. Este treinamento garante o melhor uso dos conhecimentos disponíveis para o maior número de pessoas e possibilita a imediata aplicação de intervenções. Assim, a saúde mental deve ser incluída nos programas de formação, com cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade no manejo de transtornos mentais nos serviços de saúde gerais (OMS, 2001).

### 3.5 SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL

O universo feminino é cheio de detalhes próprios, que devem ser analisados de maneira sensível, pelo profissional de saúde. Muitas famílias hoje são chefiadas por

mulheres, que possuem uma dupla (e até, tripla) jornada de trabalho – pois, além de trabalhar fora, dão conta de todas as tarefas domésticas, são mães e esposas. É importante entender que mulheres e homens são diferentes, não só do ponto de vista físico e biológico, mas também na forma de como entendem o mundo, como apresentam suas necessidades e como querem ser aceitos, valorizados e entendidos, significa analisar estas questões sob a ótica do gênero.

A atenção em saúde da mulher deve ser voltada para a mulher como um ser complexo, completo e com peculiaridades, cuja saúde é um direito seu, seja no que se refere à sua promoção da saúde, seja no que diz respeito à sua prevenção de doenças.

É necessário, compreender as questões que estão relacionadas com as ações preconizadas para melhor atender às demandas de saúde da mulher, pois, a maior parte dos adultos que procuram os serviços de saúde são mulheres que apresentam diversas necessidades, esperando que sejam atendidas. É importante ressaltar que o índice de abandono dos tratamentos de saúde é significativo e relaciona-se com a dificuldade em receber atendimento e a forma como os profissionais atendem as pacientes, muitas vezes de forma desinteressada e desrespeitosa (LEANDRO, 2001).

Inúmeras são as causas que levam a mulher ao adoecimento e à morte. Estas causas estão diretamente relacionadas às condições e hábitos de vida inadequados, como por exemplo: pouca adesão aos serviços de saúde, sedentarismo, má alimentação, fatores hereditários, uso de álcool e drogas etc.

Em 1983 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propõe fornecer uma assistência integral clínico-ginecológica, com controle das Doenças Transmitidas Sexualmente (DST), do câncer cérvico-uterino (colo do útero) e mamário, a assistência para concepção e contracepção, uma melhor assistência pré-natal, do parto e do puerpério, abordando os problemas desde a adolescência até a terceira idade. Destacando uma importante ação para todos os profissionais, oferece assistência à mulher através da educação em saúde, nem sempre muito valorizada (COELHO, 2008).

Desta forma, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propõe novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as usuárias dos serviços, sendo baseado no respeito mútuo e na visão holística. Tem como

objetivos reconhecer a mulher como cidadã dotada de direitos e como uma pessoa inteira, onde a história do seu corpo e de sua vida tem importância fundamental, para que ela possa expressar o que sente e, a partir deste fundamento, possa ser ouvida e compreendida nas suas necessidades. Assegurando assim, o conhecimento necessário para que ela tenha um maior controle sobre sua saúde. O PAISM teve como ponto de partida, o debate sobre a questão do planejamento familiar, tendo sido incorporado ao conjunto das ações de saúde previstas por este programa (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

De acordo com o Brasil (2004) a atuação dos profissionais de saúde deve ser pautada pelos princípios da integralidade, equidade e, no que se refere à questão do planejamento familiar, o pressuposto básico é o de que todas as pessoas têm o livre direito à escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou casais. Neste sentido, se recomenda que as atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha livre e consciente do método anticoncepcional, assim como propiciar a reflexão sobre temas relacionados à prática da contracepção, inclusive a sexualidade.

Todo e qualquer trabalho educativo deve buscar romper com o autoritarismo e o distanciamento que historicamente marcaram a relação profissional-cliente, e este trabalho deve ser o primeiro a ser encorajado e realizado ao se implantar o programa de planejamento familiar.

O fenômeno da gravidez por si só, ocasiona fortes, belas e essenciais modificações na vida da mulher – em todo o seu corpo, mente, coração, relacionamentos e dinâmica de vida. Sua reação inicial dependerá do momento de vida. Em qualquer situação, ela dependerá do nível de apoio e suporte das pessoas para ela significativas, bem como da atenção e correta atuação da equipe de saúde que participará de todo o percurso do ciclo gravídico-puerperal. Para que a gravidez transcorra com segurança, os cuidados necessários precisam ser realizados, o mais precocemente possível, pela própria gestante, parceiro e família, com a participação dos profissionais de saúde [...] A assistência pré-natal é o primeiro passo para a vivência da gestação, parto e nascimento saudável e humanizado. Todas as mulheres têm o direito constitucional de ter acesso ao pré-natal e informações sobre o que está ocorrendo com o seu corpo, como minimizar os desconfortos provenientes das alterações gravídicas, conhecer os sinais de risco e aprender a lidar com os mesmos, quando a eles estiver exposta [...] o conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante todo o processo gestacional, de parturição e puerpério, mediante um conjunto de condutas, procedimentos e atitudes que permitem à mulher expressar livremente seus sentimentos. Essa atuação, condutas e atitudes visam tanto promover um parto e nascimento saudáveis como prevenir qualquer intercorrência clínico-obstétrica que possa levar à morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2003).

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

Para a produção de riquezas e bens, são necessárias matérias-primas, trabalho e tecnologia. Ao longo da história, particularmente no mundo ocidental, a natureza é vista como uma fonte inesgotável de recursos para os empreendimentos humanos, provendo o processo produtivo de energia e insumos, permitindo assim, a acumulação de capital. O avanço científico-tecnológico mobilizado para a produção, e guiado pela ideia da inexorabilidade dos recursos naturais, resulta na exploração sem limites. A postura ética estabelecida pela supremacia dos humanos sobre os outros seres do planeta reforça esse comportamento (DIAS et al, 2009).

Uma das melhores formas de entender as causas de doenças e morte de uma sociedade diferenciando-a de outras populações são as condições de trabalho, ambiente físico e saúde. Com o estudo desses fatos e causas é possível encontrar soluções, alternativas de como aumentar o quadro de saúde e conseqüentemente diminuir a mortalidade (DIAS et al, 2009).

Na perspectiva da saúde, o ambiente deve ser entendido como território vivo, dinâmico, constituído por processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, no qual se estabelece a vida humana, por meio de políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível, com a participação e controle social. Assim, as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador devem estar articuladas nos serviços de saúde, uma vez que os riscos gerados direta e indiretamente pelos processos produtivos afetam o meio ambiente e a saúde das populações e dos trabalhadores de modo particular (DIAS et al, 2009).

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

De acordo com o princípio da universalidade, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus

dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia (BRASIL, 2004).

Na perspectiva atual, as áreas ou campos temáticos saúde ambiental e a saúde do trabalhador compartilham a característica da transversalidade, exigindo políticas públicas que articulem os setores sociais responsáveis pela produção e geração de riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e o ambiente e aqueles responsáveis pela atenção integral, a vigilância e a reparação dos agravos. Nessa perspectiva, o SUS deve desenvolver práticas de saúde inovadoras, envolvendo equipes multidisciplinares que incorporem, além de seus princípios e diretrizes próprios, outros como o da precaução e o poluidor-pagador, originários da área ambiental, em estreito diálogo com os movimentos e organizações da sociedade civil [...] Entre as características da atenção primária à saúde que favorecem a inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador destacam-se o enfoque da territorialização e a proposta das redes de atenção à saúde. O enfoque do território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adstrita, bem como a avaliação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, conferindo concretude às relações produção/trabalho-ambiente e saúde e possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população (DIAS et al, 2009).

Ainda segundo o mesmo autor quando comparadas às práticas assistenciais curativas essas ações são dificultadas por causa do pouco desenvolvimento de atividades de vigilância à saúde nesse nível de atenção.

Apesar de importantes avanços nas práticas de saúde pública, ainda que isoladas e fragmentadas, as políticas públicas [...] em especial as políticas de saúde, não têm conseguido lidar adequadamente com essas questões. O encontro dos campos disciplinares da saúde do trabalhador e da saúde ambiental nos territórios onde se concretizam as relações sociedade-natureza fornece novas possibilidades de práticas de saúde no SUS, em especial na atenção primária à saúde, ordenadora do atual modelo de cuidado (DIAS et al, 2009).

### 3.7 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE SAÚDE BUCAL

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. (BRASIL, 2006). Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. O Brasil possui um quadro típico de um país em desenvolvimento, com elevada incidência de problemas, crescente oferta de cirurgiões-dentistas e difícil acesso aos serviços de saúde e bucal decorrentes das barreiras de ordem econômica.

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, é marcada por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (MIGUEL JUNIOR, 2012).

Nas duas últimas décadas, apenas algumas experiências isoladas e pontuais ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional efetiva para a saúde bucal.

Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente. O que caracteriza a ausência de uma cultura voltada para a educação em saúde em nosso país (BRASIL, 2005).

Através da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando à melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil [...] As principais linhas de ação são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2006).

Frente à realidade dos dados do perfil epidemiológico da população brasileira e na tentativa de suprir essa grande necessidade na reabilitação oral, a prática odontológica é um desafio cotidiano e que envolve não só o profissional da área como também a política de saúde e outros aspectos da sociedade.

### 3.8 ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Segundo a Organização das Nações Unidas, há cerca de 600 milhões de pessoas com deficiência no mundo, sendo que 80% vivem em países em desenvolvimento. Estas pessoas estão dentre as mais estigmatizadas, mais pobres e que têm os níveis mais baixos de escolaridade de todos os cidadãos mundiais, caracterizando violação de direitos humanos universais. No Brasil, dados do Censo Demográfico de 2002 revelaram que 24,6 milhões de indivíduos se reconhecem com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 14,5% da população (BERNARDES *et al.*, 2008).

A deficiência nem sempre foi aceita pelo ser humano, e quem detinha alguma eram sacrificados pela ignorância e falta de amor ao próximo. Por muitos anos a deficiência era considerada uma culpa que a pessoa tinha que carregar pelo resto da vida por que Deus fez assim. As pessoas não tinham o convívio social, não podiam trabalhar, não recebiam nenhum a auxilio e eram taxadas de estranhas, como se não fossem seres humanos com sentimentos e virtudes como qualquer pessoa.

A evolução conceitual advinda pelas transformações sócias históricas e culturais trouxe ajustes contínuos à percepção sobre deficiência. Historicamente, as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência eram afastadas do convívio social e as ações direcionadas a esse grupo eram basicamente assistencialistas e/ou de cunho religioso. Esta situação ainda é presente atualmente, mas vem se tornando menos frequente, em parte, como resultado das atitudes e comportamentos das próprias pessoas com deficiência. Ou seja, identifica-se uma mudança paradigmática em que a visão preconceituosa e excludente em relação aos “deficientes” cede à percepção das competências e da participação social destas pessoas. [...] Cabe ressaltar que o conceito de deficiência assumido pelo Estado tem impacto direto na construção de políticas públicas de saúde, pois é o principal critério de inclusão ou exclusão de beneficiários dessas políticas. No caso do Brasil, o Decreto nº 3.298, de 20/12/1999, definiu deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho da atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BERNARDES et al., 2008).

A Constituição de 1988 trouxe melhorias em relação às questões sociais, de garantia de direitos e cidadania. No entanto, no que se refere às pessoas com deficiência, as decisões foram restritas à regulamentação posterior e, ainda que o marco legal tenha formalizado direito básico e essencial, mantiveram-se ideias de caráter assistencialista– as quais já estavam presentes na sociedade – e que constituem uma barreira ao processo de inclusão social e participação no desenvolvimento do país (BERNARDES et al., 2008).

Entendendo, portanto, que a Constituição Federal não mencionou claramente as responsabilidades do setor da saúde no tocante ao público de pessoas com deficiência, tanto a Lei nº 7.853/89 como o Decreto nº 3.298/99 estabeleceram extensa relação de obrigações para o setor público de saúde. Assim a lei determina ações preventivas, de diagnóstico e encaminhamento precoce para tratamento; programas específicos de prevenção de acidentes; criação de redes de serviços especializada sem reabilitação e habilitação, garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, recebendo tratamento adequado, garantia de atendimento domiciliar de saúde para pessoa com deficiência grave e programas de saúde desenvolvidos com a participação da comunidade para estimular a integração social do grupo (BERNARDES *et al.*, 2008).

No cenário brasileiro, destacam-se os avanços na esfera da legislação vigente; contudo, tais iniciativas não asseguram que de fato os cidadãos estão protegidos. Merecem melhor análise outros elementos que interferem na destinação de recursos públicos para a assistência à saúde: o papel da economia de mercado e a insuficiência do orçamento do Estado (BERNARDES *et al.*, 2008).

Independente do seu caráter, as instituições de qualquer ordem são responsáveis pela segurança dos seus usuários. Da mesma forma, os hospitais, pois onde existe vida humana há necessidade de regras e normas destinadas a definir e regulamentar, como uma forma de prevenção, a segurança e convivência entre as pessoas. Ao serviço de enfermagem cabe responder pelas ações preventivas, organizacionais e de administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes. Nestes cuidados preventivos, estão os cuidados com as escadarias, incluindo larguras ideais dos batentes e dos espelhos, piso antiderrapante, corrimão de ambos os lados, de acordo com as normas técnicas (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007).

Dentro da nossa realidade inserida na atenção básico-primária ainda há muito que se fazer, desde programas especializados à estrutura física a fim de garantir a acessibilidade deste público, assim como um atendimento integralizado e holístico.

### 3.9 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

A bioética caracteriza-se por ser uma ciência na qual o homem é sujeito, e não apenas objeto, pela interdisciplinaridade é um campo de ação e de interação de várias disciplinas, e não apenas da área da saúde, interação, portanto de vários profissionais e estudiosos do conhecimento humano, os quais têm um papel a desempenhar na discussão bioética, uma vez que esta, ao abordar a vida e a saúde humanas, interesse de todos os homens, requer para tal discussão o conhecimento de todos esses profissionais.

Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a Bioética se sustenta em quatro princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça ou equidade (KOERICH, MACHADO, COSTA, 2005).

Discutir a assistência em saúde à luz da bioética torna-se imperativo em nosso meio, pois “ética não se resume apenas à reflexão, ela tem que ser simultaneamente ação”, levando-nos a crer que nosso cotidiano é pleno de situação que exigem analisem a tomada de decisão e onde podemos encontrar constantes dilemas éticos.

A bioética é um instrumento que nos guiará nas reflexões cotidianas de nosso trabalho, sendo fundamental para que as gerações futuras tenham a vida com mais qualidade (KOERICH, MACHADO, COSTA, 2005).

Na relação profissional-paciente, muitas vezes hierarquizada e complexa, começa a haver uma preocupação para que estes princípios sejam conhecidos e praticados. Uma vez que, estes princípios são essenciais para a garantia de uma boa assistência de saúde e uma boa resolubilidade dos problemas inseridos nesta esfera.

Trazendo para a realidade em atenção básica, a interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos problemas de saúde são de fundamental relevância nessa realidade do cotidiano da atenção primária.

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

Ao abordar a temática sobre transmissão de conhecimentos, precisamos estar cientes de que para se repassar qualquer tipo de informação, é necessário utilizar uma linguagem adequada de modo que o receptor de suas informações esteja compreendendo sua mensagem de maneira eficaz e objetiva. Deste modo, o valor de suas palavras/orientações terão mais sentido e conseqüentemente, serão assimiladas com eficiência.

Na saúde este processo de educação se torna ainda mais complexo, pois envolve a mudança de um modelo de atenção com foco na doença para outro voltado para a saúde, o que demanda muito esforço para a modificação de hábitos e costumes de vida da população assistida.

Devemos também compreender que a troca de informações se dá de maneira bilateral, ou seja, precisamos saber ouvir o que o outro tem a dizer, ouvir suas dúvidas e suas contribuições, apenas deste modo, estaremos construindo educação.

Portanto, além de ter domínio e repassar informações específicas, é imprescindível que o profissional de saúde saiba somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família são os que possuem mais condições e melhores possibilidades de interagir com a comunidade na

perspectiva de mudança do quadro epidemiológico brasileiro. Ele 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. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos.

É preciso, também, 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. É nessa dinâmica que se constrói outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos polos dessa relação (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009).

### 3.11 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

Planejar significa melhorar e aproveitar do tempo e os recursos; é estabelecer objetivos e metas a serem alcançados. Em relação aos profissionais de saúde planejar uma melhor realização do trabalho é poder acompanhar das ações por parte da gestão; ajudar a mobilizar vontades e conseguir recursos para se alcançar os objetivos almejados.

Na área da saúde o planejamento é utilizado de forma ampla e em distintos espaços e dimensões, a saber – para formalizar as políticas de saúde, dar organicidade aos sistemas de saúde, na dimensão gerencial e técnico-assistencial, para a delimitação dos sistemas locais de saúde, para a gestão do sistema de saúde suplementar, no planejamento em saúde, selecionando as prioridades e a partir do reconhecimento das necessidades de saúde – organizar as demandas em saúde, prever a cobertura dos serviços de saúde, favorecer a gerência e a gestão em saúde, fornecendo as ferramentas para avaliação de programas, de serviços e de cuidados em saúde e previsão de custos e alocação de recursos (NOGUEIRA; MIOTO).

Pensar o planejamento das ações profissionais no campo da saúde importa Recordar que o processo de trabalho que se desenvolve na atenção primária é coletivo, envolve uma multiplicidade de fatores e determinantes e situa-se na lógica dos serviços, o que confere características especiais em seu planejamento. Entretanto, ainda que o trabalho em saúde se configure como uma ação coletiva, no plano profissional específico torna-se necessário um direcionamento racional à ação a ser desenvolvida com vistas a contribuir com o processo coletivo de trabalho, identificando seu espaço sócio ocupacional no interior das equipes. Sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se submeter a práticas burocratizadas, escoradas em um pretensível valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas. Planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, formalizar articulação intrínseca entre as dimensões do fazer profissional, ou seja, as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Possibilita, no campo da saúde, formalizar relações entre as estruturas institucionais e profissionais, entre os eixos da ação profissional, entre as dimensões da integralidade e da intersectorialidade na garantia do cumprimento dos objetivos propostos e ou previstos (NOGUEIRA; MIOTO).

A avaliação de serviços de saúde tem sido cada vez mais considerada como uma prática relevante na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Consequentemente, o seu papel deve ser bem entendido, assim como a sua contribuição para a melhoria do desempenho da equipe, para a qualidade dos serviços por ela prestados e para o aumento da satisfação que seus membros possam ter com o seu trabalho. Constitui, também, atividade prestação de contas a agentes externos, como órgãos financiadores e a própria comunidade. Trata-se de um processo contínuo, onde é necessário realizar constante *feedback*, a fim de assegurar a melhoria das ações em saúde e garantir a qualidade da assistência prestada.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF), na modalidade semipresencial oferecida pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), contribuiu de forma especial, vários profissionais onde dentre eles me incluo como mais uma paciente deste processo. No inicio do curso imaginei ser algo fácil no sentido de poder administrar meu tempo, porém percebi ao longo das disciplinas que da mesma forma que precisamos nos dedicar as aulas presencias, também se faz necessário na semipresencial. Dessa forma conseguiremos obter o conhecimento mutuo e de forma responsável.

Falar sobre os portfolios com ajuda de vários autores que foi preciso estudar, ao longo, do curso de especialização foi a forma importante que encontrei de registrar meu aprendizado e disponibilizar a todos que querem estudar sobre estes assuntos, então descritos neste trabalho.

Através desta experiência “modalidade em EaD passei a dominar melhor as ferramentas da Internet e a pesquisar de forma eficaz os assuntos pertinentes a cada aula estudada. Todos os portfolios serviram de aprendizagem, esta que é necessária a todo o profissional da saúde, a educação continuada é muito importante para quem precisa lher dar com o ser humano principalmente na área da saúde publica. Que este trabalho sirva de base de estudo e pesquisa por muitos, de forma que venha acrescentar ainda mais os conhecimentos sobre cada um dos portfólios.

## REFERÊNCIAS

BERNARDES, L.C.G.et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo. v.14, n.1, p. 31-38. 2009.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 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 da Saúde. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: saúde da mulher, da criança e do adolescente 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAA7sAL/profae-caderno-8>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Modulo saúde da mulher**. NESCO/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2008.35p.

DIAS E.C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva** v.14, n.6, Rio de Janeiro. 2009.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

KOERICH, M.S.; MACHADO, R.R.; COSTA, E. **Ética e bioética**: para dar início à reflexão. **Texto Contexto Enferm.** Jan./Mar. v.14, n.1, p. 106-10, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072005000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

LEANDRO, Hildson. **Programa de assistência integral a saúde da mulher**, domingo, 20 de fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://profhildsonleandro.blogspot.com.br/2011/02/programa-de-assistencia-integral-saude.html>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

LIGIA, S.E.et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica/ Pan Am J Public Health** v.21, n.2. 2007.

MACHADO, Adriana germane Marega. WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. **Educação em saúde**. UNA-SUS. UNIFESP, São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2012.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MIGUEL JUNIOR, Armando. **Saúde bucal no Brasil**. Medicina pratica: tudo sobre medicina, 2012. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/programa-brasil-sorridente/>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

NOGUEIRA, A.M.R.; MIOTO, R.C.T. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**, 2012. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2012.

OLIVEIRA M.A.N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.60, n.5, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo, 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. 25 abr. 2012.

PAGLIUCA, L.M.F, ARAGÃO, A.EA, ALMEIDA, P.C. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev Esc Enferm.** São Paulo, v. 41, n.4. p.581-8, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 maio. 2012.

PICANÇO A.S.; PRETTO N.L. **Reflexões sobre EAD:** concepções de educação. Salvador, 2005. Disponível em: <<http://www.proged.ufba.br/ead/EADnaUFBA.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

PORTAL DA SAÚDE. Apresentação. **Breve histórico.** 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

\_\_\_\_\_.Apresentação. **Saúde da Mulher.** 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25236](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

ROSA W.A.G.; LABATE R.C. **Programa saúde da família:** a construção de um novo modelo de assistência, 2005. Disponível em: <[http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48284\\_5776.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48284_5776.PDF)>. Acesso em: 17 abr. 2012.

RIBEIRO E. M.; PIRES D. ; BLANK V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986. Classificação **Internacional de Doenças CID-10.** Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>. Acesso em: 03 dez. 2011.

SILVA JÚNIOR, A.G; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde:** desafios e perspectivas, 2012. Disponível em: <[http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/m\\_a\\_s.pdf](http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/m_a_s.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

VASCONCELOS M.; GRILLO M.J.C.; SOARES S.M. **Unidade didática I:** organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. **Quixadá**, 2012. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Quixad%C3%A1#Economia>>. Acesso em: 10 jun. 2012.