

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELO FERNANDES MARTINS DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE E
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA**

FORTALEZA

2011

MARCELO FERNANDES MARTINS DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE E
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do curso de especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Denis Bezerra de Araújo
Coorientador: Prof. Carlos Winston Guedes Bezerra

FORTALEZA

2011

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

S697e Sousa, Marcelo Fernandes Martins de
Estratégia de saúde da família: promoção da saúde e melhoria da
qualidade de vida / Marcelo Fernandes Martins de Sousa. – 2011.
43 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade
Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em
Saúde, Carnaubal, 2011.

Orientação: Prof. Denis Bezerra de Araújo

Coorientação: Prof. Carlos Winston Guedes Bezerra

1. Estratégia Saúde da Família 2. Educação Permanente em Saúde I. Título.
CDD 362.1

MARCELO FERNANDES MARTINS DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE E
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do curso de especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Denis Bezerra de Araújo (Orientador)

Profa. Ms. Patrícia Maria Costa de Oliveira (1º Avaliador)

Prof. Bruno Rocha da Silva (2º Avaliador)

Dedicatória
À minha família

AGRADECIMENTOS

Aos tutores pelo apoio pedagógico e a todos os envolvidos no curso de especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC.

RESUMO

O presente estudo é um relato de experiência mediado pelos portfólios elaborados durante as disciplinas do curso de especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, transcorrido, durante o biênio 2010/2011, com enfoque na Estratégia de Saúde da Família como principal linha de reorganização da assistência em saúde do nosso país, tendo a promoção da saúde e o trabalho de educação em saúde voltado às famílias como forma de desenvolvimento de suas ações. A educação continuada é fator importantíssimo para que os profissionais se capacitem no desenvolvimento destas ações de acompanhamento, melhorando a qualidade de vida da população. O curso nos forneceu instrumentos importantes nesse sentido, para mim, profissional à frente da Gestão da Atenção Básica no município de Carnaubal – CE. Nos últimos quatro anos, foi uma possibilidade de grande aprendizado, sobretudo na necessidade de fortalecimento do trabalho em equipe e da permanente estimulação das atividades educativas, fonte de conscientização das famílias em relação ao cuidado preventivo e valorização das ações básicas de saúde: higiene, alimentação, habitação, cuidado com o meio ambiente e bem-estar social e familiar.

Palavras-Chave: Estratégia de Saúde da Família; Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

The present study is a story of experience mediated for the portfólios elaborated during the disciplines of the course of Specialization in Health of Family - NUTEDS/UFC, that happen during biennium 2010/2011 with approach in the Strategy of Health of the Family while main line of reorganization of the assistance in health of our country, having the promotion of the health and the work of education in health directed to the families as development form of its action. The continued education is a important factor that the professionals if enable in the development of these actions of accompaniment, improving the quality of life of the population. The course in supplied important instruments to them in this direction, for me, professional the front of the Management of the Basic Attention in the City of Carnaubal - CE in the last four years was a possibility of great learning, over all in the necessity of reinforcement of the work in team and the permanent stimulation of the educative activities, source of awareness of the families in relation to the preventive care and valuation of the basic actions of health: hygiene, feeding, habitation, care with the environment and welfare state and familiar.

Keywords: Family Health Strategy; Permanent education in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de consultório dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

EAD - Educação à distância

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NUTEDS – Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

USF – Unidade de Saúde da Família

USG – Ultrassonografia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. OBJETIVOS | 13 |
| 3. METODOLOGIA | 14 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS PORTFÓLIOS | 15 |
| 4.1. Disciplina 2 – Processo de Trabalho em Saúde | 15 |
| 4.2. Disciplina 3 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde | 17 |
| 4.3. Disciplina 4 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde | 19 |
| 4.4. Disciplina 5 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde | 21 |
| 4.5. Disciplina 6 – Saúde da Mulher | 23 |
| 4.6. Disciplina 7 – Saúde Mental e Violência | 25 |
| 4.7. Disciplina 8 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família | 28 |
| 4.8. Disciplina 9 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal | 29 |
| 4.9. Disciplina 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência | 31 |
| 4.10. Disciplina 11 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos processos de Saúde | 33 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS | 37 |

1 INTRODUÇÃO

A importância da Estratégia de Saúde da Família é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados à saúde. Como um princípio do Sistema Único de Saúde – SUS, a integralidade é uma importante estratégia para consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil a partir de um dimensionamento das práticas. Além de contribuir na organização dos serviços, a integralidade busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. Portanto, pode ser entendida como um marcador contínuo das ações e qualidades prestadas pela Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS.

O Programa de Saúde da Família – PSF foi criado em 1994, tendo como antecessor o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e, nos primeiros anos de existência, foi marcado por inquietações e críticas às suas propostas, conforme aponta Paim (2003). Posteriormente, em um sucessivo acréscimo de novas proposições, normatizações, modalidades de incentivo e consolidação de práticas inovadoras e exitosas em vários municípios brasileiros, passou a ser considerado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica. Tem como pressupostos a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, balizados pela promoção da saúde na configuração dos seus elementos centrais de trabalho: adscrição de clientela, acolhimento como porta de entrada às Unidades de Saúde da Família, visita domiciliar, integralidade das práticas e equipe multiprofissional.

A atuação em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde e doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para intervenção na realidade das comunidades em que estão inseridos. A abordagem multiprofissional amplia mais a educação em saúde com ações de promoção e prevenção nos diversos processos saúde e doença da população, trabalhando para melhorar a qualidade de vida e desafogar a procura da atenção secundária.

Dessa forma, faz-se necessário alterar o perfil dos recursos humanos da área para adequação às novas políticas de saúde com investimentos maiores na Atenção Básica através das ações da Estratégia de Saúde da Família. Deparamo-nos com uma grande dificuldade da ESF: a carência de profissionais capacitados para atender esta nova realidade, capacitação como processo formador permanente e continuado. Vemos como possibilidade a realização de cursos de pequena duração e longa, no caso de especializações em Saúde da Família usando as atuais ferramentas tecnológicas da Educação à Distância – EAD, capacitando os profissionais da Atenção Básica em serviço, objetivando uma maior qualidade de atuação destes na assistência às comunidades atendidas, orientados pelos princípios do SUS e, conseqüentemente, da Estratégia de Saúde da Família.

Segundo orientações do Ministério da Saúde, as ações no PSF são estruturadas pelo trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde com o objetivo de obter a satisfação dos usuários através do estreito relacionamento entre profissionais e comunidade. O processo de trabalho em equipe se estrutura a partir da delimitação do território: mapeando as áreas e microáreas, cadastrando as famílias e utilizando os sistemas de informação. As principais responsabilidades, de acordo com a NOAS/2001, são: saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de diabetes; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal. Somam-se a isso visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades comunicativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada.

O Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde – SUS em parceria com instituições de ensino superior, estão intensificando as ações de educação continuada e capacitação dos profissionais da Atenção Básica, priorizando a melhoria das ações desenvolvidas por esses profissionais, fortalecendo o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade nas práticas educacionais e de orientação em saúde para desmitificar a cultura da assistência individual com base no tratamento unicamente medicamentoso (VIANA; DAL POZ, 2005)

Essa realidade propiciou as bases de fundação da Universidade Aberta do SUS – UNASUS em dezembro de 2010, e daí a proposta, confecção e realização do curso de especialização em Saúde da Família – CESF em parceria com Universidade Federal do Ceará

– UFC pelo Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância – NUTEDS. Uma forte ferramenta de apoio para nós, profissionais da Atenção Básica, que destaco – como profissional à frente da Gestão da Atenção Básica no município de Carnaubal – CE nos últimos quatro anos – como possibilidade de grande aprendizado, sobretudo na necessidade de fortalecimento do trabalho em equipe e da permanente estimulação das ações educativas, fonte de conscientização das famílias em relação ao cuidado preventivo e valorização das ações básicas de saúde: higiene, alimentação, habitação, cuidado com o meio ambiente e bem-estar social e familiar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Relatar o aprendizado ao longo do curso de especialização em Saúde da Família – CESF do Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância (NUTEDS-UFC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do curso de especialização em Saúde da Família – CESF.

- Contextualizar o conteúdo das disciplinas do curso de especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC) com nossas realidades de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

O estudo é um relato de experiência mediado pelos portfólios elaborados durante as disciplinas do curso de especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, transcorrido durante o biênio 2010/2011.

O curso se deu na modalidade semipresencial, com acompanhamento de um tutor presencial e a assistência de um tutor à distância. Fez-se uso do Sistema *Moodle* para disponibilização do conteúdo didático, discussões e atividades através de fóruns e *chats* que possibilitaram a troca de experiências entre os profissionais envolvidos. As disciplinas ofertadas foram: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Saúde Mental e Violência; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no contexto da Saúde Bucal; Atenção Básica em Saúde a Pessoas com Deficiência; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.

O corpo do desenvolvimento deste trabalho consiste nos portfólios agrupados em capítulos, em que intentamos relacionar teoria e prática a partir dos conteúdos vistos durante o curso de especialização, das discussões no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) com os colegas nos fóruns e *chats*, a pesquisa de materiais complementares e, primordialmente, do trabalho já realizado em minha prática de Gestão da Atenção Básica em Carnaubal. Muitas reflexões advirão do contato com os demais profissionais das equipes que fazem a rotina de trabalho da Estratégia de Saúde da Família, produzindo impactos pessoais e profissionais no decorrer das atividades do curso.

Para realização deste trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência. Houve respeito aos princípios éticos contidos na resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS PORTFÓLIOS

4.1 Processo de Trabalho em Saúde

Na primeira disciplina do curso, nosso foco de discussão foi o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família no SUS como reorganizadora da Atenção Básica (AB). Os processos de busca pela saúde ainda encontram-se muito pautados em uma dinâmica biomédica, um modelo hegemônico de organização da forma de trabalho das equipes que precisa ser revisto a partir de mudanças nos microprocessos de relações e trabalhos.

O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família tem-se pautado muito na demanda dos usuários, que procuram os serviços, geralmente, à procura de soluções imediatas para os seus adoecimentos, não conseguindo assim envolver as comunidades atendidas nas tão esperadas ações de promoção da saúde (BRASIL, 2006). Fato que leva os profissionais a trabalharem na recuperação das doenças em detrimento da melhoria da qualidade de vida e bem-estar individual e coletivo.

Outro aspecto do insucesso das ações de promoção de saúde junto à população é o baixo nível educacional desta, que dificulta as informações e orientações dos profissionais de saúde. Muitas vezes, somos prestadores de informações extremamente repetitivas e que não influenciam na melhoria da qualidade de vida. Não devemos com isso, retirar as atividades educativas de nossas atividades, e sim procurar investir em ações de saúde que possam chamar a atenção da população, já que as perspectivas de melhoria da educação em nosso país caminham a passos lentos, devemos tornar-nos educadores em saúde, suprimindo a deficiência educacional existente na maioria das regiões do país.

É uma proposta difícil a ser enfrentada, mas é um caminho para melhoria dos sistemas de saúde, o investimento na educação. Em termos educacionais universais, o Brasil ainda possui uma cultura fria por não direcionar a informação de massa de forma educativa. As ditas famílias nucleares vêm sofrendo o impacto dessa ausência de cultura educacional de

massa, percebemos em seu seio a desagregação constante dos valores, com as mutações do seu sistema interno causado pelas influências da mídia (GUTIERREZ; MINAYO, 2008).

Em nossa realidade de trabalho, encontramos os mais diversos tipos de famílias, e temos que prestar assistência e orientação desde a pessoa não alfabetizada e que tem dificuldades de assimilar as informações, até as pessoas com boa escolaridade. Para além desses determinantes, encontramos barreiras culturais que dificultam a aceitação da prática em saúde com base na orientação, crendo somente no modelo assistencial médico-cêntrico, baseado no atendimento individual e tratamento medicamentoso.

A ação informativa educacional feita na UBS pode produzir bons resultados quando efetivada de forma objetiva. Usuários, quando bem encaminhados, ganham condições para direcionar suas entradas no sistema de saúde. A comunicação bem prestada aos usuários auxilia na formação de uma cultura de conhecimentos sobre as referências organizacionais do atendimento nos vários níveis de atenção do processo de trabalho em saúde.

A comunicação em saúde representa a alavanca na economia dos vários tipos de atenção, desde o ato profissional à agilidade da informação como cuidado individual e coletivo. É parte integrante para a resolubilidade da Atenção Básica, visto que uma comunicação clara, objetiva, de fácil entendimento facilita a compreensão dos usuários quanto a seus tratamentos, prescrições, referências e contrareferências (BRASIL, 1996). Para que a comunicação em saúde também seja efetiva, é necessário que haja tempo necessário para que estes usuários sejam bem assistidos quanto as suas queixas, tratamento, posologias, para onde seguir caso a assistência necessite ser referenciada para outro nível. Além disso, é necessária uma interação entre profissionais e usuários, um ouvir cauteloso, com respeito, visando sempre o cuidar.

Contudo, quando a demanda é maior do que se espera, existirá certamente um comprometimento, um prejuízo na comunicação entre profissional e usuário, interferindo assim diretamente na comunicação em saúde e na assistência integral. Muitas vezes, por conta de demandas que nos sobrecarregam, acabamos trabalhando com automatismo, mecanicismo, sem darmos conta das reais necessidades dos usuários atendidos.

Destacamos também que uma postura profissional correta, que se utiliza de conhecimento, ética e também tolerância faz com que as informações sejam repassadas de forma que não prejudiquem a compreensão dos usuários (BOFF, 2001). Sabendo que tudo que falamos é fortemente fixado por alguns pacientes, devemos sempre saber o que estamos falando, fazendo, pois parte disso será repassado a outros usuários e, portanto, devemos ser sempre coerentes e cautelosos em nossas ações. Nós, profissionais de saúde, somos, com frequência, multiplicadores, educadores em saúde e, por isso, é nossa "obrigação" saber falar e ouvir.

4.2 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Ao longo da história dos serviços de saúde no Brasil, houve sempre um modelo assistencial predominante em cada época, alguns geraram resultados significativos e outros geraram grandes gastos e sofrimento popular pelo não direito igualitário ao acesso aos serviços de saúde. Voltamos nossa atenção para os ditos modelos e suas repercussões ao longo do tempo nessa disciplina.

4.2.1 O Hospital e a organização dos sistemas de saúde

Durante praticamente todo o século XX, o hospital e seu quadro médico ocupou uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do Ocidente. Falar de sistema de saúde se restringia, quase sempre, a discutir como organizar médicos e hospitais (GRABOIS; CASTELAR; MORDELET, 1995). Mas isso não foi sempre assim. O hospital, como conhecemos hoje, é considerado por muitos historiadores e sociólogos uma criação da cristandade da Alta Idade Média.

4.2.2 Os Modelos Historicamente Construídos no Brasil

No Brasil, diversos modelos de saúde se desenvolveram em diferentes momentos da história. No início da República, a organização de campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil transformou-se em uma política de saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora daquela época e se mantém como

modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às endemias e epidemias. Temos como exemplos de modelos assistenciais em saúde que existiram no Brasil (UFC, 2010a):

- 1- Caixas de aposentadorias e pensões.
- 2- Centros e Postos de Saúde.
- 3- Redes estaduais.
- 4- Assistência orientada pela medicina científica.
- 5- INPS.
- 6- Sistema Nacional de Saúde.
- 7- Movimentos de reforma sanitária.
- 8- Sistema Único de Saúde – SUS.

Atualmente, vivenciamos uma mistura de modelos de saúde pelo país. Tomando como base o município de Carnaubal, podemos notar ainda a presença de traços do modelo sanitário camponês, com a realização de ações como as campanhas de vacinação e ações de saúde direcionadas para áreas de risco, como campanhas de busca ativa de casos de tuberculose. Podemos notar que a população valoriza muito o modelo hospitalocêntrico, pois mesmo com toda a oferta de atendimentos e serviços destinados através do trabalho da Atenção Básica, uma parte da população ainda insiste na procura do hospital mesmo em casos que são de resolução total na Atenção Básica (Estratégia de Saúde da Família). Também está presente o modelo privatista em que uma pequena parcela da população tem acesso aos planos de saúde privados, mas que, de certo modo, sempre acabam usufruindo da universalização ofertada pelo sistema único de saúde, como em casos de assistência terciária e tratamentos de alta complexidade como hemodiálise, quimioterapia e UTI.

Esses são alguns dos modelos que podemos notar rapidamente analisando o contexto do município, mas o que podemos ter certeza é que a evolução desses modelos tem sido significativa, e que o nível de resolubilidade atual, embora com muitos problemas, já se faz com alguma satisfação. O que confirma o investimento e credibilidade dada ao sistema único de saúde, que necessita de melhorias, mas tem gerado grandes resultados.

Os maiores problemas existentes no SUS com certeza são relacionados à gestão do sistema e dos recursos da maioria das instituições, porém uma coisa importantíssima deve

ser ressaltada, a universalização ofertada pelo sistema, mesmo com toda a demora e as longas filas para atendimentos e procedimentos, vem sendo mantida na luta constante para garantir acesso a todos. O investimento e valorização da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família também tem garantido bons resultados e mudado o contexto dos investimentos do governo federal, priorizando a promoção e prevenção para que futuramente tenhamos um sistema com menos gastos e melhores resultados (BRASIL, 2007c).

Este investimento na Atenção Básica, com trabalho preventivo e de educação em saúde através das ações multiprofissionais trabalhadas pelas Equipes de Saúde da Família, tem fortalecido as ações do SUS, garantindo uma assistência mais integral, com valorização das boas condições de vida, higiene e saneamento básico através de uma assistência comunitária, voltada para o cuidado da família em áreas delimitadas.

A ESF pressupõe o trabalho em equipe como forma de consolidar a proposta de mudança do modelo. No modelo tradicional, o trabalho ocorria, quase exclusivamente, por meio de consultas individuais, em número fixo, desagregadas por área de conhecimento – Medicina, Enfermagem, Odontologia, tendo o corpo docente como objeto e a cura como objetivo. É o que buscamos rever com o SUS e a ESF como grande ordenadora de nossas ações em saúde.

4.3 Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde

Nesta disciplina, tivemos a oportunidade de participar de um *chat* em que foram discutidas situações de como as equipes planejam as intervenções que dão respostas às necessidades de saúde da área e, se no ato deste planejamento, os interesses dos envolvidos e os conflitos existentes são considerados.

Registramos que os interesses e os conflitos são importantes e devem existir, desde que o seu surgimento ocorra em benefício da melhoria da assistência para a comunidade, e não como um entrave para o andamento do serviço. Para que isto ocorra, a equipe deve ter um critério no seguimento de suas decisões, atentando sempre que as ações de

planejamento servem para que todos tomem a mesma direção, com os objetivos interligados ao foco do trabalho (UFC, 2010b).

Participamos de um fórum sobre como lidar com situações na qual temos atores sociais diferentes e com visões diversas. Discutimos que problemas sociais como a falta de emprego, ausência de saneamento básico, violência e falta de abastecimento de água são comuns na maioria das comunidades, e que as Equipes de Saúde da Família devem participar ativamente também nas resoluções e reivindicação de melhorias, sempre mantendo o foco na promoção da saúde, incluindo em suas atividades, ações de mobilização da população que influenciem diretamente sobre seus determinantes de saúde. Devemos nos engajar (ESF/comunidade) em ações voltadas para a conscientização sobre a relação destes problemas com o processo de adoecimento, investindo na prática da educação popular e preventiva (BRASIL, 2000).

Realizamos encontros grupais para realização da elaboração do plano de ação, em que resolvemos trabalhar com a problemática da mortalidade infantil, que é um problema ainda presente em nossa realidade de saúde (GARCIA, 2004). O plano foi construído coletivamente, considerando a realidade do município de Carnaubal.

Inicialmente, selecionamos e descrevemos o problema a ser trabalhado, que seria o número elevado de óbitos em crianças menores de um ano. Verificar a mortalidade infantil mensalmente, sendo o nº de óbitos dividido pelo total de nascidos vivos e multiplicado por 1000, através do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, especificamente a Vigilância Epidemiológica no que diz respeito à mortalidade (SIM). Essa verificação ficaria a critério da minha pessoa como coordenador da Atenção Básica.

Pudemos observar que o planejamento em saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010), aplicado à organização e ao bom funcionamento das equipes, torna possível a resolução dos problemas nas comunidades de forma mais fácil e tranquila. Logo, deve sempre estar presente nas atividades da Atenção Básica para identificar os problemas, escolher as prioridades e formas de intervenções, traçando um plano de ação efetivo no enfrentamento das problemáticas de saúde da população.

4.4 Tecnologia para Abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.

Fazemo-nos um questionamento inicial: como podemos melhorar nossas atividades educativas destinadas à mudança da situação de saúde do território de atuação da equipe? Um primeiro ponto seria valorizar o saber do outro. Os profissionais de saúde precisam atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico.

O segundo ponto diz respeito aos benefícios da negociação. A negociação apareceu de forma pertinente no processo de reflexão sobre como construir alternativas diferentes daquelas defendidas pelos sujeitos envolvidos na ação educativa. Ou seja, uma alternativa pactuada em um processo de negociação que não deve ser permeado pelo sentimento de que alguém perdeu e alguém ganhou, e sim na confiança mútua.

O terceiro ponto é o estímulo à participação da população, mostrando que é importante o processo educativo na melhoria da qualidade de vida de todos. Na maioria das vezes, deparamo-nos com meros participantes que não assimilam e não participam deste processo. A educação em saúde somente tem resultados quando ocorre o envolvimento do público, desta forma, devemos estimular a participação dos clientes, utilizando ferramentas da realidade da própria comunidade (GUIMARÃES, 1989).

Para tanto, os trabalhos com grupo devem ser amplamente realizados nas unidades básicas de saúde. Qualquer grupo de usuários, quando bem planejado, possibilita mudanças no modo de ver e agir ante as dificuldades, facilita trocas e aprendizado pessoal, permitindo ao indivíduo perceber que ele não está sozinho e que não é a única pessoa com problemas ou dúvidas, melhorando e facilitando o enfrentamento dos seus problemas, sejam eles relacionados à saúde ou não.

Contudo, é uma atividade que ainda esbarra em resistências por parte de profissionais de saúde e de usuários parados no trabalho médico-cêntrico de atendimento individual e entrega de medicação. Não identificam que o trabalho com grupos faz parte das

rotinas dos trabalhos da saúde, e nos dá subsídios para discussão dos assuntos e de seus resultados, apreciando a realidade das pessoas envolvidas.

Um dos fatores primordiais do trabalho com grupos e o acolhimento, que deve acontecer rotineiramente nos serviços e nas relações pedagógicas estabelecidas entre todos os envolvidos no processo de produção de saúde, não somente os clientes. Falamos de construir laços de solidariedade entre os que trabalham nas unidades, melhorar as condições de trabalho, dignificar os espaços físicos de atenção e flexibilizar as relações hierárquicas de poder; aspectos que dizem respeito à humanização das relações estabelecidas nos serviços de saúde (UFC, 2010c).

O acolhimento em saúde propicia a resolubilidade, que é o objetivo final do nosso trabalho: resolver efetivamente o problema do usuário. Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico.

Outro instrumento fundamental que a equipe dispõe para conhecer e trabalhar a realidade das famílias sob sua responsabilidade é a visita domiciliar (Op. Cit., 2010c). Nela, podemos identificar as situações de risco às quais a população está exposta e conhecer os problemas de saúde prevalentes no território, na área adscrita. É um instrumento potente para vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente. A visita domiciliar permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias.

Entrelaçando e direcionando todas essas ações, balizamo-nos em uma política de humanização que traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as unidades de serviços de saúde, entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2006i; BRASIL, 2008e). O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de

implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, uma tarefa dupla: da promoção da saúde e da produção de sujeitos.

4.5 Saúde da Mulher no Ciclo Vital

O módulo disciplinar sobre saúde da mulher nos ofereceu uma grande oportunidade de discutir uma problemática comum em nosso país, que é a violência contra a mulher e o descaso na assistência prestada a ela (BRASIL, 2005d). A mulher, sem dúvida nenhuma em termos de gênero, é a maior frequentadora dos centros de saúde em toda a Atenção Básica e, por esta razão, merece uma atenção maior por parte de nós, profissionais de saúde, que tanto nos deparamos com estes casos. Esta mulher frequenta as UBS por vários motivos como as alterações hormonais que seu corpo sofre durante seus diferentes ciclos de vida: adolescência, gestação, puerpério, climatério, menopausa e fase idosa (BRASIL, 2008g).

Nestas diferentes fases, a mulher sempre está exposta a riscos de desenvolvimento de patologias e complicações, portanto necessita de um acompanhamento fidedigno, com oferta de exames preventivos e orientações que minimizam os riscos sobre sua saúde. Neste sentido, os profissionais de saúde devem sempre ofertar atenção diferenciada para esta parcela da população, que, atualmente, é, em sua maioria, chefes de domicílio em nosso país, podendo ser multiplicadoras da saúde dentro de suas famílias, minimizando os processos patológicos.

Uma fase que merece grande atenção da saúde é a gestação e o puerpério. Ainda acontecem casos de morte materna obstétrica, que em 90% são por causas evitáveis. As principais são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias. Todas preveníveis! A gestação não é uma condição patológica, mas a mulher requer um acompanhamento e uma série de avaliações e exames, para minimizar certos riscos que, pelo processo de gravidez, a mulher e o próprio feto ficam expostos. Os profissionais da Atenção Básica já trabalham, em sua maioria, utilizando protocolos de atendimento à gestante para garantir a integridade da assistência, tornando as medidas igualitárias em todas as regiões do país, minimizando os

riscos de problemas e complicações durante a gestação e garantindo às gestantes uma assistência de qualidade.

Na assistência pré-natal, devemos classificar as gestantes quanto ao risco gestacional (pré-natal de baixo risco e alto risco), o que facilita o direcionamento daquelas que necessitam de uma atenção maior e de realização de tratamentos preventivos e exames mais específicos, como exemplo: as mulheres com idade extremas (adolescentes e mulheres após 35 anos de idade), gestação gemelar, riscos de abortamentos, distúrbios de pressão arterial, problemas de más formações fetais, gestantes HIV positivas, dentre outras (BRASIL, 2000).

Alguns exames são obrigatórios e devem ser solicitados na primeira consulta. São eles: Grupo Sanguíneo e Fator RH; Hemograma; Toxoplasmose; Rubéola; Glicemia; VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory Test*); anti-HIV deverá ser oferecido a todas as gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste; exame de urina de rotina (EUR); Sorologia para Hepatite B; USG Obstétrica (BRASIL, 2006e).

O acompanhamento da saúde bucal das gestantes também deve ser estimulado no pré-natal. Para este acompanhamento ser fiel, é necessário que haja uma integração entre os profissionais da equipe, com direcionamento das gestantes para os cuidados de saúde bucal com o odontólogo já no ato da primeira consulta pré-natal.

Outro dado importante que deve ser acompanhado é o quadro de vacinação das gestantes, sabendo que aquelas sem imunização prévia devem tomar a primeira dose até o quarto mês e as duas seguintes com intervalo de trinta a sessenta dias. As gestantes vacinadas previamente, até cinco anos, são consideradas imunes e aquelas com mais de cinco anos devem tomar uma dose de reforço. As com imunização incompleta devem ter seus esquemas completos e os reforços subsequentes devem acontecer de dez em dez anos, devendo acontecer antecipação no caso de uma nova gestação após cinco anos.

É prática obrigatória da Atenção Básica serviços de planejamento familiar fundamentados em: práticas educativas; garantia de acesso aos usuários; equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos etc.;

livre escolha do método contraceptivo; disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos aceitos cientificamente; consultas e acompanhamentos médicos; assistência nos casos de infertilidade conjugal (BRASIL, 2002).

A população feminina é também assistida nos exames preventivos de câncer, principalmente de mama e do colo uterino (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2005f; BRASIL, 2008f). As mulheres estão sujeitas a alguns tipos de câncer, os principais são: o câncer de pele não melanoma com 59 mil casos/ano; o câncer de mama com 49 mil casos/ano e o câncer do colo do útero com 19 caso/ano. A prevenção é de fundamental importância, pois a descoberta precoce interfere diretamente no tratamento e cura, por isso, os profissionais devem: conscientizar as mulheres sobre o cuidado na realização dos exames periodicamente; orientar sobre fatores de risco, sinais e sintomas; realizar as condutas conforme protocolos estabelecidos e acompanhar as mulheres com alguma alteração ou lesão (BRASIL, 2006g; BRASIL, 2006h; BRASIL, 2007b).

4.6 Saúde Mental e Violência

A saúde mental é um problema que há muito tempo assola o mundo por não ter linhas de tratamentos e acompanhamentos bem definidas, ausência de diagnósticos específicos, entendimento das patologias pela sociedade e o uso de técnicas de tratamento muitas vezes perversas que colocavam em risco a vida dos pacientes. No Brasil, não foi diferente: instituições que mais pareciam prisões tratavam da exclusão social das pessoas que apresentavam qualquer tipo de transtorno mental, pacientes expostos a aglomerações e péssimas condições de acomodações sem nenhuma qualidade de vida ou cuidados de saúde.

A reforma psiquiátrica foi, sem dúvida, um avanço extremamente importante para o respeito e à manutenção da dignidade dos portadores de transtornos mentais, acabando com os tradicionais "hospitais de loucos" que, pela própria designação, já estimulava o preconceito e o isolamento do paciente. Com o início da reforma, vagas foram criadas em hospitais gerais e houve a mudança das antigas instituições para hospitais dia. Hoje observamos o avanço nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que muito adequadamente procuram tratar e

acompanhar estes pacientes sem necessariamente afastá-los do convívio social e familiar (BRASIL *apud.* UFC, 2011).

Quem já teve a oportunidade de conhecer o funcionamento de um CAPS sabe a importância que esta instituição de saúde tem na reintegração destas pessoas na sociedade, não somente estimulando o controle por uso de medicamentos, mas por meio de oficinas, grupos, acompanhamentos psicológicos, dentre outras ações. O nosso sistema de assistência em saúde mental ainda está longe de ser um dos melhores, mas o caminho do avanço passa por uma integração entre Atenção Básica e CAPS, sempre com o princípio da manutenção da dignidade no tratamento destes pacientes que precisam de acompanhamento contínuo.

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial segundo critérios populacionais e a demanda dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de residências terapêuticas (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com o Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização, regulação e porta de entrada do sistema (Op. Cit., 2011).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. A função dos CAPS é de prestar atendimento às pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas a partir de atividades que reintegrem os sujeitos ao trabalho, ao lazer e ao exercício dos direitos civis. Visando a isso, deve funcionar articulado à rede de serviços da comunidade fortalecendo os laços familiares e comunitários.

A criação desses centros possibilita a organização de uma rede substitutiva e não complementar ao Hospital Psiquiátrico no país. O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Ao possibilitar que eles voltem para casa todos os dias, a manutenção dos laços familiares e sociais é priorizada, ao contrário do que acontecia em internações de longa duração.

O projeto terapêutico de cada usuário deve ser individualizado, uns podem passar o dia na unidade; alguns, parte do dia e outros, irem apenas para uma consulta. Há o oferecimento de três modalidades de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, de acordo com a necessidade de cada usuário. As situações e as necessidades destes definem os projetos terapêuticos e, por conseguinte, a modalidade de tratamento e atendimento, bem como o tempo de permanência no serviço, decisões tomadas em conjunto equipe, usuário e família.

As equipes podem ser compostas por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos etc. Equipes multiprofissionais que oferecem uma gama de atividades: psicoterapia individual ou grupal; oficinas terapêuticas; acompanhamento psiquiátrico; visitas domiciliares; atividades de orientação e inclusão das famílias; atividades comunitárias; atividades esportivas; oficinas expressivas (dança, técnicas teatrais, pintura, argila, atividades musicais); oficinas geradoras de renda (marcenaria, cerâmica, bijuterias, brechó, artesanato em geral); oficinas de alfabetização; grupos de leitura e debate. Essas oficinas podem contar com a participação da família e da comunidade, que são muito importantes para o processo de reabilitação e reinserção das pessoas portadoras de transtorno mental, pois produzem um grande e variado conjunto de relações de troca, reforçando os laços sociais e afetivos e proporcionando maior inclusão social desses pacientes (BRASIL, 2004).

De acordo com as necessidades de cada território, os CAPS podem ser: CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II para população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III para população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, incluindo feriados e fins de semana; CAPSi para atender crianças e adolescentes (até 17 anos de idade); CAPSad para usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico (Op. Cit., 2004).

Para ser atendido no CAPS, pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. Vemos, assim, que tivemos uma grande evolução no tratamento em saúde mental com a oferta de uma assistência mais humanizada e de qualidade, uma atenção multiprofissional com o intuito de não gerar uma dependência medicamentosa (UFC, 2010d). Resta a ampliação dessa rede de

atendimento, pois a maioria das cidades, principalmente aquelas no interior dos estados com menos de 20.000 habitantes, é carente de assistência em saúde mental. Somente com a ampliação e a interligação entre ações de Atenção Básica realizadas pela Estratégia de Saúde da Família com uma rede de referência (CAPS) e que poderemos conseguir ofertar uma melhor assistência e ampliar a qualidade de vida destes pacientes, reinserindo-os no convívio social.

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

Nesta disciplina, refletimos sobre a relação trabalho, saúde e ambiente, contextualizando os principais cenários vivenciados na realidade brasileira e incorporando a atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. A abrangência do tema Saúde Ambiental na Saúde Pública é extremamente vasta, pois incorpora dimensões econômicas, sociais, ambientais e políticas.

Questões como o aquecimento global, diminuição da camada de ozônio, desastres naturais como enchentes e tufões, proliferação de vetores como insetos e roedores, condições de moradia e saneamento básico, entre outros fatores pertinentes à saúde ambiental são problemáticas da vida historicamente construída pelas sociedades humanas, interferindo diretamente nos processos de saúde e doença, devendo ser, portanto, trabalhados pelas Equipes de Saúde da Família em suas atuações diárias no território de abrangência.

Na saúde ambiental, uma série de objetivos prolifera: estudo dos conceitos em saúde ambiental; conhecimento das questões ambientais globais e locais do Brasil; entendimento das políticas de saúde ambiental, inclusive no âmbito do SUS; as inter-relações entre ambiente e processos de produção, o impacto da produção no ambiente e na saúde do trabalhador; a crise socioambiental pela qual passa o planeta em razão dos processos de desenvolvimento econômico que desrespeita as singularidades sociais, culturais e ecológicas (UFC, 2011a).

Os modelos de apreensão da natureza pela existência humana, muito pautados na produção/consumo, têm causado situações destrutivas para populações e regiões do mundo. O

crescimento desenfreado do capitalismo em sua relação de apropriação de territórios e comunidades nativas deve ser revisto, pois o que observamos é que esse processo visa apenas o favorecimento econômico de megaempreendimentos sem considerar os impactos socioculturais e ambientais (BRASIL, 2007).

Os malefícios do capitalismo e da industrialização são nossos velhos conhecidos: a poluição ambiental, os resíduos industriais, a exploração de matérias-primas naturais não renováveis ou de difícil renovação etc. A área da saúde por vezes contribui nesses processos quando não destina corretamente seus resíduos contaminados, “colocando em risco a vida e a relação de bem estar entre o homem e a natureza ao seu redor” (UFC, 2011b). O foco apenas em uma economia do lucro, renegando as demais dimensões da vida humana, tem sido a causa de muitos problemas sociais que hoje a humanidade enfrenta. A nossa história é decorrente de um pensamento globalizante, em que a ideia de crescimento e expansão está associada à exploração abusiva dos recursos naturais.

A nossa realidade de cidades pouco industrializadas, porém com vastas áreas de agricultura, já nos mostra sinais negativos da relação homem e natureza, em que a exploração de seus recursos indevidamente tem trazido problemas de saúde para a maioria dos trabalhadores e para os consumidores por conta do uso abusivo e não racional de agrotóxicos nas lavouras, não uso de equipamentos de proteção individual por parte da maioria dos agricultores, o que acaba expondo-os a vários riscos de acidentes de trabalho e contaminação, refletindo no nosso trabalho nas unidades básicas de saúde (PESSOA, 2010).

Desta maneira, temos que ter a conscientização de intensificar em nossas áreas de trabalho, também, a questão do cuidado e preservação ambiental, demonstrando para as comunidades que o uso errôneo e desordenado dos recursos ambientais reflete diretamente nas suas condições de saúde, favorecendo riscos de adoecimento. Temos que trabalhar a educação social em saúde junto às nossas famílias para diminuirmos os processos de adoecimento associados a distúrbios ambientais e contribuir para a preservação da natureza, fonte do nosso sustento e vida.

4.8 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

O estudo da disciplina de Saúde Bucal teve como objetivo oferecer aos profissionais em formação e os que já estão na Estratégia da Saúde da Família subsídios teóricos para a compreensão da saúde bucal na Atenção Básica, instrumentalizando-os para a tomada de decisão diante dos problemas ocorridos na população e aproximando os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família às ações voltadas à saúde bucal.

O que podemos observar em nossos trabalhos como membros de uma Equipe de Saúde da Família é que boa parte da população ainda não tem a informação sobre a importância do cuidado/acompanhamento/tratamento em saúde bucal, muitas vezes negligenciando os cuidados ofertados na Atenção Básica e somente recorrendo às equipes quando apresentam desconforto ou dores, não atentando para as ações preventivas.

As ações de saúde bucal nas áreas devem ser descentralizadas da unidade básica de saúde, pois muitas pessoas ainda não se sentem à vontade em um consultório odontológico, fator de resistência e dificuldades de realização da saúde bucal dos usuários. Escolas, creches e outros espaços coletivos devem ser utilizados para promoverem as ações em saúde bucal, principalmente ações preventivas e de promoção da saúde.

Atualmente, percebemos a integração entre os profissionais da equipe. As gestantes ao iniciarem suas assistências pré-natais, já são encaminhadas para ações de saúde bucal. Nos cuidados pós-partos, as mães desde cedo devem ser orientadas sobre a saúde bucal de seus recém-nascidos (UFC, 2011c).

Outro ponto são as visitas domiciliares, os profissionais de saúde bucal também devem ter uma ampla participação nas realizadas pela equipe. A atividade da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família não se pode resumir ao atendimento dentro do consultório como observamos na maioria das situações, e sim atuando como as características da estratégia voltada à promoção e prevenção, em virtude da educação em saúde e do acompanhamento das famílias e não da demanda livre de atendimentos. Se promovermos a maior integração da equipe e os profissionais de saúde bucal, atentando para importância das ações preventivas, os resultados serão melhores e não veremos tantas pessoas desprovidas de dentição como ainda é presente.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde bucal a serem atendidos 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 – incluídas por extensão e infraestrutura de serviços disponíveis (BRASIL, 2004).

Para os grupos a serem atendidos nos diversos espaços sociais, inclusive na clínica odontológica, destacam-se as seguintes orientações: grupo de 0 a 5 anos – campanhas de vacinação e atividades em espaços sociais; grupos de crianças e adolescentes – atenção adaptada à situação epidemiológica; grupo de gestantes – ações educativo-preventivas e exames de diagnóstico; grupo de adultos – disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção; grupo de idosos – atividades de educação e prevenção e atendimentos com reserva de horários.

Dentre as várias competências do cirurgião-dentista, membro da Equipe de Saúde da Família, temos: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva (famílias, indivíduos e grupos específicos), de acordo com o planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF; realizar supervisão técnica do TSB e ASB; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2004).

4.9 Atenção Básica em Saúde às Pessoas com Deficiências

A Atenção Básica à saúde, representada pela Estratégia de Saúde da Família, tem a cada dia enfrentado novas situações e vivências de trabalho que requerem a atuação de equipes multidisciplinares com uma visão preventiva e de promoção da saúde das famílias e comunidades. Deparamo-nos com casos que exigem certa capacidade de assistência específica, como são as situações de assistência à pessoa com deficiência, para as quais, infelizmente, não temos na maioria de nossas unidades básicas de saúde o acesso adequado a esses pacientes.

Deficiência é o termo utilizado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica (BRASIL, 2004). Os pacientes portadores de qualquer tipo de deficiência, física, auditiva, visual ou outra possuem seus direitos garantidos por lei, é o caso do acesso de qualidade e da igualdade de condições com as demais pessoas. Mas, na realidade, encontramos inúmeros obstáculos em nosso dia a dia de trabalho, no qual nos deparamos com unidades de saúde com estruturas físicas ultrapassadas e que invalidam os direitos do paciente com deficiência.

Nós, trabalhadores da Atenção Básica, estamos trabalhando paulatinamente para melhorar a qualidade da assistência a esta população, porém em muitos casos esbarramos em obstáculos que impedem a acessibilidade e inclusão da população portadora de deficiência física aos serviços da saúde. Não podemos considerar que o sistema único de saúde assegure seus princípios, pois esses pacientes não conseguem nem entrar nas unidades de atendimento.

Devemos então trabalhar para que as políticas voltadas ao atendimento dessa população sejam efetivadas nas ações e na estrutura de nossos serviços. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM n 1060, de 5 de junho de 2002) define como propósitos gerais um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: 01. Proteger a pessoa com deficiência; 02. Reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; 03. Prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Embora persistam todas as dificuldades de acesso ainda presentes, temos que programar nossas ações preventivas ao seguimento das deficiências por meio da: promoção da qualidade de vida da população; prevenção do surgimento das deficiências; oferta integral de atendimento; capacitação de recursos humanos; organização e funcionamento dos serviços. Mesmo com as inúmeras barreiras e dificuldades, podemos implementar ações voltadas ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida desta pessoas, fortalecendo os seus direitos como cidadãos, na defesa de valores como a dignidade, inclusão e acessibilidade, na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos como educação, saúde, transporte e segurança.

A oferta de capacitação para os profissionais da Atenção Básica é primordial para a detecção precoce dos riscos e complicações relacionadas ao surgimento de deficiências, melhorando assim a qualidade da assistência ofertada. Causas congênitas, causas adquiridas, histórico familiar, doenças associadas, acidentes domésticos e de trabalho são exemplos de fatores causadores de deficiências que podem ser perfeitamente prevenidos com as ações educativas e de acompanhamento realizadas pela Atenção Básica, assim podemos, mesmo com as dificuldades estruturais e de capacitação ainda muito presentes, gerar resultados significativos.

4.10 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

A disciplina de Interdisciplinaridade e Bioética nos fez refletir sobre um dos principais problemas existentes em nossas formações como profissionais de saúde, a não preparação para o trabalho em equipe. O conteúdo nos mostra que a Estratégia de Saúde da Família, em seu discurso oficial, foi criada para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, seguindo seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular, mas o que notamos na realidade são equipes multiprofissionais com trabalhos que não seguem o caráter interdisciplinar.

A iniciação da mudança para melhoria da ética e da interdisciplinaridade deve partir das instituições formadoras, preparando os futuros profissionais para as características do Programa de Saúde da Família, em que o trabalho multiprofissional é que vai gerar uma

assistência integral de maior qualidade. As dificuldades de formação esbarram na rotina dos docentes, suas experiências anteriores e a falta de atualização de suas práticas.

“Na interdisciplinaridade as disciplinas se comunicam uma com as outras, confrontam e discutem suas perspectivas, estabelecendo entre si uma relação mais forte” (UFC, 2011d), na saúde coletiva, estamos carentes destas situações, pois os profissionais das equipes não ofertam o real apoio uns aos outros, impedindo que os resultados das equipes reflitam no bem-estar da comunidade. Em outras situações, a não presença de uma equipe completa também atrapalha as ações desempenhadas, não permitindo que cada profissional realize suas atribuições e impedindo o sucesso do trabalho interdisciplinar ou multiprofissional.

Para interdisciplinaridade, é fundamental um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar os problemas e questões presentes em cada comunidade. As equipes devem procurar um objetivo comum, de tal forma que a interdisciplinaridade pode ser entendida como proposta de ligação entre conhecimento científico e mundo vivido em suas complexidades, visando o entendimento entre as práticas profissionais com diversidades de conhecimentos, em que todos se voltam para um mesmo objetivo: o de promover a saúde e bem-estar das comunidades em suas áreas de atuação.

Na saúde, a interdisciplinaridade envolve o biológico, o social, o indivíduo e a comunidade, ou seja, a saúde e a doença envolvem condições e razões dos diversos grupos, por isso, devemos trabalhar para garantir a interação não somente dos profissionais e sim destes com a comunidade, desenvolvendo trabalhos conjuntos baseados na educação em saúde, com a garantia de resultados significativos. As estratégias atuais para a melhora da interdisciplinaridade estão concentradas na combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

Transformações vêm ocorrendo no mundo do trabalho, nas relações entre as pessoas, na maneira de organizar os trabalhos e planejar as ações. Também podemos observar mudanças na área educacional de formação dos profissionais de saúde, com novos instrumentos para pesquisas e na formação básica dos profissionais, com a promoção da sensibilização do trabalho em grupo, possibilitando mais integração no trabalho das diversas

especialidades, com a capacidade de solução de um numero maior de problemas e criação de planos terapêuticos e de prevenção em conjunto, instigando o trabalho interdisciplinar no sentido de sermos equipe e não apenas estar em equipe (BRASIL, 2005e).

Isto é fundamental para o bom desenvolvimento da assistência prestada pelas Equipes de Saúde da Família em todas as suas ações, a interdisciplinaridade em todos os programas trabalhados nos faz obrigatoriamente trabalhadores de uma equipe multiprofissional, e somente desta maneira poderemos ofertar uma assistência mais integral. O trabalho em equipe é extremamente necessário para que nossas ações possam gerar resultados significativos e com impacto sobre a saúde da população, melhorando sua qualidade de vida por meio de trabalhos pautados pelo conjunto e pela ética profissional, sempre com respeito presente entre os profissionais e destes com a comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC por intermédio de seus tutores presenciais e à distância e de seu sistema com oferta de material didático possibilitou um amadurecimento profissional significativo, com vasta atualização sobre todas as temáticas e grupos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família e pelas demais redes de apoio, ajudando-nos, profissionais da Atenção Básica, a enfrentar as dificuldades impostas no nosso dia a dia de trabalho.

No decorrer do curso, tivemos algumas dificuldades principalmente no que se refere à nova tendência da modalidade especialização à distância, em que o aluno tem que dominar o acesso aos sistemas informatizados, porém, todas essas dificuldades foram sanadas pelo apoio ofertado pelos tutores e pelos fóruns e *chats*, possibilitando uma imensa troca de experiências em relação ao acesso ao sistema e em relação às práticas desenvolvidas nas diversas realidades nas áreas de trabalhos de cada aluno.

Esta possibilidade de troca de experiências juntamente com o material didático fornecido e devidamente orientado pelos tutores foi crucial para o nosso aprendizado e amadurecimento profissional, possibilitando, já ao longo das aulas a aplicação em nossas áreas de trabalho do conteúdo de cada disciplina, melhorando significativamente nossas práticas profissionais, condições de acolhimento aos clientes e relações interdisciplinares, fortalecendo o trabalho em equipe.

Todo esse aprendizado foi de suma importância e devemos ter a consciência que o sucesso das práticas da Estratégia de Saúde da Família estão intimamente ligadas à formação continuada dos nossos profissionais, e que devemos sempre utilizar da pesquisa científica e da educação permanente para elevar o nível de qualidade de nossos trabalhos. Quem sabe em um futuro próximo, o resultado desse aprendizado possa ser reconhecido por intermédio da melhoria da assistência e das políticas de saúde voltadas para Atenção Básica, principalmente com a melhor qualidade de vida de nossa população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2), p. 263-286, 1999.

BOFF, L. A ética na ciência: bioética e o projeto Genoma. In: BAIMA Fátima; KASZNAR, Istvan. **Saúde e previdência social: desafios para a gestão no próximo milênio**. São Paulo: Makron Books, 2001.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648. Brasília, 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, 29 mar. 2006, Seção I. Disponível em: http://bvsms.saúde.gov.br/bvs/publica-coes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 08 jul. 2010.

_____. Sistema Único de Saúde – SUS. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.”** Brasília/DF. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996.

_____. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde. In: **Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p. 65-74.

_____. **Glossário temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

_____. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS - uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 76 p.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 318 p.

_____. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde 2006i.

_____. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008e.

_____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008g.

_____. **Gestação de alto risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do hiv e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico.** 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. **Sistema de informação do câncer do colo do útero - SISCOLO.** Rio de Janeiro: Inca, 2005f.

_____. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Inca, 2006g.

_____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006h.

_____. **Portaria nº 779 de 31 de dezembro de 2008.** Define o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), altera a tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais - OPM do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008f.

_____. **Mamografia: da prática ao controle.** Rio de Janeiro: Inca, 2007b.

_____. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil em UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: saúde mental e violência.** Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/286/Material_Complementar_Aula_01/reformapsiquiatria.pdf>. Acesso em: 19 de abr. 2011.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 86 p.

_____. **Atenção básica especializada aos povos indígenas.** Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA, 2007.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens.** Niterói, 2004.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).** Brasília: Ministérios da Saúde, 2005e.

GARCIA, M. et al. **Vigilância em saúde.** Rio de Janeiro: Escola Governo em Saúde, 2004.

GUTIERREZ, D. M; MINAYO, C. de S. **Família, redes sociais de saúde.** Florianópolis: Fiocruz, 2008. p. 25-28.

GRABOIS, V; CASTELAR, R; MORDELET, P. **Gestão hospitalar – um desafio para o hospital brasileiro.** Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. (Org). **Administração de saúde no Brasil.** São Paulo: Pioneira, 1989. p. 103-109.

PAIM, J. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Zélia Maria. **Epidemiologia e Saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2003.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: modelo assistencial e atenção primária à saúde.** Fortaleza, 2010a. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_01/. Acesso em: 25 ago. 2010.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: planejamento e avaliação de ações de saúde.** Fortaleza, 2010b. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/index.php?p=02.php. Acesso em: 21 set. 2010.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade – práticas pedagógicas em atenção básica à saúde.** Fortaleza, 2010c. Disponível em:

http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_04/index.php?p=01.php. Acesso em: 17 nov. 2010.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Estratégias em saúde mental**. Fortaleza, 2010d. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_04/. Acesso em: 06 abr. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde**. Fortaleza, 2011a. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_01/. Acesso em: 10 fev. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os ricos para saúde da família**. Fortaleza, 2011b. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_04/index.php?p=02.php. Acesso em: 02 mar. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: atenção básica de saúde no contexto da saúde bucal**. Fortaleza, 2011c. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_03/. Acesso em: 31 mar. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde**. Parte I. Fortaleza, 2011d. Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_01/. Acesso em 09 jun. 2011.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, p. 225-264, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2011.