

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

**GEILDO SILVA DO NASCIMENTO**

**REFLEXÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA ESF: A**  
**CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

**FORTALEZA**

**2011**

**GEILDO SILVA DO NASCIMENTO**

**REFLEXÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA ESF: A  
CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

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

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Me Rubiane Diógenes

**FORTALEZA**

**2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará

- 
- N778v Nascimento, Geildo Silva do.  
Reflexão da Assistência da Enfermagem na ESF: A Contribuição da Educação a Distância / Geildo Silva do Nascimento. – 2011.  
47f.
- Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Me. Rubiane Diogenes Alves
1. Sistema Único de Saúde. 2. Ações integradas . 3. Educação a Distância. I. Título.
- 
- CDD 362.1

**GEILDO SILVA DO NASCIMENTO**

**REFLEXÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA ESF: A  
CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

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

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Me. Rubiane Diogenes Alves – Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Sueli Fernandes C. M. Ferreira - (Avaliador)

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Aline Tomas de Carvalho Teixeira Cruz - (Avaliador)

A Minha mãe, Maria Augusta. Minha vida. Saiba que tenho muito orgulho em dizer que todos meus pensamentos e momentos da minha vida tiveram você como exemplo, por ser guerreira, forte e decidida, me dando forças sempre que precisava dizendo: “filho segue teu caminho que você consegue”.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida concedida, sustento do meu amor, minha aspiração a prosseguir todos os meus objetivos alcançados.

Aos meus pais pelo amor, apoio, ajuda e carinho e respeito que me concederam no decorrer de toda a minha vida.

Aos meus irmãos que sempre me respeitaram e apoiaram na minha caminhada e vitória.

Aos meus amigos Rafael de Brito e colegas que sempre contribuíram e tiveram admiração pelo meu esforço.

A minha orientadora Rubiane Diógenes que multiplicou meus conhecimentos, tendo paciência, dedicação e compromisso para essa realização.

A direção, coordenação e funcionários pelo apoio e desenvolvimento.

"Nos dias de hoje, cada vez mais, acentua-se a necessidade de ser forte. Mas não há uma fórmula mágica que nos faça chegar à força sem que antes tenhamos provado a fraqueza."  
Melo (2012)

## RESUMO

A formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família deve estar estruturada dentro de um projeto educativo que extrapole o domínio técnico-científico, se estendendo pelos aspectos estruturantes das relações e de práticas de interesse ou relevância social que contribuía para a elevação da qualidade de vida da população. Neste sentido, a proposta de formação na modalidade a distância contribui para o aperfeiçoamento profissional de modo flexível de horários, além da utilização de recursos didáticos mais próximos da realidade do cursista. O presente trabalho inicia na Introdução descrevendo um breve contexto histórico sobre o PSF, seu surgimento e importância no Brasil. O objetivo geral é relatar através dos portfólios experiências vividas e apreendidas, ao longo, das disciplinas ministradas no curso de Especialização Saúde da Família. Os objetivos específicos são: Apresentar as disciplinas sobre os temas abordados no curso de Especialização em Saúde da Família à Distância; Atuar no ambiente de trabalho, sabendo planejar adequadamente ações com base nas reais necessidades, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção à saúde e Promover atendimento humanizado e de qualidade de modo que os pacientes se sintam valorizados como seres humanos. Este trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciado e aprimorado durante o curso de Especialização em Saúde da Família desenvolvido pela Universidade Federal do Ceará. Os portfólios estão divididos em capítulos onde cada um descreve as experiências das disciplinas. Conclui-se que a educação a distância na atuação do profissional da estratégia saúde da Família, favorece o aprimoramento da forma de trabalhar e pensar em saúde, respeitando uma visão holística, contribuindo deste modo para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde – SUS.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Educação a Distância. Sistema Único de Saúde



## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy (FHS) offers new dynamics for the structuring of health services in Brazil. And it occurs to improve the quality of care is essential to the performance of professionals able to face this reality and work in this perspective comes the Specialization Course in Family Health (UNA-SUS/UFC) offered by the Open University of SUS (UNA- SUS) in partnership with the Center for Technology in Distance Education in Health, Federal University of Ceará (NUTEDS / UFC), in blended mode. Thus, seeking to provide a reflection of nursing care in the ESF, this paper describes the perception of a nurse during that course during the period August 2010 to September 2011. It is then an account of experience mediated by portfolios constructed during the courses taken. 10 portfolios were produced which are presented in chapters and data were collected from textbooks and supplementary available at AVA, participation in forums and chat rooms, and reading of scientific articles, books and documents of the Ministry of Health, addressing the following themes: the work process in health care model and primary health care, mental health and violence, women's health, environmental health and worker's oral health, people with disabilities, interdisciplinary, comprehensive approach and bioethics, teaching practices and planning and evaluation of health actions. That course was held at ODL mode of extreme importance for health professionals working in the ESF, it allowed access to knowledge and exchange experiences with other professionals, many times, are in remote locations and have difficulties displacement capabilities to perform. Thus, we conclude that the EAD has become an important tool for the qualification of health professionals who work in the ESF.

**Keywords:** Family Health. Distance Education. Health System.

## **LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS**

- ABS** – Atenção Básica á Saúde
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APA** – Atenção Primária Ambiental
- ASB** – Auxiliar de Saúde Bucal
- AVA** – Ambiente Virtual de Aprendizagem
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CHE** – Cuidados Holístico Ecológico
- CPO** – Média de Números de Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e Obturados (O)
- CSF** – Centro de Saúde da Família
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissível
- EAD** – Ensino à Distância
- ESB** – Equipe de Saúde Bucal
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PNSB** – Política Nacional de Saúde Bucal
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SER** – Secretaria Executiva Regional
- SRT** – Serviço Residencial Terapêutico
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 APRESENTAÇÕES DOS PORTFÓLIOS.....</b>	<b>13</b>
3.1 DISCIPLINA 01 – PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	13
<b>3.1.1 O município de Fortaleza.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.2 O Centro de Saúde da Família Maciel de Brito.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.3 O funcionamento da unidade e o dia-a-dia da equipe.....</b>	<b>14</b>
3.2 DISCIPLINA 02 – MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
3.3 DISCIPLINA 03 – SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA .....	17
3.4 SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL.....	20
3.5 DISCIPLINA 05 – SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
3.6 DISCIPLINA 06 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL.....	26
3.7 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA .....	28
3.8 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	30
3.9 TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	31
3.10 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE.....	34
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil passou por diversas mudanças. Hoje não podemos dizer que está ótima, mas a sociedade pode usufruir de uma atenção mais específica em cada situação relacionada à saúde.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é entendida como forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos a partir de uma perspectiva da população, realizando ações preventivas, curativas, reabilitadoras e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando há mais de um problema, e buscando influenciar as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde (TAKEDA, 2004).

No Brasil para organização da APS, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), dispomos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde.

A ESF valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia e integralidade na atenção, de trabalho a equipe, enfoque multiprofissional, com ênfase na promoção de saúde através do fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulos a participação da comunidade (SOUZA, 2000).

Segundo Rosa e Labate (2005), por promover uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, a ESF assume o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Para que ocorra melhoria na qualidade da assistência na ESF é imprescindível à atuação de profissionais capazes de enfrentar essa realidade de trabalho e nesta perspectiva surge o Curso de Especialização em Saúde da Família (UNA-SUS/UFC) ofertado pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em

parceria com o Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde da Universidade Federal do Ceará (NUTEDS/UFC), na modalidade semipresencial.

A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, pois preveem transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. O aprendizado através de recursos tecnológicos permite a flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e à informação, facilita a formação de comunidades virtuais em áreas de interesse, supera problemas de distância e de acesso a bibliografias, potencializa a circulação de dados e o desenvolvimento de debates e, em geral, oferece uma adesão dos usuários mais dinâmica, oportuna e personalizada do que as atividades de ensino presencial (BRASIL, 2009h).

Durante a minha vivência profissional não tive a oportunidade de experiência na assistência da ESF, senti uma grande necessidade de aprimorar meus conhecimentos sobre o assunto, pois muito dos programas relacionados à área não são abordados de forma aprofundada nas universidades.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência mediado pelos portfólios construídos durante o Curso de Especialização em Saúde da Família entre Agosto de 2010 e Setembro de 2011.

Este curso foi realizado na modalidade semipresencial, utilizando o Moodle, como Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

De acordo com Santos (2003), a AVA permite que, através dos recursos da digitalização, diversas fontes de informações e conhecimentos possam ser criadas e socializadas através de conteúdos apresentados de forma hipertextual, mixada, multimídia, com recursos de simulações. Além do acesso e possibilidades variadas de leituras o aprendiz que interage com o conteúdo digital consegue, também, se comunicar com outros sujeitos de forma síncrona e assíncrona em modalidades variadas de interatividade.

Foram disponibilizadas 11 disciplinas, que tratam do contexto vivenciado na ESF, conforme se observa a seguir: Educação a Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental e Violência; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; e Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.

Com exceção da primeira disciplina (Educação a Distância), para todas as demais foi solicitada a elaboração de um portfólio, constituindo o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Segundo Lins (2011), no portfólio são registradas, de forma sistemática, as ideias, experiências e reflexões acerca do processo de formação e todas as considerações de ordem crítica que considera pertinente.

Desta forma, ao final do curso foram produzidos 10 portfólios que se encontram apresentados em capítulos, de acordo com a sequência como as disciplinas foram cursadas, e cujos dados foram coletados a partir do material

didático e complementares disponibilizados no AVA, da participação nos fóruns e chats, e da leitura de artigos científicos, livros e documentos do Ministério da Saúde.

Por ser relato de experiência não foi obrigatória a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

### **3 APRESENTAÇÕES DOS PORTFÓLIOS**

#### **3.1 DISCIPLINA 01 – PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

##### **3.1.1 O município de Fortaleza**

Segundo PREFEITURA DE FORTALEZA (2011):

O governo municipal de Fortaleza é dividido em dois poderes: executivo exercido pela prefeita Luizianne Lins, auxiliada por meio de ação regionalizada executada em conjunto pelas seis Secretarias Executivas Regionais (SER), e o legislativo na figura dos 41 vereadores da Câmara Municipal de Fortaleza, que fiscaliza o executivo e discute as leis no âmbito municipal.

A porta de entrada dos serviços de saúde de Fortaleza são os Centros de Saúde da Família (CSF), que abrigam as equipes da ESF, compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dependendo da necessidade de cada cidadão, o paciente pode ser encaminhado para consultas com especialistas ou para exames especializados, que são oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal como também nas clínicas credenciadas ao SUS.

##### **3.1.2 O Centro de Saúde da Família Maciel de Brito**

O CSF Maciel de Brito está localizado na Av. A, S/N – 1ª etapa do Conjunto Ceará, situado na micro-área ligada à Secretaria Executiva Regional V (SER V) em Fortaleza.

A estrutura física da unidade é disposta em coordenação, clínica médica, consultório oftalmológico, copa, sala de reuniões, pediatria, recepção, consultório ginecológico, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de



imunização, sala de curativos, sala de esterilização, expurgo, laboratório, sala de coleta de exames, serviço social, recepção, farmácia, aerossol terapia também adaptada para atendimento ambulatorial de emergência.

Dispõe de três equipes da ESF, composta por: três médicos (clínico, ginecologista e pediatra), cinco enfermeiros, um dentista, sete técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, 13 ACS, equipe de manutenção, além dos quatro atendentes ao público (três recepção e um Podem ajudar).

A unidade realiza diariamente cobertura aos programas de atenção à saúde da família, ao diabético e hipertenso, à saúde da mulher, do idoso, do adolescente, ao pré-natal, à puericultura, à saúde bucal, a assistência farmacêutica, ao Programa Nacional de Imunização (PNI), aos programas de Hanseníase e tuberculose além de realizar atendimento laboratorial e ambulatorial de emergência, curativos e Proáica.

As reuniões e atividades educativas com os profissionais e comunidades acontecem no auditório do CSF. O ponto preocupante são as queixas da comunidade quanto ao atendimento que ainda deixa a desejar, mesmo diante deste agravo, é bom ressaltar que as mudanças para a melhoria no atendimento buscam priorizar a satisfação e necessidade no atendimento de qualidade a comunidade.

### **3.1.3 O funcionamento da unidade e o dia-a-dia da equipe**

O CSF Maciel de Brito funciona em três turnos, sendo os primeiros de 08h às 12h, o segundo de 13h às 17h e o último das 17 horas às 21 horas, inclusive aos finais de semana, em especial para o controle de campanhas de vacina e da dengue.

A equipe trabalha em revezamento de escala, de maneira persistente e determinada mostra bom desenvolvimento na atuação, mesmo diante do aumento de demanda de atendimento para cada profissional.

A qualidade da assistência dos profissionais se dá através de um cronograma onde as equipes atuam para condicionar todas as atribuições e planejamento dentro da situação de prevenção e promoção para a comunidade como mostra no quadro abaixo.

Quadro-01. Cronograma semanal das atividades do enfermeiro do CSF Maciel de Brito.

	<b>MANHÃ</b>	<b>TARDE</b>
<b>Segunda-Feira</b>	Hipertensão e Diabete Mellitus	Hipertensão e Diabete Mellitus
<b>Terça-Feira</b>	Prevenção da Mama e colo uterino	Planejamento Familiar
<b>Quarta-Feira</b>	Pré-Natal	Puericultura
<b>Quinta-Feira</b>	Visita Domiciliar	Bolsa Família
<b>Sexta-Feira</b>	Puericultura	Planejamento Familiar

Fonte: Próprio autor.

Obs: Pacientes com Tuberculose e Hanseníase podem ser atendidos em qualquer horário.

Esta disciplina nos proporcionou uma reflexão sobre a qualidade dos serviços de saúde, fazendo-nos perceber que há profissionais que visam apenas à produção, muitas vezes por serem cobrados pelos gestores, e essas duas categorias (gestores e profissionais de saúde) teriam que ser sensibilizados quanto às ações de promoção da saúde para a melhoria da assistência.

Apesar das ações da ESF, que priorizam a prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, ainda não ter conseguido alcançar níveis de excelência, precisa-se reconhecer que a mesma melhorou muito a saúde da população. Acredito que aos poucos ela está conquistando seu espaço e a população entendendo a sua importância.

### 3.2 DISCIPLINA 02 – MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação

para todos os partícipes do processo gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

Analisando todo esse contexto e visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação como resposta intencional a essa conjuntura, a implantação do Programa Saúde da Família - PSF que representa tanto uma estratégia para reverter à forma de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

A paciente provavelmente não fazia o uso da medicação adequada, mesmo com o trabalho da equipe a mesma não conscientizava de que o melhor tratamento era a prevenção, o acompanhamento foi ineficaz não obtiveram resultados positivos para o controle da HAS de dona Maria, considero que a equipe mostrou interesse na doença de D. Maria.

A dificuldade de mudar o modelo assistência de ações curativas para o modelo de promoção à saúde em uma população que tem o hábito de procurar atendimento médico apenas quando está doente ainda é muito grande, mas isso está mudando aos poucos, principalmente com as mulheres, que se 'preocupam' mais com a prevenção das doenças. Em relação aos homens, a procura pelo serviço de saúde para a promoção da saúde é muito pouca.

Acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo à melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária (CARVALHO; CAMPOS, 2000),

É preciso que os profissionais de saúde tenham interesse e iniciativa no cuidar. Muitas vezes em suas práticas diárias não compreendem os indivíduos inseridos

num contexto maior. É preciso estar comprometidos e empenhados em facilitar a abertura de novos horizontes e observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia.

O cuidado é reconhecido como o verdadeiro desafio para as organizações dos serviços prestados pela saúde do país. É necessário perceber a realidade do outro, reconhecer as diferenças visões do mundo, saberes e diálogos próprios com a realidade da comunidade de cada local, mesmo assim iremos nos deparar com situações divergentes, não podemos mudar os costumes, valores, crenças e forma de pensamento diante de cada fato (AYRES, 2004).

A qualificação destes profissionais na assistência é importante para o andamento de todos os processos, atendendo assim as necessidades nos diversos ciclos de vida, conhecendo a realidade das famílias pelas quais somos responsáveis e identificando os problemas de saúde mais comuns nas situações de risco nos quais os indivíduos estão expostas.

### 3.3 DISCIPLINA 03 – SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Neste período, surge do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005a).

Segundo Francisquetti (2003), a identificação das situações de violência, a operacionalização dessa realidade em algo parecido com um diagnóstico que possa ser mensurado no plano individual e no coletivo o evento de agressão não pode ser tomado como um diagnóstico apenas, mas como um sinalizador de uma situação aguda de um contexto violento, que indica uma situação de vulnerabilidade física e psíquica.

No entanto, longe da assistência do profissional de saúde, muitas vezes a própria família não coopera com a reabilitação e tratamento deste doente, tornando-se fácil para este retornar a hospitalização e tornar-se um doente crônico.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma se estabelece (BRASIL, 2001).

Entende-se por rede de saúde mental o conjunto de ações concebidas a partir da Reforma psiquiátrica, ou seja, a formação de serviços substitutivos organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. Neste contexto destaca-se a hierarquização da rede de atenção em saúde mental constituída pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) simplificado e de média complexidade, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Hospital dia, Hospital psiquiátrico, leitos psiquiátricos e serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral (BRASIL, 2001).

Todos os profissionais envolvidos nesta rede devem ser, conforme Lancetti (BRASIL, 2000a, p. 46), “pessoas corajosas com vontade de experimentar, pois vão atuar diretamente com a loucura, com a violência, sem proteção, sem muros, apenas com o corpo e a inteligência”.

Hoje em dia, com a rede de atenção à saúde mental do SUS o tratamento desses pacientes tem como finalidade desenvolver atividades de integração familiar e comunitária garantindo a dignidade da pessoa com transtornos mentais como seres humanos.

Na ESF, a equipe de saúde necessita buscar intervenções resolutivas para uma prática sustentada pela humanização, identificando os fatores e as manifestações de risco para uma qualidade de vida da sua população portadora de transtorno mental.

A visão sistêmica e integral do indivíduo mental em seu contexto familiar e social é proporcionada através do trabalho “com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente” (SOUZA, 2000, p. 27).

Entretanto, ainda se percebe um grande distanciamento das equipes da ESF em relação às questões relacionadas à saúde mental, com grandes limitações no acolhimento e no desenvolvimento de ações de promoção e recuperação da saúde. Grande parcela dos profissionais não está preparada para oferecer uma assistência de qualidade e livre de preconceitos a estes pacientes e as suas famílias.

Como atualmente a minha prática é vivenciada dentro de um hospital psiquiátrico, constato a dificuldade de saber se o paciente com transtorno mental está tendo continuidade do seu tratamento na Atenção Básica a Saúde (ABS). Uma vez capacitada e incorporada às ações de atenção a saúde mental, a equipe da ESF, então instrumentalizada, torna-se mais apta a identificação de situações e prestação de cuidados básicos a família portadora de sofrimento psíquico.

Segundo Casé (2000), na ESF dever ocorrer um planejamento no qual sejam delineadas as seguintes ações:

- Pesquisa e estudo de campo em área piloto;
- Oficinas de sensibilização das equipes;
- Monitoração sistemática das ações e;
- Elaboração de uma proposta de atenção a saúde mental.

Trata-se afinal, do desafio da ESF, normatizar e realizar programas de incentivo a todos os profissionais que acompanham estes usuários, fornecendo-lhes suporte e segurança para prestação de assistência integral. Para tanto, faz-se necessário ainda que estes programas estejam vinculados a uma rede, onde os gestores estejam também engajados.

A equipe capacitada deverá contemplar tanto aspectos técnicos, relativos à promoção de saúde, assistencial, reabilitação social, abordagem de família, quanto

àqueles associados à humanização das práticas, relacionados à mudança de concepção dos temas comunidade e sofrimento psíquico (FELISBINO, 2000).

Através dessa disciplina, percebi o quão é imprescindível que as equipes da ESF sejam incorporadas em um sistema de capacitação em saúde mental. A mesma contribuiu também para a ampliação dos meus conhecimentos relacionados a esta temática, despertando-me um pensamento crítico e reflexivo e incentivando-me a produzir transformações no processo de cuidado.

### 3.4 SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher é voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras) (BRASIL, 2004).

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, asseguradas pelo SUS e executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde. Compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto capazes e responsáveis por suas escolhas (BRASIL, 2004).

Segundo Villela (2000), a proposição saúde integral da mulher visa tornar as mulheres como sujeitas e não como objetos reprodutivos, surgindo para se contrapor à ideia de saúde materno-infantil.

As ações realizadas no programa de assistência a mulher da ESF se organizam em torno da prevenção e da promoção da saúde. Os atendimentos nas UBS ainda apresentam qualidade questionável, onde diversos fatores desfavorecem um bom atendimento para as demandas dessas usuárias, implicando no afastamento de muitas da ABS. Mesmo assim, tem-se observado que as mulheres têm se prevenido mais e adoecido menos, obtendo uma expectativa de vida mais prolongada que os homens.

A assistência à mulher durante a gestação e o puerpério visa assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna (Brasil, 1998).

Prestar assistência à mulher que está em um estado fisiológico e natural, passando por uma gestação é prevenir e detectar precocemente as intercorrências, desconfortos ou patologias, tanto maternas como fetais, garantindo assim, um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. (BRIENZA; CLAPIS, 2002).

Segundo Gaio (2004), para promover a segurança da saúde da mãe e do feto, é necessário identificar as gestações de risco e oferecer atendimento diferenciado nos variados graus de exigência, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal.

A formulação “saúde reprodutiva” assinala, no espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever. A proposta de saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina, demarcando uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais. (LABRA, 1989).

A fase do climatério corresponde a uma etapa natural da vida da mulher, podendo seu organismo superar seus sintomas que variam na sua intensidade. É claro que para isso é preciso que as mulheres nesta fase procurem um acompanhamento sistematizado visando à promoção de saúde, buscando um diagnóstico precoce, realizando um tratamento imediato e prevenindo os danos que possam ser decorrentes a este período (ALMEIDA, 2003).

A assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério deve ser realizada rotineiramente como parte do exame físico habitual, que apresenta como objetivo confirmar a normalidade da genitália externa e diagnosticar precocemente sinais de desenvolvimento anormal ou de outras doenças (ACCETTA; HERTER, 2004).



A consulta ginecológica ainda permite que as mulheres possam está controlando e prevenindo as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), no intuito de também diminuir as conseqüências do câncer de mama e cérvico-uterino.

Outro ponto importante na saúde da mulher é a assistência às vítimas de violência, que se encontra inserida de forma assustadora na sociedade, embora não seja muito percebida pelas pessoas na magnitude com que se apresenta e nas sérias repercussões que acarretam, tanto em nível individual como coletivo.

Acredito que para que as mulheres vítimas de violência doméstica tenham coragem para denunciar seus agressores, elas teriam que ter inicialmente um ponto de apoio jurídico e psicológico no município ou um local de abrigo até que elas pudessem restabelecer sua vida independente da renda dos agressores. Pois se elas após denunciarem seus companheiros tiverem que voltar ao seu convívio, à violência será ainda maior ou terminará em morte como em muitos casos que vemos no cotidiano. Apesar da validação da Lei Maria da Penha muitos dos agressores ainda não se intimidaram com a lei.

A assistência das mulheres na ESF tem contribuído para o fortalecimento das ações interativas entre profissional e cliente, hoje a mulher tem se esforçado para adquirir um atendimento especial com seus cronogramas dentro do SUS.

Porém, o sistema de saúde ainda necessita de reformulação em termos de estratégia de trabalho, principalmente no que cabe aos aspectos de gestão e monitoramento das ações na ABS, tornando estes aspectos com mais afetividade e responsabilidade entre, usuário, equipe e gestores.

Esta disciplina ampliou a minha capacidade para atuar no SUS, na perspectiva de trabalhar com planejamento igualitário, oferecendo uma vida saudável e qualitativa, conquistando maior tempo de vida, mas sempre considerando aspectos como, alimentação adequada, atividades físicas, moradia, conforto familiar, e um bom acesso aos serviços de saúde ou ausência a doença.

### 3.5 DISCIPLINA 05 – SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, a referência normativa básica para a promoção da saúde ambiental está inscrita na Constituição Federal de 1988, particularmente nos Artigos 23 (incisos 6, 7 e 9), 196 e 200, (incisos 2 e 8) e Artigo 225, regulamentados na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Eles orientam as ações de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; a participação na formulação da política de saneamento básico, a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; o controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, entre outros. Conhecimentos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais são utilizados para articular um conjunto de ações destinadas a controlar os determinantes da saúde da população que vive em um dado território, na perspectiva da integralidade do cuidado e a abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde (2009), o ambiente deve ser entendido como território vivo, dinâmico, constituído por processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, no qual se materializa a vida humana, por meio de políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível, com a participação e controle social.

Segundo Netto (2006), a estratégia da Atenção Primária Ambiental (APA), como ação preventiva e participativa em nível local, é orientada pelo reconhecimento dos direitos dos seres humanos de viver em um ambiente saudável e de serem informados sobre os riscos para sua saúde e bem-estar, bem como de suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.

O processo de industrialização e o desenvolvimento da economia global baseiam-se em uma lógica em que o crescimento de curto prazo se sobrepõe ao crescimento de longo prazo, afetando os ecossistemas e degradando o capital natural (serviços oferecidos pelos ecossistemas). Esta lógica é estimulada e favorecida pelo fato das contas nacionais não registrarem explicitamente os custos ambientais desse crescimento da economia global, já que o principal indicador, como o PIB (Produto

Interno Bruto), trata o incremento quantitativo da economia (crescimento) como sinônimo de melhoria qualitativa (desenvolvimento), (BELLEN, 2005).

Desse modo, nas cidades de todo mundo sempre ocorrem alterações nos espaços, identificadas nas reformas de residências, lojas e todas as formas de edificações, isso modifica a realidade do habitat da nossa população, comunidades locais, que até hoje lutam por essa transformação, destroem seus costumes e tradições em situação de moradia e convívio social, cultural e industrial, podendo causar extensos prejuízos para a saúde do homem.

Nos centros urbanos as transformações são percebidas nas construções presentes, como em loteamentos que em um período era somente uma área desabitada e passou a abrigar construções residenciais, além de áreas destinadas ao comércio e a indústria, os canais de águas misturados com os lixos, as queimadas nas plantações fazendo as fumaças contribuir com o aumento dos casos de doenças respiratórias e pulmonares.

A exploração desordenada, “a ganância”, empobrecerá a terra influenciando na biodiversidade e na transformação das paisagens, podendo deixar para trás ecossistemas totalmente desequilibrado, tornando a vida do homem o sacrifício para combater as doenças epidemiológicas na qual o homem invade o habitat natural para realizações de progresso de sobrevivência.

Para Porto (2007:33): Os riscos decorrentes dos processos e tecnologias que ignoram ou desprezam as necessidades de seres humanos e do meio ambiente não são enfrentados somente por especialistas e cientistas, mas pela atuação organizada dos trabalhadores e dos cidadãos em geral na defesa da vida e da democracia. A compreensão e o enfrentamento das desigualdades é um aspecto central no movimento pela justiça ambiental que se coaduna com a história da saúde coletiva e da saúde do trabalhador.

Assim, as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador devem estar articuladas nos serviços de saúde, uma vez que os riscos gerados direta e indiretamente pelos processos produtivos afetam o meio ambiente e a saúde das populações e dos trabalhadores de modo particular. (BRASIL, 2006).

A maior carga de exposição aos riscos de doenças tecnológicas, ambientais e acidentes de trabalho gerados pelos processos de produção e consumo, recaem sobre os trabalhadores de baixa renda, grupos sociais discriminados, povos étnicos tradicionais, populações marginalizadas nas periferias das grandes cidades (RIGOTTO, 2007).

Nas UBS deve-se orientar e conscientizar a população territorial, trazendo seus costumes e tradição para o conhecimento da prevenção de doenças causadas pela destruição do meio ambiente, realizando visitas domiciliares, trazendo a comunidade para participar das atividades educativas, informando sobre o processo de manutenção e prevenção das doenças que também são ocasionados pelo trabalho, tais como; estresse, exatidão, doenças por movimentos repetitivos, carga horária excessiva e acidente do trabalho.

Apesar dos avanços registrados no país, ainda há muito por fazer, ao se considerar o lugar onde as pessoas vivem, circulam e trabalham como locus privilegiado para a definição das prioridades de saúde, na perspectiva da complexidade envolvida no processo saúde-doença. A centralização continua desafiando a organização de ações de saúde de caráter transformador na atenção primária e, apesar do aumento da cobertura, predomina atividades assistenciais em detrimento da vigilância e da promoção da saúde. (DIAS et al, 2009).

Para o profissional de saúde a disciplina veio demonstrar a importância de haver um processo participativo e sustentável, cada um fazendo a sua parte e respeitando o ciclo de cada ser existente no território. O homem necessita proteger o planeta, assegurando a sua biodiversidade e superando seus obstáculos sem danificar com o meio ambiente, pois sua consequência é prejudicial na saúde da comunidade, interferindo nas mudanças de valores, pensamento e atitudes, cuidar dos resíduos gerados, para se proteger de alguma transformação natural e doenças de agravo, e não para destruir a vida. Deve haver respeito à grandeza da natureza.

### 3.6 DISCIPLINA 06 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, nas suas maiorias curativas e mutiladoras, com acessos restritos. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos e gestantes (BRASIL, 2011).

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal na ESF (BRASIL, 2003).

A ESF possibilita na unidade de saúde da regional, a aproximação da equipe de saúde com a família, por meio de consultas, visitas domiciliárias e grupos. A abordagem educativa em grupo é uma estratégia que pode ser utilizada para a melhoria do autocuidado, corresponsabilização e parceria dos indivíduos, seja a criança, adolescente, gestantes, idosos em cada momento de suas vidas.

Na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) este serviço é desenvolvido com a comunidade, realizando o cuidado na elaboração dos temas abordados nos grupos educativos, possibilitando a construção de vínculos e de um espaço de trocas com valores, transformando à efetivação da prática educativa dialogando a problematizarão o que ajuda a fortalecer a população para o enfrentamento dos problemas e necessidades relacionados à saúde bucal. (MENDES, 2002).

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, os diferentes profissionais inseridos no SUS devem buscar a partir da capacitação mútua, ampliar seus conhecimentos em saúde bucal, tornando-os objeto de sua prática profissional (NORMAS..., 2006).

Conforme o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente (BRASIL, 2011L).

Segundo Teixeira (1998), a saúde bucal dos idosos no Brasil não é boa, pela falta de informação sobre os cuidados com a higiene bucal, e pela dificuldade de conseguir acesso aos serviços de odontologia. A predominância de práticas odontológicas mutiladoras faz com que aumente o número de idosos com esse problema. Outro ponto importante é o costume da população em procurar atendimento só quando está sentindo dor e que na maioria dos casos leva a extração do dente.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal faz com que em diversas localidades as pessoas madruguem em filas para conseguir a consulta, e isso muitas vezes faz com que a população desista de realizar o tratamento.

Diversas ações poderiam qualificar este atendimento, para isso seria preciso a interação e o envolvimento das equipes da ESF, juntamente com as esferas de governos, para que possam ser norteadas ações que incentivem a autonomia dos sujeitos em relação ao seu processo saúde doença, instrumentalizando-os quanto aos hábitos saudáveis e não apenas priorizando situações de urgência.

Assim, o cuidado em saúde bucal deve ser estimulado por todos os profissionais da equipe de saúde em grupos educativos ou nos atendimentos individuais de rotina, na escola, no teatro, e entre todos que participam ativamente na educação e desenvolvimento da família, correlacionando às condições socioeconômicas e culturais.

Este processo educativo vivenciado pela família e a equipe de saúde, pode implicar o confronto entre as ações praticadas pelos membros da família ao longo dos anos e os novos conhecimentos adquiridos, resultando em mudanças de comportamento (MOURA, 2007).

Através da presente disciplina percebi a necessidade da prática da educação em saúde de forma continuada e considerando fatores econômicos, sociais e culturais onde cada paciente encontra-se inserido, tornando-se um poderoso instrumento utilizado como estratégia na Promoção de Saúde. A interação multiprofissional é de suma importância, um bom relacionamento ajudaria bastante a qualidade no atendimento. Devemos ver o paciente holisticamente, não encaminhá-lo ao dentista só quando houver queixa de dor de dente. Reuniões regulares com a equipe são importantes para reorientação das atividades conjuntas. Sabemos que não é fácil, dificuldades existem, devemos, entretanto, fazer a nossa parte.

### 3.7 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A história das pessoas com deficiência física tem sido marcada pelo signo do preconceito, da marginalização e da exclusão.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2008).

Com base no modelo social de deficiência, esta se transforma em desigualdade em uma sociedade pouco sensível à diversidade de estilos de vida, contribuindo para que:

[...] De um campo estritamente biomédico confinado aos saberes médicos, psicológicos e de reabilitação, a deficiência passou a ser também um campo das humanidades. Nessa guinada acadêmica, deficiência não é mais uma simples expressão de uma lesão que impõe restrições à participação social de uma pessoa. Deficiência é um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente. Assim como outras formas de opressão pelo corpo, como o sexismo ou o racismo, os estudos sobre deficiência descortinaram uma das ideologias mais opressoras de nossa vida social: a que humilha e segregava o corpo deficiente (DINIZ, 2007, p. 9-10).

Para Aguiar (2006), há uma mobilização dos movimentos sociais na luta pela melhoria dos serviços no campo da saúde, bem como ao cumprimento da legislação que visa, entre outros objetivos, à diminuição das barreiras arquitetônicas.

A acessibilidade tem como objetivo permitir ganhos de autonomia e de mobilidade a pessoas com deficiência, para que todos usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade. Mas, também diz respeito à eliminação de barreiras que envolvem atitudes de preconceito e de discriminação, que ocorrem, muitas vezes, pelo desconhecimento, por parte da população e dos próprios profissionais de saúde, das necessidades e também das potencialidades das pessoas com deficiência (BRASIL, 2010).

Para tanto é de fundamental importância que as unidades de saúde sejam modificadas e disponham de acesso físico, mobiliário e adaptações ambientais relacionadas à comunicação, adequadas às pessoas com deficiência e que os profissionais que ali atuam sejam sensibilizados e capacitados para acolher e cuidar desses usuários (BRASIL, 2010).

A proteção à PcD (Portal do Cidadão com Deficiência) revela-se ambiciosa em seus propósitos, mas diminuída em seus resultados. Poucas ações apresentam grau expressivo de cobertura e, quando isso ocorre, os impactos ocasionados tendem a ser modestos.

Na realidade o que se observa é que grande parcela das UBS não possui acesso adequado para os portadores de deficiência, não se encontrando preparadas e nem adequadas para um condicionamento do atendimento. São notórias as deficiências na estrutura física, como falta de corrimão na entrada, portas de largura exatas e banheiros apropriados. Outro agravante é a ausência de profissionais de saúde qualificados para trabalhar com esta clientela.

Diante da escassez de locais acessíveis e adequados para este atendimento, muitos usuários acabam por não procurar atendimento nas UBS. A população ainda permanece nesse sofrimento, desânimo e medo de enfrentar o que é seu por direito, viver bem e ser assistida com qualidade.

As Políticas de atenção às PcD são importantes e necessárias, desde que efetivas em seus resultados, e não meros paliativos ou enunciados vazios, que costumam ressurgir ocasionalmente.

A inclusão social das pessoas com deficiência não pode ser abordada sem relacionar os diversos fatores que a constituem, devendo haver um planejamento onde as equipes de saúde e a gestão possa interagir com a comunidade acabando com essa desigualdade social.

Nesta disciplina percebi que se faz necessário que a sociedade busque seus direitos, reivindicando que a legislação seja cumprida, para que ações de saúde possam ser estabelecidas sem condicionamento de tempo e localidade. Consegui ainda aprofundar e ampliar a minha compreensão sobre as necessidades e as dificuldades no atendimento aos portadores de deficiência.



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

De acordo com Capra (2002), para superar o modelo atual de assistência à saúde é necessária uma profunda revolução cultural e a adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, na teoria e na prática. Isso requer uma mudança conceitual na ciência bioética, como também a reeducação maciça do público.

A ética da saúde ocupa lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois enfoca questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Onde muitas intervenções são de comum acordo com a equipe multiprofissional.

É imprescindível que os profissionais de saúde trabalhem com o mesmo intuito de qualidade, visando à melhoria no atendimento, assistindo a comunidade no propósito da recuperação e cura, demonstrando capacidade e competência ética.

Uma atitude que devemos ter aprendido neste contexto é sabermos respeitar as desigualdades e abordar as atitudes e valores com ética, integrando a saúde como uma porta de conceitos e adotando planejamento de saúde, qualificando as práticas e valores culturais de cada ser.

A complexificação dos problemas tornou necessária a aproximação e associação gradual dos profissionais em diferentes graus. A interdisciplinaridade deve ser reservada para designar o nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, a certa reciprocidade no intercâmbio levando a um enriquecimento mútuo (PIAGET, 1996).

A interdisciplinaridade acontece muitas vezes distorcida pela equipe de saúde, pois as dificuldades acontecem devido à falta de diálogo e uma consolidação de entendimento do trabalho tem que planejar um trabalho e discutirmos a necessidade de assegurar as diferenças categorias dentro desta ESF.

Nossos profissionais atuantes necessitam de um olhar e uma complexidade dos membros que a compõe, essa realidade vincula-se há todos os dias onde cada subjetividade é composta de educação, respeito, humanização e ética.

A abordagem integral no processo de saúde ainda percorre uma imensidão de dificuldades, onde os princípios éticos de equidade e solidariedade permitem sua aplicação na prática no setor saúde como valores básicos em duas subdimensões: a bioética e a ética dos serviços de saúde.

A abordagem interdisciplinar precisa ser mais bem trabalhada dentro das universidades, integrando a responsabilidade e promovendo a saúde de forma humanizada pelos profissionais.

Integralidade é o respeito que o homem se organiza nas suas atividades do grupo, obedecendo aos preceitos legais e direito, limitando a realidade do atendimento complexo das necessidades de cada um dentro do sistema de saúde, podemos dizer que os grandes desafios deste atendimento ainda é a espera de um curto prazo dos exames e procedimento que a comunidade tem que esperar pelo atendimento integral da saúde.

### 3.9 TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Frente às situações cotidianas que vivencia em sua prática, o profissional da ESF pode efetuar abordagem mais diretiva ou mais dialógica, de modo inconsciente, assistemático e, na maioria das vezes, pouco gratificante. E isso costuma gerar insatisfação nos mesmos, e não é raro ouvir as seguintes afirmativas em relação ao resultado de interações profissional-usuário que pretendem ser educativas: “Já repeti várias vezes e ele não aprendeu; não sei mais o que faço para que mude de comportamento”.

Na área de saúde, têm sido fundamental para a mudança do modelo de atenção a valorização e a promoção da educação na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

Isso porque a mudança de um modelo de atenção com foco na doença para outro voltado para a saúde requer muito esforço para a modificação de hábitos e costumes.

A melhoria na transmissão pedagógica nos condiciona uma comunicação entre profissional e usuário desde que possamos manter a qualidade no atendimento, essa problemática acontece de forma clara, onde o profissional demonstra uma pedagogia diferenciada da comunidade, muitas vezes temos um padrão de informação que não atingimos a realidade das pessoas e vemos a necessidade de igualdade na fala.

Conseqüentemente esta disciplina nos mostrou uma necessidade de refletir quando abordamos nossos usuários, é necessário que nossa qualidade de atingir a melhoria, transmitindo assim uma responsabilidade de satisfazer a necessidade de educar de forma com a realidade dos profissionais. Acredito que cada experiência seja aplicada na realidade de mudarmos, reforçando o conhecimento e atendermos a expectativa de oferecer uma atenção de qualidade a comunidade e todos que necessitam do atendimento do programa de saúde.

Temos que aproximar às práticas educativas no âmbito tecnológico as práticas de saúde, envolvendo vários processos de interação junto à comunidade (BRASIL, 2002).

É necessário que a equipe da ESF desenvolva a capacidade de observar a realidade, identificar os problemas e tentar localizar as tecnologias disponíveis para usar melhor os recursos e melhorar as ações de trabalho, pois não bastam informações é preciso compreender a população. Criar propostas capazes de atingir cada um deles para que possa melhorar as ações educativas junto à comunidade. Creio que é necessário identificar o problema para buscar uma metodologia adequada.

Outra situação que devemos salientar é o conhecimento da população sobre a importância das ações de promoção e prevenção da saúde, pois ela está habituada a procurar a unidade de saúde apenas quando está doente para ser “curada” do seu problema.

O acolhimento acontece de acordo com a necessidade de atendimento de cada usuário, o profissional está preparado para analisar e verificar o andamento das doenças de cada um, onde a prioridade é visualizada dentro das condições que a unidade pode atender e qualificar a urgência de atender melhorando a saúde da comunidade. Esse avanço vem melhorando a satisfação da comunidade e evitando casos que somente seriam visto na área hospitalar.

Consiste em ações socioeducativas de formação e desenvolvimento de grupos destinados a promover a participação social e o exercício da cidadania através das modalidades de trabalhos sociais com grupos de idosos, de adolescentes, de voluntários, de pais, inter geracionais e de interesse. Sim o trabalho em grupo é formulado por uma equipe principalmente unida e com um bom dinamismo, um grupo se encaixa quando todos os membros possam superar suas diferenças.

A maior dificuldade é tentar superar as diferenças da equipe, onde vai existir

sempre algum desentendimento, mas tudo dentro de um contexto existente de um conceito de grupo.

A visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativo. É uma dinâmica utilizada nos programas de atenção à saúde, visto que acontecem no domicílio da família (MATTOS, 1995).

A visita domiciliar na unidade básica da minha comunidade é realizado dentro de um planejamento com os profissionais intersetorial, dando prioridade aquele usuário que apresenta necessidades especiais como: pós operatório, parturiente, acamados e outros casos especiais.

O aprendizado na presente disciplina possibilitou uma expectativa de atendimento, restaurando a qualidade e a sustentabilidade de podermos utilizar nossas práticas dentro das condições da equipe, realizando assim uma estrutura de trabalho e atendendo as necessidades da nossa população, que sempre esteve prejudicada no sentido de um atendimento holístico e humano.

É importante que o profissional de saúde saiba se impor diante das situações dos outros, acreditar que nossa formação é sustentada através de conhecimento e prática, dentro do contexto assumir esta responsabilidade é complementar as responsabilidades e manter um padrão de atendimento a nível da atenção básica, possibilitando a qualidade deste atendimento se suma importância para todos.

Atualmente no Programa Saúde da Família (PSF), o Acolhimento representa um importante instrumento para a humanização da atenção à saúde. Assim, este trabalho tem por objetivos identificar a concepção que os profissionais do PSF têm de acolhimento, descrever como estes profissionais praticam o acolhimento, identificando as condições favoráveis e desfavoráveis para a consolidação de uma cultura da humanização no PSF.

O estudo tem abordagem qualitativa, do tipo etnográfico, e os dados foram colhidos no contexto de uma oficina de sensibilização, criatividade e expressividade. Os resultados demonstram que a cultura que os profissionais têm sobre o acolhimento está relacionada aos seguintes conceitos: “receber bem”, “ouvir o usuário”, “estar atento”, “compreender” e “solidarizar-se”.

Conclui-se que, apesar das limitações institucionais, profissionais e sociais relatadas, estes profissionais vivenciam diariamente a prática do acolhimento da forma mais humana de sua concepção, extrapolando, para isso, até mesmo sua formação

profissional, que, geralmente, habilita-os para ações curativas. Esta disciplina demonstrou a interação e a compreensão das conseqüências geradas por uma ou outra concepção pedagógica utilizadas na saúde. (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2003).

### 3.10 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

O nosso grupo foi composto de acordo com que restaram as pessoas, tivemos contato por telefone e conversa no chat, tivemos várias reuniões e discussões como e qual seria o tema que iríamos abordar. Daí tivemos a idéia que nosso assunto seria a hipertensão arterial, pois isso proporcionaria a nossa equipe atingir um plano e logo em seguida colocarmos em prática diante da nossa comunidade.

Promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientado a qualificar a melhoria e condições do bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (GUTIERREZ, 1997).

A construção de um planejamento acontece a partir de um plano, onde a situação atual do local permitiu que os profissionais de saúde, identifiquem os pontos críticos sobre os quais as ações que cada local seja incidida no programa de saúde.

É necessário que o planejamento e as avaliações aconteçam em vários momentos gerando uma atuação no qual se perceba a necessidade de melhoria por partes dos profissionais que compõem essa estratégia e que os gestores interferiam contribuindo com a atuação de cada localidade, oferecendo uma sustentável qualificação para o melhor planejamento e dando condições de assistência a população.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) conhecida popularmente como pressão alta é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno, caracterizada pelo aumento da Pressão Arterial (PA), tendo como causas associadas a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o fumo e outras causas.

A sua incidência aumenta com a idade, mas também pode ocorrer na juventude. Portanto, considera-se hipertenso o indivíduo que mantém uma pressão arterial acima de 140 por 90 mmHg ou 14x9, durante seguidos exames, de acordo com o protocolo médico. Ou seja, uma única medida de pressão não é suficiente para determinar a patologia. A situação 14x9 inspira cuidados e atenção médica pelo risco cardiovascular (COSTA, 1983).

Nosso plano tem um objetivo de amenizar e controlar o quadro de hipertensão arterial da nossa comunidade, que busca manter sua doença no equilíbrio e viver uma vida sem risco de morte. As informações foram obtidas através de relato e experiências dos nossos usuários dentro da estratégia da saúde, sendo assim estipulamos um prazo de duas semanas para obtermos um resultado esperado, no qual predediamos inserir no contexto da nossa vida profissional, acreditamos que a nosso plano poderia ajudar as pessoas a conscientizar da realidade da doença.

Essa doença já se propaga por décadas e ainda conseguimos obter uma resposta fidedigna para um controle de qualidade aos nossos usuários. Sendo assim temos uma imagem que esta atividade é valiosa para o decorrer do nosso caminho, utilizando a nossa capacidade de qualificar as nossas experiências e amenizar o sofrimento de muitas pessoas, principalmente aqueles que já têm a hipertensão arterial.

#### QUADRO – 1 PLANO DE AÇÃO

<b>Estratégia</b>	<b>Resultado</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Garantir as consultas para hipertensos.	Evitar AVC e outras complicações	Hipertensos	Equipe multiprofissional do PSF	Iniciar logo após o plano operativo e continuo
Incentivar a uma vida saudável	Redução de mortalidade por doenças cardiovasculares	Hipertensos familiares de hipertensos	Equipe multiprofissional Para consultas Hiperdia	Iniciar logo após o plano operativo e continuo
Acompanhamento para os hipertensos e cobertura em todas as patologias	Acompanhamento para uma vida saudável	Hipertensos familiares de hipertensos e pessoas com pré-disposição para a HAS	Equipe multiprofissional do PSF	Iniciar logo após o plano operativo e continuo

Fonte: Próprio autor.

É de fundamental importância que coloquemos em prática esse plano de ação, ainda levando em consideração que se faz necessário ampliar a cobertura e qualificar a estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliar e ou qualificar as unidades hospitalares com leitos para os recebimentos de hipertensos com complicações. Instalar comitês estaduais/municipais e hospitalares de mortalidade por ACV para reduzir os índices de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e em especial em nosso Estado.

Nessa direção, o planejamento situa-se como um processo de compreensão da realidade e opções estratégicas, que tem tempo e espaço bem definidos, consubstanciados em ações encadeadas e tendo em vista determinados objetivos. Sua implementação deverá produzir uma alteração sensível no real, alterações que são incorporadas à nova situação, o que dá a dinâmica e flexibilidade do processo. Todo o plano necessita, por isso mesmo, de revisões sistemáticas, e exige um acurado sistema de monitoramento/ controle/acompanhamento para permitir a avaliação.

Este planejamento resgata e agrega o profissional de saúde referenciando sua programação de ações, realizando atividades, projetos, e plano, fornecendo e incorporando medidas preventivas e gerando a promoção à saúde.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde da Família realizado na modalidade EAD foi de extrema importância para os profissionais da saúde que atuam na ESF, pois permitiu o acesso ao conhecimento e a troca de experiências com outros profissionais que, por muitas vezes, encontram-se em locais distantes e possuem dificuldades de deslocamento para realizar capacitações.

A especialização contribuiu para o desenvolvimento e amadurecimento profissional, diante deste aprimoramento o curso foi satisfatório para iniciá-la um atendimento de qualidade visando à comunidade, preservando a promoção da saúde destas pessoas que necessitam do programa de saúde.

É importante ressaltar que o curso de especialização teve suas dificuldades em manter um padrão alto, pois dependemos de tempo e pontualidades, devidos esse transtorno muitas vezes fui falho, mas a dedicação em terminar esta missão era importante, pois me preparava para atender uma população que necessitava de um profissional capacitado para repassar seus conhecimentos ideais e lógicos.

Cabe agora intervir em aplicar esse conhecimento com responsabilidade e compromisso, agindo de forma coerente e ágil, produzindo e obedecendo a um programa e executando suas atividades para melhor servi-lo a comunidade.

Assim, podemos concluir que a EAD se tornou uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais da saúde que atuam na ESF, garantindo assim uma formação de conhecimento e experiência para a atuação do enfermeiro.



## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**. v. 03, n. 1. p.1-3. 2007. Disponível em; <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acesso em:10 jun. 2010.

ACCETTA, S.G; HERTER, L.D. **Ginecologia Infanto-Juvenil**. In: DUNCAN, B.B **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 34, p. 328 – 342.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de. A pesquisa junto a professores: fundamentos teóricos e metodológicos. In: AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de (Org.). **Sentidos e significados do professor na perspectiva sócio-histórica**. Relatos de pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 11-22

ALMEIDA, A. B. **Reavaliando o Climatério**: Enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.

AMARAL, Ligia Assumpção. Diferenças, Estigma e Preconceito: o desafio da inclusão. OLIVEIRA: Marta Kohl de. **Psicologia, educação e temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002.

ANVISA. **Guia de Orientações para a Elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária**. Ministério da Saúde. Brasília, 2007. Disponível em:<[http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/Plano\\_de\\_acao\\_Guia\\_1.2\\_25062007.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/Plano_de_acao_Guia_1.2_25062007.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.

ARETIO, Lorenzo G. **Educación a distancia hoy**. Colección permanente. Madrid: UNED, 1996.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. *Interface*, v. 8, n. 14, p.73-92, 2004.

BELLEN, H. M. **Indicadores de sustentabilidade**: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

BEUREN, I.M. Trajetória da construção de um trabalho monográfico em contabilidade. In: BEUREN, I. M. (Org.). **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade**: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL, Hipertensão Arterial. In: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. cap. 11. p: 133-140. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior-SESU. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resoluções 07/1981 e 05/2002**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Planejamento nº3** – Estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB**. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde 2011. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/atencao\\_basica.php](http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php)>. Acesso em: set. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, MS, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos estados e municípios**, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em: dez. 2011.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2011.

BRASIL, 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf).>. Acesso em: 15 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

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

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2011.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **A Mortalidade Perinatal e Neonatal no Brasil**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde**: Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAB. **Avaliação Normativa do Programa Saúde d Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. In: DOCUMENTO de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, 2005. Brasília, DF, 2005.

BRIENZA, A. M.; CLAPIS, M. J. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do Município de Ribeirão Preto**: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. 2002. 100. f. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção a Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CABRAL, B. **Estação comunidade**. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (org.). Saúde mental e saúde da família 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA, M; TONON, L. M. **Legislação Básica do SUS**. Belo Horizonte : Coopmed, 1998.161 p.

CANTILLANO, E. M. C. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. In: \_\_\_\_\_. **Medicina social, aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.181-205.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 23. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARVALHO, M. A. P. et al (Org.). O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: \_\_\_\_\_. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CARVALHO, S. R, CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad Saúde Pública**. v. 16, p. 507-15, 2000.

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface como programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. **Saúde Loucura 7**, São Paulo, n. 1, p. 121-135, 2000.

COSTA, E.A. Hipertensão como problema de massa no Brasil: caracteres epidemiológicos e fatores de risco. **Cien,e Cult.**, v. 35, p. 16421649, 1983.

CYRULNIK, Boris. **Os Alimentos Afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DALL'ALBA Ranciaro MMMA. Andirá: **memórias do cotidiano e representações sociais**. Manaus: EDUA; 2004. 20.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n. 6. Dez, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n6/13.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007, 89p.

DOMINGUES, S.M.; CARVALHO, A. C. D.; NARVAI, P.C. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** v. 18, n. 1. P.66-78.003), 2008.

DUNCAN, B.B e col. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FELISBINO JE, Ribeiro IM. Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm,** v. 53. n. esp. p. 139-42, 2000.

FONTES, B. A. S. M. **Democracia, Comunidade e Território.** In: P. H. MARTINS; A. MATOS; B. FONTES (org.), **Limites da Democracia.** Recife: Editora Universitária, p. 229-244, 2008.

FONTES, B. A. S. M.; DORNELLAS, M. A. **Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas:** el ejemplo del Programa de Salud de la Familia. *Estudios Sociológicos del Colegio de México*, XXVI. V.76. p. 33-65, 2008.

FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M. R. A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: **manual de enfermagem**, Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 17 julho 2012.

FREITAS, C. M., Porto, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

GAIO, D.S.M. Assistência Pré-natal e Puerpério. In: DUNCAN, B.B. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 36, p. 357 – 367.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias singularidades no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GUTIERREZ ET AL. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina. (org.) **Promoção da Saúde:** conceito, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

LABRA, M. E. A saúde da mulher no Brasil. **Coleção Saúde e Realidade Brasileira.** Coedição ABRASCO. Petrópolis: Vozes. 1989.

LÉVI, Pierre. **As tecnologias da inteligência**: o futuro do pensamento na era da informática. São Paulo: Editora 34, 1995.

LIMA CMG. **A saúde bucal na primeira infância: o olhar do cuidador familiar** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

LINS, M. **O que é portfólio**. Disponível em: <<http://www.marylins.eev.com.br/?area=texto&pg=O+QUE+%C9+PORTF%D3LI O%3F>>. Acesso em: 11 set. 2011.

MARA, V. GRILLO, M. J. C; SOARES, S. Módulo 4: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **Unidade Didática I** Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2011.

MATOS, Thalita Maia de. Visita Domiciliária. In: **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995. P 35-39.

MELO, Padre Fábio de. Mensagem de Padre Fábio de Melo. Pensador. Info. Disponível em: <[http://pensador.uol.com.br/mensagens\\_de\\_padre\\_fabio\\_de\\_melo/3/](http://pensador.uol.com.br/mensagens_de_padre_fabio_de_melo/3/)>. Acesso em: 09 set. 2011.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MIOTO, R. C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional**: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Projeto de Pesquisa, Florianópolis: UFSC/CNPq, 2004.

MOUKARZEL, Maria das Graças Machado. **Sexualidade e deficiência**: superando estigmas em busca da emancipação. Dissertação [Mestrado em Educação]. Campinas: UNICAMP, 2003.

MOURA, L. F. A. D; MOURA, M.S, TOLEDO, O,A. Conhecimento e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Rev. C S Col.**; v. 12, n. 4.p. 1079-865, 2007.

NERY MP. **Vínculo e afetividade: caminhos das relações humanas**. São Paulo: Ágora; 2003.

NETTO, G.F, et al. Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: CASTRO, A; MALO, M, (org.). **SUS - re-significando a promoção da saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006.

NORMAS e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad17](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17)>. Acesso em: 09 set. 2011.

PATRÍCIO, Z.M. **“Educação para a saúde”**: um processo de interações cultural-afetivas transformando a vida. Florianópolis: UFSC. Trabalho apresentado no 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiás, 1995.

PEDIZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. 2001; v. 35, n. 1. P.: 103-109.

PEDROSA, I. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social**, 2003 Disponível em: <[www.gices-sc.org](http://www.gices-sc.org)>. Acesso em: 20 out. 2005. Entrevista cedida a Radis, 2003.

PIAGET, Jean. **The epistemology of interdisciplinary relationships**. USA, 1996, p.136-139.

PIMM, S.; JENKINS, C. Conservação da biodiversidade. *Scientific American Brasil*, v.41, p.58-65, 2005.

PINEL, Arletty Cecília. Educação sexual para pessoas portadoras de deficiências **físicas e mentais**. In: RIBEIRO, Marcos (Org.). **O prazer e o pensar**: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde. São Paulo: Gente. 1999. p. 211-226.

POLANYI, K. **La gran transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo**. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1992.

PORTO, M. F. S. Riscos, incertezas e vulnerabilidades: transgênicos e os desafios para a ciência e a governança. **Paper apresentado no III Seminário Internacional de**

**Estudos Interdisciplinares "Tecnologias, Riscos e Incertezas: Desafios para uma democratização da ciência".** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 15 a 17 de abril de 2004, Florianópolis, 2004.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma ecologia política dos riscos** – princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

POSSAS, C.A. Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 1, p. 31-41, 2001.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Anúncios no google. . Disponível em: <<http://donome.com.br/prefeitura-de-fortaleza-site-endereco-e-telefone/>>. Acesso em: 09 set. 2011

RANCIARIO, M.M.M.A. **Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais**. Manaus: EDUA; 2004.

RAWS, J. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede Unida**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro. n. 22, p. 49-62, 2000.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica- Secretaria de políticas de saúde. v. 34, n.3, jun. p. 316-319, 2000.

RIBEIRO, M.A; BORGES, L.M. Violência física e psicológica na família: investigação e intervenção sobre a dinâmica familiar. In: COSTA, L.F, ALMEIDA, T. M. C, (org.).**Violência no cotidiano: do risco à proteção**. Brasília: Líber; 2005. p. 29-41.

RIGOTTO R. M, Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cad Saude Publica**. v. 23, Supl. 4. P. 475-501, 2007

RIMODINI, L. *et al.* Self-preventive oral behavior in na Italian University student population. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 28, p. 207-211, 2001.

RODGERS, D. V. Some thoughts on culture, family medicine and academic health centers. **Family Medicine**. v. 34, n.4, p.237-239, 2002.



ROSA, W. A. G. LABATE R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. latino-am enfermagem**. nov./dez. v. 13, n. 6. P. 1027-34, 2005. Disponível em: < [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 10 set.. 2011.

SANTOS, E.O. Ambientes virtuais de aprendizagem: por autorias livre, plurais e gratuitas. In: REVISTA FAEBA, v.12, n. 18, 2003. Disponível em: < <http://www.comunidadesvirtuais.pro.br/hipertexto/home/ava.pdf>>. Acesso em: 10 set.. 2011.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Tradução de Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Record, 2001.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras Enferm**, v. 53, nº esp. p. 25-31, 2000.

SOUZA, H. M. **Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica**, v, 53, nº esp. P. 7-16, dez, 2000.

STARFIELD, B. et al. How “regular” is the “regular source of medical care”? *Pediatrics*, nº71, p.822-32,1973. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde**. In: DUNCAN, B.B . **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 6, p. 76 – 87.

TEIXEIRA, M. H. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de janeiro: EDUERJ, 1998.

THOMAZ, E. B. A. F. et al. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 149-152, out./dez. 2000.

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M. A reforma do setor saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, Supl 2, p. 11-48, 1998.

Villela W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher. In: ARAÚJO, M. J. O. et al. **Saúde das mulheres - experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

VILLELA, W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher. **Saúde das Mulheres: Experiência e Prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo, 2000.

ZAVANELLI, A. C; CARDIA, D. R. O; SILVA, E. M. M. A participação familiar na prevenção da cárie. **Rev Fac Odontol Lins**. v. 12, n. 1-2. P.7-11, 2000.