

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA- SUS)- NÚCLEO DO CEARÁ  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE- NUTEDS  
Curso de Especialização em Saúde da Família.

**NALBER SIGIAN TAVARES MOREIRA**

**A SAÚDE BUCAL: ARTICULAÇÃO TEORIA E PRÁTICA NO CENTRO DE  
NUTRIÇÃO, CRATO-CE.**

Crato 2012

**NALBER SIGIAN TAVARES MOREIRA**

**A SAÚDE BUCAL: ARTICULAÇÃO TEORIA E PRÁTICA NO CENTRO DE  
NUTRIÇÃO, CRATO-CE.**

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

Orientador: Prof. Álvaro Diógenes Leite Fechine.

**NALBER SIGIAN TAVARES MOREIRA**

**A SAÚDE BUCAL: ARTICULAÇÃO TEORIA E PRÁTICA NO CENTRO DE  
NUTRIÇÃO, CRATO-CE.**

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.

Aprovada em : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof. Ms.: Álvaro Diógenes Leite Fachine      1º (Avaliador)

---

Prof.<sup>a</sup> : Gardênia Maria Costa de Oliveira      2º (Avaliador)

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

---

M838s      Moreira, Nalber Sigian Tavares  
              A SAÚDE BUCAL: ARTICULAÇÃO TEORIA E PRÁTICA NO CENTRO DE NUTRIÇÃO,  
              CRATO-CE./ Nalber Sigian Tavares Moreira. – 2012.  
              52 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de  
Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2012.  
Orientação: Prof. Álvaro Diógenes Leite Fachine

1. Atenção Básica 2. Reorganização 3. Saúde da Família 4. Centro de Nutrição I. Título.  
CDD 362.1

---

Dedico este trabalho aos meus pais Cleonice e Vilecí. Aos meus grandes irmãos Arley e Karise, parte do que produzo são pra vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

A meus pais, irmãos e familiares, pelo amor e apoio de sempre, e por terem me fornecido condições para me tornar o profissional e Homem que sou.

A minha mãe, Cleonice Tavares, pelos ensinamentos e exemplo de lealdade e humildade que me ajudaram na condução da vida profissional e pessoal.

A todos os amigos queridos, de perto e de longe, que contribuíram com suas reflexões para o desenvolvimento deste trabalho, especialmente aos colegas Segilla Brito e Jonisvaldo Albuquerque, a minha eterna gratidão.

Ao apoio e dedicação dos colegas da minha unidade de saúde, funcionários e gestores em todos os momentos desta jornada.

A mim mesmo pela iniciativa e dedicação

Ao meu paciente pelo incentivo para meu exercício profissional e disponibilidade.

Agradeço finalmente a Deus pelas oportunidades que me foram dadas na vida, sem ele nada seria possível.

"Há homens que lutam um dia e são bons.  
Há outros que lutam um ano e são melhores.  
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.  
Porém, há os que lutam toda a vida.  
Esses são os imprescindíveis."

Bertolt Brecht.

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é hoje um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida da população, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizada, esta estratégia foi proposta pelo Ministério da Saúde priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua com a finalidade de reorganização da Atenção Básica à Saúde. Através deste trabalho, profissionais da saúde que compõe o programa foram capacitados, para que produzissem conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para uma atuação competente na atenção básica dentro do seu local de trabalho. Para a organização dos portfólios, os módulos foram explanados segundo as “linhas do cuidado” (da mulher, da pessoa com deficiência, da saúde mental, da saúde bucal, da saúde ambiental) e foram abordados ainda temas de extrema relevância como os processos de trabalho em saúde, a interdisciplinaridade, bioética e a abordagem integral do indivíduo, da família e comunidade além de esclarecer como planejar e avaliar as ações de saúde, enfocando e interligando a cada um destes momentos o tema deste estudo, a saúde bucal. Este trabalho de conclusão de curso foi fundamentado por referências e fornecem uma aprendizagem colaborativa e problematizadora com articulação entre teoria e prática na atuação em odontologia dentro do ESF. Assim, a reorganização da atenção a partir do Saúde da Família deve trazer grandes impactos nos indicadores, especificamente nos municípios mais distantes inseridos na proposta deste curso de especialização que abrange todo o estado do Ceará e adotam o conceito do cuidado como sua concepção de saúde, não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que o colocam em risco possibilitando a criação de fluxos de ações programáticas e resolutivas por parte das suas equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender como também no desenvolvimento de ações intersetoriais favorecendo os laços de confiança e vínculo entre profissionais e população, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde bucal e aprofundar a humanização das práticas clínicas.

**Palavras Chave:** Atenção Primária; Reorganização; saúde bucal.



## ABSTRACT

The Strategy Health Program (SSF) is today a model of care which requires the recognition of health as a right of citizenship, expressed in the improvement of living conditions of the population, this should be translated into improved services more resolute, whole and especially humanized. This strategy was proposed by the Ministry of Health giving priority to the promotion, protection and restoration of health of individuals and families, so complete and continuous for the purpose of reorganization of Primary Health. Through this, health professionals who make up the program were able to produce that knowledge, skills and attitudes needed for competent performance in primary care within their workplace. To organize the portfolios, the modules have been described under the "care lines" (woman, person with disabilities, mental health, oral health, environmental health) and were also addressed issues of extreme importance as the processes of health work, the interdisciplinary, comprehensive approach to bioethics and the individual, family and community as well as clarifying how to plan and evaluate health activities, focusing on and linking to each of these moments the subject of this study, the oral health. This work of completion was based on references and provides a collaborative learning and problem with articulation between theory and practice in the performance of dentistry within the SSF. Thus, the reorganization of attention from the Family Health should bring great impacts on the indicators, specifically in the municipalities included in the more distant goal of this specialization course that covers the entire state of Ceara and adopt the concept of care as their concept of health focused not only on patient care, but especially in promoting good quality of life and action on the factors that put you at risk enabling the creation of flows and resolving programmatic actions by their health care teams, centered on the host, inform, serve as well as the development of intersectoral actions promoting the bonds of trust and bond between professionals and the population, essential for improving the quality of oral health services and deepen the humanization of clinical practices.

Key Words: Basic Care; Reorganization; oral health.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.1 Objetivo Geral.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>3. METODOLOGIA .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>4. REVISÃO DE LITERATURA (PORTIFÓLIOS).....</b>   | <b>15</b> |
| <b>4.1 Educação a Distância.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>4.2 Processo de Trabalho em Saúde.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>4.3 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde.....</b>   | <b>19</b> |
| <b>4.4 Saúde Mental e Violência.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>4.5 Saúde da Mulher.....</b>  | <b>25</b> |
| <b>4.6 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família.....</b>                                 | <b>27</b> |
| <b>4.7 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>4.8 ABS pessoas com Deficiência.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>4.9 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>4.10 Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade – Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde.....</b> | <b>37</b> |
| <b>4.11 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>5. CONCLUSÃO.....</b>   | <b>45</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>47</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Crato é um município brasileiro do interior do estado do Ceará. Localiza-se no sopé da Chapada do Araripe no extremo-sul do estado e na Microrregião do Cariri, integrante da Região Metropolitana do Cariri. É uma cidade histórica, fundada em 1764, hoje possui 121 428 hab. (IBGE/2011) e um PIB/ R\$ 726,944 mil IBGE/2009.

Divisa com o estado de Pernambuco, a cidade situa-se no Cariri Cearense, conhecido por muitos como o "Oásis do Sertão". É a segunda cidade mais importante do Cariri em termos econômicos depois de Juazeiro do Norte, constituindo também um entroncamento rodoviário que a interliga ao Piauí, Paraíba e Pernambuco, além da capital do Ceará, Fortaleza.

O curso de especialização em saúde da família, realizado no polo em educação a distancia Crato, é uma iniciativa do Ministério da Saúde através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) que tem como finalidade atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS no âmbito da Saúde Coletiva e Atenção Básica.

Segundo COTTA et al.(2002) a atenção primária e o ESF são uma estratégia que deve envolver a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e colocar equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades substituindo a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. Ainda segundo BLEICHER (2004), a atenção primária à saúde é a porta de entrada do sistema. São serviços em que trabalham profissionais de formação generalista voltados para a resolução dos problemas que são mais comuns e que, ao mesmo tempo, exigem menos aparatos tecnológicos. A atenção primária deve ser prestada por uma rede bem extensa de unidades básicas de saúde, de forma que sempre haja alguma unidade próxima a uma comunidade. A atenção primária não envolve somente prevenção, mas a prevenção e os procedimentos curativos simples.

Diante destes conceitos a organização dos serviços de saúde no ESF requer mudanças na educação e no ensino para que todos os membros da equipe focalizem as necessidades globais dos indivíduos, sendo essa a proposta do Curso de Educação a Distância da UNA- SUS para melhoria e qualidade dos serviços prestados pela atenção básica, principalmente nas áreas mais distantes e carentes de educação continuada.

Como Cirurgião- Dentista e profissional inserido na Estratégia de Saúde da Família, é possível afirmar que esta experiência é capaz de desencadear mudanças significativas nas ações e prática diária, associando a realidade do ESF centro de nutrição em Crato com as atividades propostas no AVA (ambiente virtual) organizadas pelo Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS), da Universidade Federal do Ceará (UFC). Considero esta aprendizagem dinâmica e inovadora, mediada por tecnologias em que professores e o alunado, mesmo separados espacial e/ou temporalmente, podem associar teoria e prática e procurar a interação e troca de conhecimentos entre os demais profissionais de diversos municípios.

Este foi um processo que resultou na troca de experiências profissionais, na percepção da necessidade de planejamento em saúde bucal, de autoavaliação e na observação da realidade de trabalho diária da Unidade Básica de Saúde do meu PSF e proporcionou este conjunto de textos (portfólios) aqui compilados, fundamentados em relatos de experiências com pacientes e membros da Equipe de Saúde, dados estatísticos do sistema de informação (SIAB) e SIA/SUS, informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde e regional de saúde (20<sup>a</sup> CRES), e principalmente referências bibliográficas que embasam os textos aqui apresentados.

Construir novos paradigmas como: interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e multiprofissionalidade foram um grande ganho para as ações de saúde bucal que realizo dentro do PSF centro de nutrição, estes conceitos foram bastante discutidos nas plataformas do curso transpassando para a prática do meu trabalho em equipe. Na prática há ainda várias dificuldades envolvendo os seguintes fatores: Falta de recursos financeiros para a funcionalidade da equipe com qualidade, falta compromisso em muitos gestores com o objetivo da ESF, o perfil dos profissionais, que por serem formados com outra concepção de saúde não elaboram e não agem em prol da ESF.

Nesse sentido temos que tomar uma posição frente a esta situação, na qual encontramos em todo nosso Brasil, especificamente em saúde bucal, para posteriormente desconstruirmos tantos mitos e vícios e procurarmos o comprometimento com uma saúde pública de qualidade, debatendo junto com a sociedade e buscando ações concretas que desencadeiem as sonhadas mudanças.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Adquirir conhecimentos e aplica-los nas ações práticas diárias em saúde bucal para assim atuar com competência como Especialista em Saúde da Família e garantir a reorganização da atenção, consolidando o modelo assistencial preconizado pelo SUS.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Assegurar a integralidade nas nossas ações em saúde bucal através do conhecimento desta plataforma social em rede, associando à tecnologia a interação e Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica garantindo saúde para todos.
- Utilizar-se da epidemiologia e das informações sobre saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, atenção ao portador de deficiências e saúde ambiental, subsidiando o nosso planejamento de ações, acompanhando e avaliando o impacto destas ações de saúde.
- Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento, associando os determinantes do processo saúde-doença com a saúde bucal.
- Aprimorar a capacidade de atuar em equipe interdisciplinar utilizando-se de práticas pedagógicas eficientes, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e racionalidade das ações em saúde.

### **3. METODOLOGIA**

Este trabalho foi sendo aprimorado ao longo dos 15 meses de participação no Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e Universidade Federal do Ceará (UFC).

O curso foi ofertado na modalidade à distância com alguns encontros presenciais. Através do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle (AVA), os principais temas da prática diária dos profissionais de saúde da família foram abordados e muitas experiências, de diferentes municípios, foram compartilhadas por meio de fóruns de discussão e trabalhos em grupo.

Ao final de cada módulo foram desenvolvidos textos finais (portfólios) embasados no material teórico disponibilizado pelo NUTEDS, na troca de conhecimento dos alunos (integrantes da equipe de saúde da família), no aprofundamento do assunto através de referências bibliográficas e no relato de experiências da prática diária de trabalho na atenção básica. A atenção básica no contexto da saúde bucal permeou todos os módulos com reflexões em relação ao tema fazendo sempre uma conexão com a disciplina e a prática profissional com o conteúdo de cada portfólio.

Finalizando, o resultado dessa experiência inovadora e dinâmica de Educação a Distância é o agrupamento dos textos (portfólios) desenvolvidos em forma de monografia. O presente trabalho, longe da finalidade de esgotar a amplitude do tema Atenção Básica, dará aos profissionais da rede SUS uma visão integral e mais humanizada da assistência em saúde facilitando o trabalho interdisciplinar e a consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA (PORTFÓLIOS)**

### **4.1 Educação a Distância**

Educação a distância é o processo de ensino – aprendizagem, mediado por tecnologias, onde professores e alunos estão separados espacial e/ou temporalmente. É uma prática que permite um equilíbrio entre as necessidades e habilidades individuais e as do grupo, de forma presencial e virtual sendo possível avançar rapidamente, trocar experiências, esclarecer dúvidas e inferir resultados (MORAN, 1994).

Vejo que o ensino a distancia ao focar no aluno, associando à tecnologia a interação, assume assim contornos praticamente infinitos e revolucionários. Uma plataforma social em rede onde se podem experimentar com desenhos, animação, fóruns de discussão, chats, textos, áudio, vídeo, trechos de filmes em alta definição e etc. E em pensar q esta metodologia a distancia se iniciou nos antigos cursos por correspondências.

Facilmente percebi que a EaD se constitui numa estratégia de ensino em que nós, alunos somos o principal "ator" e a aprendizagem foi construída através da leitura de textos disponíveis no AVA e na troca de opiniões e vivências entre os cursistas e tutores. Esse processo de ensino/ aprendizagem supera sim as gerações anteriores de ensino quando estimula a capacidade crítica do cursista e a coletividade. Assim como, pela possibilidade de ser levada a um maior número de pessoas e o tempo depreendido para as atividades poder ser moldado conforme a nossa disponibilidade.

No trabalho em saúde, principalmente em atenção básica, conhecer realidades diferentes e experiências de profissionais que as vivenciaram, em locais diversos, bem como a atualização frequente dos conhecimentos é fundamental para que possamos sempre oferecer um melhor atendimento aos nossos pacientes.

O Ministério da Saúde criou, em 2008, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) que estabelece condições para que instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS atendam às necessidades de formação e capacitação continuada dos profissionais da saúde.

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) foi ofertado na modalidade a distância para os municípios que compõem os 17 pólos de apoio presencial da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e pontos do Telesaúde, definidos anteriormente, de acordo com as necessidades de formação do Estado do Ceará, com sede no Nuteds/UFC. foi utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle possibilitando a permuta entre as diversas universidades brasileiras envolvidas no projeto da UNA-SUS com a finalidade de formar demanda de profissionais da saúde. Em cada Polo havia um tutor presencial e o acompanhamento dos alunos foi realizado por tutores a distância e orientadores acadêmicos virtuais/ presenciais, sediados na UFC.

Foi de grande valia para nós profissionais na área de saúde essa nova investida, contribuindo assim para que aliemos a nossa prática com a teoria trocando experiências vivenciadas. O mundo de hoje vive um processo de grandes transformações tecnológicas que exigem de nos profissionais uma busca constante no aprendizado da leitura virtual.

#### **4.2 Processo de Trabalho em Saúde**

O processo de trabalho em saúde se conceitua como a prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia das atividades e no consumo de serviços de saúde, ou seja, é o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho. É de fundamental importância que os profissionais, da atenção básica e da ESF, desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

O Ministério da Saúde coloca a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do SUS e como forma de se afirmar o direito à saúde. Neste contexto, devido a toda importância que o PSF adquiriu por sua expansão, difusão e potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e o considerável



contingente de trabalhadores envolvidos, de áreas mais diversas, é que se faz necessário analisar o trabalho das equipes do programa, ou seja, o processo de trabalho em saúde.

Para RIBEIRO, PIRES e BLANK (2004), o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Estes profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional.

De um modo geral, hoje na rede básica a lógica que tem orientado a atual produção de saúde e é o modelo hegemônico, tem sido a biomédico, sua estrutura funcionalista derivada de uma interpretação política onde os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde/doença são inequivocamente multicausais, mas com preponderância biomédica, nos mostram que o momento atual é oportuno para a melhora do quadro de saúde nacional.

Nos dias atuais há um maior reconhecimento no meio acadêmico da importância dos fatores socioeconômicos na determinação da saúde. A abordagem social da saúde pode produzir a mudança do ambiente econômico-social a fim de promover a saúde e o bem-estar, e nós profissionais precisamos de uma ampla base sociocultural para desenvolver ações em saúde. É essencial o reconhecimento de que as condições de saúde de uma população estão inseridas em práticas sociais e culturais, e que ações de promoção de saúde não devem estar isoladas desta realidade. O social, cultural, econômico, educacional, as condições de habitação, condições ambientais, a existência de restrições no acesso à alimentação, aos serviços de saúde, à educação e a outros bens fundamentais para a reprodução da vida influenciam na saúde e no padrão sanitário de um povo.

A organização do processo de trabalho em saúde que busque a ruptura com dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe requer mudanças nos microprocessos de trabalho em saúde (ABRAHÃO, 2007).

Os gestores e profissionais da saúde devem compreender o indivíduo como um ser biopsicossocial e ter a sensibilidade de promover políticas públicas de saúde que se adequem a realidade e as necessidades específicas de cada localidade considerando os riscos sociais.

Ações que segundo MERHY (2002), sejam localizadas sobre o trabalho vivo em ato, como componente orgânico e instituinte, em que a escuta qualificada, a criação de espaço de acolhimento e estabelecimento de vínculo dão o contorno e a forma para afirmação de processos de trabalho distintos e com potência de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes no Programa de Saúde da Família, argamassa da atenção básica no país.

Com o modelo assistencial à saúde preconizado pelo SUS e a conscientização da complexidade do indivíduo dentro do processo saúde- doença - cuidado é possível transformar os determinantes sociais de um povo e através de atitudes mais solidárias, coletivas e uma melhor habilidade de comunicação entre profissionais, gestores e comunidade consegue-se provocar mudanças nos processos de trabalho e promover a melhoria na qualidade de vida da população.

Acredito ser importante descrever brevemente aqui o processo de trabalho da ESF-Centro de Nutrição, para consolidar a importância deste capítulo no desenvolvimento deste estudo de especialização.

A equipe está numa área urbana, e é composta por 02 PSF's, possui 1679 famílias a serem assistidas sendo que o Ministério da Saúde preconiza um total de aproximadamente 600 famílias por equipe. O território é subdividido em 03 bairros: alto da penha, mutirão e pantanal. É formada por nove agentes comunitários de saúde, três auxiliares de enfermagem, duas enfermeiras, dois médicos, um dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

O processo de trabalho da equipe funciona com atividades de atendimento a demanda espontânea e dos programas de saúde bucal, prevenção ginecológica, pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose. São desenvolvidas atividades com grupos de idosos e ações coletivas com palestras sobre diversos temas: DSTs, Álcool e Drogas, Gravidez na adolescência, Fumo e Câncer Bucal, Dengue além da escovação dental e aplicação tópica de flúor com distribuição de escovas e creme dental. Os pacientes sem condições físicas de se deslocarem até a unidade de saúde são assistidos através das visitas domiciliares.

A presença da equipe do NASF composta por Educador Físico, Psicólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta e Assistente Social é de primordial importância para o trabalho interdisciplinar. O apoio matricial promove a interação entre profissionais de diversas áreas da saúde enriquecendo e aprimorando a estratégia saúde da família e beneficiando a comunidade da Bela Vista.

No entanto, no dia a dia da equipe de saúde, vários obstáculos limitam os processos de trabalho, como: A infraestrutura dos postos, a disponibilidade de veículo na área, o equipo odontológico precário que limita a atuação do dentista, falta de água nos postos e uma demanda excessiva além do número de famílias por equipe preconizado pelo Ministério da Saúde. Isso tudo limita os princípios do SUS que procura oferecer um serviço de qualidade, humanizado com equidade e universalidade.

Contudo avalio que temos buscado resultados positivos no nosso trabalho e um esforço de todos os membros da equipe já é notado pela comunidade. Pessoalmente a saúde bucal vem valorizando a comunicação e os espaços de participação/negociação e a construção de parcerias tem sido nosso alvo.

#### **4.3 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde**

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país, tais como: oferta organizada ou

programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, etc. (PAIM, 1999).

Segundo JÚNIOR & ALVES (2007), o modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Foi possível observar nesta disciplina que as estratégias de saúde propostas pelo governo brasileiro, como mostra toda a sua história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. As caixas de pensão o INPS, INAMPS, e assim foi-se construindo uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. Para os usuários, a organização do sistema de saúde indicava duas situações igualmente difíceis de serem enfrentadas: a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde.

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde (BRASIL, 2002).

Assim surge o PSF que pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”. O Programa foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros objetivando a ampliação da cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária.

Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades substituindo a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (COTTA; MORALES; GONZÁLES, 2002).

No município do Crato, o PSF é o modelo assistencial implantado e também veio como uma potencialidade para mudança do modelo assistencial vigente e hegemônico, o médicoassistencial, mas verifica-se a necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar não somente os profissionais de saúde e gestores para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada, mas, também, conscientizar a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria PSF.

No entanto, muitos desafios existem para a consolidação desse novo modelo assistencial no nosso município. É preciso ainda envolver os profissionais inseridos no programa em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde uma vez que há a interferência do mercado supervalorizando as especialidades médicas com o intuito de facilitar a penetração tecnológica e aumentar a capacidade lucrativa no setor saúde. O trabalho em equipe também apresenta grandes limitações devido à ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e o baixo grau de interação entre as categorias profissionais, onde apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro.

A Educação em Saúde é uma tecnologia de trabalho capaz de promover a mudança do modelo assistencial, porém, o baixo nível educacional da população é um entrave para tal mudança. A educação ainda é precária no Brasil tornando difícil trabalhar com prevenção numa população “viciada” em medicação e ações curativas.

A população precisa despertar para a questão do controle social e participar mais, tomar consciência da sua autonomia e responsabilidade no que tange à saúde para transformação da realidade. Os gestores, profissionais e comunidade devem se

comprometer com a construção de políticas públicas saudáveis, com a criação de ambientes favoráveis à saúde, com a reorientação dos serviços de saúde promovendo o desenvolvimento de habilidades individuais e reforçando a ação comunitária para a transformação de um sistema de saúde meramente curativo-hospitalar num novo modelo assistencial que promova a melhoria na qualidade de vida e garanta o direito à saúde e uma vida digna para todos.

#### **4.4 Saúde Mental e Violência**

A violência está enraizada nas estruturas sociais, econômicas, culturais e políticas do nosso país e precisa ser analisada pelos determinantes sociais em saúde. Neste sentido há um incentivo da violência nos contextos em que ocorrem extremas desigualdades sociais, incitação ao consumo como forma de reconhecimento e inscrição social, impunidade de crimes de corrupção política, a miserabilidade e marginalização de grandes parcelas da população, o desemprego, a falta de acesso a bens, serviços, programas e políticas públicas, e o esfacelamento de valores de solidariedade e civilidade.

Os fenômenos de violência, de forma direta ou indireta, têm como efeito sobre as pessoas o isolamento social, o pânico, o consumo de drogas, a depressão e a melancolia, além de defesas agressivas que potencializam, de forma geral, laços mais violentos (BRASIL, 2004). As violências se apresentam de diferentes formas e com diversos efeitos sociais; os tipos de violência são: física, contra o idoso, a mulher, contra o portador de transtorno mental, o abuso sexual, a violência psicológica, violência urbana, entre outros.

A Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei contribuiu com a Reforma Psiquiátrica e a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e manicomial. No Brasil, nas últimas décadas, um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas tem lutado para transformar a compreensão cultural e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. Este processo resultou em incentivos para o uso de

recursos extra-hospitalares e a criação de residências terapêuticas, centros de convivência, CAPS, programa de volta para casa, iniciativas estas que visam à manutenção do portador de transtorno mental em seu meio familiar e comunitário (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a política de saúde mental baseia-se na assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho, na comunidade. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento visará como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

Para que, de fato, ocorra a substituição do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico pelo modelo de atendimento diversificado, torna-se necessária uma política de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e o aumento dos serviços extra-hospitalares. A porta de entrada da assistência passa a serem as Unidades Básicas de Saúde através do Programa de Saúde da Família e os ambulatórios de saúde mental, ficando os hospitais como uma retaguarda para atender as situações em que não se indica a permanência do doente na sociedade (nos momentos de crise ou de profunda dependência física e/ou mental).

Conforme WAISELFIZ (2008), essa realidade exige, para seu enfrentamento, políticas públicas integradas e intersetoriais. Mais serviços de atenção psicossocial organizados em rede, da atenção básica a serviços de maior complexidade, além de alternativas de esporte, lazer, cultura, geração de renda, profissionalização, inserção no mercado de trabalho e ambientes escolares que estimulam o pensar, o protagonismo, a sociabilidade, a solidariedade e a construção de cidadania.

São diversos os problemas de saúde mental que a equipe de saúde da família se depara no seu dia a dia. O alcoolismo, transtornos de esquizofrenia e de ansiedade, pacientes dependentes de benzodiazepínicos e as depressões de maneira geral; daí a importância da inserção das ações em saúde mental na unidade básica de saúde da família. Os profissionais do PSF podem ser promotores de saúde mental, uma vez que estão constantemente em contato com as famílias assistidas, esforçando-se para desenvolver novas propostas de atenção à saúde mental, levando um atendimento descentralizado, com base comunitária, contemplando os princípios da Reforma

Sanitária, os quais são: conceito ampliado de saúde, qualidade de vida, integralidade, interdisciplinaridade, descentralização, acessibilidade, equidade e universalização.

Estes profissionais devem procurar desmistificar a doença mental identificando e discutindo os problemas de saúde mental numa visão interdisciplinar e implementando novas formas de atendimento na prática profissional como: o acolhimento, a escuta sensível desses problemas, compreendendo para o sofrimento, seja qual for sua origem, o psíquico ou psicológico. No entanto, observa-se a grande dificuldade dos profissionais que atuam no PSF de lidar adequadamente com as demandas de saúde mental da comunidade assistida prevalecendo ainda a prática da psiquiatria tradicional onde a medicalização e o encaminhamento são os instrumentos de escolha sendo o posto do que prevê a Reforma Psiquiátrica.

É necessário sensibilizar e qualificar a equipe de saúde da família para a atuação na área de saúde mental. O treinamento das equipes de PSF enfatizando temas como saúde mental e família, família como unidade do cuidado e reabilitação psicossocial, são indispensáveis, juntamente com a pesquisa e a educação continuada nesta área. Ressalta-se ainda, a necessidade do registro das famílias com problemas de saúde mental no SIAB, pois assim poderá se dimensionar o impacto dos problemas de saúde mental na comunidade atual.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

É imprescindível a interação entre atenção básica e CAPS para uma melhor qualidade na assistência aos pacientes psiquiátricos. Os profissionais de saúde devem participar junto às famílias com doença mental, orientando e acompanhando o uso de medicações, identificando precocemente as alterações de comportamento e outros sinais crônicos da agudização do quadro. O acompanhamento medicamentoso dos indivíduos



fora do quadro agudo e a discussão com a sua família e seu meio sobre sua inserção na sociedade, pode romper ou minimizar o estigma existente sobre tais transtornos.

De acordo com VECCHIA (2006), o atendimento ambulatorial das ações de saúde mental também deve ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde como responsabilidade de uma equipe multiprofissional. Além do atendimento individual, o atendimento grupal (grupo operativo, grupo terapêutico, grupos de orientação, atividades socioterápicas, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, etc.), as visitas domiciliares e atividades comunitárias na área de referência do serviço devem ser considerados no planejamento das ações de assistência e prevenção.

Enfim, pacientes com doenças mentais e de comportamento podem ser recuperados e conviver em sociedade, porém, se forem submetidos à discriminação, à marginalização, à internação prolongada e inadequada, tornam-se doentes crônicos, talvez irrecuperáveis. É preciso humanizar a assistência a tais pacientes e garantir-lhes uma melhor qualidade de vida sem o rompimento do vínculo afetivo com sua família e comunidade.

#### **4.5 Saúde da Mulher**

No módulo Saúde da Mulher entendemos o contexto da ser feminino na nossa prática em saúde. Sabemos que hoje muitas famílias são chefiadas por elas que buscam reconhecimento e valorização e precisam ter suas necessidades de saúde atendidas. As mulheres vêm participando da formulação das políticas públicas, cobrando ações que sejam coerentes com o que precisam para sua saúde.

Com a influência das mulheres nas sociedades, o Ministério da Saúde orienta que a assistência Integral a este grupo seja prioridade e propõe fornecer atenção clínico-ginecológica, com controle das doenças sexualmente transmitidas (DST), do câncer cérvico-uterino (colo do útero) e mamário, a assistência para concepção e

contracepção, uma melhor assistência pré-natal, do parto e do puerpério, abordando os problemas desde a adolescência até a terceira idade. Destacando ainda a assistência à mulher através da educação em saúde.

Entendemos também, ainda dentro deste enfoque, que a gestação é uma fase única e importante na vida da mulher e por isto de enorme importância no cronograma das equipes. Esse período é muitas vezes tumultuado, repleto de sentimentos contraditórios e indagações. Esta é uma fase de transformação da mulher tanto a nível físico como psicológica e boa parte não está de fato preparadas para assumir seu novo papel, o de “MÃE”. As consultas e orientações que a equipe deve prestar promoverão a qualidade do período gestacional e assegurará a consulta até o pós-parto.

A assistência prestada no PSF deve também prever a necessidade de um atendimento interdisciplinar às gestantes cadastradas em programa de pré-natal, visando à adoção de medidas que previnam problemas bucais e, ao mesmo tempo, promovam a saúde da gestante e de seu futuro bebê. O acesso à consulta odontológica no pré-natal precisa tornar-se rotina na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de um espaço privilegiado para promover Saúde Bucal, e através da Educação em Saúde, desenvolver a consciência de responsabilidade da gestante pela sua saúde e dos seus filhos, atuando, de maneira positiva, na prevenção primária.

De acordo com TREVISAN et al. (2002), a gravidez coloca a mulher em um estado de cuidados diretos, pois produz modificações em seu organismo. Diante disso, se não existir um acompanhamento adequado, o processo de superposição de estados patológicos prévios podem levar a gestação para uma situação de alto risco, tanto para a mãe quanto para o feto. A taxa de mortalidade perinatal ainda continua sendo a principal responsável pela taxa de mortalidade infantil existente.

A equipe de saúde da família deve está atenta a um possível diagnóstico de gravidez, pois quanto mais cedo for realizado mais fácil será o acompanhamento do desenvolvimento do embrião-feto e das alterações que ocorrem no organismo e na vida da mulher, possibilitando prevenir, identificar e tratar eventuais situações de anormalidades que possam comprometer a saúde da grávida e de sua criança (embrião ou feto), desde o período gestacional até o puerpério.

A assistência à mulher em sua fase reprodutiva é fundamental para a diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil. Os serviços de saúde devem prestar um atendimento obstétrico e neonatal com características essenciais para a qualidade e humanização (BRASIL, 2005).

Na unidade em que atuo (PSF- centro de nutrição), nas ações educativas, os profissionais de saúde orientam toda a clientela a partir da sua entrada na unidade de saúde quanto às formas de transmissão das DST e os mecanismos de prevenção das doenças ginecológicas. O aconselhamento é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST auxiliando o cliente a compreender a relação existente entre o seu comportamento e o problema de saúde que está apresentando e a reconhecer os recursos que tem para evitar novas infecções. As consultas odontológicas acontecem a cada 03 meses durante a gestação e sempre é garantido os seus retornos caso necessitem continuar o tratamento. As ações educativas têm sido realizadas através da distribuição de folhetos informativos, pôsteres afixados nos murais de passagem da clientela, grupos de orientação nas salas de espera, utilização de vídeos educativos e também orientações individuais na pré-consulta ou na pós-consulta ginecológica.

Os profissionais de saúde deveriam também estar preparados para lidar com a violência contra a mulher tão comum nos dias de hoje. O abuso sexual é um tipo de violência contra as mulheres muito comum no Brasil e produz seqüelas físicas e psicológicas sérias. Implantar atividades que coíbam a violência doméstica só traria resultados se houvessem parcerias. Acho que devemos buscar setores diversos como igrejas, ação social do município, conselho tutelar e lideranças que estejam dispostas a dialogar e que defendam os direitos humanos. Hoje em dia o que tem sido feito, na maioria das vezes e na maioria dos PSF's, é só notificar ou denunciar.

Os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves (SCHRAIBER et al, 2002).

As mulheres que sofreram violência sexual devem ser atendidas por uma equipe multiprofissional capaz de estabelecer uma relação de confiança, respeito e ajuda. Devem ser realizados exames laboratoriais como tipo sanguíneo, sorologia para sífilis, hepatite B e anti-HIV, cultura de secreção vaginal. Medicamento de emergência

para evitar a gravidez deve ser administrado e deve ser verificado se houve contágio por doenças sexualmente transmissíveis, tomando as providências cabíveis.

Conforme OLIVEIRA & FONSECA (2007), é bastante difícil resolver um problema de violência contra as mulheres somente na singularidade ou no nível da atenção básica. Fica constatada a necessidade de discutir esta questão na cotidianidade dos serviços de saúde, de definir prioridades para capacitar os profissionais e de estabelecer parcerias com outros serviços, considerando que a violência sexual exige abordagem e intervenção interdisciplinares e intersetoriais.

#### **4.6 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família.**

É importante a incorporação da problemática ambiental na promoção da saúde e nas ações do programa saúde da família. Conforme PEREIRA, LACERDA e MARQUES (2010), é necessário que o sistema de saúde esteja centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, visto que o mundo tem passado por uma crise ambiental severa. Nesse sentido promoção da saúde ambiental na estratégia de saúde da família deve ser realizada pela equipe de maneira articulada, intersetorial e interdisciplinar de acordo com a realidade ambiental da comunidade visando um trabalho humanizado, democrático e dinâmico para a promoção da qualidade de vida, usando como estratégia a educação ambiental na conscientização dos cidadãos na construção da saúde ambiental.

Abordar a saúde ambiental em minha prática foi incluir a questão do lixo próximo a um córrego onde também existem queimadas, poluição do ar e desmatamento ao seu redor. Acionamos, juntamente com os ACS's, os responsáveis e provocamos, com o apoio matricial do NASF, a discussão do surgimento de doenças e das condições de higiene na comunidade.

É preciso que haja uma política nacional inter-relacionada entre saúde e ambiente onde os cidadãos comprometam-se na construção da saúde ambiental através das ações de educação ambiental promovida pelas equipes de saúde da família em suas áreas de abrangências, conjuntamente com a população assistida.

As questões de trabalho, ambiente e saúde tornaram-se um problema de saúde pública. É importante que a atenção básica, porta de entrada do SUS, seja capacitada para lidar com essa realidade. Uma boa análise de territorialização deve englobar as áreas de risco, tipos de imóveis, cursos d'água, depósitos de lixo, atividades ocupacionais da população adscrita, condições de trabalho da unidade de saúde e o risco ocupacional da própria equipe de saúde da família, entre outros fatores.

Ainda neste módulo os acidentes e doenças do trabalho que a princípio poderiam ser evitados, têm se tornado um grave problema de saúde pública no Brasil e certamente no meu município. Acreditamos que as ações de saúde do trabalhador, incluindo a assistência aos acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais, assim como vigilância epidemiológica e ambiental nos locais de trabalho, deveriam ser incorporadas em todos os níveis do SUS desde o básico, até os de maior complexidade.

Outro problema que merece destaque refere-se à insuficiência de ações de vigilância a ambientes de trabalho desenvolvidas pelo SUS, isto decorre porque falta incorporar as ações sobre os ambientes de trabalho pelas áreas de vigilância epidemiológica e ambiental do MS. É importante incorporar a vigilância a acidentes, doenças e ambientes de trabalho, de forma que se tornem rotina das áreas de vigilância do MS.

Assim, é preciso intervir sobre a Saúde dos Trabalhadores no momento atual, torna-se necessário combinar distintas abordagens e enfoques que consideram o processo de reestruturação produtiva na globalização da economia, as mudanças urbanas, as transformações organizacionais do trabalho, os fatores de risco industriais e ambientais e os aspectos da saúde psicofísica do trabalhador.

Verificar-se que, apesar do avanço das políticas públicas, dos direitos sociais, trabalhistas e políticos, novas e velhas questões relativas à saúde e ao trabalho se põem no cotidiano dos trabalhadores. A saúde pública já presta o atendimento ao

trabalhador vítima de doença ou de acidente relacionado ao trabalho e conta com serviços especializados de vigilância sanitária e epidemiológica. Contudo, há necessidade de romper com as ações focais e fragmentadas na assistência à saúde do trabalhador e avançar na construção de dados fidedignos para subsidiar ações mais amplas.

Para RADICCHI e LEMOS (2009), os modelos econômicos adotados no Brasil não têm levado em conta prioritariamente a saúde e o ambiente, perpetuando alguns processos produtivos inadequados que provocam danos evitáveis à saúde humana e ao meio ambiente. Ainda coexistem, relações e processos de trabalho primários ao mesmo tempo em que se difundem processos produtivos com riscos tecnológicos complexos, que incorporam tecnologias nucleares, químicos e biológicos.

#### **4.7 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal**

Observando a trajetória histórica dos modelos assistenciais vivenciados pelo setor saúde bucal no Brasil observa-se por muitos anos um privilégio na atenção voltada a grupos populacionais específicos, principalmente escolares e gestantes, orientados pela conformação de uma prática odontológica positivista, monopólica e biologicista. Este modelo se inicia desde nas décadas de 20, 30 e 40 (MEDEIROS JÚNIOR, 2004) e possui um forte alicerce na prática curativista, mutiladora e na ineficácia e ineficiência do tecnicismo.

A Odontologia Sanitária surge na década de 50 mantendo as ações voltadas ao escolar, atuando com o enfoque curativo restaurador. Na década de 70, as ideias de simplificação da prática e a racionalização dos serviços embasaram o modelo da Odontologia Simplificada. Na medida em que eram incorporados os conceitos de promoção e prevenção em saúde bucal com ênfase coletiva e individual, a introdução do trabalho a quatro mãos e do pessoal auxiliar em odontologia originou-se a chamada Odontologia Integral (BRASIL, 2006).

Na década de 90, nasce o PSF, junto com os novos desafios propostos pelo SUS. Surgem conceitos importantes como controle epidemiológico da doença cárie com o uso de tecnologias preventivas e ênfase no autocuidado, os serviços odontológicos no SUS ainda resumiam-se ao atendimento de livre demanda em Policlínicas.

Em 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL SORRIDENTE) a busca pela integração aos demais serviços, a partir da incorporação de saberes e práticas, dão reforço na AB e assim surge a necessidade de revisão das práticas assistenciais, ajudando a consolidação do setor saúde bucal no SUS.

O plano nacional de saúde bucal (PNSB) de 2006 traz as orientações do ministério para superamos este modelo biomédico de atenção as doenças e prevê a organização da saúde bucal baseada no reconhecimento de especificidades próprias da idade, trabalhada no âmbito da saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso (BRASIL, 2006).

No município do Crato a discussão do modelo assistencial a adotar já esteve em pauta por algumas vezes, mas não há uma normatização até o momento. A gestão orienta que cada equipe se adéque ao cronograma da unidade dentro dos programas vigentes.

Especificamente na minha unidade de trabalho a saúde bucal está inserida nas ações e atividades diárias. Tenho, enquanto dentista, tentado centrar a prática no acolher, informar, atender e encaminhar, sendo o trabalho em equipe e a humanização da técnica os fundamentos mais importantes de nosso agir na estratégia.

Hoje, já vislumbro como desafio a ser sempre superado na unidade, a tendência da predominância das ações curativas, fragmentadas e pouco resolutivas que já aconteceram, mas que através de um maior conhecimento em saúde pública e da autoanálise da nossa equipe, tem-se observado um quadro novo de envolvimento e comprometimento de todos na melhoria da organização do nosso próprio serviço.

#### **4.8 ABS Pessoa com Deficiência**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência coloca como principal objetivo a reabilitação da sua capacidade funcional e de desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que determinam o aparecimento de deficiências. No entanto, uma das maiores dificuldades encontradas pelos gestores de diferentes experiências referentes à Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no Brasil, tem sido o planejamento de ações compatíveis com as reais necessidades da população com deficiências e/ou incapacidades, pois existem poucos estudos epidemiológicos aplicados às realidades locais, o que limita a definição dos recursos humanos e dos materiais necessário, bem como o planejamento de estratégias de intervenção.

Para ALMEIDA (2000), trazer a reabilitação para o centro do debate sobre o direito à saúde das pessoas com deficiência e sobre a integralidade da assistência implica em reconhecer que, historicamente as ações de reabilitação, tem se mostrado como um espaço de interconexão de elementos relacionados à saúde, limites e possibilidades individuais e coletivas, avanços científicos e tecnológicos. Entretanto, um modelo de reabilitação centrado na lesão física ou sensorial deslocado do conjunto da atenção à saúde, não garantiu respostas a ponto de constituir-se como suporte assistencial para promover saúde e o exercício da cidadania.

A assistência à saúde da pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, mas deve ser assegurado o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especificidades. Para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, é de fundamental importância que as unidades da saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à pessoa com deficiência. Também é necessário que essas unidades de saúde forneçam ajudas técnicas que são produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida.



Conforme OTHERO & DALMASO (2009), o panorama de desassistência ao deficiente existente antes da criação do SUS se mantém. No âmbito das práticas e ações, prevalecem as instituições filantrópicas como principais referências de algum tipo de cuidado às pessoas com deficiência. O acesso aos serviços continua difícil, e os relatos de experiências negativas com os programas e recursos existentes no sistema público são constantes. A família e uma pequena rede de apoio agregada são as principais fontes de cuidados às pessoas com deficiência, sendo fundamental destacar que não existem políticas ou ações mais amplas voltadas para o apoio ao familiar e a esta rede.

A atenção à família da pessoa com deficiência configura medida essencial para um atendimento completo e eficaz. Essa atenção compreende ações de apoio psicossocial, orientações para a realização das atividades de vida diária, oferecimento de suporte especializado em situação de internamento hospitalar ou domiciliar.

Observamos neste módulo que há avanços inegáveis nos últimos tempos, entretanto todos os deficientes ainda enfrentam problemas com o preconceito por parte da sociedade e dos empregadores, que ainda os veem, quase sempre de forma equivocada, como alguém com baixa capacidade de resolução dos problemas. As barreiras arquitetônicas representadas por prédios sem rampas e a dificuldade no transporte, principalmente em ônibus, além da falta de clareza na legislação, são outros vilões das pessoas com deficiência.

No município do Crato, o portador de deficiência é atendido no PSF e é encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde para realizar o laudo social, quando preciso, e adquirir posteriormente os meios necessários para sua reabilitação de acordo com sua necessidade específica.

Especificamente no meu posto de saúde existem algumas adaptações pra o acesso aos portadores de deficiência e eles dispõem sempre do carro para levá-los as consultas, além disto, percebo também que todos os profissionais se encontram sensibilizados para recebê-los. Entretanto ainda na minha unidade básica de saúde, há a necessidade do rebaixamento de outras partes da calçada e também em outra entrada do prédio, da abertura suficiente de portas para permitir a passagem de uma cadeira de rodas e há necessidade também de adaptação dos banheiros. As barreiras arquitetônicas dificultam o acesso aos serviços de saúde. O envelhecimento populacional, aumento da

demanda de idosos, aumento das doenças crônicas e a utilização das UBS por pessoas com deficiência física tornam indispensável a intervenção institucional no sentido de qualificar e promover melhorias na estrutura das UBS.

Cabe destacar esforços institucionais como, por exemplo, do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família que está financiando a melhoria da infraestrutura de UBS em municípios de mais de 100 mil habitantes. Esta iniciativa poderá facilitar o acesso aos serviços básicos de saúde aos idosos e aos portadores de deficiências, aumentando as chances de atendimento com qualidade e respeito a esta importante parcela de usuários.

#### **4.9 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde**

André Comte-Sponville definiu “Bioética não apenas como uma parte da Biologia; é uma parte da ética, é uma parte de nossa responsabilidade simplesmente humana; deveres do ser humano para com outro ser humano, e de todos para com a humanidade”. É o estudo interdisciplinar do conjunto das condições exigidas para uma administração responsável da vida humana, ou da pessoa humana, tendo em vista os progressos rápidos e complexos do saber e das tecnologias biomédicas (CARVALHO, 2009).

A ética, em seu nível público, além de proteger a vida e a integridade das pessoas, objetiva evitar a discriminação, a marginalização e a segregação social. Neste contexto, o conceito de justiça fundamenta-se na premissa que as pessoas têm direito a um mínimo decente de cuidados com sua saúde, o que inclui garantias de igualdade de direitos, equidade na distribuição de bens, riscos e benefícios, respeito às diferenças individuais e a busca de alternativas para atendê-las, liberdade de expressão e igual consideração dos interesses envolvidos nas relações do sistema de saúde, dos profissionais e dos usuários (GRACIA, 2008).

Conforme BRAUNER (2008), a Bioética propõe reflexões que acentuam o “dever de priorizar o ser humano frente às pesquisas científicas e avanços tecnológicos que, por vezes, podem escravizar o homem à intervenção da técnica e deve ter como meta melhorar a qualidade de vida, não se aceitando que esses conhecimentos possam ser utilizados contra o próprio ser humano, quer violentando seu corpo, quer pisoteando sua dignidade”.

Agir pelo melhor interesse do doente ou pelo menos não o prejudicar é, desde Hipócrates, o alicerce principal da Ética Médica, que a rigor era uma Moral Médica, mantendo-se atual até os dias de hoje (CUNHA, 2004).

Para GOLDIM (2006), a Bioética propõe que haja “uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver”.

Segundo SCHRAMM e KOTTOW (2001), a bioética social assume como missão prioritária o amparo dos excluídos das políticas públicas e a garantia de uma qualidade de vida razoável para todos e para cada um.

Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida dentro do contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Para BULLINGER et al (1993), a qualidade de vida inclui uma variedade maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com suas atividades diárias, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Conforme KOTTOW (1995), beneficência quer dizer fazer o bem, significa ter a obrigação moral de agir para o benefício do outro. Na área de cuidados com a saúde, que engloba todas as profissões das ciências biomédicas, significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico- assistencial, mas também do ponto de vista ético. É usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar.

De acordo com o princípio de não maleficência, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente. É considerado o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica e tem suas raízes em uma máxima que preconiza: “cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos” (KIPPER; CLOTET, 1998).

Particularmente percebi que a bioética pode contribuir para a análise das situações-problema, dos dilemas morais e conflitos de interesses no campo da atenção em odontologia, e em saúde como um todo.

Este senso de humanidade é inerente e fundamental à Bioética. Pensar Bioética é pensar de forma solidária, é assumir uma postura íntegra frente ao outro e, conseqüentemente, frente à sociedade e à natureza. Assim é possível afirmar que a Bioética é uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver.

O conhecimento dos fundamentos teóricos e práticos da Bioética é, assim, fundamental para a formação do profissional de saúde, especialmente na saúde pública, pois favorece a compreensão da realidade numa perspectiva consciente, crítica e interdisciplinar. Ao ler e discutir sobre temas da pauta bioética foi possível me deparar com análises sobre sistemas de valores, crenças e atitudes, que servirão de subsídio para a ponderação ética e deliberação de conduta, desenvolvendo habilidades e capacidades que melhor o qualificam para o exercício da assistência em saúde.

Acredito que a disciplina e o módulo devem ser usados por nós, da linha de frente da estratégia saúde da família, como um referencial que possibilita a reflexão, favorecendo a construção de uma visão crítica de mundo, em atenção aos problemas sociais, culturais e econômicos que a realidade da população de nossa comunidade traduz, contribuindo para formação humanística do profissional de PSF e estimulando o compromisso social de intervir para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Isso parece reforçar a necessidade de uma aguçada sensibilidade e compromisso éticos por parte dos profissionais na atenção básica, pois a efetivação do PSF não se resume a uma nova conformação da equipe ou da unidade básica de saúde. Os profissionais que atuam no PSF têm de exercer uma nova prática marcada pela

humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias.

Para FRANCO & JÚNIOR (2007), a organização do processo de trabalho deve ser feita através do trabalho integrado e não partilhado, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado através da interação de saberes e práticas entre os profissionais.

O trabalho em equipe interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à efetivação da integralidade em saúde no sentido de possibilitar uma atuação em saúde mais contextualizada e resolutiva. Tal trabalho interdisciplinar é construído no dia a dia pelos profissionais da equipe através da organização do processo de trabalho para a coordenação do cuidado e do sistema de referência/contra referência. As ações em saúde que são atribuídas à equipe como o Planejamento Estratégico, o Acolhimento, Reunião de Equipe, Visita Domiciliar e Grupos de apoio são práticas facilitadoras para esse trabalho interdisciplinar.

A Estratégia de Saúde da Família tem a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar como um de seus principais desafios. É necessário a existência de uma equipe de saúde capacitada para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, que articule os conhecimentos necessários para responder aos problemas de saúde que se colocam e atuar efetivamente na promoção da saúde, ou seja, é necessário estruturar o processo de trabalho baseado na prática multiprofissional com uma abordagem interdisciplinar e intersetorial dentro dos princípios da Bioética.

Portanto trabalhar em equipe na ESF pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço, para praticar ações interdisciplinares, estes devem atuar, articulando suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira apropriada já que todos conhecem a problemática (PEDROSA, 2001).

A Estratégia Saúde da Família apresenta potencial empoderador fundamental para a garantia do direito à saúde e construção da cidadania, por suas condições de articulação com os movimentos comunitários. Porém, os problemas éticos

na relação com os usuários e família parecem trazer à tona a imprevisibilidade de resultados inerentes às relações humanas na saúde, que tende a ser maior na saúde da família pelas peculiaridades que cercam esse relacionamento. De um lado, os usuários e suas famílias buscam a resolução de um problema, de saúde que consideram importante, trazendo consigo seus segredos, medos, crenças e expectativas. De outro lado, a equipe, ainda inexperiente para lidar com situações decorrentes de contínua proximidade com os usuários e família, mantém-se presa a procedimentos, normas e rotinas do serviço ou ainda a seu entendimento técnico do que é melhor para os usuários e/ou as famílias. A sutileza desse panorama pode levar a não percepção dos problemas, reforçando a necessidade de capacitação dos profissionais em comunicação e acolhimento, para instituir uma atitude ética baseada na cidadania, solidariedade e humanismo.

#### **4.10 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.**

As diversas atividades desempenhadas no serviço de saúde, seja em momentos coletivos ou individuais, são norteadas por práticas pedagógicas que determinam uma postura relacional ou comunicacional entre os diversos atores sociais. É impossível dissociar saúde e educação nos processos de trabalho da equipe de saúde da família. A maneira que se aborda os diversos temas da saúde gera mudanças na melhoria da qualidade de vida da comunidade, família e indivíduo. Então, várias tendências pedagógicas de ensino – aprendizagens são utilizadas no campo da saúde, algumas já ultrapassadas e de pouca eficácia para uso na atenção básica. Tais tendências são divididas em concepções pedagógicas tradicionais e concepções que tem o aprendiz como foco.

Nas concepções pedagógicas tradicionais enquadra-se a pedagogia por transmissão de conhecimentos e a pedagogia por condicionamento. Tais pedagogias não consideram a realidade social, as crenças e valores dos usuários dos serviços de saúde. São transmitidos conhecimentos por parte dos profissionais, considerados detentores do saber, para a família e comunidade, considerados aprendizes e espera-se que haja

mudança de comportamento em função do que foi ensinado e condicionado aos mesmos.

Em oposição às pedagogias de ensino tradicionais surge a concepção que tem o aprendiz como foco através da pedagogia nova, do construtivismo – interacionista, do sociointeracionismo, da concepção histórica- social e da pedagogia da problematização. Todas essas correntes pedagógicas têm como centro da atividade o aprendiz que deve ter participação ativa no processo, o foco não é o profissional e os conteúdos ensinados. As relações verticais, autoritárias que não valorizam o saber, as condições de vida, os aspectos sociais, culturais e políticos de um povo não interessam para o fortalecimento do SUS. As novas formas de educação devem promover mudanças que tornem os sujeitos capazes de pensar, refletir, questionar e os tornem corresponsáveis pelo processo saúde – doença.

No atual contexto de redefinição das ações e serviços de saúde propostas pelo governo na estratégia saúde da família, coloca-se, mais uma vez, o desafio dos serviços de saúde frente às necessidades da população.

Os problemas, já vêm sendo observados há muito tempo. Eles materializam-se, por exemplo, na questão da inacessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde; na iniquidade da distribuição dos recursos; na baixa qualidade do sistema de atenção à saúde; na falta de participação, refletindo substancialmente no baixo impacto das ações e serviços de saúde sobre as condições de vida das pessoas.

Dessa forma, como vimos durante este módulo, usar a problematização nas nossas ações pedagógicas em nossa unidade contribui para a melhoria progressiva da qualidade da atenção e dos cuidados em saúde. Nesse sentido, enfrentar os problemas existentes para a realização dos serviços de saúde com qualidade, tendo em vista as necessidades da população, é o grande desafio, já que as atividades educativas desenvolvidas atualmente pelas equipes da ESF seguem uma Pedagogia de Transmissão ou do condicionamento.

O SUS propõe uma nova atitude de mudança no fazer em saúde que implica na problematização do processo de trabalho em saúde com foco nas relações percebendo o usuário como sujeito e participante ativo na produção de saúde

promovendo mudança na relação profissional/usuário, profissional/profissional através de parâmetros éticos, técnicos, de solidariedade e defesa da vida.

Utilizando as novas formas de abordagem pedagógicas nas tecnologias do acolhimento, visita domiciliar, trabalho com grupos é possível traçar um diagnóstico situacional da área adscrita e tornar a própria comunidade ativa diante dos principais problemas de saúde, suas causas e recursos disponíveis para a solução dos mesmos.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem procurar utilizar a proposta pedagógica da problematização analisando a realidade vivida para diagnosticar problemas do cotidiano e constituir hipóteses para aplicação de soluções viáveis. Esse trabalho é feito interagindo com demais profissionais da equipe e fazendo com que a população participe ativamente do processo.

Talvez esse módulo tenha sido uma perspectiva interessante para que se possa ter tido uma boa percepção da riqueza dos processos de abordagem do indivíduo, da família e da comunidade na atenção básica à saúde e assim refletirmos sobre algumas de suas importantes particularidades.

É nesse plano, por exemplo, que podemos reconhecer uma série de experiências que, já há algum tempo, vêm criando algumas possibilidades reais de se efetivar na estratégia saúde da família a prática do acolhimento e do trabalho com grupos e ainda a visita domiciliar e consulta. Ações como oficinas de discussão, trabalhos com grupos, construção de rodas de conversas visando coletivização da análise e produção de estratégias conjuntivas para enfrentamento dos problemas é uma boa forma de estabelecer o vínculo e a confiança entre profissionais e famílias responsabilizando todos pela promoção e prevenção da saúde.

Vimos que o acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde. As soluções práticas para a questão do acolhimento na atenção primária, em unidades de PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo



apenas um nome novo para uma “velha” atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento). Entretanto o acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário (ABRAHÃO, 2005).

Para VASCONCELOS, GRILLO e SOARES (2009), não é possível discutir acolhimento nos serviços de saúde sem relembrar princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Lei nº 8.080, tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. O ato de acolher deve demonstrar a preocupação com o outro, a disponibilidade para cuidar, para fazer o melhor possível e 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 da Saúde para uma atenção focada no usuário.

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

O trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde, conforme vimos no texto, e é o espaço mais comum de prática de educação em saúde na atenção básica. Vimos que envolver práticas pedagógicas na construção de uma interação entre os membros de um grupo é bastante produtivo e deve ser utilizado como ambiente para se ouvir e identificar soluções para problemas da comunidade.

A visita domiciliar tem sido uma atividade que aproxima os profissionais, a equipe, da estrutura familiar, mesmo que atenda indivíduos isolados da família. É um instrumento para que se conheça a realidade e se tome responsabilidade, identificando as situações de risco às quais a população está exposta e conhecendo seus problemas de saúde.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

A visita domiciliar é de fundamental importância para a reorientação do SUS baseada num novo modelo assistencial que visa à integralidade e humanização do cuidado confrontando com o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários.

Finalmente a consulta, apresentada como um momento privilegiado de acolhimento e de escuta qualificada do usuário. O módulo finaliza com uma grande reflexão “um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença” (RIBEIRO et al, 2004)

#### **4.11 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde**

Planejar é um processo permanente que garante direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo os rumos e imprevistos, para que sejam alcançadas metas com eficácia Na atividade diária da estratégia de saúde da família. Acredito que uma equipe de saúde deve planejar as intervenções para dar resposta às necessidades de saúde de sua área de abrangência sempre buscando compreender a sua realidade, seus principais problemas e as necessidades da sua população; analisando-os e elaborando propostas para solucioná-los e assim criar um plano de ação com definição de metas, de acordo com o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

É também importante sabermos que para a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação das ações devemos usar no planejamento a Epidemiologia, Realizando levantamentos inclusive das necessidades imediatas e avaliando riscos. É preciso envolver os servidores da unidade e os usuários, ou seus representantes para que a partir do planejamento eles se tornem estimulados e exerçam uma força de mudança da situação atual para a situação desejada e daí construam um objetivo comum.

Segundo CARVALHO (2008), planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrentes, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

O planejamento esclarece os objetivos e metas a serem alcançadas aproveitando o tempo e os recursos disponíveis. Permite aos profissionais uma melhor realização dos trabalhos ao mesmo tempo em que fornece à gestão meios para acompanhar e avaliar as ações incentivando a aquisição de recursos para os fins desejados.

Para se planejar ações de saúde no PSF é necessário antes de tudo que os profissionais conheçam a área que se atua. É preciso traçar um diagnóstico situacional analisando os principais problemas de saúde, os costumes e crenças da população, o perfil sócio-econômico, cultural e demográfico além das barreiras geográficas e recursos disponíveis na área que possam ser usados pela equipe nas suas ações.

BOURGET (2005), afirma que o ponto de partida para um bom planejamento é o conhecimento da realidade ou diagnóstico da situação. Seguem-se a ele os seguintes passos: identificar problemas, classificar e priorizar problemas, traçar objetivos e metas, propor atividades, identificar recursos necessários, executar as atividades, monitorar e avaliar o processo.

KAMIMURA & MOLINA (2004) comentam que, com o planejamento, a situação atual dos recursos disponíveis pode ser analisada, e as informações e os planos elaborados a partir dele podem contribuir para que as pessoas envolvidas alcancem os resultados esperados.

CIAMPONE e PEDUZZI (2001) propõem que o modo de elaborar o PES seja incorporado pela equipe que trabalha no PSF, como uma ferramenta a ser utilizada no gerenciamento dos serviços de saúde, uma vez que leva em conta os princípios de inclusão e controle social, além de ser condizente com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, os quais fundamentam as propostas do PSF.

Na atenção básica para alcançar objetivos complexos precisa-se compartilhar diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersectorialidade) para se planejar de forma participativa. Esse planejamento pode ser feito pelo método Normativo ou Estratégico.

Para a mudança de modelo assistencial que o SUS busca, métodos rígidos de planejamento feitos através de diagnósticos normativos que visam anular possíveis interferências dos diversos atores sociais e que consideram apenas uma única realidade situacional, não são interessantes. Ao contrário do Planejamento Estratégico Situacional que é uma forma adequada de utilizar determinada estratégia para viabilizar um plano de ação com o intuito de alcançar objetivos traçados.

O planejamento em saúde abre espaços para a democratização do setor saúde, pois reconhece os direitos do cidadão, incorpora suas necessidades e permite que o controle social interfira sobre a produção dos serviços (LANA; GOMES, 1996).

Conhecendo os problemas de saúde mais importantes de determinada área, suas causas e conseqüências pode-se elaborar uma estratégia para execução de um plano de ação. Tal plano é composto por um conjunto de projetos que irão intervir sobre vários problemas sendo de relevância o conhecimento dos “nós críticos”, ou seja, as causas mais importantes de um problema que ao serem combatidas irão impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Sem esquecer que para atuar sobre tais causas é preciso analisar a capacidade de enfrentamento e intervenção do ator que planeja e se ações possíveis estão dentro do espaço de governabilidade do planejador para que o mesmo possa viabilizá-las.

No entanto, observa-se na prática que muito se planeja, mas pouco se avalia. Os profissionais da saúde ficam focados em números, indicadores e esquecem que tais índices, muitas vezes, podem mascarar problemas secundários e não retratar de forma fidedigna a realidade. Seria interessante que para se avaliar as ações de saúde, a equipe de saúde entrasse em campo e usasse também tecnologias de abordagem ao indivíduo e família como visitas domiciliares e trabalhos em grupo, não só como estratégia para a realização de ações, mas também com a finalidade de observar e avaliar se tais ações utilizadas tiveram resultados satisfatórios e promoveram mudanças significativas na qualidade de vida da comunidade.

Planejar em conjunto, diante de tantas áreas técnicas compondo a nossa equipe foi, pra mim, um grande desafio, além da implementação das ações em um prazo curto (06 meses) como foi acordado no enfrentamento de algumas ações envolvendo a captação de gestantes e a implantação do acolhimento na minha unidade de trabalho. No entanto vejo que estes obstáculos puderam ser superados e tornaram viáveis os nossos planos de ação. Foi possível identificar as propostas que impactariam em melhorias para a nossa clientela. Acho que ousamos em algumas ações, mas o impacto neste grupo de gestantes é necessário. Outro ponto importante no plano foi à busca por adesões de outros setores, além do apoio das coordenações e gerencia imediata.

Foram entraves para planejarmos e executar um plano de saúde na Unidade Básica do centro de nutrição, a pouca conscientização e participação da população que ainda não despertou para a corresponsabilização no processo saúde-doença; a baixa escolaridade que dificulta mudanças de hábitos; costumes e crenças arraigados principalmente nas gerações mais antigas; pouco retorno dos gestores no que diz respeito à questão financeira para aquisição de materiais, inclusive educativo, insumos e na melhoria da infraestrutura do posto na sede e principalmente nos pontos de apoio e nos sítios.

Pessoalmente a experiência sobre a construção do um Plano de Ação, fruto do planejamento comum das áreas técnicas de nossa equipe, agrega o um grande esforço conjunto de todos e o PLANEJASUS, deve ser utilizado por todos que desejam e trabalham para a construção de sistema cada vez mais universal, integral, equânime e principalmente resolutivo.

## 5. CONCLUSÃO

O curso de especialização em saúde da família no modelo online, cumpriu o que se propunha, trabalhar a Educação a Distância (EaD) utilizando recursos tecnológicos das ferramentas de informação na web para contornar barreiras da distância geográfica e massificar o ensino, devendo ser conveniente e eficaz.

Durante o andamento do curso pude perceber que a comunicação entre os alunos e tutores e também a postura de ambos deixou de ser meramente passiva, como no esquema presencial típico. Todas as inúmeras possibilidades de pesquisa ou de descoberta, de se encontrar textos úteis e de interação com pessoas e suas ideias, me pareceram bastante válidas e ricas devido a construção coletiva do saber, já que todos os atores envolvidos podiam participar com a mesma intensidade na plataforma on-line. Acredito que o professor da era digital deva auxiliar os alunos a buscarem conhecimento, interatividade e troca de experiência.

A partir dos textos e das atividades propostas, das discussões com os tutores e dos encontros presenciais, despertou-se nos profissionais da Estratégia em Saúde da Família, uma reflexão mais crítica sobre a organização do trabalho das equipes para um possível aprimoramento nos processos de trabalho. A formação do profissional capacitado para atuar no ESF e alocação destes gestores de saúde nos serviços públicos é de alta importância, dada à abordagem que este fará na reversão do modelo assistencial vigente, deslocando o foco de produção de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros) para a produção de cuidados.

O trabalho em equipe, ou seja, as visões de vários profissionais sobre uma dada situação permite uma melhor percepção da realidade, garantindo uma visão mais ampliada e um resultado mais próximo das aspirações da comunidade. O olhar compartilhado, através da interdisciplinaridade, facilita a compreensão do processo de adoecer e aumenta a capacidade de identificação dos recursos comunitários para a resolução dos problemas, ao mesmo tempo em que favorece a relação profissional com o grupamento familiar.

É equívoco considerar o PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A Estratégia de Saúde da Família deve ser entendida como modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade, e reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes como as aqui relatadas na minha unidade de trabalho, atuando na saúde bucal da comunidade e inserindo-as nas ações e atividades diárias de toda a equipe. Tenho, enquanto dentista, e apoiado na aprendizagem da especialização em saúde da família, tentado centrar a prática no acolher, informar, atender e encaminhar, sendo o trabalho em equipe e a humanização da técnica os fundamentos mais importantes de nosso novo agir na estratégia saúde da família.

Vejo que esta experiência do ensino a distância, ao focar no aluno, associando a tecnologia à interação, pode assumir contornos praticamente infinitos. Uma plataforma social em rede onde se pode experimentar com fóruns de discussão, chats, textos, áudio, vídeo, trechos de filmes e etc., só pode ser bastante válida e proveitosa para o aluno bem amparado e bem conduzido nesta inovação educacional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Inf. em Promoção da Saúde, Rio de Janeiro, v. 03, n. 01, p. 01-03, 2007.

ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepção de usuários no município de Fortaleza, Ceará. Cod. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio, 2009.

ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. In: ROUQUAYRIOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 5ªed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 1-16, 2000.

BLEICHER, L. Saúde para todos já!. 2ed. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004. 110 p.

BOURGET, M. M. M. Ir: (Org.) Programa Saúde da Família: guia para o planejamento local. Coleção O Cotidiano do PSF. São Paulo: Martinari, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ªed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, 16 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica, produto do trabalho da comissão instituída pela portaria nº 676 de 03 de junho de 2003. Departamento de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Brasília, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré- natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Secretária de Atenção à Saúde. Brasília, 2005.



BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Dentro de Casa. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF). Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental e atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2º edição. Brasília- DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário. Ministério da Saúde: Brasília, 2006. 22p.

BRASIL. Ministério do planejamento. IBGE, censo demográfico, Brasília, 2011.

BRAUNER, M. C. C. “Sobre o direito de viver dignamente sua morte”. Ed. Juruá. Curitiba, 2008.

BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*. Department of general practice, University of Edinburgh. Edinburgh, Scotland, v. 2, p. 451-459, 1993.

CARVALHO, B. G. Planejamento em Saúde. Disponível em: [WWW.ccs.uel.br/nesco/regenes/arquivos/txt%2019.pdf](http://WWW.ccs.uel.br/nesco/regenes/arquivos/txt%2019.pdf), 2008. Acesso em 13 nov. de 2011.

CARVALHO, N. S. The ethics of writing a scientific paper. Print version. *Arq. Gastroenteral*. São Paulo, v. 46, n. 3, jul./set. 2009.

CIAMPONE, M. H. T; PEDUZZI, M. Planejamento Estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.

Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família, Brasília, p. 198- 201. 2001.

COTTA, R. M. M. et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. Rev. Hospital Clínicas. Porto Alegre, v. 22, n. 01, p. 25-32, 2002.

CUNHA, J. M. A. A autonomia e a tomada de decisão no fim da vida. Dissertação. Faculdade de Medicina do Porto – Portugal, março de 2004. Disponível: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/3/5506tm01p.pdf>. Acesso em 10 agosto de 2011.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, JR. H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.

GOLDIM, J. R. Bioética, origens e complexidades. Revista HCPA, v. 26, n.2, p. 86-92, 2006.

GRACIA, D. Fundamentación y enseñansa de la Bioética. Estudios de Bioética. Ética y Vida. Estudios de Bioética. v. 1. Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial, El Búho, 1998.

KAMIMURA, Q. P; MOLINA, V. L. I. Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de alta e média complexidade no litoral norte paulista, p. 178. Taubaté - SP, 2004.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios de Beneficiencia e Não – Maleficiência. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. Coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

KOTTOW, M. H. Introducción a La Bioética. Santiago- Chile: Ed. Universitária, 1995.

KRIGER, L. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

LANA, F.C.F; GOMES, E.L.R. Reflexões sobre o planejamento em saúde o processo da reforma sanitária brasileira. Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97 – 110, jan, 1996.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Estudos feministas. Florianópolis, v. 17, n. 01, p. 31-48, jan./abr. 2004.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORAN, J. M. O que é educação a distância. Centro de Educação a Distância (SENAI), Rio de Janeiro, ano 1, n. 5, p. 01-03, set./dez. 1994. Disponível em:<<http://www.eca.usp.br/prof/moran/dist.htm>>. Acesso em: 23 de out. de 2010.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S.; Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev. Esc. Enferm. da USP. São Paulo, v. 41, n. 4, p. 605-612, 2007.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde- escola. Interface Comunicação Saúde Educação, São Paulo v. 13, n. 28, p. 177-188, jan./mar, 2009.

PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças entre equipes do Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEREIRA, B. S.; LACERDA, G. C.; MARQUES, M. S. A promoção da saúde ambiental no contexto do programa de saúde da família. Rev. Eletrônica da Fainos. Vitória da Conquista, v. 3, n. 1, p. 02-11, jan./dez. 2010.

PINTO, V. G. Saúde bucal coletiva. 4ed. São Paulo: Santos, 2000.

PAIM, J.S. MODELOS ASSISTENCIAIS: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção. Disponível em: <HTTPS://WWW.ANVISA.GOV.BR/INSTITUCIONAL/SNVS/COPRH/SEMINARIO/MODELO.HTM>. Acesso em: 16/03/2012.

RADICCHI, A. L. A.; LEMOS, A. F. Saúde ambiental. Nescon/ UFMG, Coopmeb, Belo Horizonte, p. 76. 2009.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 02, p. 438-446, mar./abr. 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 36, n. 04, p. 470-477, 2002.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro v. 17, n. 4, p. 949-956. 2001.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Social Science and medicine. v. 41, n. 10, p. 1403-1409. 1995.

TREVISAN, M. R et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. Rev. Bras. Ginecol. Obst. Caxias do Sul, v. 24, p. 293-299, 2002.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J. C; SOARES, S. M; Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. UFMG – Nescon. Belo Horizonte, 2009.

VECCHIA, M. D. A saúde mental no programa de saúde da família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 106p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu- SP. 2006.

WAISELFIZ, J. J. Mapa da violência dos Municípios Brasileiros-2008. Disponível em: <http://www.ritla.net/index.php?option=comdocman&task=docdownload&gid=240>. Acesso em: 05 de outubro de 2011.

