



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

ELTON FLÁVIO DE SOUSA VIEIRA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES PARA
MUDANÇA NA PRÁTICA PROFISSIONAL

SOBRAL
2011

ELTON FLÁVIO DE SOUSA VIEIRA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES PARA
MUDANÇA NA PRÁTICA PROFISSIONAL

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

Orientador: Prof. Me. Bruno Rocha Silva

SOBRAL
2011

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

V714c	<p>Vieira, Elton Flávio de Sousa Curso de especialização em saúde da família: reflexões para mudança na prática profissional / Elton Flávio de Sousa Vieira. – 2011. 62 f. : il.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011. Orientação: Prof. Me. Bruno Rocha Silva</p> <p>1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Educação a Distância I. Título.</p>
-------	--

CDD 362.1

ELTON FLÁVIO DE SOUSA VIEIRA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E IMPACTOS
PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Bruno Rocha Silva

Profa. Me. Patrícia Oliveira

Profa. Me. Maria Adeline Monteiro Silva

Aos meus pais, pelo esforço que fizeram para me dar uma educação de qualidade.

À minha esposa, por ter sido minha companheira de estudo durante o período do curso.

Ao meu filho, que tem sido uma criança exemplar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está sempre presente em todos os momentos da minha vida, cuidando de mim de um jeito especial.

À minha irmã Andreza, por ter me acolhido e a minha família em sua residência, por ocasião dos encontros presenciais.

RESUMO

A Saúde da Família é considerada uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica, desenvolvendo práticas gerenciais e assistenciais, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar, responsabilizando-se pelos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população de um território definido. Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência prática na ESF, com foco no que foi discutido, e os impactos profissionais mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família como, também, apresentar os portfólios produzidos ao longo do referido curso. O presente estudo trata-se de um relato das experiências adquiridas no decorrer do 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. Durante as disciplinas ofertadas ocorreram atividades virtuais (chats, fóruns de discussão, tarefas individuais e de grupos, etc.), onde, inclusive, havia troca de experiências com outros colegas de turma, bem como a elaboração de portfólios, onde se demonstrava a vivência na unidade básica de saúde, bem como o impacto produzido por cada disciplina na ação profissional. Ao final do curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos. Estou convencido, neste momento de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, de que me tornei um profissional mais capacitado e preparado para o enfrentamento das adversidades. Concluo este curso convicto de que a Atenção Básica é alicerce de um grande edifício chamado Sistema Único de Saúde. A mudança de qualidade de vida da população com o surgimento do Programa de Saúde da Família é visível. Muitos pacientes comentam comigo, na Unidade Básica de Saúde em que trabalho como enfermeiro, a dificuldade que era no passado quando alguém tinha um problema de saúde. Eles tinham que percorrer um longo caminho para conseguirem uma consulta. Sabemos que o ideal ainda é uma utopia, mas um longo caminho já foi trilhado.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Educação a Distância.

ABSTRACT

Family Health is considered a strategic priority for the Primary, developing management practices and assistance in the form of multiprofessional teamwork that must work in an interdisciplinary perspective, and be responsible for health problems of greater frequency and relevance of population a defined territory. The objectives of this paper describes the experience of learning and professional impacts mediated Specialization in Family Health and the portfolios have produced over the course. The present study this is an account of the experiences gained during the Specialization Course in Family Health offered by the Federal University of Ceará in partnership with the Open University of SUS, semi-face mode. During the courses offered there were virtual activities (chats, discussion forums, individual and group tasks, etc.), Where even had an exchange of experiences with other classmates as well as the development of portfolios, which showed the experience the basic health unit, as well as the impact of each professional discipline in action. At the end of the course, all portfolios were collected and presented in chapters. I am convinced at this time of completion of the Specialization Course in Family Health, that I became a more skilled professional and prepared to face adversity. I conclude this course convinced that Primary is the foundation of a large building called the Unified Health System Change of quality of life with the advent of the Family Health Program is visible. Many patients commented to me in the Basic Health Unit I work as a nurse, was the difficulty in the past when someone had a health problem. They had to go a long way to get an appointment. We know that the ideal is still a utopia, but a long way already trodden.

Keywords: Family Health, Primary Health Care; Distance Education.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS- Atenção Básica á Saúde

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CERES- Coordenadoria Regional de Saúde

CPO- Média de Números de Dentes Cariados (C), Perdidos (P) e Obturados (O)

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB- Norma Operacional Básica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

PNH- Política Nacional de Humanização

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFC- Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	12
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO: PORTFÓLIOS	14
3.1	Processo de Trabalho em Saúde	14
3.2	Saúde Mental e Violência	19
3.3	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	24
3.4	Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	28
3.5	Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	33
3.6	Saúde da Mulher no Ciclo Vital	39
3.7	Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	42
3.8	Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	46
3.9	Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	49
3.10	Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	51
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é considerada uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica, desenvolvendo práticas gerenciais e assistenciais, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar, responsabilizando-se pelos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população de um território definido. Orienta-se pelos princípios da atenção primária em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade e acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Segundo ROSA e LABATE (2005), “o Programa Saúde da Família (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”.

A Atenção Básica consiste no espaço de cuidado mais próximo da vida dos usuários do SUS, pois tem a territorialização como ponto de partida para a organização dos serviços de saúde. O território no qual o serviço de saúde está inserido é um espaço vivido no qual são travadas as relações sociais que dão sentido as características locais. A proximidade estabelecida entre a equipe de saúde e os usuários denota a possibilidade de apreensão de seus modos de viver e perceber o mundo. Os profissionais podem valer-se desse espaço para identificar as necessidades em saúde da população, vislumbrando a organização dos serviços de saúde em função das necessidades evidenciadas (MATTIONI, BUDO & SCHIMITH, 2011).

Nessa perspectiva, o Curso de Especialização em Saúde da Família surge como fruto de uma parceria que a Universidade Federal do Ceará (UFC) estabeleceu com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, SGTES, passando a integrar o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente para as categorias de medicina, odontologia e enfermagem (NUTEDS/UFC, 2010).

O processo de ensino aprendizagem se dá a distância, na modalidade semi-presencial, visto que o Ministério da Saúde tem incentivado a formação em larga escala para o aperfeiçoamento profissional, fortemente marcados pela convocação de parceiros no campo

da gestão e da formação, colaborando dessa forma para a formação ampliada dos profissionais de saúde (NUTEDS/UFC, 2010).

Sou enfermeiro e trabalho na equipe de saúde da família Sede I, localizada no município de Acaraú-CE. É motivo de grande satisfação ter sido selecionado, bem como ter oportunidade de ser aluno do curso de Especialização em Saúde da Família.

Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência prática na ESF, com foco no que foi discutido, e os impactos profissionais mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família como, também, apresentar os portfólios produzidos ao longo do referido curso.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma reflexão da prática da ESF, a partir dos ensinamentos adquiridos no decorrer do 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 ocorreu no período de abril de 2010 a julho de 2011.

Durante as disciplinas ofertadas ocorreram atividades virtuais (chats, fóruns de discussão, tarefas individuais e de grupos, etc.), onde, inclusive, havia troca de experiências com outros colegas de turma, bem como a elaboração de portfólios, onde se demonstrava a vivência na unidade básica de saúde, bem como o impacto produzido por cada disciplina na ação profissional. As referidas atividades eram construídas, tomando-se por base artigos científicos, o próprio material didático do curso e as experiências profissionais. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos.

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.

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Processo de Trabalho em Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) – é apontada como alternativa para reorganização da oferta de serviços de saúde e a proposta insere-se no âmbito do debate em torno das opções para reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico e curativo. A ESF em certos municípios brasileiros constitui-se em uma estratégia que completa tanto a organização de oferta sobre problemas e necessidades, aproximando-se do modelo da vigilância à saúde e da distritalização. Por isso, a Estratégia de Saúde da Família atualiza essa figura de modo a inserir-se entre os modelos alternativos (VANDERLEI & ALMEIDA, 2007).

Nesta nova perspectiva, o indivíduo e a doença deixam de ser o foco da atenção, passando a família a ocupar esta posição, sendo, portanto, objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (NUTEDS/UFC, 2010).

Porém, na minha vivência, esta mudança de paradigma não tem sido fácil de ser implementada. São muitas as dificuldades e nem sempre tem-se o apoio necessário para o bom desenvolvimento do trabalho. A prática de ações de prevenção e promoção da saúde não são vistas com bons olhos por parcela da população e por alguns gestores, que ainda possuem o pensamento voltado para uma visão ultrapassada de se fazer saúde.

Sobre esta questão NUTEDS/UFC (2010) relata que o processo de trabalho no nível popular vem apresentando reflexos juntos às instituições de saúde que, de uma forma ou de outra, não atraem a comunidade para participar de ações ligadas a promoção da saúde como algo apaixonante, pois esses procuram os serviços, geralmente, para as soluções imediatas. O fato leva os profissionais a trabalharem muito mais na recuperação das doenças, durante as intervenções assistenciais, em detrimento a promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida e bem estar individual e coletivo.

Com a intenção de enriquecer esta discussão elaborei uma descrição do município, da comunidade/área de abrangência da equipe, bem como da unidade de saúde na qual desenvolvo minhas funções. Procuo também explicar como é dia a dia da equipe de saúde.

Acaraú, segundo o IBGE (2011), é um município que se localiza próximo à foz do rio de mesmo nome. Sua população estimada no ano de 2009 era de 54.753 habitantes. É o maior produtor de lagosta do Brasil. A cidade sobrevive da pesca, agricultura e da pecuária. O artesanato de renda também é outra importante fonte de renda no município. Acaraú fica a 255 km de Fortaleza, com acesso pela CE-085, BR-222, seguindo pela CE-354 e pelas BR 402 e 403. A base da economia é a pesca, tanto que este possui um porto, com um canal de acesso de 2,4 metros de profundidade que, em maré alta, permite a entrada de pequenas embarcações.

Acaraú possui os seguintes distritos: Juritianha, Lagoa do Carneiro e Aranaú. Também possui diversos atrativos naturais para o turismo:

- Praias: Barrinha, Aranaú, Monteiro, Arpoeiras, Barra do Zumbi, Espriado, Volta do Rio e a Coroa Grande;
- Lagoas: Espinhos da Volta, Dantas, Lagamar e a Carrapateira;
- Ilhas: Ilha dos Fernandes, Imburana, Coqueiros, Grande, Ilha do Rato, Ponta do Presídio; e
- Rio Acaraú.

Os principais eventos culturais são:

- Festa da padroeira: Nossa Senhora da Conceição. Esta festa acontece na véspera do dia 8 de dezembro de cada ano, sendo este dia feriado municipal;
- Carnaval, evento que tem atraído muitos visitantes à cidade por serem bastante tranquilos os festejos dos foliões;
- Festival Junino: evento realizado pouco antes do seu aniversário de emancipação política, 31 de julho; e
- Festival Internacional do Camarão: realizado anualmente, é um evento de porte internacional, sendo realizado na cidade, atraindo visitantes nacionais e internacionais.

Na área de saúde, a cidade é sede da 12ª. CERES (Coordenadoria Regional de Saúde). A unidade hospitalar é filantrópica, atende pelo SUS e planos de saúde. É referência, na região, em obstetrícia, pediatria e cirurgia geral. Está sendo construído um hospital regional, onde serão atendidas outras especialidades. A atenção básica hoje conta com 16 equipes da estratégia saúde da família e 01 equipe indígena (zona rural), sendo 05 equipes na zona urbana e 11 na zona rural e 01 equipe indígena (zona rural); cobrindo cerca de 90% da população. A rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos, é muito grande. Temos apenas 06 equipes completas. A maioria dos profissionais que aqui trabalham, são concursados e têm estabilidade.

A comunidade de Sítio Buriti, na realidade, trata-se de um bairro localizado na sede do município, tendo como principal atividade os pequenos comércios, a agricultura e pecuária de subsistência, bem como conta com alguns pescadores. Porém, a maior parte da renda é proveniente dos benefícios do INSS e Bolsa Família, ou seja, as famílias, de um modo geral, possuem baixo poder aquisitivo e as moradias são simples, bem como as condições de esgotamento sanitário são altamente precárias. A maioria tem acesso à água tratada/encanada e energia elétrica. A região também concentra um alto índice de criminalidade, uso de drogas, de prostituição e gravidez na adolescência.

A equipe de saúde do Sítio Buriti foi implementada há 5 anos. Antes disso, a área era coberta por outra equipe. A Unidade de saúde (vide foto) trata-se uma construção composta por consultórios médico, odontológico e de enfermagem, recepção, SAME, farmácia, salas de procedimentos e imunização, almoxarifado, expurgo, sala de preparo e esterilização, copa/cozinha e lavanderia, bem como banheiros para usuários e funcionários. Apenas os consultórios médico e odontológico possuem condições adequadas de ventilação para atendimento a população. Por isso, as consultas de enfermagem somente são realizadas nos dias em que não há consultas médicas, ou seja, em dois turnos por semana. Nos outros dias o enfermeiro agenda outras atividades de enfermagem, como vacinação e educação em saúde. Para estas últimas a unidade não possui uma área adequada, motivo pelo qual as mesmas são realizadas na própria área da recepção.



Foto 1 – Unidade Básica de Saúde do Sítio Buriti (Fonte: acervo pessoal)

A equipe é formada por 06 Agentes Comunitárias de Saúde. Ambas são bastante experientes, sendo que a menos experiente já conta 6 anos no exercício da profissão. Porém,

uma destas profissionais tem problemas de saúde com várias pessoas da sua família, o que tem prejudicado o desempenho de suas atividades, uma vez que a mesma tem que acompanhar os seus familiares em consultas, exames e tratamentos diversos. A equipe dispõe também de 01 enfermeiro, 02 Auxiliares de enfermagem (01 que acompanha a equipe nos deslocamentos e outro exclusivo da unidade de saúde) e 01 médica. Esta é cubana, mas já trabalha no Brasil há muitos anos. Porém, apresenta dificuldade em compreender alguns dialetos utilizados na cultura da nossa região. Atualmente a equipe não possui odontólogo e auxiliar de saúde bucal, mas, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, os referidos profissionais já estão sendo contratados.

A equipe ainda não possui um bom entrosamento com a associação do bairro, uma vez que esta foi formada há pouco tempo. As informações à comunidade, geralmente, são repassadas na sala de espera para as consultas e atendimentos.

A unidade de saúde funciona das 07h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min horas. As atividades de recepção são realizadas pela auxiliar de enfermagem do posto. As demais atividades são revezadas entre os dois auxiliares de enfermagem. Como não contamos com médico todos os dias da semana, há uma demanda reprimida muito grande e a comunidade reclama muito a falta deste profissional. Como estamos sem o serviço de odontologia na unidade, estamos encaminhando as urgências odontológicas para outras unidades da sede do município. Há também uma demanda reprimida para consultas bastante grande, uma vez que a médica não atende na terça-feira pela manhã, nem na sexta-feira e o enfermeiro, que não possui condições adequadas para atendimento, só atende consultas de enfermagem nos dias que o consultório médico está desocupado. A população também reclama de não haver atendimento no período noturno, pois várias pessoas trabalham durante o dia e só poderiam comparecer para consultas no período noturno.

Atualmente, as atividades executadas pela equipe do Sítio Buriti são:

- Enfermagem - atendimento subsequente individual a hipertensos e diabéticos, puericultura, saúde da mulher (prevenção de câncer de mama e colo de útero e pré-natal), visitas domiciliares, bem como atividades de educação em saúde e procedimentos do auxiliar de enfermagem, como curativos, imunização (inclusive nas escolas), inalações, etc.;
- Médico – atendimento à demanda espontânea, urgências/emergências, visitas domiciliares, pré-natal e atendimento a hipertensos e diabéticos.

Nota-se um desinteresse por parte da população pelas atividades de educação em saúde. Algumas pessoas até comentam que o tempo para estas atividades deveria estar sendo

utilizado para realização de consultas. Nossos usuários ainda estão muito condicionados à cultura da cura através dos medicamentos.

Para se ter uma idéia da dimensão desses olhares culturais, participei de um trabalho que viu a questão da adesão ao tratamento medicamentoso em terapia combinada (multi-drogas) pelos hipertensos de uma unidade básica de saúde aqui de Acaraú. Como resultados da pesquisa (SOUZA e VIEIRA, 2009), destaco os seguintes:

- 66% dos pacientes eram analfabetos;
- 23% relataram que não conseguem aprender o modo correto de tomarem as medicações;
- Em torno de 1/3 dos pacientes não tomam as medicações corretamente por medo de intoxicação medicamentosa ("envenenar-se");
- 18% dos pacientes não comparecem às consultas de rotina porque acham que não há necessidade de consultarem-se;
- 60% dos pacientes não comparecem às atividades educativas. 50% destes não comparecem às sessões educativas por falta de tempo ou interesse.

Ou seja, nós temos muito o que fazer! Principalmente quando se fala de prevenção e promoção da saúde.

Não esqueçamos que muitas das ações fogem da nossa governabilidade. O público com o qual nós trabalhamos ainda conta com uma grande parcela de analfabetos, o que torna o sucesso do serviço muito mais demorado.

Agora também não adianta aos gestores exigirem das equipes que façam as ações de educação em saúde, mas sem darem subsídios para tal. Como vimos nos resultados da pesquisa, há um desinteresse quase que generalizado pela participação em ações educativas. Assim, temos que oferecer algo atrativo para que haja comparecimento e participação. E para isso necessitamos de alguns recursos que devem ser oferecidos pela gestão.

Vale salientar que alguns gestores sequer valorizam as ações educativas. Infelizmente a área da saúde ainda é usada em muitos municípios como objeto de campanhas “politiqueiras”.

Um aliado importante das equipes de saúde da família seriam os conselhos municipais de saúde. Mas estes, especialmente nos municípios de pequeno porte, via de regra, apenas dizem "amém" às propostas e projetos trazidos pelas gestões. Não se impõem perante as administrações municipais. Muito pelo contrário, na grande maioria das vezes, só servem como mera formalidade burocrática, pois sem eles o município não receberia os recursos do governo federal.

Todavia, não se pode esquecer que várias questões estão dentro da nossa governabilidade, como, por exemplo, desenvolver habilidades de comunicação efetivas. Vale também salientar que este processo de comunicação entre profissional e usuário, visa, entre outras finalidades, a obtenção de "estado de confiança mútua". A comunicação eficaz poupa tempo e dinheiro, pois o usuário sai esclarecido sobre que providências deverá tomar para o esclarecimento de um diagnóstico ou para a recuperação de sua saúde (NUTEDS/UFC, 2010).

Contudo, a rotatividade de profissionais nas unidades básicas de saúde tem prejudicado bastante este vínculo entre os profissionais e os usuários. Quando um profissional começa conhecer a população, chamar as pessoas pelo nome, conhecer os hábitos das pessoas e, em alguns casos, até criar vínculos de amizade, geralmente, pelo que conhecemos da realidade dos municípios, ou ele é transferido de área ou ele consegue "algo melhor" e muda de município. E aí vem outro profissional para reiniciar todo o processo de conhecimento do território.

Os desafios são enormes e as condições para superá-los nem sempre são as mais favoráveis. Mas, cabe a nós continuarmos esclarecendo a comunidade sobre medidas de prevenção e promoção da saúde. Aliás, esta, talvez, seja a maior finalidade desta estratégia: desenvolver no usuário competências para o auto-cuidado e co-responsabilização na sua situação de saúde, da sua família e da comunidade onde vive. Continuemos persistindo na idéia de que saúde não é somente ausência de doenças. Procuremos aliados para nos apoiar nesta empreitada: escola, associação do bairro/comunidade, formadores de opinião, etc., ou seja, o que não podemos fazer é ficarmos inertes.

3.2 Saúde Mental e Violência

Os modelos de atenção em saúde propostos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária brasileiras redirecionam a atenção à saúde do hospital para a comunidade, desconstruindo saberes, propondo novas formas de assistência e reconhecendo a comunidade como o *locus* preferencial de intervenção (NUTEDS/UFC, 2010).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

“A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e

que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios”. (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

A atual Reforma Psiquiátrica vem se contrapor ao modelo hegemônico de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão social do doente mental. Rompendo paradigmas, criando novas formas de convivência com a loucura, buscando a transformação da realidade assistencial, inserindo novos atores em sua história, ela surge desestabilizando e criticando o modelo dominante da assistência na área da saúde mental. Reorientar esse modelo de atenção para fora dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes, criando novas culturas para a convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidade, além de garantir assistência à saúde de qualidade torna-se um grande desafio (NUTEDS/UFC, 2010).

Dentre as estratégias adotadas no processo de reforma psiquiátrica, destacamos os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e

comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Segundo BRASIL (2004), os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Outra importante responsabilidade dos CAPS é a estratégia institucional conhecida por apoio matricial (AM), que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental. Visa a favorecer a co-responsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as Unidades de Saúde da Família e permite o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à atenção básica, bem como sobre os usuários, as famílias e o território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua. O AM é um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Permite, além disso, diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008).

Contudo, segundo DESVIAT (1999), alguns problemas têm dificultado o processo de desinstitucionalização do doente mental. Esses problemas variam em grau de dificuldade conforme os países e as regiões, mas podem ser considerados comuns ao movimento em todo o mundo. São eles:

- Os recursos econômicos têm ido insuficientes para o desenvolvimento dos programas comunitários;
- A saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada pela equivalente transferência de verbas para a criação dos serviços substitutivos que vêm acontecendo em ritmo lento, devido, sobretudo, à crise de financiamento do sistema de saúde;
- A desativação dos leitos hospitalares não se faz acompanhar da alocação eficiente de equipamentos extra-hospitalares;
- Os programas de saúde mental comunitária ainda não estão projetados para atender aos pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos. Acreditou-se, no início da reforma, que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício e com o tratamento na comunidade. Entretanto, o que se observou foi a manutenção de um núcleo rígido, resistente aos programas de reabilitação e carente de um meio protegido de vida, que oscila entre um hospital de cuidados mínimos e uma moradia assistida;
- O planejamento é deficiente e inexistente uma gestão unificada dos recursos públicos. É importante salientar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira não vai acontecer de forma semelhante em todas as regiões de um país com imensas desigualdades sociais, econômicas, culturais e profissionais. Certamente, os serviços substitutivos estarão alocados, em maior quantidade, nas regiões mais ricas do país;
- Os serviços sociais e os recursos alternativos, que centram suas ações nas necessidades mutáveis dos pacientes, são carentes.

Destaque-se, outrossim, a importância da efetividade nos vínculos entre os serviços específicos de saúde mental e os serviços básicos, entre eles a Estratégia Saúde da Família. Não podemos esquecer que a atenção básica, através das unidades de saúde da família, continua sendo a porta de entrada de todos os problemas de saúde. Cabem às equipes de saúde da família também o diagnóstico e acompanhamento dos transtornos mentais mais leves.

Durante demasiado tempo, as perturbações mentais tem sido largamente ignoradas no âmbito dos esforços desenvolvidos para reforçar os cuidados de saúde primários. Isto tem acontecido apesar das perturbações mentais poderem ser encontradas em todos os países, em mulheres e homens, em todas as etapas da vida, entre ricos e pobres, e tanto em localizações rurais como urbanas; e apesar da integração da saúde mental nos cuidados primários facilitar serviços holísticos e centrados no indivíduo, e como tal, ter um papel crucial em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata (OMS, 2008).

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (BRASIL, 2003).

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica (BRASIL, 2003):

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Porém, na realidade, as equipes de saúde da família não tem recebido a formação adequada para estas atividades. Também temos deixado de promover ações preventivas e de promoção da saúde mental, que deveria ser o principal foco de nossa atenção nesta área.

A atenção deve ser multi e interdisciplinar, propiciando um maior envolvimento entre os níveis de atenção, bem como entre os profissionais do mesmo nível. Deve

ser também multisetorial, uma vez que irá envolver, em muitas situações, outros setores que não a saúde.

Acho que o aprofundamento no estudo da Saúde Mental tem melhorado a assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais na minha área adscrita.

Procurei, a partir de então, aproximar a equipe de saúde da família do CAPS, procurando prestar uma melhor assistência. Ou seja, a ESF acompanha os portadores de transtornos mentais leves e referencia os portadores de transtornos moderados e graves para o CAPS, não esquecendo que estes continuam sendo acompanhados pela ESF.

O próximo passo será a implantação das ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde mental, bem como a implementação do apoio matricial.

3.3 Modelo Assistencial e Atenção Primária a Saúde

A utilização de modelos teóricos como referência é comum em vários campos do conhecimento. Assim, temos modelos matemáticos, modelos econômicos, uma multiplicidade de modelos teóricos na física e na química etc. A aplicação de modelos nas ciências da saúde é muito freqüente. Mesmo na pesquisa experimental em saúde temos a construção de modelos vivos, como as doenças ou mutações genéticas que são produzidas em animais para o estudo de alguns dos nossos problemas de saúde e até mesmo de nossos comportamentos (FARIA et al, 2008).

Seguindo o raciocínio de Platão, uma cidade ideal seria a melhor referência para orientar nossas ações do que as cidades existentes com suas imperfeições, contradições e problemas. A partir das diferenças constatadas entre uma cidade ideal e uma cidade real um governante ou gestor poderia gerar um programa de trabalho no sentido de aproximar a cidade concreta da cidade ideal. Dito de outra forma, a diferença entre o ideal e o real corresponde ao que deve ser feito (NUTEDS/UFC, 2010).

Já Aristóteles vai propor que nos inspiremos em cidades concretas e conhecidas, bem governadas, onde a vida é boa, para orientar nossas ações frente a um problema a resolver (NUTEDS/UFC, 2010).

Não esqueçamos que constitui equívoco querer instituir um modelo teórico à categoria de verdade eterna ou incontestável. É querer transformá-los no argumento que acaba com o diálogo ou no parâmetro final pelo qual o sistema de saúde ou o trabalho de uma equipe é avaliado. Por seu turno, inspirar-se no que está sendo feito em um determinado lugar para lidar com um determinado problema pode nos levar a equívocos em função de que este

problema neste lugar determinado se reveste de um contexto específico que não é o mesmo no qual estamos vivendo (NUTEDS/UFC, 2010).

Os municípios brasileiros e, particularmente os cearenses, apesar de todas as semelhanças existentes, vivem peculiaridades próprias, sejam elas ambientais, sociais, políticas, econômicas, culturais ou demográficas. Jamais podemos ou devemos, por exemplo, comparar a realidade de uma cidade grande como Sobral a de uma cidade pequena como Cruz. Os problemas são diferentes, bem como a maneira de solucioná-los.

Na nossa abordagem, entendemos que o modelo assistencial, tanto em nível individual como coletivo, baseia-se na prevenção, tratamento e reabilitação. Isso se dá através de intervenções, onde são utilizados recursos físicos, tecnológicos e humanos.

“Atualmente convivem no Brasil diversas formas de organizar e prover os serviços. Entre os usuários de saúde suplementar (os Planos de Saúde), poder-se-ia dizer que o formato se aproxima do que vários autores tem chamado de Modelo Liberal Privatista. No SUS, concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde, convivem práticas que relembram o sanitarismo campanhista e, apesar de atenção básica e a urgência serem prestados majoritariamente pelo aparato estatal, os serviços hospitalares e os de maior complexidade são comprados de organizações privadas que contam, em sua grande maioria, com profissionais médicos organizados de forma liberal. No Brasil, a exemplo do que tem ocorrido em vários países do Ocidente, propostas alternativas a esse modelo hegemônico de organização dos serviços vem sendo desenvolvidas.” (NUTEDS/UFC, 2010).

Sabe-se que em considerável parcela dos municípios, ainda há uma supervalorização das consultas e exames (em grandes quantidades e muitas vezes com pouca qualidade), assim como a distribuição de medicamentos. Essa supervalorização se dá tanto por parte dos usuários como também dos gestores, o que acaba por dificultar nossa atuação no sentido da prevenção.

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

- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica);
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da Equipe de Saúde da Família;
- vacinação;
- atividades educativas a grupos da comunidade;
- pequenas cirurgias;
- atendimentos básicos por profissionais de nível médio;
- atividades dos agentes comunitários de saúde;
- orientação nutricional e alimentar, ambulatorial e comunitária; e
- pronto atendimento.

Segundo SILVA e CALDEIRA (2010), historicamente, o sistema de saúde brasileiro foi marcado por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica, ou seja, carecia de mudanças profundas e radicais. Esse aspecto sofreu rupturas com o desenvolvimento da atenção primária, através de equipes multiprofissionais, estratégica e prioritariamente implantadas nas áreas de maior vulnerabilidade das cidades. Reafirmando os princípios do SUS, o PSF se expandiu rapidamente e passou a assumir o *status* de "estratégia". O número de equipes de saúde da família passou de pouco mais de 2 mil equipes em 1998 para aproximadamente 30 mil equipes em 2008. A rápida expansão reafirmou a importância no novo modelo como prática reorganizadora dos cuidados primários de saúde.

A partir de então, tornou-se necessário discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde. Sobretudo, porque a maioria dos profissionais que se integram às equipes de saúde da família ainda se formam dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde.

Não há dúvidas de que, ao longo dos últimos anos a Estratégia Saúde da Família – ESF tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. Todavia, não é possível afirmar de forma absoluta o quanto a implementação da estratégia tem implicado em efetiva reestruturação do modelo assistencial.

Contudo, “a mudança do modelo assistencial 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”. (NUTEDS/UFC, 2010).

Faço agora um relato da minha vivência, como enfermeiro, no Município de Acaraú.

Atualmente, desenvolvo um trabalho, na ESF do Bairro Sítio Buriti, na cidade de Acaraú-CE, no sentido da inversão da lógica de atendimento. Estou, há aproximadamente um ano, aumentando gradativamente as ações de prevenção e promoção da saúde, tais como palestras, oficinas, imunização nas escolas, etc., em detrimento das ações meramente curativas.

A médica da equipe, infelizmente, não atende todos os dias na unidade, o que, de certa forma vem dificultando a adoção das estratégias. Contudo, procuramos suprir a unidade de saúde com atendimentos de demanda espontânea em 04 dias da semana, os quais são realizados por, pelo menos, um dos profissionais de nível superior (médica, enfermeiro ou dentista).

Nos dias de segunda e terça o enfermeiro faz palestras e imunização de jovens nas escolas. Enquanto isso, a médica e o dentista fazem atendimento de demanda espontânea e programada. Nos dias de quarta o dentista realiza ações de educação em saúde e escovação/aplicação de flúor nas escolas, enquanto o enfermeiro realiza ações de demanda programada na unidade. Nas quintas o enfermeiro e a médica realizam visitas domiciliares, enquanto o dentista realiza atendimentos programados. Nas sextas o dentista e o enfermeiro realizam atendimentos programados.

Outra ação interessante tem sido a participação de todos os profissionais nas avaliações dos agentes de saúde, onde são analisados os indicadores de saúde da equipe.

Porém, não tem sido fácil a implementação desse calendário de atividades. A população reclama bastante. Ela já estava acostumada ao atendimento individual curativo (consultas).

Percebe-se, via de regra, um desinteresse das pessoas pelas ações de promoção da saúde. Criamos um grupo de gestantes que iniciou com 18 participantes e, nas últimas reuniões, contávamos apenas com 04 gestantes.

Também não há um interesse da gestão em investir em promoção da saúde. O que notamos é que há uma preocupação para não faltar medicamentos, material para curativo, inalação, material odontológico, etc., mas não há preocupação na disponibilização de um lanche para os participantes dos grupos, falta material básico (como papel madeira e pincéis) para realização de atividades educativas e oficinas.

Contudo não se deve desanimar. Muito pelo contrário, tem-se que continuar lutando em prol da melhoria da qualidade de vida e de saúde de nossa população e, ao mesmo tempo, tentando convencê-la e aos gestores que este é o caminho.

Enfim, é fundamental que a equipe esteja atenta aos problemas internos, externos e às diversas demandas que lhe chegam e que esteja disponível para discuti-los e enfrentá-los. Outra questão importante refere-se à necessidade de adoção de um processo de educação permanente, com vistas às atualizações, reorientações, adoção de novos protocolos e revisão do processo de trabalho.

3.4 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

De acordo com o Dicionário Michaelis-UOL, planejar significa: 1 projetar, traçar, desenhar, planejar. Ex: Planejar uma construção. 2 pretender, tencionar, intentar, planejar. Ex: Planejo viajar mês que vem. 3 idealizar, imaginar, programar, planejar. Ex: Os militares planejaram a invasão do território inimigo.

O desafio relativo à implementação do SUS exige a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Dessa forma, uma importante ferramenta é, sem dúvida alguma, o planejamento (NUTEDS/UFC, 2010).

No nosso cotidiano nos deparamos com diversas situações e momentos que exigem de nós o planejamento. Questões rotineiras como o orçamento doméstico, uma viagem, um momento de lazer, uma compra de uma casa ou uma festa, são situações típicas que requerem planejamento.

O planejamento serve de alicerce que para atinjamos nossos objetivos. Através dele aumenta-se a probabilidade de sucesso e sem ele as nossas chances de superarmos os obstáculos são muito pequenas ou praticamente nulas. Ficamos a mercê da nossa própria sorte.

Segundo MATUS (1989): “o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação.” Ou seja, pode-se dizer que um modo bastante simplificado de planejar é “simplesmente” pensar antes e durante a ação. É o contrário de improvisação. A ação improvisada é aquela que não tivemos tempo de pensá-la previamente, pois fomos pegos de surpresa. Ou seja, são as ações voltadas para os imprevistos. É o famoso “apagar incêndios”. Dessa maneira, se planejar é um refletir antes e durante o agir (NUTEDS/UFC, 2010).

O fato é que considerar o planejamento um dispositivo é nada mais que assumir o fato de ser "ele" o elemento disparador de uma série de acontecimentos que culminam por confluir com os objetivos ou finalidades, o processo esperado da transformação ou manutenção da ordem estabelecida (JESUS e ASSIS, 2010).

Segundo NUTEDS/UFC (2010), o planejamento constitui, junto à epidemiologia e às ciências sociais, um dos três pilares da Saúde Coletiva. Sendo assim, torna-se de grande importância sua utilização na área da saúde porque:

- permite melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos;
- esclarece objetivos e metas a serem alcançados;
- leva a uma melhor realização do trabalho por parte dos profissionais envolvidos;
- permite o acompanhamento das ações por parte da gestão; e
- ajuda a mobilizar vontades e conseguir recursos para o fim almejado

Quando planejamos alcançar objetivos complexos e queremos fazê-lo de uma forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersetorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento.

Destacamos dois tipos de métodos de planejamento: o normativo e o estratégico. O primeiro trata-se daquele que é realizado por técnicos, cujo objetivo maior é a relação custo-benefício. É o planejamento feito “às quatro paredes”, através de metodologia rígida, contemplando apenas um único olhar sobre a realidade. O segundo trata-se de um método de planejamento, de metodologia flexível, onde há participação de vários atores envolvidos no processo, os quais apresentam olhares e objetivos diferentes e, às vezes, até conflitantes.

NUTEDS/UFC (2010) aponta as principais diferenças entre ambos:

Quadro 1 – Diferenças entre Planejamento Normativo e Planejamento Estratégico Situacional

Planejamento normativo	Planejamento estratégico situacional
Determinista (predições certas)	Indeterminista (predições incertas)
Objetivo (diagnóstico)	Subjetivo (apreciação situacional)
Predições únicas	Várias apostas em cenários
Certeza	Incertezas e surpresas
Cálculo técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado	Sistema aberto (várias possibilidades)

Pensemos numa situação onde uma equipe de saúde pode achar que os principais problemas de uma comunidade, por seu impacto no perfil de mortalidade e por suas complicações, são o diabetes e a hipertensão arterial. Mas essa comunidade se sente mais incomodada e afetada com a dificuldade de acesso a água e com o desemprego e a violência.

Pode-se observar na situação que os atores envolvidos nessa situação têm um objetivo em comum: a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Quem desempenha suas funções nas unidades básicas de saúde passa por situações como essa no seu cotidiano.

É uma luta convencer algumas mães a trazerem suas crianças para as consultas de puericulturas. Escutamos alguns comentários como: "porque devo levar meu filho para

consulta? Ele nem está doente!" Mas, o que também nos conforta é que esta situação está mudando paulatinamente. Graças ao trabalho de educação em saúde que vem sendo realizado.

Cabe ressaltar, que, no caso em discussão, estamos diante de problemas de alta gravidade, os quais exigem soluções de curto/médio prazo. Concordo com aqueles que pensam que a questão do acesso é o mais urgente dos casos. E não podemos esquecer que a falta de água de qualidade interfere diretamente na situação de saúde da comunidade.

Em relação à mortalidade e complicações por hipertensão e diabetes, na minha opinião, o que deveria ser feito de imediato seria uma sensibilização da comunidade para esta questão. Ora, se um dos problemas apontados é a questão do desemprego, o que dificulta a captação de recursos para subsistência das famílias, imagine tudo isto com a morte ou invalidez (por complicações da hipertensão e diabetes) de uma pessoa economicamente ativa na família. Acho que deveríamos orientar a comunidade neste sentido.

No tocante à questão da violência, a governabilidade da equipe é muito limitada. Porém, não podemos jamais esquecer o nosso papel social na nossa área adscrita. Podemos estimular oficinas sobre o uso de álcool e drogas; estimular a criação de um conselho de segurança na área; realizar palestras sobre a violência no trânsito, etc. Poderíamos ainda orientar e instigar a comunidade a lutar por melhores condições de segurança.

Por ocasião da realização deste curso, também exercitamos a construção de um plano de ação utilizando como método o planejamento estratégico situacional. Investigamos a questão da adesão ao tratamento medicamentoso em terapia combinada pelos hipertensos do PSF Curral Velho, no município de Acaraú-CE. Este trabalho também foi apresentado como monografia por ocasião da conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Saúde, pela ENSP/Fiocruz (SOUZA e VIEIRA, 2009).

A relevância da temática se justifica, pois a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (farmacológico) continua constituindo um dos maiores problemas na área de hipertensão arterial, que é uma doença altamente prevalente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, podendo levar ao aumento da gravidade da patologia, aumento do número de hospitalizações em decorrência de complicações da hipertensão e aumento da mortalidade por doenças cérebro-vasculares.

Essa falta de adesão se deve, entre outros fatores, ao medo de intoxicação medicamentosa, falta de conhecimento, falta de acesso pela distância da unidade de saúde, falta da medicação, ocorrência de efeitos adversos e falta de acompanhamento/orientação por parte da equipe de saúde.

Em busca da realização de um plano de ação, realizamos uma entrevista estruturada, com a finalidade de se levantar os hábitos do indivíduo portador de hipertensão arterial, relacionados à adesão ao tratamento.

A partir desse levantamento, deu-se início ao plano de intervenção, onde, juntamente com a própria equipe de saúde da família do Curral do Velho e com pessoas da própria comunidade, foram trabalhados os principais problemas apresentados, com a finalidade de melhorarmos a adesão ao tratamento medicamentoso em terapia combinada.

Foram entrevistados 50 indivíduos, sendo 50% da amostra composta por pacientes do sexo masculino e 50%, do sexo feminino, a fim de obtermos uma amostra uniforme para ambos os sexos, apesar de não ser esta realidade dos serviços de saúde, onde o público feminino é quem mais procura os serviços.

Baseado nos dados coletados, chegou-se à conclusão de que a taxa de não adesão ao tratamento medicamentoso em terapia combinada ainda é bastante elevada, o que é motivo de preocupação, pois sabe-se que essa não adesão os poderá levar a complicações como: aumento na gravidade da patologia, com lesões de órgãos-alvo; aumento no número de hospitalização em decorrência de complicações da hipertensão e aumento da mortalidade por doenças cérebro-vasculares.

Constatou-se como principais causas: baixo nível de escolaridade dos pacientes; desinteresse dos usuários no comparecimento às consultas de rotina e às atividades educativas; insuficiência de atividades de educação em saúde; falta de orientação da equipe sobre os efeitos adversos da medicação e dificuldade de acesso a unidade de saúde. A maioria desses dados recai sobre a educação em saúde, seja ela em palestras ou em uma orientação mais bem detalhada dentro dos consultórios e pelos ACS durante as visitas. Falta também, um melhor acompanhamento desses hipertensos faltosos e com maior dificuldade de realizar o tratamento de forma adequada.

Em seguida foi traçado um plano dentro da realidade na qual nos encontramos no município, sobretudo no que tange às questões da aplicabilidade do mesmo. Ou seja, o plano possui uma alta governabilidade, inclusive por parte da própria equipe de saúde da família, bem como ensejará num pequeno comprometimento financeiro por parte da Secretaria de Saúde do Município.

Elencados, portanto, os três problemas passíveis de intervenção:

- falta de acompanhamento do tratamento;
- insuficiência de atividades de educação em saúde; e
- dificuldade de acesso à unidade de saúde.

Ato contínuo foi elaborado o plano de ação, a seguir:

PLANO DE AÇÃO

Causa ou problema a ser enfrentado: Falta de acompanhamento do tratamento

Ações	Recursos	Produtos a serem alcançados	Impacto a ser gerado (resultado)	Meta (indicador quantificado)	Prazo de conclusão	Responsável
Intensificar as visitas dos agentes comunitários de saúde aos hipertensos	Recursos humanos	Aumento do número de visitas aos hipertensos	Melhor acompanhamento da saúde dos hipertensos	100%	30 dias	Agentes de saúde
Realizar consulta mensal (médica e/ou de enfermagem) dos pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico	Recursos humanos	Hipertensos com dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico acompanhados mensalmente	Melhor acompanhamento da saúde dos hipertensos com dificuldade na adesão ao tratamento	80%	60 dias	Médico e enfermeira

Causa ou problema a ser enfrentado: Insuficiência de atividades de educação em saúde

Ações	Recursos	Produtos a serem alcançados	Impacto a ser gerado (resultado)	Meta (indicador quantificado)	Prazo de conclusão	Responsável
Aumentar o número de atividades de educação em saúde e realiza-lás também nas localidades onde os pacientes moram.	Recursos humanos e financeiros	Aumento do número de atividades de educação em saúde	Hipertensos com dificuldade de adesão ao tratamento mais estimulados	15 atividades/mês	30 dias	Agentes de saúde, médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem

Causa ou problema a ser enfrentado: Dificuldade de acesso à unidade de saúde

Ações	Recursos	Produtos a serem alcançados	Impacto a ser gerado (resultado)	Meta (indicador quantificado)	Prazo de conclusão	Responsável
Descentralizar o atendimento da unidade de saúde para os pontos mais distantes	Recursos humanos e financeiros	Atendimento médico e de enfermagem funcionando em pontos descentralizados	Maior comparecimento às consultas médicas e de enfermagem pelos hipertensos	80%	90 dias	Coord. da Atenção Básica, médico e enfermeira

Vale ressaltar a importância do planejamento na minha prática. Fiz dele uma rotina na unidade na qual desenvolvo minhas funções, o que propiciou à equipe uma visão mais ampla dos problemas existentes, uma vez que a comunidade também é consultada, bem como o estabelecimento de planos de ação para o enfrentamento dos mais diversos problemas.

Tudo isto vem contribuindo para a melhoria das relações entre os membros da equipe, bem como entre a equipe e a comunidade, que se sente prestigiada em participar das decisões e também das ações.

3.5 Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

É evidente que educação e saúde interagem nos espaços de produção de ações voltadas para a qualidade de vida da população. Contudo, o aprendizado sobre essa interação e a compreensão das consequências geradas por uma ou outra concepção pedagógica utilizada, predominantemente e ao longo do tempo, não têm o enfoque desejável na maior parte dos processos de formação dos profissionais de saúde (NUTEDS/UFC, 2010).

Ações educativas que impliquem em mudança de comportamento por parte do nosso usuário ainda são uma utopia no nosso cotidiano. Falta, por parte deste usuário, o interesse e, por parte do profissional, o método.

Segundo BORDENAVE (1999) são três as opções pedagógicas que podem ser adotadas em determinados contextos:

a) **pedagogia de transmissão:** parte da premissa de que as idéias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação e, como consequência, a experiência fundamental que o aluno deve viver para alcançar seus objetivos é a de receber o que o professor ou o livro lhes oferecem. O aluno é considerado como uma “página em branco” onde novas idéias e conhecimentos de origem exógena serão impressos;

b) **pedagogia do condicionamento:** se diferencia da pedagogia da transmissão por não considerar como mais importante no processo educativo as idéias e os conhecimentos. Na verdade ela enfatiza os resultados comportamentais, ou seja, as manifestações empíricas e

operacionais da troca de conhecimentos, atitudes e destrezas. Esta escola pedagógica, associada ao behaviorismo (Watson, Skinner) e a reflexologia (Pavlov), se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. É como ocorre no treinamento de animais domésticos, como por exemplo, com cães que saltam através de um arco “motivados” em receber a “recompensa” pelo “esforço” realizado; e

c) **pedagogia da problematização:** parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas.

Por esta razão, a capacidade que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente. Em termos de capacitação em gestão e produtividade, não é tão importante, dentro do contexto desta pedagogia, a transmissão fiel de conceitos, fórmulas, receitas e procedimentos nem tampouco a aquisição de hábitos fixos e rotinas de trabalho que conduzem a uma boa gestão. Em certas situações, é mais importante e urgente desenvolver a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante como a global e estrutural; detectar todos os recursos de que se possa lançar mão; identificar os problemas que obstaculizam um uso eficiente e equitativo dos ditos recursos; localizar as tecnologias disponíveis para usar melhor os recursos ou até inventar novas tecnologias apropriadas; e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva para conseguir tudo anteriormente citado.

No quadro atual, em que o termo transmissão de conhecimentos simboliza a abordagem pedagógica tradicional, vista pela maioria dos envolvidos na área de educação como ultrapassada, é importante afirmar que é por meio da educação que se dão a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente. Ela permite que conheçamos o estágio de desenvolvimento humano atual para que possamos superá-lo (NUTEDS/UFC, 2010).

Entretanto, só uma educação que vá além de sua função de transmissão das aquisições culturais humanas, transmissão de conhecimentos, poderá realmente formar cidadão com capacidade para se produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social (NUTEDS/UFC, 2010).

Vivemos um momento histórico no qual os profissionais em saúde – gestores e trabalhadores de serviço e de ensino – e membros da sociedade civil organizada somam esforços para a concretização de um ideal que vai além da área de saúde: garantir ao cidadão o direito de ter direito e de reivindicar pelos mesmos.

Quando se diz que a produção em saúde tem que ser feita em conjunto, estamos nos referindo a uma nova forma ou jeito de fazer. Um jeito que considera todos os atores sociais envolvidos, valorizando todos os saberes presentes no cenário do território e que,

acima de tudo, tenha como centro as necessidades apresentadas pelos usuários. Significa adotar uma postura política que contribua com os processos de construção da cidadania e da democracia em curso no país, isto é toda atividade executada pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde está impregnada de determinada concepção de “fazer e agir” no cotidiano pessoal e profissional. Portanto, voltando ao início da conversa, essa relação estará sempre marcada pela presença do eu e do outro, iguais e diferentes, e, portanto, por distintas formas de concepções de mundo e do ser humano no mundo (NUTEDS/UFC, 2010).

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 um outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos pólos dessa relação.

De acordo com CARVALHO, ACIOLI e STOTZ (2001), “o objetivo da superação da ruptura histórica entre ciência e senso comum é a construção de um novo senso comum em que todos os sujeitos são docentes de saberes diferentes. O senso comum expressa o modo de vida dos grupos dominados, contendo elementos de resistência e núcleos de bom senso.”

A questão-chave, então, é negociação. Em um processo de negociação é fundamental: colocar-se no lugar do outro; não deduzir as intenções do outro a partir de seus temores; não o culpar de seus problemas; escutar atentamente, buscando entender o que foi dito; falar de forma a ser entendido; falar de você mesmo e não de outrem; falar visando um objetivo; considerar que as pessoas continuarão a se relacionar após a solução dos problemas; ser firme com os problemas e amável com as pessoas; não fazer juízos prematuros; não perseguir uma única solução desde o princípio; não pensar que só existe uma possibilidade – só perder ou só ganhar (só certo e só errado); pensar em resultados que respondam aos interesses mútuos; buscar formas de facilitar as decisões da outra parte envolvida, entre outros aspectos (anotações feitas por uma das autoras quando de sua participação no Projeto Liderazgo para el Cambio, do Conselho Internacional de Enfermagem) (NUTEDS/UFC, 2010).

Eis, portanto, a inquietação: como melhorar as atividades educativas para uma mudança real da situação de saúde da área adscrita?

Gostaria de ressaltar o papel do nosso Agente Comunitário de Saúde-ACS. Este profissional cuja missão maior seria a de "vigiar e educar", mas que tem despendido grande parte do seu tempo com atividades outras, como agendamento de consultas e exames, bem como com atividades "alheias" ao setor saúde.

Proponho uma reflexão sobre a capacitação dos nossos agentes comunitários de saúde para esta árdua tarefa que é a da mudança de comportamentos por parte da nossa comunidade.

Outra variável importante são as condições para a prática de atividades educativas: **local adequado**, pois, infelizmente a maioria das unidades de saúde não o possui; **materiais e audiovisuais** também constituem uma barreira, haja vista que a maioria dos gestores não se preocupa em investir em educação em saúde; e **interesse da comunidade**, que via de regra, demonstra desinteresse por atividades educativas. As pessoas valorizam muito a consulta, o exame e o remédio.

Na minha prática diária o trabalho de educação em saúde tem sido árduo, tanto pelas condições já citadas, como pela falta de preparo "pedagógico" tanto de nós mesmos como dos nossos agentes de saúde, que deveriam fazê-lo na sua rotina.

Acho que a pedagogia da problematização, citada por BORDENAVE (1999), é uma excelente ferramenta para estimular a reflexão, por parte dos nossos usuários, dos problemas e suas soluções. Contudo, a aplicabilidade desta ferramenta exige algumas competências e habilidades que, talvez, alguns de nós, ainda não estejamos preparados para tal.

Concordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) quando declara que atualmente “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”.

Segundo NUTEDS/UFC (2010), algumas tendências pedagógicas são marcantes em nosso meio educacional e, conseqüentemente, na área de saúde.

Entre as concepções pedagógicas tradicionais destacamos a **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. Aquele que supostamente sabe mais assume funções como aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo. O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; e a **pedagogia por condicionamento**, onde a prática pedagógica é altamente controlada e dirigida, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes (LUCKESI, 1994). Já foi muito comum, nos serviços de saúde, condicionar a “troca” de uma receita de medicamentos pela presença do usuário hipertenso nas reuniões em grupo, nas quais deve aprender como se comportar em relação a hábitos de vida.

Já entre as concepções que tem o aprendiz como foco, destacam-se a **pedagogia nova**, que se insere em um grupo de pedagogias não-diretivas. É nessa corrente que surgem os conceitos de “aprender fazendo” e “aprender a aprender”, por exemplo. O centro da atividade não é o profissional nem os conteúdos, mas sim o aprendiz, que deve ter participação ativa. Deve ser despertada a busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o comportamento; o **construtivismo-interacionista**, onde numa perspectiva construtivista, o indivíduo constrói o conhecimento desde o nascimento até a morte e a finalidade da intervenção pedagógica é contribuir para que desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo; e a **pedagogia da problematização**, a qual utiliza de elementos da realidade vivida, a fim de diagnosticar problemas do cotidiano e construir hipóteses, para, em seguida, aplicar uma solução viável, nos moldes de ação-reflexão-ação.

Considerando o projeto político que estamos construindo certamente não interessam propostas que fortaleçam relações verticais, autoritárias, que sejam excludentes, que não promovam relações democráticas, que não valorizem o saber e a condição de vida de todos e de cada um. É fundamental que, no processo de fortalecimento do SUS, saiba-se reconhecer essas propostas e os comportamentos que nelas se baseiam, pois, somente refletindo sobre o fazer e tendo consciência das ações e das bases teóricas, pode-se contribuir com o processo de mudança.

Dessa forma, qualquer metodologia educacional a ser empregada deverá estar baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente, que considere os profissionais da saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e, portanto, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação do projeto político, tecnoassistencial e pedagógico da equipe.

Assim, o primeiro passo é deixar a posição ingênua de considerar que o profissional de saúde não tem poder para mudar ou reforçar uma realidade.

No cotidiano, no consultório, em reuniões de grupos ou em outros momentos, certamente ele deixa a sua marca, reforçando saberes cristalizados, alguns deles distantes do dia-a-dia dos usuários, ou desmitificando idéias sobre o que é o conhecimento e como utilizá-lo.

Não se pode esquecer que 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 demanda espontânea. Assim, tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios

constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, deem 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 (NUTEDS/UFC, 2010).

A utilização de tecnologias como o acolhimento, as atividades com grupos e as visitas domiciliares são exemplos que estão inseridos neste contexto. Destacaremos aqui o acolhimento, por considerarmos uma tecnológica de importância ímpar na questão do acesso aos serviços que, talvez, hoje seja a principal problemática da área da saúde.

O Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa define acolher como: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Estamos falando de uma forma de relação em que o profissional de saúde, que se reconstrói em seu processo de trabalho, atua de forma a possibilitar que o usuário construa sua própria saúde, com autonomia.

No meu ponto de vista, a dimensão mais importante do acolhimento diz respeito ao ato de acolher de modo que demonstre a preocupação com o outro, a disponibilidade para cuidar, para fazer o melhor possível. Cuidar pressupõe um encontro afetivo – com laços de humanidade – e efetivo – do ponto de vista de identificação e resposta às necessidades singulares de saúde do usuário. É uma dimensão comportamental que deve ser mobilizadora de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde para uma atenção focada no usuário.

É essencial que fique perceptível, no comportamento da equipe, a compreensão de que vínculo significa “a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo” (FRANCO et al., 1999). Sob esse aspecto, o acolhimento se concretiza como “tecnologia do encontro”, que se constrói no cotidiano (BRASIL, 2006).

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.

Como ter tempo para executar a programação, planejada a partir do diagnóstico situacional, e garantir o atendimento sem agendamento (denominado demanda espontânea para alguns e atendimento a agudos por outros)?

É na busca de resposta a esse desafio que o acolhimento se aplica à possibilidade de garantir atendimento aos usuários que vão aos serviços de saúde sem constarem nas agendas e contribuir com a viabilização das ações programáticas. Ou seja, entre tantas barreiras que, infelizmente, ainda vão continuar existindo, impostas pelas condições socioeconômicas e geográficas, o acolhimento possibilita a intervenção naquelas sobre as quais você e sua equipe tem governabilidade para intervir (NUTEDS/UFC, 2010).

3.6 Saúde da Mulher no Ciclo Vital

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representou um marco político institucional e jurídico que consagrou o preceito da igualdade entre homens e mulheres. Nesse processo de revisão constitucional, a atuação do movimento feminista e de mulheres, conhecido como o “lobby do batom”, foi fundamental para a ruptura com os princípios herdados de uma sociedade patriarcal e patrimonialista.

Promovamos, então, uma reflexão sobre a atenção à saúde da mulher na perspectiva da estratégia Saúde da Família, o que implica pensar a mulher para além das suas dimensões biológicas. Trata-se de vê-la como um ser social que, ao percorrer sua trajetória neste mundo, encontra uma série de dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição de mulher, mãe, trabalhadora que sofre discriminações e violências e que ama e luta por sua felicidade e para ser reconhecida. É para este ser cujas marcas das desigualdades social, econômica, cultural e de raça são reveladas no seu processo de viver, adoecer e morrer, que nos propomos esta reflexão.

Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais e se refletem nas leis, políticas, práticas sociais e pessoas. (FONSECA, 2005).

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade – tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar.

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 diferença, pelo menos para os próximos 30 anos (BRASIL, 2008). Portanto as mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Entre 1991 e 2007, a taxa bruta de natalidade passou de 23,4 para 16,7% e as de fecundidade total declinou de 2,7 para 1,95 (BRASIL, 2008).

A esperança de vida (ou vida média) das mulheres ao nascer aumentou de 1997 a 2007 de 73,2 para 76,5 anos. Essa realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilita a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio, com um fato de alta relevância econômica e social, em que idosos, entre eles as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda familiar, principalmente no Nordeste (BRASIL, 2008).

Por isso, pode-se falar de uma “feminização do envelhecimento” decorrente da sobremortalidade masculina. Entretanto, por essa mesma longevidade relativa, as mulheres apresentam menor expectativa de vida livre de incapacidades, com maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional. Também se observa o aumento das doenças de forte preponderância nos homens, como as cardiocirculatórias (CHAIMOWICZ, 2009).

Ou seja, ao permanecer mais tempo viva, a mulher necessita de mais cuidados por parte da equipe, ao mesmo tempo em que precisará de apoio dos serviços de saúde para prestar cuidado aos seus familiares envelhecidos.

Em relação à participação no mercado do trabalho, percebemos uma grande desvalorização da mulher. São elas que ocupam os trabalhos menos valorizados socialmente, os quais são menos remunerados que as ocupações ocupadas pelos homens. (BRASIL, 2006a).

Outra face do trabalho invisível exercido pelas mulheres revela aquelas que desenvolvem atividades em casa, lavando, passando, cozinhando, cuidando dos filhos, dos parentes e familiares, com algum grau de dependência ou não, cujo esforço não é computado em termos econômicos (NUTEDS/UFC, 2010).

Trata-se, portanto, de um trabalho que se tem mantido invisível devido à desigualdade de gênero ainda muito presente em nossa sociedade. As mulheres ocupadas dedicam, em média, 22,1 horas semanais aos afazeres domésticos, o que significa que para uma jornada diária de oito horas no período de cinco dias, essas mulheres trabalham, em média, mais 4,4 horas diárias além da jornada habitual, contra 2,0 horas adicionais gastas pelos homens nessas atividades (BRASIL, 2006a).

Contudo, o aumento da escolaridade entre as mulheres é um fenômeno mundial e as tem estimulado para novos valores e níveis de aspiração. Isso tem refletido no comportamento reprodutivo e, em consequência, na diminuição das taxa de fecundidade e, comprovadamente, na taxa de mortalidade infantil. Vários estudos demonstram que a taxa de mortalidade infantil é inversamente proporcional aos anos maternos de estudo (NUTEDS/UFC, 2010).

A mulher também conta com uma especificidade ímpar que é a gestação, que, apesar de ser um processo natural, todos sabemos que existem alterações que podem ocorrer durante esse período. Alterações essas que podem ocasionar tanto a morte materna como fetal e por isso é imprescindível um acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério.

O principal objetivo da atenção ao pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. (BRASIL, 2006b)

Essa qualidade na assistência pré-natal se dá por medidas de condutas acolhedoras, acesso ao serviço de saúde de qualidade, garantindo desde o atendimento ambulatorial ao atendimento hospitalar de alto risco.

Sabe-se que muitas das causas de morte materna (infecções, doenças hipertensivas e hemorragias) e fetal são evitáveis e com uma assistência adequada, podemos evitá-las.

Uma questão que deve ser abordada nas unidades de básicas de saúde é a assistência à mulher vítima de violência, a qual deve ser intersetorial. Se a equipe de saúde da família tentar resolver o problema isoladamente estará fadada ao fracasso, como também esta não poderá se eximir de tal responsabilidade, pois, está a seu cargo atribuições importantes no enfrentamento desta problemática (NUTEDS/UFC, 2010).

Penso que a ação de prevenção e sensibilização das próprias mulheres é muito importante. Por isto, a equipe de saúde da família pode (e deve) promover atividades educativas voltadas a esta temática, inclusive com participação de pessoas ligadas à assistência social, conselho da Mulher (se houver), delegacia, promotoria e judiciário.

A mulher que atendo, na minha rotina, geralmente é uma mulher submissa, sem renda própria, com baixa escolaridade e com uma carga horária de trabalho domiciliar e, às vezes, extradomiciliar muito desgastante. Muitas delas são vítimas de violência praticadas pelos próprios companheiros.

Ressalte-se que, a questão da saúde da mulher não pode ficar restrita a questões gineco-obstétricas. A posição social e cultural da mulher, hoje em dia, tem sido conquistada com muita luta política, na perspectiva de garantia de direitos e afirmação, em uma sociedade que impõe novos papéis à mulher, como a especificidade na transição demográfica, ao lhe atribuir mais responsabilidade como cuidadora, inclusive de outros idosos da família, e como provedora, como aposentada (NUTEDS/UFC, 2010).

Essa responsabilização acontece em uma sociedade que não viu, ainda, as situações de gênero alcançarem patamares igualitários, como a representação político-partidária, para dar um exemplo, apesar da recente eleição de uma Presidenta da República.

3.7 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

Esta disciplina traz uma abordagem sobre os indicadores de saúde bucal no Brasil, através dos tempos e como deve ser a assistência nos diferentes ciclos de vida, dando destaque à interdisciplinaridade.

A trajetória da assistência em Odontologia no Brasil foi desenvolvida historicamente através de modelo tecnicista e excludente e, somente com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), é que surgiu uma nova prática de atenção destinada à promoção de saúde e a minimizar a dívida histórica e social com a população brasileira (NUTEDS/UFC, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, não incluía, a princípio, a saúde bucal, apesar de ser componente da saúde geral, e somente com a publicação da Portaria-MS 1444, de 28 de dezembro em 2000 é que esta foi inserida. Na referida Portaria, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestadas nos municípios. Posteriormente, em 2003, a Portaria 673 de 03 de junho estabeleceu a equiparação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) ao número de Equipes de Saúde da Família (ESF) (NUTEDS/UFC, 2011).

Em 2004, foram criadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecido popularmente como “Brasil Sorridente” em Sobral-CE e pelo Presidente da República, na época, Luís Inácio Lula da Silva. As diretrizes apresentadas no referido documento apontaram para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como o eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

A ESB é formada por um cirurgião-dentista (CD), um técnico em saúde bucal (TSB) e um auxiliar em saúde bucal (ASB). Quanto ao tipo de modalidade a ESB poderá ser de duas formas, pelas quais os municípios recebem incentivo do Ministério da Saúde de forma diferenciada:

- Modalidade I, composta por um CD e um ASB; e
- Modalidade II, composta por uma CD, um TSB e um ASB.

Em relação à Atenção Secundária, foram criados vários incentivos para criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os quais poderão ser:

- Tipo 1 – 02 consultórios odontológicos;
- Tipo 2 – 4 a 6 consultórios odontológicos; e
- Tipo 3 – 7 ou mais consultórios odontológicos.

As ações realizadas no CEO são:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca;
- periodontia especializada;
- cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- endodontia;
- atendimento a portadores de necessidades.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis (BRASIL, 2004).

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde (NUTEDS/UFC, 2011).

Compreende-se como o universo de atenção à saúde bucal, toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes (BRASIL, 2006).

Estudando o panorama da atenção à saúde bucal nos diferentes ciclos de vida, abordaremos, inicialmente, a questão da atenção às gestante e bebês.

As ações de cuidado à saúde bucal de gestantes e bebês, na atenção primária, devem ser realizadas no contexto de toda a equipe de saúde, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal que excluam a área médico-enfermagem (BRASIL, 2006).

A gestação é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê (NUTEDS/UFC, 2011).

Cabe, portanto, à equipe de saúde bucal trabalhar de forma integrada ao restante da equipe de saúde da família, aproveitando momentos oportunos como o pré-natal e a puericultura, a fim de proporcionar uma atenção integral à gestante e ao bebê, incluindo, portanto, os cuidados de saúde bucal.

Na equipe em que trabalho atualmente minha interação com os profissionais de odontologia vem melhorando a cada dia. Em relação ao acompanhamento das gestantes, por ocasião da primeira consulta de pré-natal, já encaminho as mesmas para avaliação e acompanhamento odontológico. A dentista por sua vez faz o agendamento das consultas nos mesmos dias em que eu e a médica fazemos o atendimento do pré-natal, evitando deslocamentos desnecessários das gestantes e facilitando as atividades de promoção da saúde.

Já em relação às puericulturas, penso que precisamos evoluir mais. Haja vista que a população adscrita da minha área é inadequada para o atendimento apenas de uma equipe, uma vez que contamos com aproximadamente 1700 famílias, a demanda para a dentista tem sido muito alta o que tem impossibilitado, até o momento, o atendimento conjunto também nos dias de puericultura, inclusive com ações de educação em saúde.

Avançando nesta abordagem por ciclos de vida, entendamos como se encontra a situação das crianças, adolescentes e adultos. Para isso, precisamos compreender, inicialmente que a saúde bucal também é dotada de índices epidemiológicos, os quais medem o nível de saúde bucal da população. Entre eles, o CPOD é uma média do número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O), que avalia a cárie na dentição permanente e pode ser usado em todas as faixas etárias. O ceo-d é o seu equivalente para a dentição decídua (NUTEDS/UFC, 2011).

O CPOD aos 12 anos é um indicador utilizado mundialmente para medir a saúde bucal de uma população. Na década de 1980 o CPOD aos 12 anos no Brasil era 6,6, ou seja, em média as crianças de 12 anos possuíam 6 dentes cariados, perdidos (extraídos) ou obturados, em 1996 esse número caiu para 3,06, em 2003 chegou a 2,78 e resultados preliminares do levantamento epidemiológico realizado em 2010 apontam para um CPOD aos 12 anos de 2,1, índice considerado baixo segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (NUTEDS/UFC, 2011).

Com esse resultado de 2010, o Brasil entra no rol de países que apresenta índice de cárie baixo. O Ceará também tem apresentado redução da cárie dentária na população de 12 anos, em 2005, apresentou uma média de 3,0 dentes cariados, perdidos ou obturados (CEARÁ, 2004).

Estes indicadores animadores refletem, entre outras, na melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde bucal proporcionados após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Contudo, ainda não foram obtidos resultados satisfatórios na saúde bucal dos idosos.

É crescente o número e proporção de idosos existentes no nosso país. Segundo dados atuais o número de idosos no Brasil já é maior que o número de crianças até 4 anos.

Considerando o cuidado integral ao paciente idoso como uma questão importante a ser enfrentada na saúde, é necessário observar a boca como o lugar do corpo que reflete na velhice, as condições de vida e trabalho que as pessoas perpassaram durante toda uma vida, assim como as desigualdades sociais, a cultura, as condições socioeconômicas e sanitárias deixam também marcas no corpo. Nesse contexto, o retrato da saúde bucal do idoso no Brasil revela condições de mutilação dentária e da falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal destinada a essa parcela da população (NUTEDS/UFC, 2011).

No atual contexto, contamos com legislação moderna no que concerne a proteção dos direitos da pessoa idosa. O Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741/2003, definiu em seu artigo 3º que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003).

Infelizmente, em relação à saúde bucal dos idosos, à situação ainda demonstra importantes desafios a serem enfrentados.

De acordo com dados do SB Brasil 2010, entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou (em relação ao SB Brasil 2003), ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”.

Em 2004, foi realizado um levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará, doravante mencionado como SB-Ceará seguindo as orientações do levantamento nacional, o SB BRASIL 2003. Os dados obtidos de 19 municípios foram agregados aos dos cinco já existentes, compondo uma amostra final de 24 municípios os quais representam o estado do Ceará. O CPO-D médio para a faixa etária de 65 a 74 anos foi de 28,35, logo maior que a média nacional, mostrando uma realidade que exigirá grandes desafios das instituições de saúde e seus profissionais para melhorar o quadro epidemiológico da saúde bucal no Ceará (CEARÁ, 2004).

Ainda, de acordo com o SB Brasil 2010, quanto analisada a doença periodontal severa (bolsas periodontais), a percentagem de pessoas com bolsas periodontais maiores que 4mm foi de 4,45%. A presença de cálculo foi a condição mais encontrada com 21,74% entre os idosos brasileiros, sendo que a região nordeste obteve uma média de 27, 73%, maior portanto, do que a média nacional (BRASIL, 2010).

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada. O índice mais utilizado para estimar o edentulismo é a avaliação do uso e necessidade de próteses (BRASIL, 2006).

Em idosos de 65 a 74 anos, 23% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Estes números estão muito próximos dos encontrados em 2003 e representam um contingente de mais de 3 milhões de idosos que necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e mais de 4 milhões que necessitam de prótese parcial (NUTEDS/UFC, 2011).

O alto grau de mutilação dentária presente na população idosa justifica o número de indivíduos que usam ou necessitam de próteses em relação aos demais procedimentos odontológicos, e se constitui numa realidade observada no Brasil. No que diz respeito às diferenças regionais são marcantes o uso e a necessidade de prótese dentária, sendo que as regiões Norte e Nordeste possuem uma maior necessidade de algum tipo de prótese dentária, principalmente de prótese total (NUTEDS/UFC, 2011).

Quanto aos dados registrados no Ceará, a porcentagem de idosos que necessitam de prótese superior e inferior foi 51,62% e 62,97%, respectivamente, maior que a média nacional (CEARÁ, 2004).

Aqui no município onde trabalho, infelizmente, sequer, dispõe-se de dados a fim de compararmos às realidades brasileira e cearense, bem como para servirem de suporte para elaboração de planos de ação efetivos. Ainda estamos na “Era” dos procedimentos mutiladores e de isoladas ações de promoção da saúde. O acesso dos idosos aos serviços ainda é bastante restrito. Geralmente são encaminhados ao CEO para o especialista em prótese.

3.8 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

O conteúdo desta disciplina trouxe à tona conceitos e idéias sobre a questão da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. Abordou, principalmente, a questão da proteção do meio ambiente no atual mundo capitalista, onde se busca o lucro a qualquer preço, bem como uma abordagem sobre os acidentes de trabalho.

O conhecimento da evolução da questão ambiental, a apropriação dos conceitos e o entendimento das importantes questões ambientais globais e da política de saúde ambiental do Brasil serão de muita importância para a consciência do que é saúde ambiental e de como

ela vem sendo tratada no âmbito do SUS. Isso fornecerá subsídios para a participação dos técnicos das equipes de Saúde da Família desde a identificação dos problemas e das situações de risco até a identificação de ações que visam à promoção e à proteção da saúde das populações (NUTEDS/UFC, 2011).

Segundo RADICCHI e LEMOS apud NUTEDS/UFC (2011), “a longa e difícil evolução da raça humana no planeta levou-a a um estágio em que, com o rápido progresso da Ciência e da Tecnologia, conquistou o poder de transformar de inúmeras maneiras e em escala sem precedentes o meio ambiente”.

A interferência do homem no meio ambiente não vem de hoje. Desde a nossa colonização: invasão de terra, exploração dos nossos recursos naturais, dominação, subordinação. O Brasil sob as ordens superiores do mundo europeu. A revolução industrial nos revela uma nova relação do homem com os seus instrumentos de trabalho, reduzindo o seu campo de atuação e de apropriação no processo de produção (NUTEDS/UFC, 2011).

As indústrias provocam uma atração onde há um aumento da migração, e com isso, o espaço urbano e rural é redefinido. As grandes cidades passam a ter um novo estilo de vida, a fim de absorver o excedente produzido; as pessoas passam a consumir mais e mais; o que se consome passa a ser sinônimo aos outros do que se é.

Na sociedade capitalista há uma super valorização do crescimento ilimitado da produção e das forças produtivas, acima de qualquer cuidado com a preservação das espécies vegetais e animais. Com isso, há um consumo predatório dos recursos minerais e naturais, desrespeitando a capacidade de regeneração dos mesmos, levando à extinção de algumas espécies (NUTEDS/UFC, 2011).

Os seres humanos precisam se conscientizar de que todo esse dano causado ao ambiente traz conseqüências sérias e que, caso não pare com isso, essas conseqüências podem ser ainda piores (aumento das doenças, enchentes, extinção de mais espécies, etc).

Foi importante saber de toda essa questão ambiental, no contexto desta disciplina, pois me embasou, como técnico da equipe de Saúde da Família, para identificar situações de risco e, na medida do possível agir na promoção e proteção à saúde, inclusive no autocuidado, pois algumas questões ambientais estão intimamente relacionadas às questões ligadas à saúde do trabalhador (entre eles do trabalhador da saúde).

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 materializa a vida humana, por meio de políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível, com a participação e controle social (BRASIL, 2007).

No Brasil, a expressão “saúde ambiental” é definida pelo Ministério da Saúde como Área da saúde pública afeta ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade (NUTEDS/UFC, 2011).

“Por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 60 e o início da década de 70, ao suscitar o questionamento das abordagens funcionalistas, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho”. (MINAYO-GOMES; TEDIM-COSTA, 1997, p.6).

Com a Saúde do Trabalhador, a investigação da relação trabalho e processo saúde-doença e as ações dela decorrentes devem ser responsabilidade do setor público de saúde; o trabalhador passa a ser sujeito ativo, participando desse processo. O processo de trabalho passa a ser a categoria explicativa da relação trabalho e saúde/doença, fazendo com que as ações de Saúde do Trabalhador devam chegar até os locais de trabalho (NUTEDS/UFC, 2011).

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, 2004).

Os acidentes de trabalho constituem o principal agravo à saúde dos trabalhadores no Brasil e podem ser definidos como: “é o que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 da Lei nº 8213/91, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda

ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.” (NUTEDS/UFC, 2011).

Grande parte dos acidentes tem repercussões ostemusculares como fraturas, amputações, lesões de tendões, etc. Contudo, número igualmente preocupante de lesões desse tipo decorre de situações de repetitividade, penosidade, longas jornadas e ritmos intensos de trabalho, falta de equipamentos de proteção, além de outros fatores.

E onde se encaixa a Estratégia Saúde da Família neste contexto?

A atenção primária à saúde é caracterizada pelo conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, que privilegiam o trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) delimitados. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações, sendo considerado o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (DIAS et al, 2009).

Assim, a oferta de ações de saúde do trabalhador e de saúde ambiental pela equipe de Saúde da Família é fundamental para efetivar essas políticas no SUS.

Particularmente, na equipe de saúde da família onde desenvolvo minhas atividades, instigado por este conteúdo, procurei reunir a equipe e propor uma nova forma de atuação na área de saúde do trabalhador, dando ênfase às atividades de prevenção e promoção, aproveitando espaços como as ações e sindicatos. Foi também feita uma abordagem sobre a notificação dos acidentes de trabalho, pois este instrumento é a ferramenta primordial para a tomada de decisões nesta área.

3.9 Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

Esta disciplina propôs uma reflexão sobre a assistência às pessoas com deficiência, dando ênfase à questão da acessibilidade e das barreiras de comunicação existentes entre o profissional de saúde, que, na grande maioria dos casos, não tem o devido preparo e os usuários.

Historicamente o termo deficiência sempre foi atrelado a impotência, incapacidade, inabilidade, restrição, limitação de se realizar algo e principalmente em oposição a desenvolver um trabalho com “eficiência” (BAPTISTA e PAGLIUCA, 2009).

Conforme observado, a nomenclatura usada para definir a pessoa com deficiência vem mudando ao longo do tempo: passou de inválidos a incapacitados, em épocas remotas; de

1960 até mais ou menos 1980, nova denominação foi atribuída: defeituosos, excepcionais e deficientes; de 1981 até por volta de 1987, pessoas deficientes; posteriormente de 1988 até 1993, pessoas portadoras de deficiência. A partir de 1994, a mudança foi mais incisiva: pessoas com necessidades especiais e portadores de necessidades especiais. Isto no mesmo ano em que a Declaração de Salamanca preconiza educação inclusiva para todos, utilizando o termo pessoa com deficiência. No ano 2000, em Recife, no Brasil, as Organizações das Pessoas com Deficiência realizaram uma reunião conclamando o público a chamá-las de pessoas com deficiência (SASSAKI, 2003).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) as definiu como “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.” (BRASIL, 2008).

Segundo NUTEDS/UFC (2011), deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica. Diz respeito à biologia da pessoa. A expressão pessoa com deficiência pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua uma deficiência. Contudo, há que se observar que em contextos legais ela é utilizada de forma mais restrita e refere-se a pessoas que estão sob o amparo de uma determinada legislação.

O Censo 2000 identificou que 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população brasileira) tem algum tipo de deficiência, desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar até as graves lesões incapacitantes, sendo 48% com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência intelectual e 4% com deficiência física (IBGE, 2000).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) define, como propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação (BRASIL, 2002):

1. proteger a saúde da pessoa com deficiência;
2. reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e
3. prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

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

como a melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiência no SUS (NUTEDS/UFC, 2011).

As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo em situações especiais, que a sociedade e os governos têm a obrigação de considerar no sentido de igualar as oportunidades de convivência, modificando os ambientes e adaptando-os, para que permitam o livre acesso de todos (NUTEDS/UFC, 2011).

A cidade deve ser pensada como um todo a fim de tornar os ambientes acessíveis a este público, não se restringindo apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços públicos; à escola sem discriminação, com material didático disponível em formatos acessíveis; às bibliotecas que ofereçam meios de comunicação apropriados que permitam acesso a pesquisa, internet e acervo bibliográfico, notícias de jornais diários, etc.

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), desde os postos de saúde e Unidades de Saúde da Família até os serviços de reabilitação e os hospitais. Tem direito a consulta médica, consulta odontológica, de enfermagem, visita dos agentes comunitários de saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS. As Unidades Básicas de Saúde e da Saúde da Família devem prestar assistência às pessoas com deficiência como a qualquer cidadão (BRASIL, 2008).

Os profissionais de saúde devem, inclusive, serem capacitados para superarem as barreiras de comunicação que, porventura, venham a existir nos momentos de interação entre o próprio profissional de saúde e o usuário com deficiência.

O conteúdo desta disciplina me fez despertar sobre a atual assistência que está sendo prestada às pessoas com deficiência da minha área adscrita. Entendi que necessito de melhor capacitação para desenvolver um trabalho de qualidade. Em relação à questão da acessibilidade, a unidade de saúde na qual trabalho está parcialmente adaptada, necessitando apenas de alguns ajustes, o que, por influência desta disciplina, já foi informado ao gestor local.

3.10 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

O conceito de “disciplinaridade” foi caracterizado por decompor o todo em partes, reduzindo o conhecimento segundo a lógica do processo de construção específico da Ciência e também caracterizada pela especialização exagerada. Foi assim: pensamentos fundamentados, cada qual em seu estilo de pensamento, ou seja, num olhar especializado

acerca de um conjunto de regras para a abordagem e resolução de um problema, baseado numa formação específica e diferenciada com marco conceitual identificado construindo, assim, fatos novos diante de problemas comuns (NUTEDS/UFC, 2011).

O positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber no mundo moderno e as disciplinas começaram a se afirmar de forma isolada. Em decorrência disso, surgiu uma excessiva especialização que resultou numa fragmentação do saber. Assim, a interdisciplinaridade, enquanto uma proposição do conceber e fazer ciência somente ressurgiu no século XX, já nos fins da década de 50, quando se coloca mais claramente em discussão a necessidade de uma proposta epistemológica de caráter interdisciplinar (GOMES & DESLANDES, 1994).

“O que se observa é que, geralmente, um problema não se instala dentro dos limites de uma só disciplina. Por isso, quando nos propomos a estudar problemas reais, em vez de conteúdos geralmente demarcados por uma disciplina, precisamos adotar uma abordagem envolvendo várias disciplinas de forma integrada. Um acadêmico do curso da área da saúde conclui seu curso embasado em técnicas e conceitos sobre o corpo biológico sem vivenciar a dimensão social e coletiva, tornando-se apenas um “repetidor” de técnicas, sem contextualizar a realidade em uma proposta de mudança. Adicionado a isso, notam-se os “não intercâmbios” entre grupos e as coordenações nas estruturas de ensino e pesquisa, porém, quando ocorrem, são feitos dentro de uma perspectiva multidisciplinar, em que cada área trabalha dentro do seu campo de conhecimento, sem ocorrer nenhuma integração e focalização de pontos comuns entre as áreas”. (NUTEDS/UFC, 2011).

Entende-se que o campo da saúde é um mundo. E o "Mundo Vasto Mundo" não pode ser entendido se os múltiplos olhares não se interpenetram. Para ANDRADE (1978), o mundo não cabe no mundo, o real não cabe no concebível. O Mundo é o conjunto total dos conjuntos do mundo. Por isso, “o mundo vasto mundo se me chamasse Raimundo seria uma rima, não uma solução”. Para a compreensão do processo de saúde/doença não bastam rimas nem jogos ou intercurtos de palavras, o mundo é vasto, e não se contenta com soluções simplificadoras. A analogia do mundo vasto se faz presente em como o processo de

saúde/doença se desenrola numa sociedade que convive com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e com o paradoxo da desigualdade e da equidade (MENDES, LEWGOY e SILVEIRA, 2008).

Para cumprir com o proposto, afigura-se como objetivo a revitalização conceitual a respeito da interdisciplinaridade no campo da Saúde, entendendo-a como uma necessidade intrínseca de referenciar as práticas interdisciplinares que integram saberes, possibilitam diversidade de olhares, permitem o reconhecimento da complexidade dos fenômenos e reforçam a necessidade de coerência na materialização da integralidade (MENDES, LEWGOY e SILVEIRA, 2008).

Tem-se considerado que o processo da interdisciplinarização representa mais um sintoma da situação patológica em que se encontra, hoje, o saber, do que um real progresso do conhecimento. O exagero das especializações conduz a uma situação patológica em que há a fragmentação do saber. Neste âmbito, o esforço de integração da interdisciplinaridade se apresenta, como citado por alguns autores, o remédio mais adequado à cancerização ou à patologia geral do saber (NUTEDS/UFC, 2011).

Interdisciplinaridade, também, é uma questão de atitude. Tem sido considerada uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano (NUTEDS/UFC, 2011).

É preciso considerar a complexidade da área da saúde, uma vez que seu objeto tem base conceitual situada em campos bastante distintos como, por exemplo, Física, Epidemiologia, Ecologia, Biologia, Sociologia, Antropologia, Psicologia, História, Ciência, Política, Economia, Administração, Ética, Genética, Educação, dentre outros (NUTEDS/UFC, 2011). Tal complexidade se acentua quando procuramos entender saúde no âmbito coletivo, cujo objeto envolve o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade e ainda, a política social e econômica. Como campo político, é um espaço em que a articulação cooperativa entre as disciplinas constitui-se em “um campo de correlação de forças”, relacionado à consciência social e política (GOMES e DESLANDES, 1994).

A proposta atual da política de saúde comporta as interrelações disciplinares para a compreensão ampliada das necessidades, interesses da sociedade e pode interferir tanto no processo de formação profissional, quanto nos modos de gestão dos sistemas de saúde pública. Este processo conduz à nova leitura das linguagens profissionais e da política de saúde, em que sugere mudanças estruturais no âmbito da academia e dos serviços de saúde. Estas reflexões sobre a interdisciplinaridade apontam para a necessidade de transformação de

trabalho isolado em trabalho coletivo que, a nosso ver é um momento de síntese da apreensão dos múltiplos conhecimentos e práticas, determinando um novo modo de contribuir para a produção da saúde (NUTEDS/UFC, 2011).

Portanto, a interdisciplinaridade é essencial para o bom funcionamento das equipes de saúde da família, bem como para a prestação de uma assistência de qualidade às nossas famílias adscritas. Exige, portanto, por parte das instituições formadoras, um novo enfoque na formação dos profissionais de saúde, dando mais ênfase às questões sociais, filosóficas e culturais.

Não se pode esquecer que também exige, por parte dos próprios profissionais, qualidades como interesse, desprendimento, humildade, saber ouvir, colocar-se no lugar do outro, etc.

Contudo, acho que também é recompensador para o profissional, ver-se em uma equipe onde o planejamento e os planos de cuidados são feitos em conjunto, levando-se em conta os vários olhares ali presentes, inclusive o do próprio usuário, que deverá ser figura ativa.

Felizmente, essa convivência entre os profissionais das equipes vem melhorando bastante. Na equipe em que trabalho, sentamo-nos constantemente para debater formas de melhor assistir à população, sendo que cada um coloca seu ponto de vista, solicita sugestões, etc.

Vale ainda ressaltar que o conteúdo desta disciplina me fez melhorar a minhas práticas no meu cotidiano, principalmente no que concerne à interdisciplinaridade. Ou seja, procurei, a partir desta reflexão, compreender melhor a atuação dos demais profissionais da equipe, bem como desenvolver o trabalho em conjunto, inclusive o plano de cuidados do usuário.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família foi criada com o intuito de mudar o modelo de atenção, bem como aproximar os profissionais de saúde da população, familiarizando-os com a realidade e as peculiaridades inerentes a cada cultura.

Estou convencido, neste momento de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, de que me tornei um profissional mais capacitado e preparado para o enfrentamento das adversidades. Concluo este curso convicto de que a Atenção Básica é alicerce de um grande edifício chamado Sistema Único de Saúde.

A troca de experiências entre os colegas, proporcionadas pelas atividades, foi um momento bastante enriquecedor, na medida em que percebi que a melhoria da qualidade de saúde da população, além de depender de recursos, de tecnologia de ponta e de vontade governamental, depende também da atitude dos profissionais. Não foram poucos os exemplos citados de experiências exitosas na Estratégia Saúde da Família, as quais dependeram essencialmente da boa vontade dos profissionais das unidades básicas de saúde.

Infelizmente ainda nos deparamos com grandes obstáculos como o descaso de muitos gestores com a saúde da população. Observei que são quase unânimes as queixas dos colegas nos fóruns propostos em relação à falta de materiais, equipamentos e transporte para um trabalho adequado. Mas acredito que mesmo com esses obstáculos, muito podemos fazer pela nossa comunidade.

A mudança de qualidade de vida da população com o surgimento do Programa de Saúde da Família é visível. Muitos pacientes comentam comigo, na Unidade Básica de Saúde em que trabalho como enfermeiro, a dificuldade que era no passado quando alguém tinha um problema de saúde. Eles tinham que percorrer um longo caminho para conseguirem uma consulta. Sabemos que o ideal ainda é uma utopia, mas um longo caminho já foi trilhado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE C. D. **Antologia Poética**. Rio de Janeiro: José Olympio; 1978.

BAPTISTA, R; PAGLIUCA, L. **Pessoa com deficiência numa perspectiva evolucionária: análise de conceito**. Online Brazilian Journal of Nursing. v. 8, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2762/616>. Acesso em 01.out.2011.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 28, n. 3, set. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14.out.2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Atenção Básica (PAB): parte fixa / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva**. – 2. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 10.741/2003, de 01 de Outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 03 Out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 13.fev.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto MultiplicaSUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores**. ROSSI, Silvana Solange (Org.) *et al.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84 p. (Série D.Reuniões e Conferências).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de indicadores sociais 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. A [ver ordem alfabética]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. B [ver ordem alfabética]

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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira - 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

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

BRASIL. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Brasil Sorridente: a saúde levado a sério**. Brasília, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf Acesso em: 02 fev.2011.

CAMPOS, G. V. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, 23(2), 399-407. 2007.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N.; VASCONCELOS, E.M. (Org.). **O processo de construção compartilhada do conhecimento**. In: _____. A saúde nas palavras e

nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CHAIMOWICZ, F. et al . **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/ Coopmed, 2009.

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

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editorial Fiocruz, 1999.

DIAS, E. C. et al. **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.6, pp. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n6/13.pdf>. Acesso em 15.out.2011.

FARIA, H. P., COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F. & SANTOS, M. A. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. In: FARIA, Horácio Pereira et al. **Unidade Didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. Pag. 10-12.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/>. Acesso em: 04.ago.2011.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. **Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, jul. 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994002000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02.out.2011.

IBGE. Censo 2000. **Censo e sociedade: estatísticas para a cidadania**. Brasília: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em: 27.abr.2011.

IBGE. Cidades. **Acará-CE. Dados Básicos**. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=230020>. Acesso em: 25.abr.2011.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento.** Ciênc. saúde coletiva. 2010, vol.15, n.1, pp. 161-170.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação.** São Paulo: Cortez Editora, 1994.

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.

MATTIONI, F. C.; BUDO, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. **O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas.** Texto contexto - enferm. 2011, vol.20, n.2, pp. 263-271. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24.out.2011.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. **Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008 Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3864/2957>. Acesso em: 01.out.2011.

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M. da F., **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas.** Cadernos de Saúde Pública, 13 (supl. 2): 21-32. 1997.

NUTEDS/UFC. **Curso de Especialização em Saúde da Família. O que é educação a distância?** 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/ead/aula_01/index.html. Acesso em: 26.out.2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família. Processo de trabalho em Saúde.** 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_01/index.html. Acesso em: 29.ago.2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família. Estratégias em saúde mental.** Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment. Acesso em: 26.set.2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família. Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde.** 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist. Acesso em: 27.jul.2011

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família. Planejamento em saúde.** 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/. Acesso em: 06 abr. 2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família. Práticas educativas em saúde.** 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped. Acesso em: 01.ago.2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família. As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde.** Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb. Acesso em: 28.set.2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de Especialização em saúde da família. Deficiência Física.** Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/. Acesso em: 01.out. 2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de Especialização em saúde da família. Deficiência Física.** Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/. Acesso em: 01.out. 2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de Especialização em saúde da família. Políticas de Saúde Bucal.** Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_01/. Acesso em: 01.out.2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família. Saúde da Mulher.** 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher. Acesso em: 29.ago.2011.

OMS. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). Lisboa, Portugal, 2008.

RADICCHI, A.; LEMOS, A. F. **Modernidade e Crise Ambiental** in NUTEDS/UFC. Curso de especialização em saúde da família. As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde. Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb. Acesso em: 28.set.2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 24.out.2011.

SASSAKI, R. K. **Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. Como chamar as pessoas que tem deficiência?** São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.6, pp.

SOLLA, J. J. S. P. **Acolhimento no sistema municipal de saúde.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [on-line], vol. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 04.ago.2011.

SOUZA, M. N. P.; VIEIRA, E. F. S. **A adesão ao tratamento medicamentoso em terapia combinada pelos hipertensos do PSF-Curral Velho – Acaraú-CE.** ENSP/Fiocruz, 2009.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** Ciênc. saúde coletiva. 2007, vol.12, n.2, pp. 443-453.