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

NATÁLIA DE LIMA MELO

A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA INOVADORA DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FORTALEZA
2011

NATÁLIA DE LIMA MELO

A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA INOVADORA DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

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: Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento
Co-Orientador: Marcos Henrique Muniz de Castro

FORTALEZA

2011

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

M486s Melo, Natália de Lima

A Saúde da Família como Estratégia Inovadora da Saúde Coletiva no Brasil: Uma Revisão de Literatura / Natália de Lima Melo. - 2011.

38 f.

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

Orientação: Prof. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento

Co-orientação: Prof. Marcos Henrique Muniz de Castro

1. Profissionais 2. Atenção Primária à Saúde 3. Estratégia Saúde da Família I. Título.

CDD 362.1

NATÁLIA DE LIMA MELO

A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA INOVADORA DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

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

Aprovada em 02/12/2011

BANCA EXAMINADORA

_____

Ms. pela UFC Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento

_____

Prof. Esp. em Saúde da Família Marcos Henrique Muniz de Castro

Dedicatória

Dedico esta conquista aos meus pais Francisco e Socorro, meu irmão Emerson e meu noivo Roberto Ruy, pela grande confiança em mim depositada e exemplo de determinação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, força maior que rege e ilumina a minha vida.

A minha família, alicerce do meu ser, responsáveis diretos pelo que sou a quem dedico o maior de todos os sentimentos: o amor.

Ao meu noivo e futuro marido, Roberto Ruy, companheiro que incentiva meu crescimento profissional e pessoal, estando sempre ao meu lado, me tornando a mulher mais feliz do mundo.

Ao meu tutor, Marcos Henrique Muniz de Castro, a quem dedico grande carinho, pelo incentivo nas horas difíceis e nos momentos em que estive desmotivada a continuar na batalha e a Universidade Federal do Ceará, idealizadora do curso.

Aos amigos de curso, que estiveram presentes durante todo esse tempo, em menção da Dra. Galgane César, companheira e amiga, que sempre me apoiou e me 'levou' junto dela nos encontros presenciais.

Aos amigos de sempre, essenciais no percurso da vida e na convivência diária, que representam parceiros na luta.

A todas aquelas pessoas que participam direta ou indiretamente das minhas conquistas, me acrescentando saberes na vida profissional, partilhando comigo suas aflições, depositando em mim confiança de propiciar uma assistência de enfermagem humana e solidária.

A toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Ibiapina, em especial a Dra. Georgienne Linhares de Sousa, gestora e amiga, que propiciou a concretização desse avanço profissional.

RESUMO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se manifestando fortemente nos últimos tempos no âmbito da saúde coletiva e a saúde da família à saúde tem se evidenciado durante esse processo, através da contribuição na constituição do sistema de saúde público, com impacto nos indicadores de saúde, garantia da participação social e acesso universal aos usuários do sistema. Assim sendo, a Estratégia Saúde da Família surge como reorientação do modelo de atenção, voltado para a família, em territórios delimitados, através de um sistema que atua como "porta de entrada" nos serviços de saúde e propicia ações qualificadas e resolutivas através de equipes interdisciplinares. O objetivo principal do estudo é evidenciar o conceito de "saúde da família", bem como suas nuances em meio ao Sistema Único de Saúde, através de exposição de temas revistos e explorados de forma reflexiva sobre a Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo realizado durante o Curso de Especialização em Saúde da Família a partir de revisão literária, na qual a autora expõe suas reflexões acerca dos temas relatados. A estruturação dos portfólios foi proposta a partir de capítulos referentes às disciplinas cursadas, por entendimento de que os fatos e referências utilizadas permitem uma maior organização de idéias e pensamentos, dispostos a partir de temas apresentados separadamente e que necessitam, no entanto, de apreciação integral quanto aos conteúdos e problemáticas. Na oportunidade pode-se observar que a mudança de modelo assistencial e conseqüentemente a inclusão de práticas voltadas para a "saúde coletiva" e "saúde da família" provocaram um cenário de intensas mudanças no paradigma da saúde no Brasil, as quais perpassam por revolução de conceitos e práticas e que requerem atualização profissional a fim de se obter êxito nas ações propostas na atenção primária à saúde.

Palavras-Chaves: Saúde Coletiva. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The consolidation of the Unified Health System (SUS) has spoken strongly in recent times within the public health and family health, health has become apparent during this process by contributing in the constitution of the public health system, with impact indicators health, social participation and ensuring universal access to system users. Thus, the Family Health Strategy appears to shift the model of care, family-oriented, in delimited territories, through a system that acts as a "gateway" in health services and provides qualified and resolutive action through teams interdisciplinary. The main objective of the study is to demonstrate the concept of "family health" as well as nuances in the midst of the Unified Health System, via exposure of issues reviewed and explored reflectively about the Family Health Strategy. It is a study conducted during the Specialization Course in Family Health from the literature review, in which the author presents reflections about the issues reported. The structuring of portfolios has been proposed from the chapters relating to subjects taken by the understanding that the facts and references used allow a better organization of ideas and thoughts, arranged from themes presented separately and need, however, full of appreciation about the content and issues. On that occasion it can be seen that changing the treatment model and therefore the inclusion of practices for "public health" and "family health" cause a scene of intense change in the paradigm of health in Brazil, which run through a revolution concepts and practices that require professional training in order to succeed in the proposed activities in primary health care.

Keywords: Health. Family Health. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

NUTEDS – Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNA – SUS – Universidades Aberta do Sistema Único de Saúde

AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

SRT – Serviços de Residência Terapêutica

UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

PNASH – Política Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

APS – Atenção Primária à Saúde

Caps – Caixas de Aposentadoria e Pensão

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

DAB – Departamento de Atenção Básica

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**10**
2	**OBJETIVOS**	**11**
3	**METODOLOGIA**	**12**
4	**RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTFÓLIOS**	**14**
4.1	**Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde**	**14**
4.2	**Disciplina 02 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde**	**16**
4.3	**Disciplina 03 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde**	**19**
4.4	**Disciplina 04 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde**	**20**
4.5	**Disciplina 05 – Saúde da Mulher**	**22**
4.6	**Disciplina 06 – Saúde Mental e Violência**	**23**
4.7	**Disciplina 07 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família**	**26**
4.8	**Disciplina 08 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal**	**28**
4.9	**Disciplina 09 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência**	**31**
5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**34**
	REFERÊNCIAS	**35**

1 INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se manifestando fortemente nos últimos tempos no âmbito da saúde coletiva e a "saúde da família" tem se evidenciado durante esse processo, através da contribuição na constituição do sistema de saúde público, com impacto nos indicadores de saúde, garantia da participação social e acesso universal aos usuários do sistema.

Assim sendo, a Estratégia Saúde da Família surge como reorientação do modelo de atenção, voltado para a família, em territórios delimitados, através de um sistema que atua como "porta de entrada" nos serviços de saúde e propicia ações qualificadas e resolutivas através de equipes interdisciplinares.

Como ferramenta de auxílio para qualificação dos profissionais que compõem e executam as ações no Sistema Único de Saúde (SUS) faz-se extremamente necessário que exista um processo de educação em caráter permanente, visto que o processo de saúde e doença é algo dinâmico e se configura num cenário atual de grandes descobertas e avanços científicos no campo da saúde.

A importância de atualização de práticas acadêmicas e profissionais dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família é um grande avanço proposto na política de educação permanente do Sistema Único de Saúde e servirá como propulsor de mudanças no paradigma da saúde no cenário mundial ao longo dos tempos. Outrora, cabe a nós profissionais de saúde, a incumbência de buscarmos aperfeiçoamento e atualização diária das nossas ações, enquanto agentes responsáveis pelo desenvolvimento de serviços humanizados e resolutivos, voltados para uma grande parte da população brasileira, então usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

É nessa perspectiva que o Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS – UFC) desempenha um papel de formador de profissionais habilitados para o desempenho de ações em serviços básicos de saúde. O curso proporciona enfoque e retrospecto da saúde no Brasil e no mundo, abordando a evolução dos modelos de saúde e os principais instrumentos utilizados na implementação de políticas públicas de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar o conceito de “saúde da família”, bem como suas nuances em meio ao Sistema Único de Saúde, através de exposição de temas revistos e explorados de forma reflexiva sobre a Estratégia Saúde da Família durante o Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC);

Refletir acerca da prática profissional na Estratégia Saúde da Família;

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado durante o Curso de Especialização em Saúde da Família a partir de revisão literária, na qual a autora expõe suas reflexões a cerca dos temas relatados.

O Curso de Especialização em Saúde da Família, proposto por parceria entre a Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Aberta dos SUS (UNA-SUS) foi realizado no período de Maio de 2010 a Dezembro de 2011. Os módulos contemplaram os principais temas e disciplinas contextualizadas na temática da Estratégia Saúde da Família, tais como "Educação à Distância", "Processo de Trabalho em Saúde", "Saúde Mental e Violência", "Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde", "Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde", "Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde", "Saúde da Mulher", "Participação Social e Promoção da Saúde", "Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família", "Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal" e "Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência". Cada disciplina proporcionou ao discente contato com conteúdos inovadores, através de metodologia cativante, com rico material complementar, compartilhado por meio de fóruns, chats e atividades individuais como também coletivas.

Durante o tempo de execução de cada disciplina foram construídos os portfólios das disciplinas, que se utilizou de reflexões geradas de textos de apoio do AVA, assim como de referências buscadas pela discente e discussões provenientes dos espaços de socialização da turma. A construção se deu a partir de processo dinâmico, os quais passaram por aperfeiçoamento e redefinições contextuais. A prática profissional subsidiou a execução e vivência dos planos e ações propostas durante o período do curso e representou grande auxílio e instrumento de validação das práticas.

A estruturação dos portfólios foi proposta a partir de capítulos referentes às disciplinas cursadas, por entendimento de que os fatos e referências utilizadas permitem uma maior organização de idéias e pensamentos, dispostos a partir de temas apresentados separadamente e que necessitam, no entanto, de apreciação integral quanto aos conteúdos e problemáticas.

Durante a realização desse trabalho não foi necessária a apreciação e possível aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), visto que não envolve seres humanos, tratando de uma exposição crítica de referências literárias dos temas abordados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde

O entendimento de processo de trabalho em saúde, em parte, assemelha-se as demais áreas de estudo. Existem determinadas categorias profissionais produzindo um serviço, sendo este ofertado a uma clientela, de forma a ser resolutivo e qualificado. Dessa forma espera-se que o resultado do trabalho ofereça um conjunto de ações que causem impactos e gerem mudanças no paradigma das práticas de saúde.

A história de saúde no Brasil surge com ênfase em modelos curativistas ou médico-hospitalocêntricos, decorrentes de um contexto histórico de grandes epidemias e moldes campanhistas e sanitaristas. O processo de trabalho durante o passar dos anos vem sofrendo mudanças baseadas numa perspectiva de mudança do modelo de atenção para ações voltadas para promoção da saúde dos indivíduos e conseqüentemente um estado de "vigilância em saúde".

Nos dias atuais, os aspectos culturais de uma sociedade sofreram mudanças significativas, que surgiram a partir de adaptações ao estilo de vida moderno. Outros povos, no entanto, preservam peculiaridades que são marca de uma geração. Nem sempre, as políticas de saúde contemplam esse público-alvo, visto que uniformizam ações sem considerar o contexto no qual o indivíduo está inserido. A programação e planejamento local/municipal colaboram na execução dessas ações, trazendo-as mais perto da população. Não podemos falar que planejamos com excelência e prioridade, mas fazemos parte disso no nosso próprio dia-a-dia, através do uso racional do senso comum.

A atenção primária/básica surge como reorientação de um modelo de atenção à saúde com base na Estratégia Saúde da Família, através de "*um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação"* (BRASIL, 2007).

Utilizando um olhar amplo sobre as ações que compõem as políticas de atenção básica podemos afirmar que se trata de ações integrais, que assumem um caráter dinâmico e que necessitam de trabalhadores aptos a desempenhar tais, de forma a realizá-las de forma

cooperativista, dotados de conhecimento técnico para promover intervenções resolutivas. De acordo com Merhy (1999), *um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.*

As divergências entre "olhares", culturas, são parte de um contexto diário de trabalho. O Brasil é um país de várias etnias e cada uma delas atrela características inerentes ao modo de vida, de ser daquele povo. Cabe ao profissional lançar de sensibilidade e discernimento para lidar com os mais diversos "olhares", de forma a garantir a adesão e qualidade na assistência prestada.

A partir da reorientação do modelo de assistência, o Sistema Único de Saúde, idealizado nos moldes de uma constituinte em que se determina que “saúde é um dever do estado e direito de todos” passa a assumir um caráter ainda mais global e se consolida através da adesão de práticas voltadas para população de um território delimitado, gerando vínculo entre comunidade, prestadoras de serviços e profissionais, num âmbito de co-responsabilidade. Nesse sentido, vale lembrar que a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade das ações e a equidade, ofertando mais a quem precisa mais, são princípios que regem o SUS e devem ser orientadores no desenvolver de ações nos serviços de saúde.

Na tentativa de reafirmar o modelo de atenção primária à saúde pela Estratégia Saúde da Família (ESF), composta do profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico em saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde, o Ministério da Saúde através da Portaria 154 de Janeiro de 2008 cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o propósito de ofertar apoio matricial e interdisciplinar às equipes de saúde da família, fortalecendo as ações de promoção da saúde.

Dessa forma, temos como fundamento prioritário no processo de trabalho em saúde a comunicação em saúde, que se evidencia como meio de levar informações aos indivíduos e coletividades, assim também otimizar e partilhar conhecimentos capazes de melhorar as condições de vida de uma sociedade. Surge como um processo de extrema importância, visto que propicia as ações de “educação em saúde”, foco da política de promoção à saúde.

Assim sendo, o ato de “comunicar-se” favorece as trocas de informações, processo de construção do saber e as relações do processo saúde/doença. É essencial no desenvolvimento das práticas em saúde, visto que, favorece a disseminação de informações que, diante da problemática presente e público-alvo são adaptáveis e muito flexíveis. Enfim, é parte integrante na Estratégia Saúde da Família e contribui na execução das políticas de saúde a nível local, enquanto meio para disseminação de informações.

A Estratégia Saúde da Família veio a modificar o até então modelo de saúde hospitalocêntrico. No entanto, ainda se enfrenta grandes dificuldades no que diz respeito à execução de ações básicas de saúde, por ocasião do crédulo popular em assistência no âmbito hospitalar. Uma parcela considerável da população ainda resiste na participação de medidas de promoção à saúde, procurando os serviços de saúde apenas para assistência curativa, fugindo da essência que norteia o modelo da Estratégia de Saúde da Família.

Entretanto temos que salientar que são notórias as mudanças ocorridas na saúde em todo o Brasil e particularmente no Ceará. Os indicadores de saúde puderam ser mais bem estudados e compreendidos, ações puderam ser planejadas de acordo com as realidades locais, um grande avanço foi dado na saúde básica. Nem sempre temos em mãos os meios e a motivação desejados, o que torna o processo ainda mais complexo. No entanto, se tivermos otimismo de fazê-lo teremos para todo o sempre grandes relatos e experiências a serem dissipadas.

4.2 Disciplina 02 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

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

Os modelos assistenciais, na maioria, são influenciados por momentos históricos vividos em uma determinada época. No Brasil, as mudanças nesses modelos refletiram as proposições de uma sociedade e foram impulsionadas por importantes movimentos sociais.

Houve um tempo em que grandes epidemias instalaram-se no país e como conseqüência, medidas sanitaristas emergenciais e de caráter obrigatório foram instituídas, tais como campanhas de vacinação contra febre amarela e varíola, o que deu origem a política públicas de saúde para controle de tais agravos.

Com o crescente processo de industrialização e trabalhadores urbanos (vítimas de êxodo rural) , na década de 1920, surgiram reivindicações previdenciárias e assistenciais em saúde. A saúde esteve totalmente ligada à previdência durante anos com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps). Na década de 1930, houve instalação de centros e postos de saúde que atendiam e tratavam pessoas contra doenças, sem considerar, no entanto, a origem multifatorial do "adoecimento". O modelo predominante da época atendia aos moldes da verticalização da saúde.

A partir da década de 1930, as Caps transformam-se em IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensão, organizados em categorias profissionais, onde as ações de saúde eram ofertadas em redes ambulatoriais e de hospitais imbuídos em recuperar a força de trabalho da classe. As classes mais pobres eram atendidas através das redes estaduais de saúde, enquanto a classe mais rica procurava por serviços médicos privados. O médico hospitalocêntrico ou biomédico predominou durante o período.

No ano de 1964, com a instauração do governo militar, mudanças foram instituídas e os IAPs forma unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) mantendo o foco da assistência no modelo biomédico e na saúde individual, ficando sob responsabilidade do estado e ministério da saúde as ações de saúde pública. Não foi o bastante para que a assistência fosse exitosa.

A década de 1970 foi marcada por intensos debates sobre a efetividade e resolutividade da assistência biomédica, levando em conta que a maioria dos brasileiros pobres ficava aquém das ações de saúde, quando estes não estavam vinculados à previdência. A epidemiologia das doenças mostrava que doenças crônicas e multifatoriais assolavam a população e não mais havia possibilidade de segregar aspectos individuais dos coletivos. A tecnologia da época não era o bastante, a relação profissional-cliente deveria ser otimizada.

Dessa forma surge o contexto da medicina comunitária ou atenção primária como alternativa aos problemas encontrados. O objetivo principal foi levar a saúde para mais perto da população e principalmente para os mais pobres. Essas experiências serviram de reflexão para Reforma Sanitária, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual propôs a reformulação da assistência em saúde através da criação do Sistema Único de Saúde e garantiu o direito à saúde através da Constituição de 1988, regidos pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

As Leis 8.080 e 8.142 de 1990 foram essenciais para difusão do modelo de assistencial voltado para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. A participação comunitária foi fomentada com a criação e fiscalização dos conselhos de saúde nos três níveis (municipal, estadual e federal) e permitiu que os cidadãos avaliassem o impacto das ações e serviços de saúde na qualidade de vida da população.

Mais recentemente, na década de 1990, surge como estratégia para mudança do modelo hegemônico em saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da saúde, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, através de reorientação e organização da rede de atenção em saúde, que diferencia em níveis de atenção conforme o acesso à população. Dessa forma, as unidades de saúde da família seriam porta de entrada ao sistema de saúde e conforme necessidade de ações específicas estas seriam referenciadas para outros níveis de atenção.

A Atenção Primária à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações e pela vida das pessoas (ALVES, 2007).

A mudança do Modelo Assistencial de Saúde no Brasil ainda sofre intervenções diretas dos moldes sociais da população. O modelo de “vigilância à saúde” preconiza ações no âmbito da promoção à saúde de forma abrangente e efetiva, no entanto, a realidade na qual nos

deparamos no dia-a-dia mostra grande resistência no desenvolvimento de ações de promoção à saúde.

Na perspectiva de mudança de modelo assistencial de saúde as equipes de saúde da família são orientadas a desenvolver tais ações de forma planejada e sistemática. Cada membro da equipe utiliza suas ferramentas profissionais na tentativa de êxito e resolutividade no desenvolver de suas atividades diárias. Através do processo de territorialização da área de adscrição da ESF, a situação e diagnóstico de saúde da população são fomentados e as ações planejadas e direcionadas para grupos que oferecem maior vulnerabilidade para determinantes e condicionantes de saúde.

4.3 Disciplina 03 - Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

O Planejamento em Saúde, grande aliado na execução de ações de saúde, no âmbito da atenção primária à saúde exige, para maior efetividade, integração da comunidade adscrita e participação direta nas decisões que competem ao desenvolvimento de ações/serviços de saúde daquela comunidade. Diante da fragilidade desse vínculo é que o que se é planejado nem sempre é o esperado pela população.

Os determinantes e condicionantes de saúde precisam ser observados e as intervenções poderão ser propostas de forma ainda mais coerente diante de tal análise situacional. Muitas equipes de saúde, pela constante rotatividade de profissionais, não fincam um vínculo e muitas vezes não conhecem, a fundo, a realidade local das suas áreas de adstrição. Isso prejudica o processo de planejamento e o direcionamento das ações e população/grupo-alvo ou susceptível ou em condições de vulnerabilidade.

O planejamento não pode ser algo isolado/restrito. Ele precisa envolver os "atores sociais" e principais responsáveis pela execução dos serviços. Os principais “atores” envolvidos nesse processo deverão ser representantes locais da sociedade, através de representações em conselho municipal de saúde, associações comunitárias, igrejas, escolas, times de futebol, dentre vários outros.

A construção de um planejamento em saúde requer o cumprimento de algumas etapas. Trata-se de um processo complexo de construção de um roteiro a ser seguido para realização de

um objetivo comum. A experiência vivida de uma construção coletiva demonstra através de análises situacionais que muitos são os problemas existentes e poucos estão ao alcance em resolutividade. Enfim, trata-se de um processo de construção coletiva e complexo, exigindo interação constante dos integrantes da equipe de trabalho, numa visão interdisciplinar e abrangente.

4.4 Disciplina 04 - Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde

O processo de educação e saúde é uma ferramenta constantemente utilizada por profissionais da Estratégia Saúde da Família com o intuito de difundir práticas/meios para promover e recuperar a saúde de indivíduos e coletividades. No entanto, devem-se utilizar metodologias que retratem a realidade local, através de peculiaridades étnicas, culturais, religiosas, entre outras.

É importante que os profissionais experimentem métodos e os aperfeiçoem para os mais diferentes clientes, observando suas características e modelo de inserção na sociedade. Tal aperfeiçoamento pode ser realizado mediante análise e definição do diagnóstico situacional da área de atuação.

As concepções pedagógicas embutidas no molde tradicional de “transmissão de conhecimentos e informações” aos clientes ainda é uma prática bastante praticada por muitos profissionais no dia-a-dia de trabalho, sendo esta considerada risco para agregação de reações autoritárias, as quais não demandam oportunidade do cliente em verbalizar suas dúvidas, medos e inseguranças numa socialização de conhecimentos.

O novo modelo pedagógico de aprendizagem consiste na participação ativa do individuo, da sociedade totalmente influenciada pelos fatores sócio-econômico-demográficos, culturais e espirituais nos quais estão inseridos os “atores” do processo, ou seja, os clientes. Nessa concepção o profissional não é sabedor de tudo e há uma reciprocidade na aprendizagem, através de ações integradas e amparadas na realidade local de cada área.

Com a facilidade de acesso das pessoas e coletividades aos serviços básicos de saúde gerou-se o surgimento de demandas hospitalocêntricas/curativas em unidades básicas de saúde.

O que vimos atualmente são aglomerados de pessoas dessensibilizadas quanto à promoção da saúde, gerando super lotação nos serviços, que acaba por desencadear perda na qualidade das ações prestadas. Os profissionais acabam sendo “obrigados” a atuarem de forma independente e sem planejamento prévio.

As ações de promoção à saúde ainda são vistas como desnecessárias e sem resultados imediatos. Talvez a população não tenha sido preparada para uma mudança de modelo de saúde, ou também não esteja sensível para essa mudança. O fato é que os indivíduos ao procurarem os serviços de saúde devem sentir-se acolhidos e esclarecidos sobre a dinâmica de funcionamento do mesmo, buscando ao máximo a resolubilidade do caso. O fato de escutar o “problema” e buscar soluções para tal demonstra interesse sobre os fatos e gera uma confiabilidade do cliente em relação aos profissionais de saúde, aumentando o vínculo entre ambos.

O trabalho em grupo tende a ampliar a relação de vínculo “profissional de saúde x cliente” por se tratar de mais uma ferramenta de conhecimento/inteiração da equipe no território de abrangência, assim como a visita domiciliar. Neles os profissionais presenciam e conhecem mais a fundo a realidade local e dos indivíduos, sendo, portanto uma ferramenta de vigilância à saúde. As consultas locais também favorecem a integração e vínculo através da oportunidade de desfrutar intimamente de informações que contribuem para o êxito da terapêutica instituída.

Nesse sentido, nós profissionais de saúde temos de difundir na sociedade a importância de promover ações de saúde nos indivíduos e coletividades. O fato de termos “conhecimento” acerca das práticas nos torna responsáveis por traçar estratégias de ações baseadas nas características da população e grupos assistidos a fim de avançarmos na mudança de modelo de saúde vigente para o que chamamos de ideal, ou seja, vigilância à saúde. Contudo só teremos êxito se agirmos de forma integrada e intersetorial, respeitando as limitações e diversos modelos culturais. Trata-se de uma luta complexa e prolongada, porém não utópica.

4.5 Disciplina 05 - Saúde da Mulher

A “mulher” na sociedade atual representa uma parcela significativa e ativa no mundo globalizado. Diante de todos os avanços na história das mulheres, estas ainda são vítimas de

violência de gênero bem como de discriminações sociais, econômicas, dentre outras. Nessa percepção, e considerando o princípio de equidade que rege o Sistema Único de Saúde, políticas de saúde foram criadas para garantir e assegurar os direitos das mulheres.

Uma grande conquista deu-se no fato de ter seus direitos sexuais e reprodutivos assegurados pelo sistema público de saúde. Toda mulher tem o direito de decidir sobre sua procriação ou simplesmente decidir não procriar, e ter acesso aos meios de contracepção bem como tratamentos que visem à concepção para mulheres que necessitam de atenção especializada para tal.

Como estratégia de combate à mortalidade materna e infantil, ações que fomentam a atenção no ciclo gravídico-puerperal foram criadas e instituídas no âmbito da atenção básica, assegurando acesso amplo para mulheres no acompanhamento pré-natal. A gestação, entendida como "processo fisiológico e natural" precisa ser vivida de acordo com as etapas de evolução, que tanto são refletidas no concepto como também na genitora.

O fato é que a gestação apesar de ser um fator "natural" é também complexa se observamos as muitas mudanças que ocorrem durante o ciclo gravídico. Para tanto se faz necessário acompanhar, esclarecer dúvidas, realizar consultas/exames/vacinas, a fim de proporcionarmos um processo mais fisiológico possível, sem maiores intercorrências patológicas. Cada etapa e procedimento realizado representam um cuidado na detecção precoce de agravos, bem como da prevenção destes. O apoio psicológico, familiar deve ser fomentado nesse período pelos profissionais, pois a mulher encontra-se sensível ao estado de "ser mãe" e na maioria das vezes pode demonstrar fragilidade nas suas atitudes.

Os cuidados à mulher incluem também ações de prevenção ao câncer de colo uterino e câncer de mama, agravos que representam um grande número de casos e fator de morbimortalidade na população feminina, perfazendo um problema de saúde pública nacional.

A violência à mulher ainda é tratada ou vista com certa "insegurança" pelos profissionais e sociedade em geral. Por tratar-se de um problema de origem ampla, este está atrelado a muitos fatores, tais como sociais econômicos, políticos, dentre outros. O fato é que ainda não somos totalmente habilitados a tratarmos desse assunto de forma resolutiva. Um grande avanço nas políticas de saúde voltadas para mulher, bem como a criação da Lei Maria

da Penha, a qual ampara legalmente as mulheres vítimas de violência fazem parte de um processo que representa grande avanço na história da mulher no contexto global.

O fato principal é que novas políticas devem ainda ser criadas visando à melhoria da qualidade de vida das mulheres, com acesso à saúde, educação, emprego/renda, habitação, lazer, que os direitos sexuais e reprodutivos sejam respeitados e que a violência seja enfrentada de forma efetiva e abrangente, respeitando-se as peculiaridades e características femininas.

4.6 Disciplina 06 - Saúde Mental e Violência

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, foi um grande marco para mudanças na saúde mental e incorporação de novas metodologias e ações de enfrentamento de transtornos psiquiátricos. Baseia-se no fato de instituir tratamentos e com isso contribuir para reinserção dos portadores de transtornos mentais no meio social e principalmente, fomentar o vínculo familiar, principalmente após longos períodos de internação. Dessa forma a vulnerabilidade, o preconceito e discriminação oriundos da doença mental passam a ser enfrentados e experiências positivas se fazem cada vez mais presentes no contexto da saúde mental.

Dados epidemiológicos constatam que 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS são destinados para a Saúde Mental. Quanto aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem cerca de 6% da população. Ao se considerar apenas o álcool, entre os 12 e 65 anos de idade, de 9% a 11% das pessoas são dependentes, de acordo com pesquisas realizadas no Brasil pela Unifesp, relativas ao ano de 2005. Os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores dessas substâncias. Para a maioria dos casos é mais útil pensar em “problemas associados ao uso de álcool e outras drogas” do que em “dependência”, uma vez que não só a dependência deve ser tratada, mas também todas as formas de uso que tragam prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, sua família e seu meio (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre

circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (BRASIL, 2011).

Contudo, objetiva-se reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade, além de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), incluindo na assistência ações da saúde mental na atenção básica.

A implementação de uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas, implantação do Programa “De volta Para Casa, e contribuição para manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, fomentando a promoção dos direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantindo tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliando continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria são ações prioritárias da Política de Saúde Mental e do Ministério da Saúde do Brasil.

Atualmente, observa-se no cenário mundial e nacional, forte tendência na substituição do modelo de internamentos em hospitais psiquiátricos e a constante firmação de modelos de atenção à saúde mental voltados para ações comunitárias, reconhecendo a origem multifatorial dos transtornos mentais, tratando-os como problema de saúde pública, especialmente no que condiz ao álcool e outras drogas.

É nesse contexto que a saúde mental surge como proposta prática de atenção na Estratégia Saúde da Família, contextualizando ações em um território, observando a integralidade e especificidades dos indivíduos e coletividades e executando práticas multidisciplinares juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Pelo fato de ser a atenção primária à saúde, porta de entrada do indivíduo aos serviços de saúde, espera-se

que esta trabalhe de perto, analisando o contexto de vida e as condições que podem ter levado o indivíduo a desenvolver transtornos psiquiátricos, proporcionando ao mesmo a possibilidade de um tratamento inserido na base familiar e social.

Há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental – atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado, organização em rede – que devem se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território. É primordial, então, incluir ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da APS, as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios do SUS (BRASIL, 2009).

4.7 Disciplina 07 - Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

O atual cenário mundial representado num modelo de economia baseado na "lei da procura e oferta" do sistema capitalista tem propiciado mudanças significativas na atuação profissional em diversos âmbitos, inclusive na saúde. Como conseqüência de tal, os trabalhadores vêm sofrendo a ação das mudanças nas condições de trabalho, o que os leva a desenvolver doenças e/ou agravos oriundos do agravamento de estados prévios de saúde, bem como do surgimento de novas complicações específicas do trabalho.

É interessante ressaltar que o ambiente em que o trabalho é desenvolvido tem repercussões importantes na saúde da classe proletária. Nessa perspectiva estudos foram realizados e os riscos ambientais tornaram-se mais claros para população. Desde há muito, as exigências cada vez mais complexas da sociedade moderna vêm acelerando o uso dos recursos naturais, resultando em danos ambientais que colocam em risco a sobrevivência da humanidade no planeta. Por isso pode-se afirmar que o meio ambiente, a saúde e trabalho são assuntos e questões indissociáveis.

Para José Afonso da Silva (1997), meio ambiente é a interação do conjunto de elementos naturais, artificiais e culturais que propiciam o desenvolvimento equilibrado da vida

em todas suas formas. Com isso conclui-se que o conceito de meio ambiente depende do equilíbrio dos recursos e gera como fator desencadeante a saúde de uma população.

A palavra saúde também deve ser compreendida de forma abrangente, não se referindo somente à ausência de doenças, mas sim ao completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo, através de um conceito mais ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde. A complexa interação de fatores também elabora e propõe que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais". Sendo assim, quando um destes encontra-se em desequilíbrio gera-se um dano que, diante da complexidade e magnitude pode ter caráter reversível ou não.

Na perspectiva de agregar a estes fatores determinantes do processo de saúde e doença, foram desenvolvidas estratégias para nortear práticas que promovem a saúde da classe trabalhadora e monitora os impactos do meio ambiente, do ambiente de trabalho na saúde individual e coletiva. Na tentativa de se evitar danos a saúde do trabalhador, as ações e ambientes nocivos são identificados mediante o risco e medidas de prevenção de acidentes são propostas através de programas de proteção aos trabalhadores.

A inserção das ações de saúde do trabalhador enquanto prática inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS) representou um grande avanço das lutas de classe e congratulou o direito à saúde como responsabilidade do estado, como disposto na Constituição Federal de 1988. Em complementação a tal, a Lei 8.080 traz a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.” (BRASIL, 1990)

Como forma de direcionar e unificar as práticas em saúde do trabalhador em todo o território nacional, o Ministério da Saúde cria e foi institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que tem como propósitos a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas e intersetoriais, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos.

O fato é que o profissional de saúde precisa reconhecer os riscos à saúde inerentes a sua prática laboral, agindo de forma a cooperar com a prevenção de agravos, sendo parte importante e sujeito principal nesse contexto de saúde. O direito de exercer suas atividades num ambiente saudável e seguro deve ser garantido e fomentado e quando este se fizer presente, os direitos adicionais de exposição a ambientes insalubres devem ser preservados. O ambiente de trabalho, nos mais diversos aspectos, age direta ou indiretamente na saúde do trabalhador e diretamente na prevenção ou ocasião de danos. Um ambiente saudável induz ao profissional maior capacidade de produção de serviços e gera qualidade de vida aos profissionais como também à população assistida.

Então chegamos à conclusão que os problemas de Saúde Ambiental e do Trabalhador são complexos e de várias dimensões como econômica, social, cultural e política. Eles demandam para o SUS uma reorganização da atenção em saúde que vá além da assistência curativa individual e tenha como foco a promoção da saúde. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família participa, de forma efetiva, através da atuação em território delimitado e conhecido através de mapeamento e diagnóstico situacional da população, garantida através da execução de ações de territorialização nas unidades de saúde e territórios de saúde.

Contudo, preservar e conservar o meio ambiente se traduz na garantia de sobrevivência da própria espécie humana e, nesse sentido, corrobora com a saúde de toda população, inclusive os profissionais que são sujeitos ativos no processo de cuidar.

4.8 Disciplina 08 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

A saúde bucal no Brasil foi, durante muitos anos, um serviço excludente voltado para uma minoria da população que pudesse arcar com os custos de procedimentos que, na maioria das vezes chegavam a ser mutilantes e seguiam tendências que eram influenciadas pelo contexto histórico da época. Com o passar dos anos, essa realidade passou a sofrer intensas modificações e as ações de saúde bucal passaram a fazer parte de ações básicas de saúde, dentro de territórios e mais acessíveis à população.

Não diferente de outras ações que evoluíram com o tempo, a saúde bucal acompanhou o que historicamente chamamos de Reforma Sanitária, que proporcionou transformação nas práticas sanitárias e propôs uma maior integração com o Sistema Único de Saúde.

Foi com uma idéia mais abrangente de saúde que se concretizou o relatório final da 8a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguindo a Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como um de seus princípios a universalização da saúde como forma de superar o déficit de oferta de saúde à população (WERNECK, 1998).

A questão da reforma sanitária e a de seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuíram para transformar a política de saúde. Elas exigiram uma mudança estrutural e uma política social capaz de liquidar a "dívida social histórica". Com a Constituição de 1988, houve a confirmação da unificação dos serviços institucionais de saúde com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, eqüidade e integralidade (LUZ, 1991).

Esses instrumentos definiram um conceito ampliado de saúde e apontaram para as estratégias de organização e controle das ações e dos serviços de saúde, interligando setores e buscando soluções para situações e problemas que eram considerados determinantes do estado de saúde da população. Constituíram, ainda, o arcabouço legal de sustentação do SUS, significando, em última análise, a responsabilização do Estado, sob o ponto de vista jurídico, pela atenção à saúde da população, objetivando a descentralização, a regionalização e a hierarquização (WERNECK, 1994).

A inserção da saúde bucal no contexto de saúde coletiva propiciou a flexibilização das ações curativistas e incorporação de ações de prevenção e promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. A maior crítica a esse modelo adotado é o fato de ainda existir restrição da atenção preventiva aos espaços públicos e sociais, ficando esta concentrada em consultórios e unidades de saúde da família. Outro fato é a falta de mecanismos que articulem o atendimento curativo às ações preventivo-promocionais realizadas com a família, tornando-as isoladas e fragmentadas, o que acaba por limitar a sua potencialidade.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da saúde (2011), estudos epidemiológicos que têm como base a população, são importantes componentes em qualquer política de vigilância em saúde. No caso particular da saúde bucal, o diagnóstico coletivo dos principais agravos (a cárie dentária, as doenças da gengiva, dentre outros) deve ser estabelecido, com propriedade, mediante a realização de inquéritos populacionais. Os três grandes inquéritos nacionais realizados em 1986, 1996 e 2003 foram de grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira.

A partir da idéia de que as necessidades de tratamento odontológico seriam de tal magnitude que impediriam o êxito de quaisquer propostas odontológicas de solução em massa, considerava-se que seriam desnecessários levantamentos mais precisos, já que bastava saber que o problema era imenso. Com base nesse enfoque, o planejamento do trabalho odontológico podia prescindir de dados globais, pois supostamente não teriam validade prática. Acrescente-se a esse quadro as evidentes dificuldades de ordem operacional e financeira com as quais deparavam aqueles que intentassem conhecer os níveis de saúde bucal em um país com as dimensões brasileiras (BRASIL, 2006).

Contudo, é fundamental que a produção de estudos e conhecimento da realidade local seja parte integrante do processo de planejamento da equipe de saúde da família, fazendo com que o perfil populacional seja conhecido e que ações sejam específicas às demandas levantadas. Sabe-se que existe uma demanda reprimida considerável de pessoas que necessitam de serviços odontológicos e que por se tratar de um processo dinâmico, que está presente em todas as faixas etárias e grupos populacionais, praticamente não existiria uma solução imediata para uma problemática tão complexa.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui, nesse tocante, como um marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de

caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde. Dentre os pressupostos dessa política, que visam à reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, destacam-se: (a) "utilizar a Epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento" e (b) "centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença" (BRASIL, 2011).

Dessa forma, podemos evidenciar que mesmo diante de iniciativas de ampliação de serviços básicos e especializados, a grande ferramenta que poderia modificar toda essa realidade seria a adoção de hábitos saudáveis de higiene bucal e adoção de medidas institucionais que refletissem nos determinantes e condicionantes da saúde bucal.

4.9 Disciplina 09 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

Para melhor entendermos o universo das pessoas portadoras de deficiência, precisamos primeiramente conceituar o termo e a partir deste nos apropriarmos do que trata as políticas públicas nesse tocante. A partir desse pensamento, temos que: "*Pessoa portadora de deficiência é aquela que apresenta em caráter permanente perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano*." (BRASIL, 1999)

Segundo o Censo 2000, 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população brasileira) têm algum tipo de deficiência, desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até graves lesões incapacitantes. Tais dados epidemiológicos demonstram uma quantidade considerável de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, o que evidencia a necessidade real de avanços e políticas públicas específicas voltadas para essa população.

Assim sendo, podemos mensurar a magnitude desse termo e a implicância dessa problemática na sociedade. Atualmente a "deficiência" tem sido vista de forma menos excludente e isso é conseqüência de movimentos sociais e organização de grupos com representações que lutam pela garantia de direitos da população portadora de algum tipo de

deficiência e do reconhecimento de órgãos públicos e instituições privadas sobre a funcionalidade desses indivíduos.

Na observância de assegurar esses direitos, surge a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pelo Decreto nº 914 de 6.9.1993 e atualizada em 20 de dezembro de 1999 através do Decreto nº 3.298, visa assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência. São princípios e objetivos dessa Política, dentre outros: a) ação conjunta entre Estado e sociedade, para assegurar a plena integração da pessoa portadora de deficiência no contexto sócio-econômico e cultural, b) respeito a essas pessoas com garantia da igualdade de oportunidades; c) o acesso, o ingresso e a permanência de pessoa portadora de deficiência em todos os serviços oferecidos à comunidade, d) desenvolvimento de programas destinados ao atendimento das necessidades especiais da pessoa portadora de deficiência, entre outros.

Essa nova abordagem representa outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas portadoras de deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas (BRASIL, 1999).

Na raiz dessa nova abordagem está à perspectiva da inclusão social, entendida “como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (SASSAKI, 1997).

É nessa perspectiva que está incluída a assistência básica às pessoas portadoras de deficiência. No que concerne à “saúde como direito de todos e dever do estado”, ações de saúde foram planejadas conforme necessidades levantadas para cada tipo de deficiência e propostas na tentativa de favorecer e legitimar princípios que regem o Sistema Único de Saúde, que são universalidade, igualdade e equidade. Tal consideração se faz oportuna por favorecer a relação de “empoderamento” e possibilidade do “autocuidado” a estas pessoas, fazendo com que estas sejam o mais independentes, dentro das suas limitações.

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas portadoras de deficiências significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade (BRASIL, 1999).

Nesse tocante, devemos estimular e sensibilizar gestores e profissionais de saúde a desenvolverem e oportunizarem condições para tal, uma assistência integral e humanizada, livre de preconceitos e negligências. Onde cada cliente seja preferencialmente atendido e tenha um acolhimento oportuno. Onde a estrutura física contemple as necessidades de livre locomoção e acomodação dos clientes que procurarem os serviços de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a eqüidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (BRASIL, 2000).

Pode-se observar que a mudança de modelo assistencial e conseqüentemente a inclusão de práticas voltadas para a "saúde coletiva" e "saúde da família" provocam um cenário de intensas mudanças no paradigma da saúde no Brasil, as quais perpassam por revolução de conceitos e práticas e que requerem atualização profissional a fim de se obter êxito nas ações propostas na atenção primária à saúde. Na perspectiva da incorporação de tais princípios a "saúde da família" é preconizada como uma forte estratégia de levar as ações e serviços de saúde cada vez mais próximos das pessoas e comunidades.

Para tanto, faz-se mais do que necessário que os profissionais que compõem o Sistema Único de Saúde estejam adaptados e inseridos no contexto de mudanças e evoluções sofridas a partir dos anos. Foi nesse intuito que surgiu o Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal do Ceará, o qual propiciou a formação atualizada de profissionais de saúde especializados em saúde da família, aptos a exercerem as funções de protagonistas no processo de reorientação do modelo de saúde.

Contudo, durante o período de duração do curso, pode-se desfrutar de temas da atualidade, voltados para ações básicas de saúde, que corroboram com as práticas de "vigilância à saúde" e subsidiam o processo evolutivo do Sistema Único de Saúde no Brasil. Vale ressaltar que a metodologia utilizada através da educação a distância foi responsável por desmistificar o "preconceito" em relação a essa modalidade de ensino assim como proporcionou apreciação de diversas formas de interatividade.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, C.A.; SILVA JÚNIOR, A.G. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: NOROSINI, M.V.G.C: CORBO, ADA (Orgs) ____Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br. Acesso em 10 de Setembro de 2010.
2. BRASIL. Constituição Federal. Decreto nº 3.298, 1999.
3. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. 8.080, 1990.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental.Brasília, 2011. Disponível em http://portal.saude.gov.br. Acesso em 11 de Fevereiro de 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília, 2007 (Série Pactos pela Saúde; v.4).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2011. Disponível em http://dab.saude.gov.br. Acesso em 01 de Maio de 2011.
8. BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 2008. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br. Acesso em 28 de Maio de 2011.
9. Censo 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011. Disponível em http://www.ibge.gov.br. Acesso em 25 de Maio de 2011.
10. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. v.34. n.3 São Paulo, 2000.
11. LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. Physis. v.1, n.1.

12. MERHY, E.E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos. Chaves dos Serviços de Saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.

13. OPS. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em http://dab.saude.gov.br/ . Acesso em 15 de Abril de 2011.

14. SASSAKI, R. K. Inclusão. Construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro, 1991.

15. SILVA, J. A. Direito Ambiental Constitucional. 2ª ed. 2ª tiragem, São Paulo,1997.

16. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. **O Processo de Trabalho em Saúde.** Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_01/index.html. Acesso em 10 de Julho de 2010.

17. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. **O Trabalho da Equipe de Saúde da Família e a Mudança do Modelo Assistencial.** Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_03. Acesso em 06 de Setembro de 2010.

18. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. **Planejamento no SUS.** Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_05/. Acesso em 19 de Outubro de 2010.

19. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. **Práticas Educativas em Saúde.** Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/index.php?p=01.php. Acesso em 06 de Novembro de 2010.

20. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de Especialização em Saúde da

Família. **Estratégias em Saúde Mental.** Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_04/. Acesso em 10 de Fevereiro de 2011.

21. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. **Políticas de Saúde Bucal.** Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_01/. Acesso em 20 de Março de 2011.
22. WERNECK, M. A . F. A reforma sanitária no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV. Brasília, 1998.
23. WERNECK, M. A. F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niteroi. 1994. 186p.

Universidade Federal do Ceará
Universidade Aberta do SUS
Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde
Curso de Especialização em Saúde da Família

Curso de Especialização em Saúde da Família

A Saúde da Família como Estratégia Inovadora da Saúde Coletiva no Brasil: Uma Revisão de Literatura.

Natália de Lima Melo
Tianguá/T101
Marcos Henrique Muniz de Castro
Enfermeiro Especialista em Saúde da Família

Introdução

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se manifestando fortemente nos últimos tempos no âmbito da saúde coletiva e a saúde da família tem se evidenciado durante esse processo, através da contribuição na constituição do sistema de saúde público, com impacto nos indicadores de saúde, garantia da participação social e acesso universal aos usuários do sistema. Assim sendo, a Estratégia Saúde da Família surge como reorientação do modelo de atenção, voltado para a família, em territórios delimitados, através de um sistema que atua como "porta de entrada" nos serviços de saúde e propicia ações qualificadas e resolutivas através de equipes interdisciplinares.

Objetivo

Evidenciar o conceito de "saúde da família", bem como suas nuances em meio ao Sistema Único de Saúde, através de exposição de temas revistos e explorados de forma reflexiva sobre a Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de um estudo realizado durante o Curso de Especialização em Saúde da Família a partir de revisão literária, na qual a autora expõe suas reflexões a cerca dos temas relatados. A estruturação dos portfólios foi proposta a partir de capítulos referentes às disciplinas cursadas, com o intuito de que os fatos e referências utilizadas permitam uma maior organização de idéias e pensamentos.

Resultados e Discussão

A produção de ações básicas de saúde ganha uma nova dimensão e espaço num ambiente voltado para práticas hegemonicamente curativistas. A atenção primária/básica surge como reorientação de um modelo de atenção à saúde com base na Estratégia Saúde da Família, através de "*um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*" (BRASIL, 2007).

A Atenção Primária à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações e pela vida das pessoas (ALVES, 2007).

Considerações Finais

Pode-se observar que a mudança de modelo assistencial e conseqüentemente a inclusão de práticas voltadas para a "saúde coletiva" e "saúde da família" provocam um cenário de intensas mudanças no paradigma da saúde no Brasil, as quais perpassam por revolução de conceitos e práticas e que requerem atualização profissional a fim de se obter êxito nas ações propostas na atenção primária à saúde.

Agradecimentos

A Deus, força maior que rege e ilumina a minha vida.

À minha família, alicerce do meu ser, responsáveis diretos pelo que sou.

Ao meu noivo e futuro marido, Roberto Ruy, companheiro que incentiva meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu tutor, Marcos Henrique Muniz de Castro, a quem dedico grande carinho, pelo incentivo nas horas difíceis.

Aos amigos de trabalho e curso, que estiveram presentes durante todo esse tempo, em menção a Dra. Galgane César e Dra. Georgienne Linhares, companheiras e amigas.

A todas aquelas pessoas que participaram direta ou indiretamente das minhas conquistas, me acrescentando saberes na vida profissional, partilhando comigo suas aflições, depositando em mim confiança de propiciar uma assistência de enfermagem humana e solidária.

Bibliografia

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 Ed. Brasília, 2007 (Série Pactos pela Saúde; v.4)
2. ALVES, C.A; SILVA JÚNIOR, A.G. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br