



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

**FRANCISCO ROGERLÂNDIO MARTINS DE MELO**

**A INCORPORAÇÃO DA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EAD) NA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

**FORTALEZA**

**2011**

**FRANCISCO ROGERLÂNDIO MARTINS DE MELO**

**A INCORPORAÇÃO DA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EAD) NA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

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.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Tutora Ms. Márcia Oliveira  
Coelho

**FORTALEZA**

**2011**

**A INCORPORAÇÃO DA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EAD) NA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

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.

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Márcia Oliveira Coelho (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Lidia Eugênia Cavalcante (1º Avaliador)

---

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

Aos meus pais, Ana e Raimundo (*In Memoriam*),  
pela contribuição moral e o caráter da formação  
pessoal.

Aos meus irmãos, Rosiel, Rogério, Renato e Carina.  
A minha companheira Mauricélia pelo carinho,  
dedicação e incentivo.

Aqueles que, como eu, labutam na dura batalha da  
vida e que de maneira alguma se deixam abater  
diante dos obstáculos que encontram pelo caminho.

## **AGRADECIMENTOS**

A meus pais, por me conduzirem pelo caminho da compreensão, do diálogo e do respeito ao próximo.

Aos meus irmãos Rogério, Rosiel, Renato e Carina pelo apoio dispensado e por me fazerem acreditar que a Educação é a melhor maneira para reduzir as desigualdades sociais e o caminho para um futuro melhor para o Brasil.

A minha companheira Mauricélia, pela compressão e apoio, pela permanência ao meu lado, me incentivando a percorrer este caminho, por compartilhar angústias, dúvidas, momentos de alegria e realização.

A Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC) e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), pela oportunidade oferecida.

A minha professora/tutora/orientadora Ms. Márcia Coelho, meus sinceros agradecimentos pelo apoio dispensado durante a realização do curso, pela compreensão, incentivo, dedicação e, sobretudo paciência, por entender minhas dúvidas e inquietudes, pelo exemplo de vida e superação.

Aos meus colegas do curso, que contribuíram para o processo de ensino-aprendizagem coletivo e através da mútua colaboração de saberes, resultando na construção final deste trabalho.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra estiveram presente junto a mim e contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído, o meu sincero agradecimento.

## RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciativa criada para reorientar ou reorganizar o modelo assistencial em saúde no Brasil, teve uma grande expansão geográfica e de cobertura populacional na última década. Apesar desse avanço, apenas 5% dos profissionais tem especialização em saúde da família. Nessa perspectiva, a Educação a Distância (EaD) se apresenta como uma alternativa fundamental para a qualificação de recursos humanos em saúde da família, considerando-se como elemento diferencial a possibilidade de formação e qualificação de profissionais que estão no exercício de suas funções e distantes dos grandes centros formadores do país. Objetivou-se descrever uma experiência de realização do curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade EaD, destacando a relevância da construção de Portfólio no processo de formação acadêmica e profissional. Trata-se de relato de experiência, desenvolvido através da realização do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) da Universidade Federal do Ceará (UFC), oferecido através de EaD, modalidade semipresencial, no período de abril de 2010 a julho de 2011. As informações foram colhidas através do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) Moodle e inter-relacionadas com vivências práticas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O curso teve como público-alvo: médicos, enfermeiros e dentistas inseridos na ESF nos municípios do estado do Ceará. Ao longo do curso, o aluno acessava o material didático e complementar no horário mais acessível, participava de fóruns e chats de discussão coletiva sobre temas pertinentes ao objetivo do curso, trocava mensagens com o mediador de aprendizagem (tutor/professor) e registrava suas produções ou atividades em Portfólios. Além disso, participava de encontros presenciais, que no início do curso eram mensais, e depois de um longo período, passou a serem realizados a cada dois meses. Como atividade obrigatória ao final de cada disciplina, cada aluno tinha que elaborar um Portfólio referente ao processo de ensino-aprendizagem e que, posteriormente, o agrupamento desses Portfólios resultou na formulação do Trabalho de Conclusão do Curso – TCC. Conclui-se que a incorporação da EaD aos processos de formação/capacitação de profissionais em saúde da família aqui realizada, constitui-se em exemplo e incentivo para outras iniciativas de formação ou qualificação de profissionais com atuação em outras áreas do SUS no Brasil.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Educação a Distância. Atenção Básica à Saúde. Saúde Pública.

## ABSTRACT

The Family Health Program (*Programa de Saúde da Família - PSF*) or the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família - ESF*), an initiative created to reorient and reorganize the health assistance model in Brazil, had a major geographic expansion and population coverage in the last decade. Despite this progress, only 5% of professionals have expertise in family health. From this perspective, the Distance Education (*Educação a Distância - EaD*) is presented as a fundamental alternative to the qualification of human resources in family health, considering the differential element as the possibility of training and qualifications of professionals who are exercising their functions and distant of the great educational centers of the country. The objective was to describe an experience of realization of the Specialization Course in Family Health in *EaD* mode, highlighting the relevance of the construction of portfolio in the process of academic and professional background. It is an experience report, developed through the completion of the Specialization Course in Family Health (*CESF*), Federal University of Ceará (*Universidade Federal do Ceará - UFC*), offered through distance learning, blended mode, in the period April 2010 to July 2011. The information was collected through the Virtual Learning Environment (*Ambiente virtual de Aprendizagem - AVA*) Moodle and inter-related practical experience in a Basic Health Unit. The course had the audience: physicians, nurses and dentists included in the *ESF* in the municipalities of Ceará. Throughout the course, students accessed the didactic material on time and complement more accessible, participating in chats and discussion forums on topics relevant to the collective objective of the course, he exchanged messages with the learning facilitator (tutor/teacher) and recorded their productions portfolios or activities. In addition, attending meetings at which early in the course were monthly, and after a long period, it has to be carried out every two months. As a mandatory activity at the end of each course, each student had to prepare a portfolio for the teaching-learning process and, ultimately, the grouping of these portfolios has resulted in the formulation of Course Work Completion – CBT. It is concluded that the incorporation of distance learning to the processes of training/professional training in family health held here, constitutes an example and incentive for other training or qualifications of professionals working in other areas of the *SUS* in Brazil.

**Keywords:** Family Health Program. Distance Education. Primary Health Care. Public Health.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b>	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>PORTFÓLIOS</b>	<b>16</b>
<b>4.1</b>	<b>Processo de Trabalho em Saúde</b>	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>Saúde Mental e Violência</b>	<b>18</b>
<b>4.3</b>	<b>Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde</b>	<b>19</b>
<b>4.4</b>	<b>Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde</b>	<b>21</b>
<b>4.5</b>	<b>Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde</b>	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Saúde da Mulher</b>	<b>25</b>
<b>4.7</b>	<b>Participação Social e Promoção da Saúde</b>	<b>26</b>
<b>4.8</b>	<b>Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família</b>	<b>29</b>
<b>4.9</b>	<b>Atenção Básica à Saúde no Contexto da Saúde Bucal</b>	<b>31</b>
<b>4.10</b>	<b>Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional e, simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80. Neste contexto, foi constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde), que prevê por meio de seus princípios e diretrizes o acesso universal, igualdade no atendimento assistencial e equidade na distribuição dos recursos (CARVALHO; SANTOS, 1995; PEREIRA *et al.*, 2008). Assim, a proposta do SUS garantia atendimento público e gratuito a todos os cidadãos a partir de uma assistência integral, voltada à visão holística do indivíduo em substituição ao modelo biomédico (OLIVEIRA; BORGES, 2008; BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

No entanto, o novo sistema de saúde encontrou diferentes obstáculos, sejam eles financeiros, políticos ou institucionais, para ser implementado no modo como foi idealizado (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010). Tais dificuldades fizeram com que o Ministério da Saúde estabelecesse estratégias a fim de reafirmar os princípios do SUS e dar continuidade as conquistas sociais obtidas até então. É nesse contexto que, em março de 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF), o qual passou a ser considerada uma estratégia por priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Essa iniciativa possibilitou a reorientação do modelo médico-assistencial vigente no país, permitindo a avaliação do indivíduo e sua família em seus aspectos físico e social, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde individual e coletiva (REIS *et al.*, 2007; OLIVEIRA; BORGES, 2008; RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

De fato, o PSF prevê uma mudança na lógica da atenção e práticas em saúde, além do gerenciamento do setor. O PSF surge como uma proposta formalizada de identificação com o trabalho de equipe, redefinindo a forma de atuação de diversos profissionais, não dando ênfase a atividades isoladas, pois essas não têm a mesma repercussão que quando compartilhadas, (SILVA; JORGE, 2003). Para garantir a integralidade no atendimento, esse novo paradigma em saúde requer uma atuação multidisciplinar. Desse modo, as equipes de trabalhadores na Estratégia Saúde da Família (ESF) são compostas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada com a participação de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (BRASIL, 2009).

Como espaço de elaboração e construção de novas práticas de saúde, um dos grandes desafios da ESF é mostrar que não é uma simplificação, mas uma ampliação do universo da atenção primária, através da integração de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas do cotidiano da população adscrita (SILVA; JORGE, 2002).

A ESF teve uma grande expansão na última década, passando de 3.000 para 32.000 equipes em atividade. Apesar de alcançar cerca de 95% dos municípios brasileiros e 50% da população, menos de 5% dos profissionais tem especialização em saúde da família, diminuindo a efetividade da ESF (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2011).

Na busca de sanar esta deficiência e qualificar o desempenho da estratégia, surge a proposta do Ministério da Saúde de promover a especialização em Saúde da Família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Esta proposta remete para a conveniência da utilização das novas tecnologias de informação e comunicação que embasam a Educação à Distância (EaD). O foco sistêmico e holístico da especialização busca resolver o desafio de ser ao mesmo tempo em larga escala e personalizada, superando o patamar de transmissão de informação, para ser um curso de formação, capaz de estimular não apenas a boa prática de saúde da família, mas também a incorporação da estratégia como filosofia e visão de mundo (UFPEL, 2011).

No Ceará, o referido curso se integra ao Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS), da Universidade Federal do Ceará (UFC), mediante parceria com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, integrando o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Essa parceria busca atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros. O convênio foi firmado entre essas instituições para construir um complexo formador de profissionais em saúde com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS no estado do Ceará (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

A EaD vem sendo compreendida como importante estratégia para a qualificação de recursos humanos no Brasil (PAIM; GUIMARÃES, 2009). É definida como modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino-aprendizagem ocorrem com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores/tutores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos, propiciando a aprendizagem autônoma dos estudantes (ARETIO, 2001; ALVES; VELOSO, 2009). A incorporação da EaD parte da concepção de que esta modalidade de

ensino é capaz de potencializar os processos de educação permanente em saúde no SUS (ALVES; VELOSO, 2009).

Nessa perspectiva, a EaD se apresenta como uma alternativa fundamental para a qualificação de recursos humanos em saúde, considerando-se como elemento diferencial a possibilidade de formação e qualificação de profissionais que estão no exercício de suas funções e distantes dos grandes centros formadores do país. Configura-se, dessa maneira, em um importante instrumento para a democratização do acesso à educação, especialmente quando se entende que a rede de computadores conectados à *internet* pode constituir-se em um espaço privilegiado de acesso, busca e compartilhamento de informações e conhecimentos, com base nas necessidades e disponibilidade dos diversos indivíduos (PAIM; GUIMARÃES, 2009).

Na área da saúde e principalmente na atenção básica, diante das mudanças na formação e qualificação dos recursos humanos, da construção de um conceito ampliado de saúde na formação de profissionais e da necessidade de emergência de novos atores sociais no cenário atual, pode-se utilizar a EaD como estratégia para formação e qualificação de profissionais e gestores sensíveis e competentes para atuarem no contexto da ESF (PAIM; GUIMARÃES, 2009). Entende-se que o fortalecimento do SUS, mediante melhorias e mudanças nas práticas de saúde, está relacionado com transformações na formação e qualificação de seus trabalhadores.

A necessidade de construção de um novo perfil profissional para fazer frente aos desafios da saúde no Brasil, juntamente com a necessidade da capacitação/formação de grandes contingentes de profissionais em saúde da família nos mais distantes recantos do país, coloca a EaD como estratégia para fazer frente ao desafio de integrar experimentação de novos modelos pedagógicos que contribuam com propostas transformadoras da realidade, mediante a adoção de novos paradigmas sobre o conhecimento e a aprendizagem (PAIM; GUIMARÃES, 2009).

Com o propósito de promover a redemocratização do processo de ensino-aprendizagem aos trabalhadores da ESF dispersos no extenso território do estado do Ceará, a incorporação da modalidade de EaD pode ser vislumbrada como uma decisão técnica e política implicada com o desafio de constituir indivíduos e coletividade ética e politicamente engajados com a construção do SUS no estado (PAIM; ALVES; RAMOS, 2009).

O Curso de Especialização em Saúde da Família da UFC é parte de um desafio contemporâneo de formar profissionais da saúde no seu contexto de trabalho, com uma metodologia que permita a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de

educação a distância, ao mesmo tempo em que visa manter a qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade (UFC, 2011).

Sua proposta ou objetivo é capacitar profissionais graduados em Cursos da Área da Saúde que já atuem ou que desejam atuar na ESF do SUS, promovendo o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social (UFPEL, 2011).

Como atividade obrigatória ao final de cada disciplina, cada aluno teve que elaborar o seu Portfólio referente ao processo de ensino-aprendizagem durante respectiva disciplina e que, posteriormente, o agrupamento desses Portfólios resultariam na formulação do Trabalho de Conclusão do Curso – TCC dos alunos regularmente matriculados (UFC, 2011). O Portfólio é entendido como uma coleção ou agrupamento de materiais ou evidências, que dão uma imagem da experiência individual em situação de aprendizagem ou de desenvolvimento (HARRIS; DOLAN; FAIRBAIM, 2001).

A escolha do Portfólio, dentre as diferentes formas utilizadas para avaliar a aprendizagem discente durante o curso de Especialização em Saúde da Família, reflete em uma avaliação dinâmica realizada pelo próprio aluno e que mostra seu desenvolvimento e mudanças através do tempo (HERNANDEZ, 2000).

Ele passou a ser considerada por alguns professores importante ferramenta para avaliar o processo ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno refletir sobre a elaboração ou (re)elaboração de saberes (ALVES, 2003). Esta ferramenta permite a auto-reflexão do aluno, induzindo-o à auto-avaliação e oferecendo a oportunidade para sedimentar e ampliar suas aprendizagens (ALVARENGA; ARAÚJO, 2006).

Mesmo certo que esta é uma ferramenta que permitirá uma avaliação mais justa dos alunos, é importante que os professores/tutores tenham clareza de que construir um Portfólio, especialmente para alunos que passam boa parte do tempo trabalhando, implica em compreender o que representa para eles a elaboração desse documento, procurando, sempre que possível, encorajá-los à constante reflexão sobre suas dificuldades, progressos e interesses, estimulando a criatividade. É necessário, dentre outras coisas, que o professor seja um facilitador e saiba que construir um Portfólio não é tarefa fácil e requer por parte do aluno, perseverança e paciência (ALVARENGA; ARAÚJO, 2006).

Os Portfólios construídos durante a formação em Saúde da Família, além de atividade de avaliação e conclusão do curso, consistem na coleção de todo trabalho relacionado ao alcance dos objetivos que se pretendeu atingir, almejando práticas de ensino-aprendizagem, de produção de conhecimento e novas orientações ou práticas profissionais a serem desenvolvidas em ABS.

Assim, a apresentação dos Portfólios produzidos durante o Curso de Especialização em Saúde da Família da UFC justifica-se pela necessidade de demonstrar as potencialidades e dificuldades da utilização do Portfólio como instrumento de ensino-aprendizagem, reconhecendo o seu uso como ferramenta importante na construção do conhecimento, e potencializando seu uso na avaliação do aprendizado no ensino de Pós-Graduação. Aliado a isso, pretende-se demonstrar durante o processo de formação em Saúde da Família através da incorporação da EaD, a transformação de toda ação de aprendizagem em conhecimento e, no caso da atenção básica, em fonte de transformação do processo de trabalho da ESF.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

➤ Descrever as impressões pessoais e profissionais vivenciadas durante a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família, bem como da experiência em realizar um curso de pós-graduação na modalidade de EaD.

### **2.2 Específicos**

➤ Apresentar os Portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (UFC/UNA-SUS), destacando sua relevância no processo de formação/capacitação profissional na ESF;

➤ Descrever a aplicabilidade dos conhecimentos mediados pelo curso como ferramenta para a capacitação e orientações de práticas profissionais a serem desenvolvidas no contexto da ESF.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido através da realização do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) da Universidade Federal do Ceará (UFC). O estudo foi realizado no período de abril de 2010 a julho de 2011, através das informações colhidas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) *Moodle*, inter-relacionando com experiências práticas vivenciadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

O Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará foi oferecido através de Educação a Distância (EaD), modalidade semipresencial, permitindo aos alunos o investimento na formação profissional sem afastamento da cidade-domicílio e do serviço no qual atuava. O curso proporcionou um contexto de diálogo, interatividade e comunicação intergrupar. Durante a realização da especialização, o aluno poderia acessar material didático e complementar no horário mais acessível, participar de fóruns de discussão sobre temas pertinentes ao objeto do curso, troca de mensagens com o mediador de aprendizagem (tutor/professor) e registrar as produções ou atividades em Portfólios. O curso teve como público-alvo: médicos, enfermeiros e dentistas inseridos na ESF nos municípios do estado do Ceará (UFC, 2011).

O AVA *Moodle* tratava-se um completo sistema de ensino e aprendizagem on-line na qual diversas ferramentas de comunicação estavam integradas em uma página da internet, pelo qual acessávamos as disciplinas ofertadas pelo CESF e interagíamos com um professor-tutor experiente na área selecionada que nos acompanhou durante todo o processo de desenvolvimento da aprendizagem. Ao longo do curso, o estudante produzia as atividades referentes à sua monografia e desenvolvia produções textuais, participava de chats e fóruns coletivos de acordo com temas escolhidos no curso. Além disso, participávamos de encontros presenciais, que no início do curso eram mensais, e depois de um longo período, passou a serem realizados a cada dois meses.

A UBS Dr. Francisco Djalma Soares, localizada no bairro do Tabapuazinho, município de Caucaia/CE, foi outro local onde coletávamos as informações. Esta UBS é composta por duas equipes de saúde da família (Vila Nova e Tabapuazinho) e duas equipes de saúde bucal na modalidade II, atendendo uma população de mais de 2.300 famílias cadastradas.

Para a confecção do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC da Especialização em Saúde da Família – UFC foram elaborados dez Portfólios (documento com o registro

individual de habilitações ou de experiências) das seguintes disciplinas cursadas: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e avaliação das Ações em Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – práticas pedagógicas em Atenção Básica em Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e ABS das Pessoas com Deficiência.

Os Portfólios foram produzidos através de fontes primárias retiradas de registros da própria unidade de saúde e fontes secundárias, que foram informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde e através dos Sistemas de Informações em Saúde, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sua composição foi feita a partir das atividades das disciplinas, das considerações pessoais, dos relatos de aprendizagem e das reflexões mediadas pelos fóruns de discussão.

Por ser tratar de um relato de experiência, o presente trabalho não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP).



## 4 PORTFÓLIOS

### 4.1 Processo de Trabalho em Saúde

Iniciamos essa disciplina abordando a temática do processo de trabalho em saúde, suas implicações e mediações entre o profissional de saúde, especialmente da atenção básica, o cliente e o espaço no qual estão inseridos. Foi feita uma análise situacional da unidade de saúde, da equipe e da comunidade na qual atuávamos. Foram relacionados os recursos estruturais e humanos com a descrição detalhada da comunidade/área na qual a UBS estava inserida e as equipes de saúde que estão ali abrigadas.

Essa descrição inicial foi importante, pois tivemos a oportunidade de refletirmos de como funciona a equipe de saúde da família, o que pode ser aprimorado e potencializado, quais limitações podemos superar para que possamos oferecer um atendimento digno e de qualidade a comunidade e que, a partir da implementação dessas ações, poderemos melhorar o bem-estar social dessas pessoas.

A partir da caracterização do espaço (distrito sanitário, micro-área adscrita, território, etc.) na qual estamos inseridos, podemos conhecer a realidade das famílias que estão ali localizadas e atuarmos de forma integral (holística) e interdisciplinar, aliado a participação social da comunidade nesse processo de construção. Na transmissão de informações sobre seu processo saúde-doença devemos aplicar nossos saberes técnico-científicos, porém, sem esquecermos de levar em consideração suas experiências empíricas e vivências pessoais e comunitárias, atuando assim na melhoria de sua qualidade de vida e a manutenção de ambientes saudáveis.

Diante das dificuldades operacionais encontradas na equipe de saúde, onde muitas vezes faltam profissionais e alguns materiais básicos, pudemos estabelecer algumas propostas de intervenções a partir do compromisso e responsabilidade dos profissionais na qual estão ali interagindo com a comunidade, estabelecendo um vínculo interdisciplinar e interpessoal.

A partir de uma ordenação dos componentes básicos do processo de trabalho em saúde (NUTEDS/UFC, 2010a), foi estabelecido um quadro de intervenções de acordo com as potencialidades e limitações dos recursos humanos e estruturais da UBS e da interação da comunidade com a equipe (Quadro 1). Sua construção teve como finalidade promover e prevenir a saúde através de ações que integrem o conhecimento técnico-científico dos profissionais e os saberes da comunidade, para que possamos fazer um diagnóstico da realidade local e com essa interação, intervir efetivamente.

**Quadro 1:** Quadro de intervenções profissionais da UBS Francisco Djalma Soares, Comunidade de Tabapuazinho, Caucaia/CE

Ato Profissional	Objetivo	Finalidade	Meios Materiais	Condições ou rh	Sujeitos	Objeto
<b>Assistência domiciliária</b>	Prestar assistência no próprio domicílio	Promoção e prevenção	Visita ao domicílio	Equipe interdisciplinar	O cliente e a família	Promover ações de saúde
<b>Saúde bucal</b>	Recuperar danos pelas doenças bucais e realizar atividades educativas para o autocuidado.	Prevenção e promoção da saúde bucal	Consultório dentário (UBS) e visita na comunidade	Profissionais de saúde bucal	A família e a comunidade.	Promoção da saúde bucal
<b>Vacinação</b>	Prevenir doenças infecciosas	Vacinar população-alvo e campanhas em geral	Vacina	Equipe de vacinação capacitada e tecnicamente preparada	Crianças, gestantes, idosos e populações em risco	O processo de trabalho
<b>Educação em saúde</b>	Capacitação da comunidade para atuar na sua qualidade de vida	Promover ações de saúde	UBS ou na comunidade	Relações interpessoais, empatia e compromisso da equipe	A família, comunidade e profissionais	O tema evidenciado
<b>Consultas (enfermagem, médica e odontológica)</b>	Evidenciar o problema em questão	Diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação	Consultório	Conhecimento técnico-científico correlacionado com a prática, habilidades potenciais e atitudes condizentes com a realidade	Clientes, família e comunidade	O problema em questão
<b>Relações interdisciplinares (equipe) e interpessoais (equipe e usuário)</b>	Promoção da assistência de qualidade e holística ao usuário	Trabalho em equipe	UBS e comunidade	Comunicação, respeito, empatia, interdisciplinaridade, compromisso, etc.	Equipe interdisciplinar da UBS	Equipe de saúde

Um das temáticas discutidas durante a disciplina reflete a dificuldade de mudança de hábitos dos usuários, muitas vezes imbricadas no contexto sociocultural no qual estão inseridos. As equipes de saúde da família devem sempre incentivar e orientar acerca de estilos de vida saudáveis, objetivando a prevenção e/ou controle de doenças e incapacidades. No entanto, as escolhas são dificultadas, principalmente no que se diz respeito ao contexto socioeconômico da maioria dos usuários. Apesar dos percalços, devemos sempre buscar que a nossa comunidade tenha uma maior compreensão do conceito ampliado de saúde, que essa não é apenas a ausência de doenças e que a interação com a equipe não seja meramente para a procura de medicamentos.

Ao final dessa disciplina, pudemos refletir sobre os princípios e conceitos acerca do que é necessário para o bom funcionamento de uma equipe de saúde da família,

conseguida principalmente através da boa interação interpessoal e profissional, ou seja, a convergência de saberes e práticas em busca de um objetivo comum, a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Apesar de sabermos que os determinantes sociais estão imbricados no processo saúde-doença de determinado território, os profissionais de saúde devem superar essas adversidades e através de ações profissionais e cidadãs, buscar o empoderamento dessa comunidade, para que lute pelos seus direitos e que se capacite para atuar na melhoria de sua saúde, ou seja, estabelecendo o ápice final, a promoção da saúde.

## **4.2 Saúde Mental e Violência**

A construção do conhecimento durante esta disciplina foi realizada mediante ao enfoque da necessidade de mudanças no modelo dominante, relativo à forma de assistência aos pacientes com sofrimento mental e na busca da adequação dos novos serviços em saúde mental aos princípios da reforma psiquiátrica.

Reconheço que no início, na nossa concepção formativa, existe uma predominância idealista da saúde mental direcionada ao modelo biomédico, apenas ligado à questão psiquiátrica, onde nós, profissionais de saúde, pensamos que só podemos desenvolver ações de saúde mental dentro dos hospitais psiquiátricos, hospital-dia, CAPS, dentre outras instituições.

Durante essa jornada, tivemos como tarefa visitar uma instituição criada pela reforma psiquiátrica, bem como avaliarmos como está sendo implementadas as ações em saúde mental aos pacientes atendidos. relatei minha experiência, onde apresentei aos colegas de curso a visita realizada no Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCEBJ), localizado no bairro de Bom Jardim, Fortaleza-Ce, na qual também funciona em regime de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, o CAPS comunitário do Bom Jardim. Tivemos uma palestra com o padre e terapeuta Rino Bonvini, um dos coordenadores do MSMCEBJ, onde debateu acerca dessa iniciativa social, bem como da importância da interação com a comunidade, aliando o saber popular, organização social e o conhecimento técnico-científico, resgatando os valores humanos e culturais, promovendo a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Essa co-gestão (CAPS e MSMCEBJ) proporciona atendimentos especializados, bem como a terapia comunitária, da qual participa pacientes, familiares e participantes da comunidade, além de outras atividades terapêuticas alternativas. Ele explicitou que o movimento vem superando desafios, no que concerne ao favorecimento da sensibilização da comunidade para um melhor acolhimento das pessoas

portadoras de sofrimentos psíquicos graves, além de favorecer a inclusão e reinserção dos mesmos e trabalhar com a autoestima das pessoas da comunidade.

Posteriormente, de posse de maior embasamento técnico-científico sobre saúde mental, foi-nos instruído a criarmos um caso clínico referente a alguns tipos de sofrimento psíquico e simultaneamente, formulamos estratégias e condutas a serem adotadas ao problema identificado, na qual foi escolhida a temática: uma família passando por mudanças (saída do filho de casa).

É importante ressaltar que, visamos com nossas ações de saúde a obtenção da busca do completo bem-estar biopsicosociocultural e a promoção da saúde mental das pessoas com sofrimento mental, onde a equipe interdisciplinar deve integrar a assistência ao cliente, sua família e a comunidade na qual aquele está inserido. Percebemos nessa formação em saúde mental que existem muitas lacunas a serem preenchidas, assim como estratégias que podem ser potencializadas, principalmente na formação acadêmica, onde necessitaríamos que aspectos relativos ao ciclo vital do indivíduo sejam visualizados em sua forma multifacetada e integral, assim como as necessidades psicossociais das pessoas responsáveis diretas pelo cuidado, promovendo a saúde mental para todos (cliente, família, comunidade e profissionais de saúde).

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

O processo de construção e potencialização dos saberes durante as aulas desta disciplina contribuiu para uma reflexão sobre o processo de trabalho da equipe da ESF, na perspectiva de mudança dos modelos assistenciais preponderantes, buscando uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde a população e efetivando a implementação do SUS como política de estado.

Durante a disciplina, estudamos e refletimos acerca dos modelos assistenciais em saúde e sobre a importância da ABS para a consolidação do modelo assistencial do SUS. Discutimos sobre o trabalho da ESF e a mudança do modelo assistencial considerando o desejo da equipe em mudar suas práticas realizadas no dia-a-dia, buscando a garantia dos princípios que regem o nosso sistema de saúde. Enfatizamos no nosso caso em particular, a ESF, entendida como projeto de reorganização ou reorientação da ABS e de implementação do novo modelo assistencial que está expresso na Constituição Brasileira (REIS *et al.*, 2007; OLIVEIRA; BORGES, 2008). Discutimos também a qualidade na prestação de serviços de saúde, seus atributos e o modelo de gestão do trabalho da equipe.

Na discussão acerca dos modelos assistenciais vigentes, ressaltamos a hegemonia entre os profissionais de saúde em relação ao modelo centrado na doença (biomédico), em detrimento do modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Foram esclarecidas durante as aulas que os modelos de atenção à saúde são configurações que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes, com a finalidade de articular, singularmente as intervenções de saúde em diferentes momentos da história das doenças.

A ESF tem se constituído um exemplo de modelo assistencial, operacionalizado por equipes multiprofissionais em suas respectivas unidades de saúde, onde cada equipe é responsável por um determinado número de famílias de uma mesma área geográfica, buscando a manutenção da saúde através da promoção da saúde, recuperação, prevenção, reabilitação de doenças e agravos de uma determinada comunidade (BRASIL, 2009). A implementação da ESF significa uma ruptura com o modelo clínico/biológico/flexneriano historicamente hegemônico na conformação das políticas de saúde do Brasil e seu esforço em reorientação da ABS aborda a mudança do modelo de atenção à saúde implicada na consolidação do SUS, com foco principal em sua dimensão político-operacional (SHERER *et al.*, 2005).

Ressalta-se ainda que, os modelos de assistência à saúde devem incluir a comunidade e os profissionais de saúde. Se por um lado há a competência de resolver os problemas de saúde, pelo outro, há o desejo de conhecer alternativas para melhora de sua saúde, de sua família e sua comunidade, ou seja, valorizando o contexto social no qual estão inseridos. Infelizmente, na prática não vivenciamos a garantia dos princípios norteadores do SUS no que concerne em acesso aos serviços de saúde de forma integral e equitativo. Isso se deve na maioria das vezes a má administração dos recursos financeiros por gestões inadequadas, que não levam em conta a discussão de um sistema de saúde que tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença, em sua complexidade e abrangência e seus determinantes das condições de saúde da população.

Isso nos faz refletir até que ponto as ações que desenvolvemos e o cuidado que proporcionamos satisfazem às expectativas dos diferentes atores envolvidos na prestação de serviços de saúde, até que ponto estamos conseguindo resolver os problemas e como estamos utilizando adequadamente os recursos disponíveis. Como profissionais de saúde, devemos acreditar na ESF, mesmo com as dificuldades que enfrentamos e os desafios que virão. Além

disso, não basta mudar o modelo assistencial, mas também a consciência da população e, sobretudo, dos gestores em saúde.

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

Iniciamos esta disciplina com uma reflexão sobre o planejamento em saúde, discutindo sua importância e a necessidade de trabalhá-lo enquanto um processo, utilizando diferentes métodos de planejamento. Discutimos durante este percurso, todo o processo de planejamento em saúde, desde a identificação dos problemas até a elaboração de um plano de ação capaz de intervir na realidade, propondo mudanças e reorganizando, quando necessário, o processo de trabalho da equipe de saúde da família na qual atuávamos. Conhecemos um pouco mais sobre os instrumentos de planejamento utilizados no SUS e tivemos a oportunidade de discutirmos e refletirmos durante as atividades e fóruns coletivos, sobre a importância do planejamento e como este pode ser aplicado no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Elaboramos um plano de ação visando à intervenção sobre os problemas identificados a partir do diagnóstico situacional realizado na comunidade. Inicialmente, identificamos os problemas comuns relacionados às condições de saúde da população de área de abrangência e que poderiam ser listados como problemas finais para serem trabalhados no plano de ação. A partir da identificação dos principais problemas, foi elaborado um plano de ação para um dos problemas finais escolhidos. Conseqüentemente, espera-se que as atividades planejadas pela equipe alcancem os objetivos propostos.

No contexto da atenção básica, ressaltamos a importância de conceitos como a intersetorialidade, a dinamicidade social e a corresponsabilização dos atores na elaboração de planos e na solução dos problemas das comunidades na qual estão inseridos. Nesse contexto, os profissionais da equipe podem atuar como mobilizadores das diversas redes sociais, exercendo a abordagem holística das questões em saúde pública. Conhecer os problemas locais e os anseios da comunidade é de fundamental importância para o planejamento em saúde e não podemos dispensar as diversas fontes de informações disponíveis na construção de indicadores sociais e de saúde para a condução das nossas ações. É importante que o planejamento em saúde envolva gestores de saúde e outras áreas, profissionais de saúde e os usuários, não planejando ações meramente biológicas, mas focados em problemas ou determinantes que afetam suas vidas naquele momento.

Lembramos que, na casuística contextual na qual estamos inseridos (atenção básica), nossas ações estão "centradas" em algumas atividades relativas aos programas de saúde pública (controle da hipertensão e diabetes, pré-natal, etc.), que são importantes na melhoria dos indicadores de saúde da nossa população. Porém, o grande desafio do processo de organização do sistema de saúde (estamos incluídos neste) exigirá o compromisso durante o planejamento em saúde, de aproximarmos da realidade local e nos responsabilizamos quanto à relevância de uma atuação consciente, comprometida e motivada, levando em consideração os determinantes sociais (violência, saneamento básico, etc.) que quase sempre estão imbricados no desfecho final (doença).

Portanto, é interessante que deixamos o plano teórico, referente ao planejamento ideal que queremos, aplicando-o a prática. Esperamos que o planejamento de estratégias de saúde levem em conta as reais necessidades de nossas comunidades, destacando as possibilidades, recursos e dinâmicas com todos os atores sociais envolvidos, e com isso, modificando as realidades locais.

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

Nesta disciplina do curso, tivemos a oportunidade de refletir e conhecer um pouco mais sobre dois temas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde da ESF: as práticas pedagógicas em saúde e as tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Apresentarem-se as várias abordagens ou concepções pedagógicas (pedagogia de transmissão, pedagogia do condicionamento e pedagogia da problematização) (BORDENAVE, 1999) que perpassam a prática educativa dos profissionais a partir do pensamento de estudiosos da área da educação. Registramos algumas tendências pedagógicas que são marcantes em nosso meio educacional e, conseqüentemente, na área de saúde. Foram discutidos os conceitos pertinentes às principais concepções pedagógicas a partir de situações vivenciadas no dia-a-dia de trabalho nas UBS.

Abordarmos ainda na disciplina, alguns princípios que devem ser orientadores de uma prática de saúde que pretende ser educativa e ética e que respeite a autonomia dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde. Discutimos as tecnologias ou estratégias utilizadas pelos profissionais da ESF para o desenvolvimento de ações de saúde no território: o acolhimento, o trabalho com grupos, a visita domiciliar e a consulta.

É evidente que educação e saúde interagem nos espaços de produção de ações voltadas para a qualidade de vida da população. Contudo, o aprendizado sobre essa interação e a compreensão das consequências geradas por uma ou outra concepção pedagógica utilizada, predominantemente e ao longo do tempo, não têm o enfoque desejável na maior parte dos processos de formação dos profissionais de saúde (NUTEDS/UFC, 2010b). Assim, em sua prática, o profissional de saúde do ESF pode efetuar abordagem mais diretiva ou mais dialógica, frente às situações cotidianas que vivencia, de modo inconsciente, não sistemático e, na maioria das vezes, pouco gratificante.

As atividades educativas se pressupõem como um processo contínuo, coletivo e institucional, através do qual se busca a reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população. Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde.

Esperamos que um profissional em saúde da família seja questionador, ativo, capaz de trabalhar em equipe multiprofissional, conhecedor dos problemas regionais e do funcionamento das políticas públicas e sociais da sua realidade, e que procure aplicar seus conhecimentos em atendimento individuais e coletivos. É essencial que procure saber os conhecimentos prévios daquela comunidade (ou indivíduo) sobre o processo de adoecimento (processo saúde-doença). Somente com o conhecimento da realidade local, trabalho em equipe e utilizações das problematizações em ensino-aprendizagem poderemos agir como atores capazes de atuar na transformação social, ou seja, com possibilidades de mudar a realidade da situação de saúde de uma população.

Para uma mudança real da situação de saúde em nossa área de atuação é necessário realizarmos atividades técnico-assistenciais que considerem o contexto socioeconômico e cultural do sujeito, da família e da comunidade, valorizem o saber popular, identifiquem os atores sociais com quem podem compartilhar os problemas da comunidade e buscar soluções. Além disso, devem abordar assuntos ou questionamentos de interesse dos usuários, identificando as potencialidades dos mesmos e buscando parcerias com outras secretarias para o desenvolvimento das ações intersetoriais.

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No



Brasil, na organização da atenção básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Como qualquer outro espaço destinado ao diálogo entre um profissional de saúde e o usuário, o atendimento à demanda organizada ou espontânea deve ser feito em local que preserve a privacidade desse diálogo. Devemos estar atentos para o fato de que o usuário vai à UBS fazer uma consulta sobre um problema que o aflige.

Ressaltamos durante as aulas, a visita domiciliar como tecnologia apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde (NUTEDS/UFC, 2010b).

Os profissionais que desenvolvem a ESF são aqueles que possuem mais condições e maiores possibilidades de interagir com a comunidade na perspectiva de mudança do quadro sanitário brasileiro. No modelo contra-hegemônico, representado pelo SUS, cuja consolidação precisa de seu apoio, conceitos e práticas como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo, procura-se resgatar a relação entre sujeitos sociais. Para tanto, não basta que os profissionais em saúde tenham domínio e apliquem, isoladamente, os seus saberes profissionais específicos. É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade – incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais. É preciso uma real atuação em equipe multidisciplinar (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2010).

Quando dizemos que a produção em saúde tem que ser feita em conjunto, estamos nos referindo a uma nova forma ou jeito de fazer. Um jeito que considera todos os atores sociais envolvidos, valorizando todos os saberes presentes no cenário do território e que, acima de tudo, tenha como centro as necessidades apresentadas pelos usuários. Significa adotar uma postura política que contribua com os processos de construção da cidadania e da democracia em curso no país. Isso exige determinada postura relacional ou comunicacional entre o profissional, os demais trabalhadores e os usuários, nas diversas ações e momentos coletivos e individuais que acontecem no serviço (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2010).

Toda atividade executada pelos profissionais de uma UBS está impregnada de determinada concepção de “fazer e agir” no cotidiano pessoal e profissional. Portanto, voltando ao início da conversa, essa relação estará sempre marcada pela presença do eu e do outro, iguais e diferentes, e, portanto, por distintas formas de concepções de mundo e do ser humano no mundo (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2010).

Em relação à capacitação do profissional em ESF através da EaD, o uso de ferramentas de tecnologia da informação, tem se consolidado como uma importante estratégia também para a democratização do acesso à formação profissional. Dentro desta perspectiva, na área da saúde, a EaD consiste em uma alternativa para o desenvolvimento de habilidades e atitudes que capacitam um profissional a desempenhar as suas tarefas de forma satisfatória.

#### **4.6 Saúde da Mulher**

A ESF tem como princípio básico o estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, numa perspectiva de construção de vínculos de corresponsabilidade, possível somente, com a consolidação de laços de confiança.

Nessa disciplina, iniciamos nosso percurso com uma reflexão sobre a atenção à saúde da mulher no âmbito da ESF, sua íntima relação com o lugar que a mesma ocupa ou é levada a ocupar no cenário social. Visualizamos no cenário sócio-político inestimáveis avanços na implementação e consolidação de políticas públicas voltadas para saúde da mulher. Porém, ainda precisamos superar outras dificuldades, como a melhoria ao acesso aos serviços de saúde e a diminuição da desigualdade de gêneros.

Na primeira atividade da disciplina, analisamos a situação de vida e saúde das mulheres do território em que atuamos, seu perfil socioeconômico, demográfico e cultural, as causas de morbimortalidade dessa população e suas necessidades biopsicossociais. Através do conhecimento dessa realidade, propomos a criação de estratégias que obtivesse impacto na melhoria dos indicadores sociais e de saúde, refletindo o compromisso social que nós, profissionais de saúde, temos na busca da garantia dos direitos humanos e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Além disso, incorporamos num enfoque de gênero, a integralidade e humanização da atenção à saúde da mulher, como princípios norteadores, bem como na consolidação do avanço no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

No tocante a assistência a gestante e a puérpera na ESF, em consonância com as políticas de humanização do parto e nascimento, pudemos discutir o resgate da importância da gestação, do parto e puerpério para a gestante e seus familiares, considerando os aspectos físicos, emocionais, sexuais e afetivos, valorizando a mulher neste momento da vida. Nós, profissionais de saúde, como nossos saberes positivistas, muitas vezes damos mais importância às informações de resultados de exames laboratoriais, não valorizando as necessidades emocionais, dúvidas e incertezas que a gestante tem nesse processo. Devemos

assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver a mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Nos últimos anos, um conjunto de fatores propiciaram condições na definição de prioridades de atenção à saúde da mulher, ocorrendo um rompimento da tradicional perspectiva materno-infantil, ganhando relevância os aspectos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos.

Em relação à temática da violência contra a mulher, como esta é tratada pela equipe de saúde da família, propomos o desenvolvimento de protocolos com abordagens e condutas frente à realidade vivenciada pelas mulheres vítimas de algum tipo de violência. Vivemos em uma sociedade baseado em valores masculinos e com relativa invisibilidade sobre a violência de gênero. Além disso, estamos impregnados em estereótipos sociais, que nos leva a deixar de enxergar em muitas ocasiões, os efeitos sobre a saúde das mulheres das diferentes formas de violência que elas estão sendo acometidas.

O trabalho desenvolvido pela ESF no âmbito da saúde da mulher não se limita as ações específicas da área. É abrangente a identificação estabelecida entre os profissionais da ESF e aquelas por eles acompanhadas, estabelecendo uma relação de troca quase que de igual para igual, o que diferencia a qualidade de assistência prestada por esse modelo, buscando efetivamente, a construção conjunta de uma vida mais saudável.

#### **4.7 Participação Social e Promoção da Saúde**

A promoção da saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006, dá diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2006b). Com o objetivo de desenvolver estratégias de atuação dos profissionais de saúde no contexto da atenção básica, foi formulado nesta disciplina um plano de atividade relativo às ações específicas da PNPS nesse nível de atenção, condizentes com a realidade da UBS em que atuávamos (Quadro 2).

**Quadro 2:** Plano de atividades a ser desenvolvido nas ações específicas de promoção da saúde no âmbito da atenção básica.

<b>Ações específicas</b>	<b>Atividades desenvolvidas</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Atores envolvidos</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Prazo</b>
<b>Alimentação Saudável</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar e distribuir materiais educativos que abordem a alimentação saudável junto à comunidade;</li> <li>-Realizar ações educativas junto aos usuários sobre os benefícios da alimentação saudável;</li> <li>-Estimular e fortalecer a adesão das mulheres ao aleitamento materno;</li> <li>-Fortalecer parcerias com as escolas para promoção da alimentação saudável no ambiente escolar;</li> <li>-Realizar suplementação de Vitamina A e Ferro para gestantes, puérperas e crianças;</li> <li>-Reforçar a implantação do SISVAN como instrumento de avaliação e subsídio para o planejamento de ações que previnam a segurança alimentar e nutricional na comunidade;</li> <li>-Realizar a capacitação de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, nas atividades de grupo e individuais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento do aleitamento materno;</li> <li>-Elevação no consumo de frutas;</li> <li>-Formulação de um padrão de triagem nutricional por profissionais de saúde nas escolas da comunidade;</li> <li>-Eliminação de carências nutricionais;</li> <li>-Melhora no padrão nutricional da comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipe Interdisciplinar da UBS;</li> <li>-Comunidade;</li> <li>-Agentes de Saúde;</li> <li>-Professores e Diretores escolares;</li> <li>-Igrejas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consultórios;</li> <li>-Sala de educação em saúde;</li> <li>-Visita domiciliária;</li> <li>-Insumos;</li> <li>-Equipe interdisciplinar capacitada.</li> </ul>	3 meses
<b>Prática Corporal/ Atividade Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ofertar práticas corporais/atividades físicas como</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Redução de obesos;</li> <li>-Redução dos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipe Interdisciplinar;</li> <li>-Educadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Visita domiciliária;</li> <li>-Unidade de</li> </ul>	3 meses

	<p>caminhada, práticas de exercícios e lazer para os moradores da comunidade;</p> <p>-Estimular a inclusão de pessoas com deficiência em projetos de práticas corporais/ exercícios físicos;</p> <p>-Realizar ações educativas junto à comunidade sobre os benefícios do estilo de vida saudável, bem como na redução de fatores de risco para doenças crônicas.</p> <p>-Ajudar o usuário a escolher atividades compatíveis com sua capacidade biopsicossocial.</p>	<p>fatores de risco para doenças cardiovasculares;</p> <p>-Promoção de hábitos de vida saudável.</p>	<p>Físicos e Fisioterapeutas (Equipe NASF);</p> <p>-O cliente, a família e a comunidade;</p> <p>-Escolares.</p>	<p>Saúde;</p> <p>-Locais para realização das atividades físicas (praças, ciclovias, academias, etc.);</p> <p>-Profissionais capacitados.</p>	
<b>Prevenção e Controle do Tabagismo</b>	<p>-Realização de ações educativas junto à comunidade sobre os riscos do tabagismo para a saúde;</p> <p>-Realizar parcerias com diversos setores e demais níveis de atenção para melhorar o acesso do fumante aos meios eficazes para a cessação de fumar.</p>	<p>-Diminuição da incidência do câncer bucal e pulmonar;</p> <p>-Diminuição do número de fumantes;</p> <p>-Diminuição da quantidade cigarros/dia e cessação completa do tabagismo.</p>	<p>-Equipe interdisciplinar;</p> <p>-Fumantes;</p> <p>-Grupos de apoio;</p> <p>-Professores e Diretores escolares;</p> <p>-A família e a comunidade.</p>	<p>-Unidade de Saúde;</p> <p>-Escola;</p> <p>-Visita domiciliária;</p> <p>-Grupos de apoio.</p>	3 meses
<b>Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas</b>	<p>-Realizar ações educativas junto à comunidade, principalmente os mais jovens, sobre o uso abusivo do álcool e suas consequências;</p> <p>-Realizar a distribuição de materiais educativos para orientar e sensibilizar a comunidade sobre o malefício do uso abusivo do álcool.</p>	<p>-Diminuição do consumo de álcool;</p> <p>-Redução das mortes relativas ao consumo de álcool;</p>	<p>-Equipe interdisciplinar;</p> <p>-Grupos de apoio (alcoólicos anônimos);</p> <p>-Professores e Diretores escolares;</p>	<p>-Consultórios (UBS);</p> <p>-Grupos de Apoio;</p> <p>-Equipe interdisciplinar;</p> <p>-Visita domiciliária.</p>	3 meses
<b>Prevenção da violência e</b>	<p>-Capacitar os profissionais de</p>	<p>-Identificar os casos de</p>	<p>-Equipe interdisciplinar;</p>	<p>-Equipe capacitada;</p>	3 meses

<b>estimulo à cultura da paz</b>	saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações e violência intrafamiliar e sexual; -Notificar os casos de violência.	violência; -Realizar encaminhamento e acompanhamento das vítimas de violência.	-Família; -Comunidade; -Órgãos de proteção do estado (polícia, conselho tutelar, etc.).	-Redes de referenciamento das vítimas; -Grupos de apoio.	
----------------------------------	--	---	---	---	--

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

Ao longo da disciplina, elaboramos reflexões sobre a relação trabalho, saúde e ambiente, contextualizando os principais cenários vivenciados na realidade brasileira e incorporando estes a atuação dos profissionais das equipes de saúde da família. Foram apresentados de forma sintética os principais agravos à saúde dos trabalhadores, que ocorrem no nosso meio e como a ESF poderia identificar possíveis soluções para esses problemas por meio das ações da equipe, pela parceria com outras instituições e a comunidade local. Ressaltamos que a abrangência do tema saúde ambiental na saúde pública é extremamente vasta, pois incorpora dimensões econômicas, sociais, ambientais e políticas.

A leitura dos conteúdos desta disciplina, bem como a transcendência das temáticas abordadas, nos proporcionou a pensar criticamente no que estamos fazendo para mudar o sentido de nossas vidas e o que estamos deixando para nossas gerações futuras. Diante da problemática atual, fomos levados a refletir criticamente sobre a tirania da esfera material sobre as outras esferas, o consumismo desenfreado que alimenta o capitalismo e estabelece as mazelas que ocorrem no processo produtivo, desde a extração de matérias-primas até envio de produtos para o lixo.

Por culpa de nosso comodismo, o sacrifício dos fins em relação aos meios e a instrumentalização de homens e mulheres, mostra-nos como é insustentável o atual modelo de desenvolvimento. Concomitantemente, observamos a fragilidade dos laços sociais, onde predomina o individualismo liberal, não se preocupando com o mundo a seu redor e muitos menos com o futuro, no qual o mais forte domina, primando pela acumulação privada do capital e estabelecendo a desigualdade social.

Devemos rediscutir essas noções e apostar em novas abordagens de desenvolvimento, onde a palavra de ordem é a “sustentabilidade”, capaz de suprir as necessidades da geração atual sem comprometer a capacidade de atender as futuras gerações. Devemos refletir o que e como estamos contribuindo para isso, qual nosso papel de cidadão

no sentido de manter o equilíbrio planetário, diminuindo as desigualdades de qualquer natureza ocasionada por este processo e com isso melhorando a qualidade de vida de todos.

No setor saúde percebe-se que saúde e ambiente são dimensões inseparáveis e que é necessária a formulação de uma política nacional efetiva entre saúde e ambiente, através da vigilância ambiental e de indicadores que viabilizem estudar a situação ambiental através de indicadores efetivos (PEREIRA; LACERDA; MARQUES, 2010). Ressaltamos ainda que os campos da saúde do trabalhador e da saúde ambiental são interligados pela categoria produção, em que é importante entender as interfaces produção, ambiente e saúde (NUTEDS/UFC, 2011c).

O PSF foi adotado como uma estratégia do Ministério da Saúde para a reorientação dos modelos assistenciais de saúde, preconizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, atendendo indivíduos, famílias e comunidades no seu contexto socioambiental (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a promoção da saúde ambiental e do trabalhador na ESF 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 (PEREIRA; LACERDA; MARQUES, 2010).

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS; CRISTOVAN, 2006).

Ela também constitui um poderoso instrumento para as ações de vigilância da saúde na ESF, pois, com base no conceito ampliado de saúde, identifica as necessidades de saúde do território, as quais amplia o olhar para os problemas dos processos produtivos para o ambiente e a saúde (NUTEDS/UFC, 2011c). No entanto, entendemos que o território na práxis da saúde na APS precisa ser desvelado pelos profissionais e comunidades, além dos limites das áreas adscritas e dos problemas emergenciais, que promovem alterações no estado de bem-estar das pessoas (PESSOA, 2010).

Como profissionais de saúde da atenção básica, é essencial que conheçamos o território na qual estamos inseridos, possibilitando entender como esse pode materializar a história, as relações econômicas, os processos de trabalho e as diversidades da organização

socioeconômica das sociedades. A diversidade local e a maneira como as pessoas se organizam e se relacionam expressam relações entre os níveis de desenvolvimento social e econômico. Esses espaços se impõem como realidades concretas que legitimam suas fronteiras e estabelecem suas regras e limites. A apreensão do movimento do território possibilitará um trabalho em saúde muito mais efetivo e contextualizado.

Na ESF, é necessário que a equipe trabalhe com enfoque interdisciplinar, intersetorial e dinâmico no contexto socioambiental dos indivíduos/famílias/comunidades. Deve-se usar como estratégia a educação ambiental, comprometendo-se com a ação preventiva através de uma postura humanizada, democrática e dinâmica, visando à melhoria da qualidade de vida da população e a transformação social através da conscientização dos cidadãos para o comprometimento na construção da saúde ambiental.

Faz-se importante discutir a saúde ambiental e do trabalhador na ESF. A relevância desse tema se deve ao fato do SUS colocar que o sucesso da saúde do trabalhador e ambiental só será alcançado quando a saúde da família incorporar as ações que envolva as categorias trabalho e ambiente. Assim, é fundamental dialogar sobre as possibilidades de realizar ações de saúde do trabalhador e em saúde ambiental na saúde da família.

Para o processo de educação ambiental é necessário que o profissional da ESF use o conhecimento científico para a formação de um pensamento crítico da comunidade, baseado em conceitos atualizados, favorecendo um posicionamento participativo das comunidades com a finalidade de melhorias da qualidade de vida e promoção da saúde. Em consequência disso não se pode separar a promoção da saúde do contexto socioambiental da comunidade, devendo ser abordada pela equipe de saúde da família de forma integral, democrática e dinâmica (PEREIRA; LACERDA; MARQUES, 2010).

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

A disciplina de Saúde Bucal ofereceu aos profissionais em formação e os que já estão na ESF subsídios teóricos para a compreensão da saúde bucal na atenção básica, possibilitando-os para a tomada de decisão frente aos problemas ocorridos na população. Ela abordou desde a trajetória histórica e as transformações ocorridas nos modelos assistenciais em saúde bucal vigente no Brasil. Tivemos a oportunidade de fazer uma reflexão sobre atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na UBS em que trabalhamos.

Além de compreendermos como ocorreu a inserção da saúde bucal na ESF, estudamos também durante as aulas, a atenção a saúde bucal nos diferentes ciclos de vida



(crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e discutimos os aspectos relacionados à promoção e prevenção em saúde bucal.. De forma dinâmica e construtiva, a disciplina não nos levou a aprofundar em conhecimentos odontológicos, já que era ofertada para todos os alunos (médicos, enfermeiros e odontólogos), mas abordou temas relacionados com a saúde bucal que fazem parte do campo de conhecimento comum de toda a equipe de saúde da família e, assim, fornecer subsídios para os profissionais desenvolverem ações de caráter interdisciplinar na atenção básica (NUTEDS/UFC, 2011b).

A trajetória da assistência em odontologia no Brasil foi desenvolvida historicamente através de modelo tecnicista e excludente e somente com o processo de implantação do SUS, é que surgiu uma nova prática de atenção destinada à promoção de saúde e a minimizar a dívida histórica e social com a população brasileira. Observando-se os modelos de assistência à saúde bucal implementados no Brasil ao longo dos anos, constata-se que as ações realizadas no passado assumiram caráter assistencialista e tecnicista, voltadas para o paradigma curativo-reparador, individual e centrado na doença (BRASIL, 2006a).

Na busca de inverter o modelo assistencialista hegemônico, foi inserida a odontologia no contexto da ESF em 2000, que passou a organizar melhor as ações integradas no sistema com a implantação e extensão dos serviços como Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A equipe de saúde bucal na ESF é formada por um cirurgião-dentista (CD), um técnico em higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD) (BRASIL, 2006a).

A organização dos serviços em saúde bucal envolve o atendimento ao usuário nas UBS e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige e o campo de atuação é o território-família-comunidade (BRASIL, 2006a). A organização da assistência deve abranger ações que respondam à demanda organizadamente, compatibilizando a demanda espontânea e a programada.

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das

condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde - sentidas ou não -, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis (BRASIL, 2004).

As ações de cuidado à saúde bucal em todos os ciclos vitais, na atenção primária, devem ser realizadas no contexto de toda a equipe de saúde, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal que excluam a área médico-enfermagem (BRASIL, 2006a). É importante que a equipe de saúde bucal trabalhe de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde da família, no que concerne a um atendimento integral as famílias e a comunidade em relação às necessidades de cuidados odontológicos. A experiência de cada um dentro de sua competência profissional ajudará a aprimorar as práticas em saúde da família na atenção a saúde bucal.

A equipe de saúde da família deve procurar desenvolver ações educativas em saúde bucal em todos os ciclos de vida, além de garantir o acesso odontológico a toda população de abrangência. A educação em saúde bucal deve ser integrada à educação em saúde geral, além da higiene bucal, onde devem ser trabalhados os cuidados e higiene de todo o corpo, especialmente em crianças. Com a criação do SUS, assim como os demais serviços de saúde, o desafio contínuo é garantir o acesso adequado e integral as ações de saúde bucal a toda população brasileira independente da idade.

#### **4.10 Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiências**

Nesta disciplina, refletimos acerca das pessoas com deficiência (PcD) (visual, auditiva, física, dentre outras) e as implicações no atendimento em saúde na atenção básica ou outro nível de complexidade a estas pessoas. Abordamos durante as aulas, a magnitude da PcD na sociedade, legislações e direitos focados na saúde, além das conquistas legais da PcD nas questões de saúde e assistência social. Estudamos sobre orientações gerais para o estabelecimento da relação interpessoal com as PcD durante o acolhimento e consultas realizadas na UBS.

A grande questão norteadora e construtiva da disciplina, refere na sensibilização do profissional em saúde para o trabalho com PcD, instrumentando-o para assistí-las e contribuindo para a potencialização da cidadania enquanto atores sociais. Todas as pessoas, entre as quais se incluem as que possuem algum tipo de deficiência, têm direito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho. Essas áreas contribuem para a inserção social, desenvolvimento de uma vida saudável e de uma sociedade inclusiva.

O enfrentamento da atenção à saúde do PcD no SUS está em desenvolvimento em todo o país, integrando as áreas de atuação direta à saúde da população. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência define, como propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação. Tem como objetivo proteger a saúde da pessoa com deficiência, bem como atuar na sua reabilitação, promovendo sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenindo agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

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

Uma das diretrizes da política visa ao fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua da ampliação da acessibilidade e da inclusão. Assim como a melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiência no SUS (BRASIL, 2010).

A cidade como um todo, as calçadas, rampas, guias rebaixadas, semáforos com sonorização, corredores e portas, banheiros, transportes coletivos, devem ser pensados para permitir que todo cidadão possa usufruir dos bens e serviços disponíveis. Assim, também, serviços e ambientes públicos ou coletivos, como praças, escolas, unidades de saúde e de assistência social, ginásios de esporte, bancos, áreas de embarque/ terminais de transporte, devem tornar-se cada vez mais acessíveis a todos (NUTEDS/UFC, 2011a).

Por outro lado, é importante frisar que a acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços de saúde, à escola sem discriminação, com material didático disponível em formatos acessíveis, às bibliotecas que ofereçam meios de comunicação apropriados que permitam acesso à pesquisa, *internet* e acervo bibliográfico, notícias de jornais diários, etc. Então, o profissional de saúde deve estar ciente de que o processo de comunicação com esse tipo de paciente deve ter um cuidado especial para que este se torne mais humanista.

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os postos de saúde e equipes de saúde da família até os serviços de reabilitação e os hospitais. Tem direito a consulta médica, consulta odontológica, de enfermagem, visita dos agentes comunitários de saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam

distribuídos pelo SUS. As equipes de saúde da família devem prestar assistência às pessoas com deficiência como a qualquer cidadão. Além disso, as PcD têm direito a diagnóstico específico, a serviços especializados e de reabilitação, ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, como parte integrante do processo de reabilitação, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão (NUTEDS/UFC, 2011a).

A UBS constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa portadora de deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, é necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reflete sobre o processo de formação/capacitação e a construção do conhecimento a partir da realidade e dos desafios enfrentados pelas equipes de trabalhos em Saúde da Família, focando os problemas de grande relevância para a saúde da população sob sua responsabilidade e para o fortalecimento de um espaço de elaboração e construção de novas práticas de saúde.

A realização do curso nos proporcionou subsídios e reflexões acerca da atuação na ESF, gerando no exercício de nossas práticas, novas competências e posturas adequadas ao modelo de atenção proposto, em prol da organização de um sistema de saúde ideal, capaz de promover saúde e, não somente, prevenir e curar doenças. Isso exigirá de todos nós, habilidades específicas no exercício dentro do nosso campo de atuação e que estejamos aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença da comunidade em que atuamos. Isso implica em realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias.

Destacamos o portfólio como diferente e importante instrumento para almejar práticas de ensino-aprendizagem e como uma experiência valiosa na construção do conhecimento. A sua utilização é uma estratégia eficaz de avaliação contínua, pois possibilita maior interação entre aluno-docente/tutor, oferece oportunidade de reflexão sobre o processo ensino/aprendizagem e auxilia no planejamento das etapas seguintes do aprendizado.

Admite-se que a sua produção seja um processo trabalhoso que requer tempo e conhecimento. No entanto, ressalta-se que essa ferramenta promove o desenvolvimento reflexivo dos alunos, estimulando a originalidade e criatividade individual na confecção do conteúdo, contribuindo para a construção personalizada do conhecimento e no desenvolvimento de ações holísticas e humanísticas, respeitando o ser humano e em consonância com os princípios do SUS.

O avanço nas iniciativas de EaD na área da saúde é fundamental para ampliar o acesso a uma formação de qualidade num estado de grandes dimensões territoriais como o Ceará. A implantação do Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade EaD semipresencial, atendeu e atenderá um número significativo de trabalhadores da ESF. A incorporação da EaD aos processos de formação/capacitação de profissionais da atenção básica aqui realizada, constitui-se em exemplo e incentivo para outras iniciativas de formação ou qualificação de profissionais com atuação em outras áreas do SUS no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. P. **Portfólio como instrumento de avaliação dos processos de ensino-aprendizagem**. 2000. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/26/tpgt04.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2011.
- ALVES, V. S.; VELOSO, R. Sistemas de Educação a Distância: subsídios para a construção do modelo de gestão desta modalidade de ensino no contexto da secretaria de saúde do estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 86-93, jan./mar. 2009.
- ARETO, L. G. Para uma definição de educação a distancia. In: Lobo Neto, F. J. S. **Educação à distância: referência e trajetórias**. Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Tecnologia Educacional; Plano Editorial: Brasília, p. 31-32, 2001.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. (org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos**. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN, p. 261-268, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_bucal/aula\\_02/material\\_complementar/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_02/material_complementar/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1060, de 5 de junho de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/reabilitacao/portaria\\_1060.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/reabilitacao/portaria_1060.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família (online)**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao\\_basica.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php)>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia\\_sus.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p.135, out./dez. 2010.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1995.

HARRIS, S.; DOLAN, G.; FAIRBAIRN, G. Reflecting on the use of student portfolios. **Nurse Educ Today**, v. 21, n. 2, p. 278-286, 2001.

HERNÁNDEZ, F. **Cultura visual, mudança educativa e projeto de trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NUTEDS/UFC. Curso de Especialização em Saúde da Família. **Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência** 2011a. Disponível em:

<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_01/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/)>. Acesso em: 20 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Curso de Especialização em saúde da família. **Políticas de Saúde Bucal**. 2011b. Disponível em: <[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_bucal/aula\\_01/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_01/)>. Acesso em: 28 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Curso de Especialização em Saúde da Família. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2010a. Disponível em:

<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_02/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_02/index.html)>. Acesso em: 15 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Curso de especialização em saúde da família. **Saúde do trabalhador e saúde ambiental na estratégia saúde da família**. 2011c. Disponível em:

< [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud\\_amb/aula\\_01/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_01/)>. Acesso em: 04 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Curso de especialização em saúde da família. **Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. 2010b. Disponível em:

< [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat\\_ped/aula\\_01/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/)>. Acesso em: 16 dez. 2010.

OLIVEIRA, A. K. P; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação da efetividade com base na percepção dos usuários. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p.369-389, 2008.

PAIM, M. C.; ALVES, V. S.; RAMOS, A. S. Projeto EAD SUS/BA: Incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 104-112, jan./mar. 2009.

PAIM, M. C.; GUIMARÃES, J. M. M. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 94-103, jan./mar. 2009.

PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, p. 718-726, 2008.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PEREIRA, B. S.; LACERDA, G. C.; MARQUES, M. S. A promoção da saúde ambiental no contexto do programa de saúde da família. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 1, p. 2-11, jan./dez. 2010.

PESSOA, V. M. **Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará**. Fortaleza, 2010. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará.

REIS, M. A. S. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALI, A. G. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set.2004/fev. 2005.

SILVA, M. R. F.; JORGE, M. S. B. Prática dos profissionais no Programa de Saúde da Família: representações e subjetividades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 5. P. 549-555, set./out. 2002.

UFC. **Curso de Especialização em Saúde da Família**. 2011. Disponível em: <<http://www.nuteds.ufc.br/cesf/index.php/o-curso>>. Acesso em: 20 de ago. 2011.

UFPEL. **Especialização em Saúde da Família – EAD – UFPel**. 2011. Disponível em: <[www.unasus-ufpel.net](http://www.unasus-ufpel.net)>. Acesso em: 20 de ago. 2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Contextualizando a prática educativa em saúde**. 2010. Disponível em: <[http://www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/240/Material%20Complementar%20Aula%2001/Contextualizando%20a%20pratic\\_Top\\_02\\_Aula\\_01\\_Pra\\_Ped\\_2010\\_1\\_SM\\_2\\_.pdf](http://www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/240/Material%20Complementar%20Aula%2001/Contextualizando%20a%20pratic_Top_02_Aula_01_Pra_Ped_2010_1_SM_2_.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2010.