

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

MICHELLE PRUDENCIO SHINKAI

SAÚDE DA FAMÍLIA: conceitos e reflexões do serviço de Atenção Primária
em Sobral-Ceará

SOBRAL
2012

MICHELLE PRUDENCIO SHINKAI

SAÚDE DA FAMÍLIA: conceitos e reflexões do serviço de Atenção Primária
em Sobral-Ceará

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

Orientador: Me. Patrícia Maria Costa de Oliveira

FORTALEZA
2012

MICHELLE PRUDENCIO SHINKAI

SAÚDE DA FAMÍLIA: conceitos e reflexões do serviço de Atenção Primária em Sobral-Ceará

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 ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Rocha Silva

Prof. Me. Ana Helena Araújo Bomfim

À Hiroki Shinkai fonte de amor, paciência, companheirismo, carinho, força, dedicação, inteligência e determinação que me motivou e me acompanhou dando sentido a esta conquista e a Júlia Mayumi, minha filha, que me acompanhou durante este curso.

AGRADECIMENTOS

O que no começo, parecia tarefa solitária e exclusivamente pessoal, aos poucos, a cada etapa, foi ganhando novos atores, sujeitos, co-participes da realização deste um sonho que aqui se materializa. As colaborações gradativas e inúmeras impossibilitam-me agradecer a todos os que, de uma forma ou de outra, adicionaram sua valiosa contribuição.

Com vocês dividi as alegrias, tristezas, satisfações e insatisfações, certezas e incertezas, o medo e a ousadia. Agora, quero dividir a felicidade de sonho realizado. Em nome de todos que estiveram ao meu lado, registro a seguir alguns agradecimentos que não poderei deixar de destacar.

À Deus, força infinitamente maior, que me ampara nas horas de desespero e solidão.

À Universidade Federal do Ceará, por proporcionar um curso de especialização de qualidade, dando-me possibilidade de crescer socialmente e profissionalmente, prestando um serviço de qualidade à comunidade.

Ao tutor Jânder, que sempre esteve presente, apoiando, ajudando a superar dificuldades e estimulando a participação de todos, com compreensão e companheirismo.

Ao amigo Adriano, Francysnete, Carol, Kélvya e Kelyane que estiveram sempre juntos nesta caminhada e não deixaram-me enfraquecer diante das dificuldades.

Aos organizadores do ambiente virtual de aprendizagem pela qualidade do material apresentado em todas as disciplinas, estimulando o pensamento e a participação de todos.

Aos meus familiares, especialmente minha mãe, mulher guerreira, riqueza extrema, poço de amor e sabedoria, meu exemplo de vida que me acompanha em todos os momentos mais difíceis. Você é meu Amor Maior! Obrigada pelos recadinhos escondidos e inesperados. Eles me ajudaram muito!

Ao meu pai, Jorge por orientar meu caminho, feito de lutas e incertezas mostrando-me esperanças e alimentando em mim sonhos. Este homem que admiro tanto por suas virtudes, silencioso, pensativo, sensível e generoso, meu contador de histórias!

Ao meu esposo, Hiroki Shinkai que tem proporcionado os melhores momentos de minha vida e compartilhado, serenamente, as etapas mais difíceis. Meu anjo!

À minha irmã Geanny, exemplo de paciência e determinação, minha segunda preciosa dádiva! O meu mais sincero agradecimento pelo companheirismo, amizade, apoio, por ter investido tanto em mim e por conselhos tão valiosos. Com você aprendi valorizar melhor as pequenas coisas da vida!

Ao meu irmão, Jorge Junior, por me acompanhar sempre, ser meu amigo verdadeiro e sempre buscar minha felicidade. Tenho certeza que você é meu anjo da guarda, um presente de Deus a todos nós.

Aos meus sobrinhos, Armando, Amanda e Magnólia por alimentarem em mim a esperança de um mundo melhor. Com vocês me sinto uma criança e tantas foram as brincadeiras... Amo vocês.

À minha filha, Júlia Mayumi, que desde a barriga participou de todo este curso e hoje é a maior fonte de inspiração.

RESUMO

Educação à distância possui características inovadoras e traz consigo desafios porém possibilita a educação continuada e a melhoria dos serviços de saúde através de sua ampla abrangência e acessibilidade até mesmo nos municípios de mais difícil acesso. Desta forma torna-se possível a concretização dos preceitos da Constituição Federal de 1988 com acesso universal e igualitário à saúde, concebida pela Estratégia de Saúde da Família como forma de reorientação do Modelo Assistencial. Efetiva-se a educação permanente das equipes de saúde da família alcançando-se uma atuação profissional crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e efetiva. Este trabalho teve como objetivos realizar uma descrição da experiência de aprendizagem e os impactos profissionais mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família e apresentar os portfólios produzidos ao longo do Curso. Trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial, que ocorreu no período de abril de 2010 a julho de 2011. No desenvolvimento do curso foram realizadas diversas atividades virtuais e presenciais, porém as mesmas não seriam possíveis sem a organização e contribuição do grupo em planejar seus momentos de estudo, o que é fundamental neste modelo de educação. Das atividades podem-se destacar: fóruns de discussão, relato das atividades no cotidiano de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde onde cada aluno trabalha, chats, trabalhos em grupo e individuais, ao final de cada disciplina foi elaborado um portfólio, avaliações das disciplinas e encontros presenciais. Ao final do Curso, todos os portfólios estão neste trabalho reunidos e apresentados em forma de capítulos. Na conclusão deste curso posso relatar que ocorreram mudanças significativas no meu modo de pensar e agir como profissional com os pacientes e colegas de trabalho. Busco atualmente um trabalho mais participativo e interdisciplinar, em busca de melhores resultados e da concretização da educação, promoção e recuperação de saúde. Realizo minhas ações cotidianas baseadas no que discutimos, nos critérios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, pois acredito que somente assim posso contribuir para a comunidade e sociedade em geral para a melhoria da qualidade de vida da população através da melhoria na qualidade dos serviços em Atenção Primária. Somos desafiados diariamente, nem sempre possuímos recursos humanos e físicos para realizarmos um atendimento integral à comunidade visando a prevenção e a promoção da saúde, como discutimos com nossos colegas, o apoio político também é fundamental, pois em alguns lugares funciona como uma barreira para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família. Portanto, é necessário favorecer ações para a mudança de paradigmas na Atenção Primária no que se refere à comunidade, aos administradores das cidades e dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, fazem-se necessários investimentos como este em educação continuada em saúde para que paulatinamente estas mudanças sejam alcançadas no favorecimento da saúde no país.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Educação à Distância.

ABSTRACT

Distance Education has innovative features and brings challenges but on the other hand, provides continuing education and improvement of health services through its comprehensive coverage and accessibility even in the municipalities of difficult access. Thus it becomes possible to achieve the precepts of the Constitution of 1988 with universal and equal access to health, designed by the Family Health Strategy as a way of reorienting the care model. Effective continuing education to the family health teams are reaching a critical professional practice, reflective, purposeful, committed and effective. This work aimed to make a description of the learning experience and professional impacts mediated Specialization in Family Health and the portfolios have produced over the course. It is an account of experience mediated by the Specialization Course in Family Health offered by the Federal University of Ceará in partnership with the Open University of the SUS, the semi-presence mode, which occurred from April 2010 to July 2011 . In developing the course there were many activities and virtual presence, but the same would not be possible without the contribution of the group organization and to plan their study time, which is crucial in this model of education. Activities can be highlighted: discussion forums, reporting of activities in the daily work in Basic Health Units where each student works, chats, group work and individual at the end of each course was developed a portfolio of courses and assessments face meetings. At the end of the course, all portfolios are in this work have been presented in the form of chapters. On completion of this course can report that significant changes in my way of thinking and acting as a professional with patients and colleagues. Currently seek a more participatory and interdisciplinary work in pursuit of better results and the achievement of education, health promotion and recovery. I perform my daily actions based on what we discussed, the criteria of the NHS and the Family Health Strategy, because I think the only way I can contribute to the community and society at large to improve the quality of life by improving the quality of services in Primary Care. We are challenged every day, have not always human and physical resources to accomplish a full service to the community aimed at prevention and health promotion, as we discussed with our colleagues, political support is also crucial, because in some places acts as a barrier to the development the Family Health Strategy. Therefore, it is necessary to promote actions for the paradigm shift in primary care in relation to the community, the administrators of cities and professionals working in Family Health Strategy. To do so, make investments like this are needed in continuing education in health that these changes are achieved gradually in favor of health in the country.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Education, Distance.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS- Atenção Básica á Saúde
ACS- Agente Comunitário de Saúde
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
ESB- Equipe de Saúde Bucal
ESF- Estratégia de Saúde da Família
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal
UBS- Unidade Básica de Saúde
MS- Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO.....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
3	METODOLOGIA.....	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO: Apresentação dos Portfólios.....	16
4.1	Educação à Distância.....	16
	4.1.1 O QUE É EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA.....	16
	4.1.2 AUTONOMIA E AUTODIDATISMO.....	17
	4.1.3 INTERAÇÃO NA EAD ONLINE.....	18
	4.1.4 AVALIAÇÃO NA EAD ONLINE.....	18
4.2	Processo de Trabalho em Saúde.....	19
	4.2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	19
	4.2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	22
	4.2.3 MODELOS DE DETERMINAÇÃO SOCIAIS.....	23
4.3	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	24
	4.3.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	26
	4.3.2O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL.....	28
4.4	Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.....	29
	4.4.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	29
	4.4.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL – PES.....	31
	4.4.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE.....	32
	4.4.4 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	33
	4.4.5 PLANEJAMENTO NO SUS.....	34
4.5	Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	35
	4.5.1 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE.....	35
	4.5.2 BASES TEÓRICAS DE UMA PRÁXIS EDUCATIVA.....	36
	4.5.3 TECNOLOGIAS PARA A ABORDAGEM AO INDIVÍDUO, FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	39
4.6	Saúde da Mulher no Ciclo Vital.....	44
	4.6.1 SER MULHER E CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	44
	4.6.2 ASSISTÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO E O PUERPÉRIO.....	45
	4.6.3 ASSISTÊNCIA GINECOLÓGICA NO PERÍODO REPRODUTIVO E NO CLIMATÉRIO.....	46
	4.6.4 CONSTRUINDO UM PROTOCOLO DE CUIDADOS COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	48
4.7	Saúde Mental e Violência.....	49
	4.7.1 CONSTRUÇÕES HISTÓRICA, POLÍTICA E CULTURAL DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	49
	4.7.2 A ASSISTÊNCIA E A CLÍNICA.....	51
	4.7.3 CASOS CLÍNICOS NA COMUNIDADE.....	52

4.7.4	ESTRATÉGIAS EM SAÚDE MENTAL.....	52
4.8	Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família.....	53
4.8.1	AS INTERFACES ENTRE TRABALHO, AMBIENTE E SAÚDE.....	53
4.8.2	EVOLUÇÃO DE CONCEITOS E DE POLÍTICAS EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	54
4.8.3	IMPORTANTES QUESTÕES DE TRABALHO, AMBIENTE E SAÚDE NO BRASIL.....	55
4.8.4	SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE AMBIENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	56
4.9	Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.....	57
4.9.1	POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL.....	57
4.9.2	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL POR MEIO DO CICLO DE VIDA: GESTANTES E BEBÊS.....	58
4.9.3	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL POR MEIO DO CICLO DE VIDA: CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS.....	60
4.10	Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.....	61
4.10.1	A MAGNITUDE DA PCD NA SOCIEDADE, DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, LEGISLAÇÃO E DIREITOS FOCADOS NA SAÚDE	61
4.10.2	INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE.....	63
	REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal de 1988 a saúde é direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Estabelece-se também que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. As ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência baseada em práticas curativas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença. Busca-se assim o condicionamento de práticas educativas e de ações que visam modificar comportamentos inadequados (ALVES, AERTS; 2011).

A ESF, proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais (ALVES, AERTS; 2011).

Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais (BRASIL, 1996). Procura reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada. Ela é centrada na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais. As técnicas mais utilizadas são as palestras, organizadas sobre temas

previamente definidos pelos técnicos, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população (CHIESA, WESTPHAL; 1995).

As diretrizes da Estratégia Saúde da Família têm como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade de forma interdisciplinar, sendo as equipes compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários para uma população de, em média, quatro mil pessoas. A equipe deveria também se responsabilizar pela população adstrita em seu território, resgatando os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre ela e a população, reorganizando a atenção básica e garantindo a oferta de serviços dentro dos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS (FLORES, *Apud* ALVES; AERTS, 2011).

Em 1994, o PSF foi definido como "um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária" (BRASIL, 1994). Além do atendimento, suas atividades incluem programação, grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras. Um novo manual enfatiza a reorientação da assistência e o caráter substitutivo do PSF que possibilitaria uma mudança das práticas centrada nos princípios da vigilância à saúde. Essa idéia do programa como modelo para o conjunto da rede consolida-se nos documentos mais recentes (MS, 2000, *apud* BERTONCINI, 2000). Para o Ministério da Saúde (MS), seria um equívoco a idéia de que se trate de uma política para pobres com utilização de baixa tecnologia. A cobertura populacional prevista passa a ser de 600 à 1.000 famílias com limite máximo de 4.500 habitantes por equipe.

O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde. Assim, devem atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho de forma não somente a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, especialmente, a desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não frequentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que conheçam o seu território e as pessoas moradoras nessa área e tenham como rotina de trabalho a realização da visita domiciliar. As equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. Para isso, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento

terapêutico e promotor da saúde. Nesse sentido, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde (ALVES, AERTS, 2011).

O conceito de Educação Permanente em Saúde envolve formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante intercessões promovidas pela educação na saúde, ofertando tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem. A educação em saúde deve ter um caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional, visando priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho.

Segundo Paulon e Carneiro (2009) a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.

A educação a distância (EaD) surge para facilitar a EPS, definida muito mais pelas diferenças em relação à educação presencial do que pelas características que a determinam ou pelos elementos que a constituem, o que limita a compreensão de suas potencialidades. Busca assegurar o acesso à educação por meio do uso de recursos tecnológicos, mas sem referenciar ou destacar alguma preocupação com o tipo de produção de conhecimento, a aproximação entre as pessoas ou a constituição de comunidades de aprendizagem mantendo um contato permanente entre alunos e apoiadores no ambiente virtual de aprendizagem. EaD é um processo educativo sistemático e organizado que exige não somente múltiplas vias de comunicação entre os participantes do processo, como também a instauração de uma certa grupalidade. A escolha de determinado artefato tecnológico é, então, efeito, e não causa, como simplificarmente poderia se pensar, do projeto político-pedagógico que justifica a criação de um dado processo educativo (PAULON, CARNEIRO; 2009).

A minha atuação profissional como enfermeira, trabalhando desde a formação na atenção secundária e terciária, e na educação de técnicos de enfermagem na cidade de Sobral, Santa Casa de Misericórdia, na maternidade, tento uma visão acadêmica da Atenção Primária à Saúde, incrementada pela pesquisa e extensão e, pela visão profissional e encantamento de meu esposo pela Atenção Primária, influenciando-me positivamente para este nível de

Atenção à Saúde através de seus relatos cotidianos. Portanto, a possibilidade de participar deste curso de Especialização em Saúde da Família com característica fundamental de EaD, possibilitou-me experiências novas e uma visão científica aprofundada e da realidade que a Estratégia de Saúde da Família têm em nosso Estado através do compartilhamento de experiências e saberes da prática de diversos profissionais e de ótimo material didático.

Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência de aprendizagem e os impactos profissionais mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família como também apresentar os portfólios produzidos ao longo do Curso.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Realizar uma descrição da experiência de aprendizagem e os impactos profissionais mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família e apresentar os portfólios produzidos ao longo do Curso.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial que foi desenvolvido entre abril de 2010 a julho de 2011.

As disciplinas ofertadas foram: 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 no Ciclo Vital; 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.

Ao longo do curso ocorreram atividades virtuais que contribuíram para aprendizado, tais como, fórum de discussão, relato das atividades do dia a dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde, chat, trabalhos em grupo, tarefas individuais. Ademais, ao final de cada disciplina era produzido um portfólio para relato da aprendizagem mediada por cada uma das disciplinas e reflexões dos impactos da disciplina na atuação profissional. Para sua construção, foram utilizados artigos científicos, o material didático do curso e as experiências profissionais. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos. Além disso, foram realizados encontros presenciais onde teve-se oportunidades para o esclarecimento de dúvidas e também onde foram realizadas avaliações das disciplinas.

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: APRESENTAÇÃO DOS PORTFÓLIOS

4.1 Educação à distância (EaD)

4.1.1 O QUE É EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

Fomos desafiados a enfrentar um desafio coletivo em busca do aprimoramento pessoal e da assistência à saúde no SUS através da educação à distância. Esta se consolida como uma proposta surpreendente e que necessita de engajamento do grupo e interatividade. Nada mais relevante que estudar e compartilhar a Estratégia de Saúde da Família em coletividade e coleguismo, compartilhando saberes e experiências, cada um fazendo o seu próprio horário de estudos.

Por meio da educação à distância há uma conexão de quem ensina e quem aprende através de tecnologias interativas, com o uso do computador e internet, possibilitando uma troca e compartilhamento de informações e atualizações. Neste sentido sempre há um receptor e repassador de informações.

Neste sentido para Moran(2002), a EaD é um processo de ensino-aprendizagem mediado por tecnologias, no qual o professor e o aluno encontram-se afastados por contingências de distanciamento geográfico, pelo tempo ou ambos. As tecnologias provêm o(s) meio(s) para que, em ocorrendo a comunicação, a interação entre professor e alunos, do aluno com o material a ser aprendido, e dos alunos entre si, o ensino se processe favorecendo a ocorrência efetiva do aprendizado.

Dentre tantos fatores positivos possibilitados pela educação à distância, posso descrever também a qualidade das informações, o acompanhamento tutorial, a extensão do acesso a educação permanente, a autonomia no processo de produção de saberes, onde o professor e aluno é cada participante, excluindo a idéia de que apenas uma pessoa é detentora de todo o saber, a problematização e socialização de saberes de acordo com a realidade em que estamos expostos, compartilhamento de idéias visando consolidar os preceitos do SUS no Saúde da Família e a participação do grupo em estimular cada um dos participantes a permanecer engajado neste sentido com ações motivadoras, fortalecendo o trabalho em equipe indiretamente.

Educação à distância apresenta como característica principal a busca de conhecimentos através do compartilhamento de informações e experiências e da flexibilidade,

oportunizando o aprimoramento profissional de muitos que, como eu, possuem muitas atribuições pessoais e profissionais. Isso se concretiza graças à mudança da estratégia política e da reorientação do modelo através do processo de capacitação contextualizada e problematizadora. Neste sentido, as comunidades virtuais de aprendizagem favorecem o processo através de uma comunicação interativa, onde se compartilham interesses comuns na busca de conhecimentos em um processo cooperativo. A interação entre os participantes possibilita a co-construção do conhecimento criando, assim, uma nova concepção de aprendizagem.

4.1.2 AUTONOMIA E AUTODIDATISMO

No mundo pós moderno, somos expostos a uma enorme diversidade de informações acarretado pela globalização, principalmente através da internet, o que não nos permitindo possuir uma identidade fixa ou permanente. Ao contrário, precisamos ter flexibilidade para podermos conviver em harmonia com o mundo pós moderno.

O conceito de autonomia é variável diante de cada situação onde está inserida. Na perspectiva da educação à distancia, onde o professor deixa de ser o protagonista, a realização deste curso, nos colocou em frente à transposição de barreiras quanto à organização do tempo, comprometimento pessoal, persistência e responsabilidade, já que todos temos outras atividades. Porém nos proporciona uma estratégia diferente, uma autonomia crítica e participativa visando a autoformação, onde somos atores do processo de aprender, interagindo, colaborando, criando cenários, desenvolvendo o conhecimento como sujeitos pós-modernos, onde não temos uma identidade fixa, segundo (HALL, 2001).

A autonomia que é instituída neste processo educacional traz consigo a perda do poder antes estabelecido pelo professor, reconhecendo e oportunizando o outro lado a participar e decidir visando sua formação. Conforme Aretio (1994), concordo que cada aluno pode adaptar o seu tempo, estilo, ritmo e método de aprendizagem visando a autoformação, porém discordo quanto a idéia bidirecional, acredito da multidirecionalidade.

Vários problemas podem surgir, porém o comprometimento, criatividade, persistência e responsabilidade são fundamentais para que se exerça a autonomia e se concretize o processo de educação à distância.

4.1.3 INTERAÇÃO NA EAD ONLINE

A interação é um dos aspectos fundamentais para na educação à distância. De acordo com Belloni(2005) a interação é definida como uma ação de reciprocidade entre dois ou mais atores onde há intersubjetividade, isto é, há o encontro de sujeitos, mais do que somente partilha de ideias, o que pode ocorrer direta ou indiretamente, com a mediação de recursos tecnológicos (interação mediatizada).

Essa interação é o que dá sentido ao curso, a troca mediada pela tutoria, com participação ativa dos sujeitos contribui para o aprendizado, instiga a participação efetiva, cooperando no grupo e desenvolvendo o conhecimento, estimulando os estudos constantes em busca de respostas, superando a ausência de outros recursos como a sala de aula, evitando assim a evasão.

Grof (2011) cita Michel Moore, onde o mesmo classifica três tipos de interação que ocorrem na EaD: a interação aprendiz-conteúdo, a interação tutor- aprendiz e a interação aprendiz-aprendiz. Considera mais importante para a manutenção do curso as duas últimas, pois o conteúdo pode ser encontrado facilmente em diversas fontes, porém a interação interpessoal é que dá sentido e proporciona o aprendizado através de um processo contínuo de comunicação e troca de conhecimentos. Isso se dá através do reconhecimento de potencialidades e igualdade dos sujeitos que interagem de forma motivadora e colaborativa no ensino aprendizagem.

4.1.4 AVALIAÇÃO NA EAD ONLINE

A avaliação é um critério básico par o desenvolvimento do processo educacional. Ela deve ser moldada para que se chegue a um resultado e ao objetivo requerido. Pode dividir-se em: avaliação diagnóstica, que é uma prévia da ação educativa favorecendo o planejamento; a avaliação formativa que permite um acompanhamento do aluno; e a avaliação somativa que verifica o desempenho do aluno no processo educativo. As três fazem parte do processo educativo e estabelecem o norteamento das ações.

Na educação à distância são utilizados vários recursos avaliativo que, na minha opinião centra-se fundamentalmente com maior importância estão os recursos de

comunicação e discussão: fóruns, chats e diálogo. Por possibilitarem discussão, compartilhamento e reflexão dos conteúdos. As avaliações de construção coletiva, de instrução direta e pesquisa de opinião têm sua importância uma vez que dão um seqüenciamento ao curso e instruem sobre as decisões a serem tomadas pela coordenação para um aprendizado satisfatório.

4.2 Processo de Trabalho em Saúde

4.2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho em saúde apresenta muitas dificuldades, principalmente no que se refere a elevada demanda. As pessoas buscam soluções imediatas para os agravos à saúde naquele momento e os profissionais trabalham na recuperação das doenças, com intervenções assistenciais. Dessa forma não é possível a disseminação da promoção da saúde como critério básico na Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde para a melhoria da qualidade de vida e bem estar individual e coletivo.

Além disso, a observação de que o trabalho cotidiano está baseado em ações baseadas em concepções e opiniões pessoais, agindo automaticamente, até mesmo com expressões e colocações indevidas. Na verdade, o que seria mais eficaz seria agir com raciocínio lógico e sensibilidade, seguindo a cultura local. Essa automaticidade por vezes pode levar a realização de atos e decisões pouco eficazes. A prática profissional também está vinculada na organização dos serviços, nos recursos materiais e pessoais disponíveis, nos sujeitos, objetos e no contexto das políticas públicas. Concluímos que a política local influencia diretamente a execução dos serviços o que, por muitas vezes, acaba influenciando negativamente o desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde.

Para descrever o processo de trabalho em Saúde realizado no município que trabalho, é importante descrever sobre o espaço, comunidade e política local. Sobral é uma cidade da região Noroeste Cearense, distante de Fortaleza 235 Km, tem clima seco e quente, sendo a principal cidade do Noroeste do Estado. Com uma população de 180.046 habitantes é a quinta cidade mais povoada do estado. Possui PIB de R\$ 1.527.504.000 é a terceira economia do estado. O Programa Saúde da Família de Sobral começou a ser implementado em 1997. Atualmente cobre a totalidade do município, contando com 50 equipes de Saúde da Família

vinculadas às 31 Unidades Básicas de Saúde (SOBRAL, 2010). A administração da cidade apóia e fortalece o desenvolvimento do trabalho na Estratégia de Saúde da Família. As Unidades de Saúde são bem estruturadas, dispendo de recursos materiais e uma rede bem organizada de referência e educação permanente das equipes de saúde.

A Unidade Básica de Saúde do bairro Sinhá Sabóia, local que tenho maior contato por trabalhar na Unidade Mista, possui como área de abrangência os bairros Cohab I, Conjunto Santo Antonio e Sinhá Sabóia, o que corresponde a 3753 famílias. A equipe é composta por seis enfermeiros, dois médicos, seis auxiliares de enfermagem, vinte e seis agentes comunitários de saúde, dois dentistas e três técnicos de higiene bucal. A Unidade também dispõe dos profissionais que compõe o NASF: fisioterapeuta, nutricionista, educadora física e assistente social. Além disso também possui os profissionais que compõe a Residência de Saúde da Família: psicólogo, fonoaudiólogo e educador físico.

A Unidade localiza-se em uma rua de fácil acesso, é ampla, com quadros decorativos e expositivos, ventilada, boa estrutura física, possui salas adequadas para os atendimentos, com mesas, cadeiras, macas, ar condicionado, possui equipamentos médicos em bom funcionamento, sala de vacina, aerosol, gerência, acolhimento, quatro consultórios, esterilização, sala de coleta de exames, copa, central de marcação de consultas, sala do leite, auditório, sala de coleta de exame ginecológico, farmácia, corredor e área de circulação de ar, com acesso a bebedouro.

O funcionamento do serviço segue rotinas. Diariamente ocorre de 07 às 08h o acolhimento por área de abrangência com seu devido enfermeiro, após este horário o acolhimento continua durante todo o período por um enfermeiro que esteja escalado para o devido fim. Neste momento ocorrem os agendamentos e encaminhamentos para os serviços específicos: consultas médicas e de enfermagem, emergência, grupos, serviços externos. Cada profissional recebe pacientes agendados para Pré-natal, Hiperdia, Saúde da Mulher, Puericultura tanto no período da manhã quanto a tarde. Também são agendadas visitas domiciliares conforme necessidade. A prevenção do câncer ginecológico e de mamas é realizado diariamente, um enfermeiro por dia, com demanda espontânea e agendamento. Todos os dias, antes de ser iniciado o acolhimento, os ACS se reúnem com a enfermeira da área e repassam demandas e possíveis problemas na área de abrangência. Semanalmente toda a equipe se reúne para a realização da roda, momento em que a equipe interage, troca experiências, soluciona conflitos e fortalece o vínculo, neste dia não há atendimento na Unidade. Os enfermeiros participam quinzenalmente de uma educação permanente. Há também nesta Unidade grupos em andamento, realizados pelos enfermeiros e ACS que são

realizados em sala específica, em anexo da Unidade ou nas escolas da comunidade, mensalmente são eles: educação em saúde nas escolas, idosos, gestantes, adolescentes e mulheres. Os profissionais do NASF e Residentes também realizam atendimentos após agendamentos realizados pela enfermeira juntamente aos ACS e pacientes.

Observa-se que a procura por serviços de saúde ainda é em grande parte por necessidades imediatas, que a promoção da saúde e prevenção de doenças ocorre em menor escala devido a elevada demanda cotidianamente. Apesar da programação e da busca em implementar a Estratégia de Saúde da Família ainda prevalecem as ações de atendimentos de demanda espontânea por serviços emergenciais. A equipe é bem interligada, possui boas relações de trabalho, onde cada participante tem seu papel bem definido e exerce sua função colaborando com os demais colegas, apresentam um bom conhecimento da comunidade e seus problemas, já que neste bairro especificamente lida-se com a marginalidade, uso de drogas, alcoolismo, prostituição, violência e pobreza extrema, com problemas como fome, miséria, desemprego, subemprego e uma fábrica de tijolos que prejudica a saúde de várias pessoas na comunidade. A renda da comunidade é obtida principalmente de empregados da Greendene ou em lojas no centro da cidade e aposentados; a circulação se dá principalmente por ônibus municipais, há comércios pequenos como frutarias, padarias, mercadinhos, bares, presentes, farmácias. Há casas predominantemente populares, de tijolos, com uso de água potável, praça e escolas públicas e particulares. Não se observa a movimentação comunitária de forma significativa neste bairro.

A execução do trabalho tem passado por mudanças através dos tempos. O trabalho deve estar baseado em alguns critérios básicos para que seja efetivo. Deve ser baseado em objetivos e levar em consideração os sujeitos, os meios materiais e as condições para execução do mesmo.

O processo de trabalho em saúde no Brasil passou por um processo de evolução onde as políticas eram voltadas ao trabalhador, com ações curativas, onde o médico era o profissional de maior importância até os dias de hoje com o desenvolvimento do SUS, da ESF, com ações de promoção da saúde, com abrangência da atenção multiprofissional para todos.

O trabalho em saúde é fundamental para a vida, porém está sujeito a muitos obstáculos políticos, administrativos e operacionais em todas as suas esferas, principalmente pelo processo capitalista em que estamos inseridos. É um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou

pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO, PIRES, BLANK; 2004).

Segundo Pires (2000), o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, sendo parte do setor de serviços. Faz parte da esfera da produção não material, onde produto é indissociável do processo que o produz. É coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal e compartimentalizado, onde cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional.

4.2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Há na Atenção Básica uma elevada demanda por saúde na vida individual e coletiva em nossa realidade, o que ainda tem picos variáveis de acordo com a época do ano em nossa região. Isso pode ser ocasionado pela insuficiente efetividade das ações de promoção e proteção dos indivíduos e da coletividade, o que muitas vezes gera insatisfação e insegurança dos usuários. Para Merhy (1995), esse processo está fundado numa intensa relação interpessoal, dependente de vínculo entre os envolvidos, para a eficácia do ato. Constitui-se também num processo de ensino-aprendizagem, onde o usuário deve ser visto como sujeito do processo. Torna-se, assim, um co-partícipe do processo de trabalho e, quase sempre, um co-responsável pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica.

A estratégia Saúde da Família (ESF) busca uma melhoria na assistência através de uma atenção pormenorizada e baseada no conhecimento da comunidade. Neste sentido, Rodrigues e Araújo (2007) referem que a mesma traz em seu eixo um movimento que permite reorientar as práticas nas unidades básicas de saúde, compatível com os princípios e diretrizes

do Sistema Único de Saúde - SUS -, reafirmando a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade. Para isso é fundamental o desenvolvimento de habilidades profissionais e de cooperação, visando à integralidade do atendimento, e o saber técnico específico para viabilizar a resolubilidade das ações.

Além disso, busca-se também eliminar o excesso de intervenção e o uso de tecnologias de baixo custo e elevada eficácia para a melhoria de vida da população, planejando a assistência de acordo com as necessidades de um povo. De acordo com esta perspectiva, Rodrigues e Araújo (2007) descrevem que a ESF assume esse pressuposto operacional vislumbrando duas perspectivas, que merecem ser trabalhadas: a primeira diz respeito à intervenção externa, a partir da apropriação do território, da orientação por problemas e de atividades intersetoriais; a segunda, de natureza interna ao processo de trabalho, exige o trabalho em equipe (cooperativo), a construção de vínculos entre usuários e profissionais e a co-responsabilidade sanitária, possibilitando a construção de um modelo mais racionalizador, ético e humanizado. Com a incorporação de tecnologias "leves", apostando no diagnóstico sensível à subjetividade, às relações de afeto, aos códigos familiares subliminares, ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização, ampliando a pauta técnica para a pauta ética, baseada em solidariedade, humanização e cidadania.

4.2.3 MODELOS DE DETERMINAÇÃO SOCIAIS

A execução do trabalho na Estratégia de Saúde da Família está diretamente vinculada à comunidade e área de abrangência em seus aspectos relativos à cultura, ciências, artes, aspectos socioeconômicos, sanitários e de moradia como determinantes sociais, além dos fatores psicossociais. A miséria, desemprego, uso de drogas e violência são fatores que devem ser levados em consideração. A implantação do Programa de Saúde da Família no município onde trabalho e resido ocorreu de forma sistemática. Formou-se uma rede interligada de ações para a promoção da saúde. Construí-se Unidades de Saúde, mantém-se a educação permanente dos profissionais e o incentivo à participação popular.

Porém o que observamos na realidade é que a população procura os serviços de Atenção Primária principalmente em momentos emergenciais, ocasionando uma grande demanda espontânea e também para a realização de pré-natais, vacinas, receber medicamentos controlados, anti hipertensivos, hipoglicemiantes, anticoncepcionais e dos programas de

tuberculose e hanseníase. O que parece claro é que a população permanece com a idéia que "o posto não tem médico", que possui muita burocracia para o atendimento e que "só o enfermeiro está na Unidade". Apesar da implantação com área de cobertura que abrange quase totalidade da população do município, ainda temos muito a fazer para seguirmos os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, fazendo com que a comunidade conheça e participe ativamente deste processo.

4.3 Modelo assistencial e atenção primária à saúde

As políticas de saúde surgem pela necessidade de assistência a população do país, onde grande número de agravos à saúde emerge, diante das condições sanitárias e epidemiológicas em que viviam a população. Segundo Paim (1999) a análise do desenvolvimento das políticas de saúde e das suas repercussões sobre modos de intervenção nos problemas e necessidades de saúde, particularmente no que se refere à organização dos serviços e à utilização de tecnologias, permitiu identificar distintas formas de atuar sobre a realidade de saúde: as campanhas sanitárias que emergiram na Primeira República; o modelo médico-assistencial privatista que se conforma com o desenvolvimento da medicina previdenciária; os programas especiais, que se instauram diante da crise sanitária dos anos setenta e, nessa mesma conjuntura, os modelos de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, institucionalizados sob lógicas, legislações e estruturas distintas (PAIM, 1999).

Para tanto, desenvolvem-se os modelos assistenciais. Este pode ser conceituado como a forma como se organiza o sistema de saúde para formular regras de como deve ser a prestação de assistência à saúde a população. Compõe-se de uma organização e articulação entre recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para realizar ações tendo como objetivo a resolução de problemas de saúde numa coletividade. O mesmo deve ser moldado conforme o local onde se trabalha, a população a ser atendida e os bens que se dispõe para prestar assistência à saúde. Observando que um modelo assistencial não deve ter um molde único, ser flexível e basear-se também em evidências. Para se desenvolver um trabalho dentro neste sentido é importante observar aspectos locais e realizar avaliações da eficácia do modelo implantado para que cheguemos a um modelo que melhor atenda a população. De acordo com Paim (1999) os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos

genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde.

Deve estar baseado essencialmente na promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde e atender aos princípios do SUS (universalidade, integralidade e igualdade). O modelo assistencial em saúde que observamos no município que trabalho ainda é ineficaz, pois trabalha-se predominantemente com a cura e reabilitação, destinado à população carente, atendendo cada vez maiores demandas espontâneas, pessoas que buscam atendimentos emergenciais e o modelo de prevenção e educação em saúde ainda é pouco praticado. É difícil inserir na população, com uma cultura baseada em modelos anteriores de Atenção à Saúde, com ações curativas e medicocêntricas, a idéia de prevenção e promoção da saúde. Muitos julgam como trabalho ineficaz, onde os profissionais recebem menor reconhecimento. Além disso, o investimento em atenção primária ainda é insuficiente em detrimento a outros níveis de atenção, o que dificulta um trabalho eficaz da equipe, seja por questão salarial, estrutural ou humana. Portanto, o trabalho que realizamos ainda é ineficaz perante a saúde e carece de investimentos para seu estabelecimento e melhoria da qualidade de vida da população.

O modelo assistencial desenvolvido pelas equipes de saúde da família baseado em elevado tempo dedicado à demanda espontânea em detrimento das práticas preventivas é difícil de ser superado. Diariamente recebe-se uma elevada demanda que acaba tomando todo o tempo dos profissionais e deixando-os cansados, desmotivados e incapazes de planejar ações em busca da melhoria do serviço, realizar avaliações de sua área para realizar uma mudança no modelo assistencial visando uma melhor qualidade de vida para a população adscrita. No entanto, o trabalho na Estratégia de Saúde da Família exige cotidianamente criatividade, onde, diante desta situação de elevada demanda criar situações de educação em saúde. Por exemplo, logo no início do dia, quando se tem um elevado número de pessoas em busca de atendimentos, realiza-se um momento educativo diariamente, com rodízio de profissionais e assuntos, tais como vacinação, prevenção do câncer, saúde da mulher, do homem, amamentação dentre outros antes do atendimento, visando a educação em saúde e o incentivo de participação social. Outra estratégia utilizada é referente as verminoses, muitas mães procuram o serviço para “pegar remédio para verme”, porém elas são agendadas para um dia, quando é realizada uma atividade educativa, que terá maior efetividade. Outra situação que deve ser priorizada é a manutenção de grupos específicos, pois eles garantem uma maior troca de informações e favorece uma melhoria no trabalho.

Portanto, é possível melhorar a atenção em saúde e qualidade de vida da população, e isso depende muito da criatividade e motivação profissional.

4.3.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Atenção Primária à Saúde é relatada em estudo realizado por Gil (2006) como uma estratégia de reordenamento do setor saúde; como uma estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e como um programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade. Nos países do terceiro mundo, predomina a interpretação da Atenção Primária à Saúde como um programa específico para os marginalizados e excluídos e materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde – ABS constitui um conjunto de ações, de caráter individual ou 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, 2002).

Tem-se a ESF como um potente instrumento na construção do modelo de atenção preconizado pelo SUS. Isso se deve ao modelo de suas práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados com a utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações (BRASIL, 2004). É este modelo que pretendemos desenvolver, tendo este como uma forma de alcançar melhores resultados tendo em vista a saúde da população do território onde exercemos nossas ações e diminuindo os gastos com saúde, abrangendo o maior número de pessoas. Para tanto a equipe deve trabalhar sincronizada e orientada nos requisitos da ESF.

Dessa forma, partindo da compreensão processo saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente produzido e determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, a estratégia da ABS deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade. Devemos também considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, percebendo-o como sujeito, capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da

qual se origina. Dessa forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e redução de danos ou sofrimentos devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação.

A Estratégia Saúde da Família é entendida como proposta de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (MS, 2005). Infelizmente não é esta realidade onde a maioria dos profissionais trabalha, foi o que podemos concluir com as discussões realizadas no decorrer deste curso, quando nos deparamos com diversas realidades, de vários municípios de nossa região. Muitas equipes estão incompletas ou com profissionais não especializados em Saúde da Família, que perpetuam o modelo curativista. Além disso, o número de pessoas a serem atendidas é elevado e nem sempre é possível uma delimitação. Porém, em Sobral, onde trabalho, observamos que somos um município diferenciado no que se refere ao desenvolvimento da ESF. Há a maioria das equipes completas e a territorialização é exercida, contribuindo para um melhor desenvolvimento do trabalho.

As equipes de Saúde da Família tem como objetivo maior a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade através do trabalho baseado no conhecimento do território; das necessidades, problemas e demandas daquela população e da organização das ações na prevenção, promoção e reabilitação em saúde. Para tanto, o profissional deve ouvir, conhecer e compreender o trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto. Requer, de cada trabalhador, o desejo de mudar e o despojamento para modificar hábitos e costumes já arraigados. Exige dos gestores a capacidade de enfrentar as hierarquias e os vícios, para conduzir as mudanças necessárias ao novo processo de trabalho. Propostas ainda precisam ser implementadas e, constantemente, avaliadas, questionadas e reinventadas para que a ESF melhore a qualidade de vida das pessoas. Mas o que observamos é que precisamos desenvolver a escuta e que trabalhar na ESF exige conhecimento local e habilidade em enfrentar os problemas sócio-econômicos e culturais buscando-se chegar ao completo estado de saúde dos indivíduos na comunidade. Em cada Unidade Básica de Saúde isso pode ser diferente, em cada família também. Portanto precisamos conhecer e formar um vínculo de confiança com as pessoas para que possamos em

conjunto decidir sobre as ações em saúde, garantindo dessa forma eficiência e liquidez nas ações.

4.3.2 O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

A atenção básica visa garantir a universalidade e integralidade na saúde e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorientação do modelo assistencial de saúde (OGATA, MACHADO, CATOIA; 2009). No contexto do SUS, a Atenção Básica de Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural (MS, 2006).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária para sua organização, assim como, para a reorientação do modelo assistencial de saúde. Na ESF a equipe de saúde da família deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade. Nesta estratégia, a família passa a ser o foco do atendimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade (BRASIL, 2001).

Depois de mais de doze anos de sua existência, surgem questionamentos quanto a prática cotidiana dos PSF's na reformulação da forma de pensar e fazer saúde, sendo que, não raras vezes, suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano (MANUMOTO, 2005).

Os desafios da ESF estão na desconstrução de práticas de saúde ainda influenciadas pelo modelo flexneriano, que conceitua saúde como a ausência de doença, centrando o cuidado na cura, e na transformação de um modelo sanitário centrado em procedimentos para um modelo de saúde coletiva centrado na produção de cuidados. Mudanças nas práticas de saúde, especialmente, no que tange a produção de cuidados, são necessárias e este processo de reconstrução implica muito labor. No entanto, possibilita a construção de práticas de saúde mais solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais resolutivas (COSTA *et al*, 2009).

De acordo com os autores acima citados, a ESF é criada como forma de alcançar os preceitos do SUS na ABS, tendo em vista a desconstrução de um modelo curativista e medicocêntrico. Porém esta mudança no modelo assistencial para um modelo de saúde baseado na prevenção e promoção de saúde ainda não se estabeleceu até os dias de hoje. Na nossa realidade o que vemos ainda é que muitos profissionais e, principalmente a comunidade ainda esta adaptada ao modelo anterior, dificultando o trabalho na mudança e, posteriormente, melhoria na assistência à saúde. Ainda é necessário muitos esforços para que alcancemos um modelo ideal. Também é fundamental apoio governamental e investimentos nesta área, em relação à especialização dos profissionais que trabalham na ESF para que tornem-se aptos para exercer a ESF na comunidade.

4.4 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

4.4.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. Merhy (1994) define planejamento como o modo de agir sobre algo de modo eficaz.

Para Levey e Loomba (1973), planejamento é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher o(s) plano(s) prioritário(s), iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema.

O planejamento em saúde abrange desde um sentido mais amplo que está direcionado para o sistema autônomo implantado nos municípios até o planejamento das ações entre profissionais e pacientes em busca de uma assistência à saúde de qualidade. Além disso, os planos devem ser flexíveis e passarem por mudanças de acordo com as modificações da realidade local. Para isso, as ações devem ser planejadas, harmônicas e coerentes com os

objetivos nacionais, locais e pessoais para o setor, de acordo com a disponibilidade dos serviços. A maior autonomia municipal vem acompanhada de uma maior responsabilização.

O planejamento determina aonde se quer chegar, para onde queremos conduzir um sistema e tomar as decisões pertinentes que nos levarão ao ponto desejado. Constitui-se como uma ferramenta que nos possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado. Esse processo nos permite tornar concreto esse caminho, mediante a análise das nuances da atual situação, da avaliação dos recursos disponíveis, sejam políticos, econômicos ou cognitivos e conhecimento de território e da situação de saúde da população.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998).

Deve ser feito pelos atores envolvidos na ação. Não existe “a teoria” ou “o método” de planejamento. Planejar não é fazer uma mera declaração de intenções. O planejamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional. Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador. Dessa forma, tem-se uma possibilidade aumentada de se alcançar uma saúde de qualidade e atender aos critérios do SUS, além de atingirmos objetivos para uma melhor qualidade de vida da população, através de um uso planejado dos recursos disponíveis para tal fim.

O planejamento é a estratégia fundamental para que alcancemos algo desejado, dentro das possibilidades. É certo que a maioria das pessoas não foram ensinadas a planejarem e realizam suas ações de forma imediatista. Isto desenvolve-se com a cultura local, onde as pessoas nem sempre alcançam suas metas sem decepções ou com resultados não esperados, com nuances não pensados. Por isso, para nós, planejar é algo difícil. Precisamos superar esta barreira na vida pessoal e profissional. Pra trabalharmos na ABS é fundamental que o profissional seja capaz de planejar suas ações para, posteriormente, poder disseminar e esta característica para as pessoas na comunidade e para que busque o alcance de metas em conjunto.

4.4.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL – PES

O método PES é, segundo Matus (1996), particularmente potente para o nível de direção central, onde se enfrentam problemas de alta complexidade. Ainda segundo esse autor, o método combina simplicidade e potência, porém para enfrentar poucos problemas de baixa interação e baixa complexidade, onde domina o processo prático-operacional, sendo adequado para a planificação de ações regionais e locais.

O uso do PES em saúde em substituição ao método tradicional favorece a implantação e execução de planos voltados para uma saúde baseada nos princípios do SUS, tomando como base os preceitos locais, o conhecimento da realidade, dos problemas que demandam prioridade e introduzem profissionais e a comunidade num único sentido. Isso só é possível porque este método é aberto e pode ser planejado de acordo com cada realidade, exigindo para isso criatividade dos atores envolvidos. Em nossa realidade por exemplo, planejamos baseados nos problemas que atingem em maior escala a saúde da comunidade, com ações voltadas ao controle de doenças infecto contagiosas, prevenção de gestações indesejadas, combate ao uso de drogas, violência, gravidez na adolescência, pobreza e baixas condições sanitárias na comunidade. Por isso, não há um modelo pronto em ABS. O ideal é que haja planejamento contínuo e integrado com os gestores, a comunidade e os profissionais para que se eleja as principais dificuldades e soluções a curto e longo prazo com a contribuição de todos os envolvidos, baseados nos recursos humanos e financeiros existentes.

A diferença entre os dois métodos está bem definida através deste quadro.

PLANEJAMENTO TRADICIONAL	PES
Determinista (predições certas)	Indeterminista (predições incertas)
Objetivo (diagnóstico)	Subjetivo (apreciação situacional)
Predições únicas	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Plano por problemas
Certeza	Incerteza e surpresas
Cálculo técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema aberto (várias possibilidades)
Teoria do controle de um sistema	Teoria da participação em um jogo

Fonte: O Método PES – Roteiro de Análise Teórica (material elaborado para o curso “Governo e Planejamento” FUNDAP – Fundación Altadir).

4.4.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE

De acordo com Ribeiro *et al* (2008) a ESF é um projeto dinamizador do SUS e sua consolidação precisaser sustentada por um processo que permita o real fortalecimento da atenção básica e possibilite a produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da população assistida. Na realidade, enfrentam-se váriosproblemas para sua implantação efetiva e grande parte é atribuída à deficiência de planejamento dos gestores, que muitas vezes, não integram os diversos indicadores de saúde e não consideram as especificidades regionais, sociais, institucionais e políticas dasrespectivas áreas de abrangência. O que se observa na prática é que muitas vezes os profissionais da saúde trabalham com intervençõespaliativas para problemas que geralmente são crônicos; adiando ações definitivas de resolução o que, quase sempre, leva ao desgaste do profissional e, por consequência, prejudica a qualidade da assistência prestada ao cliente. Isto é preocupante, pois limita o desenvolvimento da unidade o que, poderia ser evitado com um planejamento adequado dos serviços.

Os serviços de saúde estão em permanente interação com o meio ambiente, afetando-o e sendo por ele afetados. Forças ambientais influenciam todo o processo de formulação de objetivos e terminam por atingir todo o comportamento da equipe, portanto, é inquestionável que a área adscrita seja estudada antes de qualquer intervenção (RIBEIRO, *et al*; 2008).

O diagnóstico administrativo e situacional representa um meio de pontuar, analisar e interpretar as relações entre os setores (recursos humanos, físicos, materiais e administrativos) e as atividades de prestação de serviços com eficiência e efetividade, além de identificar a satisfação de clientes com os serviços administrativos, atualizar a comunidade sobre os processos formais e informais existentes que não sejam de seu conhecimento e informar sobre as relações mantenedoras e financeiras (RIBEIRO, *et al*; 2008).

Devem ser analisadas as particularidades no diagnóstico e, a partir dessa constatação, realiza-se um planejamento de ações, definem-se prioridades, sempre se baseando na realidade do serviço, na qual, muitas vezes, trabalha-se com populações de perfil socioeconômico e sanitário distintos. O diagnóstico constitui a fase inicial do planejamento. Apresenta-se como método de análise e identificação da realidade e das necessidades da prática diária. Tem o objetivo de fazer com que se tomem medidas para organização e correção do serviço quando esse se encontrar em situação crítica. Objetiva identificar problemas; estabelecer prioridades; observar fatores que limitam o desenvolvimento das

atividades; estabelecer diretrizes para a definição de ações a serem implementadas; proporcionar aprendizagem; identificar e reorganizar a área física, número de pessoal, horário de trabalho, material e equipamento disponível e, principalmente, tornar clara a realidade da instituição para todos e, assim, possibilitar que o planejamento, coordenação e controle (RIBEIRO, *et al*; 2008).

Para trabalharmos em saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, não só em nossa realidade, mas em todos os serviços, é fundamental que seja feita uma exploração da realidade do território e os recursos disponíveis para a realização dos serviços com qualidade e eficiência. Com isso obtém-se um trabalho mais efetivo e vinculado à comunidade e que atenda a critérios de financiamento da Atenção Básica.

É necessário buscarmos cotidianamente informações sobre a população, sobre o ambiente (físico e socioeconômico), o perfil de doenças, o ambiente físico: habitação, saneamento, ocupação do solo, pavimentação etc.; ambiente socioeconômico: nível de escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho etc., principais causas da morbimortalidade, informações sobre os serviços de saúde e ambientais: acessibilidade, cobertura, qualidade; serviços sociais: creches, centros sociais, escolas, áreas de recreação etc., informações sobre a política de saúde, vontade política; evolução da política do governo local com relação à saúde e problemas a ela relacionados e as redes de serviço em saúde. Com esses dados, o trabalho passa a ser efetivo e baseado na realidade local, tomando decisões compatíveis e elaborando estratégias compatíveis com a situação local, através da análise dos mapas desenvolvidos.

Devemos realizar uma reorganização das práticas de trabalho na ESF atendendo aos seguintes critérios: diagnóstico da saúde da comunidade, planejamento e programação local, complementariedade, abordagem multiprofissional, sistema de referência e contra-referência, educação continuada, estímulo à ação intersetorial, acompanhamento e avaliação e controle social. Ou seja, estamos diante de vários desafios que exigem de nós profissionais determinação e competência técnica.

4.4.4 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação é uma ferramenta de planejamento, em que estão descritas todas as ações que se pretende realizar durante um período estabelecido, assim como as atividades a serem desencadeadas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações.

A elaboração do plano de ação deve se basear no diagnóstico situacional de uma comunidade, com o objetivo de tentar solucionar os problemas mais importantes, sem deixar de lado sua viabilidade e capacidade de gerenciamento. Para o sucesso de um plano de ação, as equipes devem seguir os seguintes passos: definição dos problemas, priorização, descrição de cada problema, explicação, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo, gestão do plano.

Neste sentido, as sequências do plano de ação devem ser implementadas em virtude de sua importância para a Estratégia de Saúde da Família. É fundamental que o estabelecimento do plano de ação conte com a participação da comunidade, gestores e profissionais e seja seguido por todos.

4.4.5 PLANEJAMENTO NO SUS

A lista de problemas geralmente é grande, de modo que as equipes devem estabelecer prioridades através de como importância, urgência ou capacidade de enfrentamento. A descrição do problema deve caracterizar o seu "tamanho" através de descritores mensuráveis como taxa de mortalidade infantil, taxa de detecção de hanseníase, índice de mortalidade por causas, etc. Dessa forma temos como comparar os descritores, avaliando a aplicação do plano. Explicar o problema é importante, na medida em que são gerados por outros problemas (considerados como causa-problema) que vão em direção de um "núcleo gerador de problemas". Quanto mais próxima do núcleo for a intervenção, melhores serão os resultados. No entanto, sabemos da nossa não governabilidade sobre vários desses problemas, de modo que a seleção dos nós críticos, ou seja, situações em que podemos intervir para que o problema principal seja resolvido, se torna necessário.

O desenho da operação deve listar claramente os produtos ou resultados esperados após o plano. A identificação dos recursos críticos são de natureza econômica, organizacionais, cognitivos e de poder. Analisar a viabilidade tem o objetivo de: identificar atores de que possuem recursos críticos; fazer a análise da motivação desses atores; desenhar operações estratégicas para motivar os atores. O plano operativo tem a função de eleger os responsáveis pelos projetos, além de estabelecer prazos de execução. A gestão do plano tem a finalidade de avaliar e definir sua execução.

4.5 Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade-práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde

4.5.1 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

As práticas educativas podem ser estabelecidas através de três fundamentos: a pedagogia de transmissão, pedagogia do condicionamento e a pedagogia da problematização. A prática pedagógica da transmissão foi muito utilizada, porém não consegue alcançar bons resultados em relação à aprendizagem, pois baseava-se apenas na transmissão de informações, onde o professor era o elemento mais importante e detentor de todo o conhecimento. A prática pedagógica do condicionamento leva o aprendiz ao aprendizado através das repetições, porém não ensina o aluno a ser crítico e ter pensamento lógico. De outro lado, a pedagogia da problematização cria uma prática pedagógica diferente e voltada para o desenvolvimento do aprendiz, onde o professor é parte do processo educativo como o aluno, formando pessoas com raciocínio crítico.

A prática de educação em saúde deve estar baseada na pedagogia da problematização e exige vários elementos para que seja eficiente e se conquiste objetivos estabelecidos, utilizando-se de tecnologias disponíveis. Deve conhecer a população em que trabalharemos, utilizar recursos adequados a levar em consideração os conhecimentos existentes na sociedade, a cultura, o saber individual e aliar a isto o conhecimento técnico científico. Dessa forma, deve-se procurar estabelecer uma troca de conhecimentos e não a detenção do saber com na prática pedagógica da transmissão verticalizada, biologicista, não levando em consideração determinantes psicossociais e culturais do cliente.

O indivíduo é um ser importante, construído historicamente na sociedade, com suas crenças, religião, mitos, conceitos e opiniões. Portanto, para uma prática em saúde eficaz, faz-se necessário uma relação horizontal, de negociação envolvendo os usuários nas ações, estabelecendo sua autonomia e responsabilização em busca da saúde, situando o indivíduo como autor do processo. Dentro de nossa realidade, ainda temos que levar em consideração o analfabetismo da população e também os baixos níveis escolares, dificultando o desenvolvimento de um pensamento reflexivo e mudanças de comportamento.

4.5.2 BASES TEÓRICAS DE UMA PRÁXIS EDUCATIVA

As práticas educativas são amplamente utilizadas na área da saúde, tanto na formação contínua dos profissionais que atuam nesta área quanto no campo da educação em saúde para a população em geral. A interseção destes dois campos de conhecimento humano se dá através do desenvolvimento de práticas educativas norteadas por um conjunto de representações de homem e de sociedade que se quer efetivar. Essas representações são demonstradas através da discussão dos processos de ensino-aprendizagem utilizados nas tendências pedagógicas mais dominantes em nosso meio: a pedagogia tradicional, renovada, por condicionamento e a libertadora. A partir dos princípios, métodos e conseqüências ao nível individual e social de cada pedagogia apresentada, concluímos que a pedagogia libertadora pode produzir melhores resultados que as demais correntes pedagógicas estudadas, por possibilitar a participação ativa do educando no processo da aprendizagem, propiciando o desenvolvimento contínuo das habilidades humanas tanto da clientela quanto dos trabalhadores da área de saúde (PEREIRA, 2003).

Na pedagogia tradicional as ações de ensino estão centradas na exposição dos conhecimentos pelo professor, sendo visto como a autoridade máxima, um organizador dos conteúdos e estratégias de ensino e, portanto, o único responsável e condutor do processo educativo. Há predominância da exposição oral dos conteúdos, seguindo uma sequência predeterminada e fixa, independentemente do contexto escolar; enfatiza-se a necessidade de exercícios repetidos para garantir a memorização dos conteúdos. Os conteúdos e procedimentos didáticos não estão relacionados ao cotidiano do aluno e muito menos às realidades sociais. A função primordial da escola, nesse modelo, é transmitir conhecimentos disciplinares para a formação geral do aluno, formação esta que o levará, ao inserir-se

futuramente na sociedade, a optar por uma profissão valorizada (LUCKESI, 1994; MEC, 1997).

A pedagogia renovada inclui várias correntes que estão ligadas ao movimento da pedagogia não-diretiva, representada principalmente pelo psicólogo Carl Rogers e pelo movimento chamado Escola Nova ou Escola Ativa (John Dewey, Maria Montessori, Ovide Decroly, Jean Piaget, Anísio Teixeira, entre outros) (LUCKESI, 1994).

Essas correntes, embora admitam divergências, assumem um mesmo princípio norteador de valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social. O centro da atividade escolar não é o professor nem os conteúdos disciplinares, mas sim o aluno, como ser ativo e curioso. O mais importante não é o ensino, mas o processo de aprendizagem. "*Trata-se de "aprender a aprender", ou seja, é mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito*" (LUCKESI, 1994:58). O professor facilita o desenvolvimento livre e espontâneo do indivíduo, o processo de busca pelo conhecimento, que deve partir do aluno. Cabe ao professor organizar e coordenar as situações de aprendizagem, adaptando suas ações às características individuais dos alunos, para desenvolver capacidades e habilidades intelectuais de cada um. O professor estimula ao máximo a motivação dos alunos, despertando neles a busca pelo conhecimento, o alcance das metas pessoais, metas de aprendizagem e desenvolvimento de competências e habilidades. Desta forma, o processo de ensino é desenvolvido para proporcionar um ambiente favorável ao autodesenvolvimento e valorização do "eu" do aluno.

Pedagogia por condicionamento desenvolvida nos anos 70, proliferou o chamado "tecnicismo educacional", inspirado nas teorias behavioristas (Skinner, Gagné, Bloon e Mager) da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino. Esta pedagogia se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de "condicionar" o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. A prática pedagógica é altamente controlada e dirigida pelo professor, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes (LUCKESI, 1994).

Nesta tendência, a escola funciona como modeladora do comportamento através de técnicas específicas. À educação escolar compete organizar o processo de aquisição de habilidade, atitudes e conhecimentos específicos, úteis e necessários para que os indivíduos estejam integrados na máquina do sistema social global. A escola atua no aperfeiçoamento da ordem social vigente (o sistema capitalista), assim, o seu interesse imediato é de produzir indivíduos competentes (no âmbito da técnica) para o mercado de trabalho. Os conteúdos de

ensino são as informações, os princípios científicos, as leis, entre outros, ordenados em uma seqüência lógica e psicológica por especialistas. É privilegiado no ensino o conhecimento observável e mensurável, advindo da ciência objetiva, eliminando-se qualquer sinal de subjetividade. Os métodos utilizados são os procedimentos e técnicas necessários ao arranjo e controle do ambiente da aprendizagem a fim de que seja assegurada a transmissão/recepção das informações. A atividade de descoberta é função da educação, mas deve ser restrita aos especialistas, sendo sua aplicação de competência do processo educacional comum (BORDENAVE, 1999; LUCKESI, 1994).

Esta tendência vem influenciando a formação dos profissionais de saúde, tanto que autores como Cordeiro & Minayo (1997) citam o cliente como objeto e não como um sujeito da ação dos profissionais de saúde. Como objeto, as ações são centradas no seu corpo, órgão afetado. Apontam que na área de saúde é necessário integrar na formação de seus profissionais uma formação humanística (CORDEIRO, MINAYO; 1997).

As pedagogias críticas surgiram no final dos anos 70 e início dos 80, a abertura política no final do regime militar coincidiu com intensa mobilização de educadores para buscar uma educação crítica, a serviço das transformações sociais, econômicas e políticas, tendo em vista superar as desigualdades sociais. Ao lado das denominadas teorias críticas, firma-se, no meio educacional, a "pedagogia libertadora" e da "pedagogia crítico-social dos conteúdos", defendidas por educadores de orientação marxista (MEC, 1997).

A pedagogia da problematização tem suas origens nos movimentos de educação popular que ocorreram no final dos anos 50 e início dos anos 60, quando estes movimentos foram interrompidos pelo golpe militar de 1964; teve seu desenvolvimento retomado no final dos anos 70 e início dos anos 80. Nesta pedagogia, a educação é uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social.

Na educação renovada, pretendia-se uma libertação psicológica individual, sendo na realidade uma educação domesticadora, já que em nada contribui para desvelar a realidade social de opressão. Já a educação libertadora questiona concretamente a realidade das relações do homem com a natureza e com os outros homens, visando a uma transformação (LUCKESI, 2001). Nesta pedagogia, o método de ensino é realizado na forma de trabalho educativo, através dos grupo de discussão. O professor está ao mesmo nível de importância em relação aos alunos, visto que seu papel é animar a discussão. Dessa forma, o método de ensino se baseia na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professor.

Para Freire (2001), é através do diálogo que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais. A comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento.

4.5.3 TECNOLOGIAS PARA A ABORDAGEM AO INDIVÍDUO, FAMÍLIA E COMUNIDADE

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Essa aproximação, sem dúvida, trouxe como consequência, na maioria das Unidades Básicas, expressivo aumento da demanda espontânea. Assim, tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção. A visita domiciliar e o acolhimento são bons exemplos de tecnologias que estão inseridas neste contexto, além do trabalho com grupos e a consulta, utilizadas há mais tempo (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES; 2009).

Inicialmente há de se ter a idéia de que cada pessoa é sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral, numa relação que gera vínculos institucionais e emocionais. Isto vale para abordagens coletivas e individuais. Como agente do processo de trabalho em saúde, o que deve distinguir a sua postura da postura daquele que você assiste – e que muitas vezes não acolhe você – é a essência da prática profissional que escolheu, é o “cuidar como ofício”. Talvez seja a construção dessa concepção que nos permite entender a proposta de humanização dos serviços de saúde como política nacional que propõe humanizar o que é humano. É um aprimoramento das relações humanas, essencial para a produção da saúde. É preciso construir vínculos com a comunidade para que você também seja acolhido. É essencial que fique perceptível, no comportamento da equipe, a compreensão de que vínculo significa “a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo” (FRANCO, BUENO, MERHY; 1999). Sob esse aspecto, o acolhimento se concretiza como “tecnologia do encontro”, que se constrói no cotidiano (BRASIL, 2006). É

preciso, também, (re)construir os laços de solidariedade entre aqueles que trabalham juntos na Unidade; arguir as condições de trabalho; dignificar os espaços físicos de atenção; flexibilizar as relações hierárquicas de poder, entre outros aspectos que precisam ser humanizados no nosso cotidiano.

O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário (SOLLA, 2005). Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a ideia do acolhimento como diretriz operacional. Tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento.

É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde (como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde, entre outros) (BRASIL, 2006).

Portanto o acolhimento é a base do atendimento nos serviços, realizada por todos os profissionais que trabalham no serviço, deve também ser baseada na compreensão e ter resolubilidade. Em nosso serviço de ABS, o acolhimento nem sempre é praticado de forma a atender os seus reais objetivos, tendo como fatores limitantes a falta de espaço e tempo para uma escuta individualizada, na maioria das vezes, como discutimos com nossos colegas. Em algumas UBS relatou-se casos onde o acolhimento é realizado por área, onde cada equipe de SF realiza o acolhimento dos pacientes do seu território no início do dia e, em outros casos, o acolhimento é realizado por profissionais diferentes em dias organizados, sendo que nem sempre o paciente é atendido por sua equipe. Acredito que o acolhimento é a parte mais importante na formação de vínculo em qualquer serviço, e o modelo de acolhimento por equipe é mais eficaz no atendimento aos critérios do SUS na ESF. Além disso, devemos ser profissionais capazes de exercer ações humanísticas, buscando o aprimoramento das relações humanas como sendo essencial para a produção da saúde e compreender o acolhimento como processo contínuo de construção de vínculo com usuários, famílias e comunidade.

Uma longa tradição tem marcado a utilização de trabalho com grupos na área da saúde, tanto na atenção à saúde psíquica quanto à saúde somática. Nos anos de 1970, os grupos denominados operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho. Com a implantação da ESF, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES; 2009).

O trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica. Geralmente os grupos têm como um dos critérios organizadores um agravo à saúde, como diabetes e hipertensão, ou uma situação específica, como gestação ou adolescência, podendo um mesmo indivíduo participar de mais de um grupo (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES; 2009).

Considerando os objetivos da ESF, há duas vertentes amplas: grupos socioeducativos e grupos psicoeducativos. Ambos são organizados tendo como pressuposto o processo educativo, ou seja, a intenção é possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamentos, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado. Enquanto o grupo socioeducativo está mais voltado para os aspectos socioculturais que interferem na condição de saúde e doença, o psicoeducativo remete aos processos psíquicos. Zimmerman (2007) classifica os grupos, segundo o critério de finalidade, em operativos e psicoterápicos. Divide, ainda, os grupos operativos em quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Há tendência dos profissionais de saúde em denominar e generalizar toda atividade de grupo como grupo operativo. Este é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon-Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa, cumprindo uma função terapêutica, pois se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

A criação e manutenção de grupos é tarefa imprescindível na ESF, como foi abordado anteriormente, sendo de grande valia para a formação do vínculo e mudanças de comportamento dos indivíduos na comunidade. Os papéis de cada profissional não estão bem estabelecidos neste caso, mas se observa que os enfermeiros e ACS são responsáveis pelos grupos nas UBS. A organização dos grupos bem como sua frequência são estabelecidos em conjunto entre profissionais e a comunidade de forma participativa. Os grupos que realmente funcionam são os de hipertensos e diabéticos e de gestantes. Ainda se enfrenta dificuldades na

manutenção destes no serviço que tenho contato, principalmente quanto ao horário dos profissionais e sua participação, porém, já se têm espaço adequado. Esta é uma tecnologia simples e de alta eficácia na ESF e que deve sempre ser encorajada junto aos que compõe o serviço, enfatizando a importância da interdisciplinaridade para o desenvolvimento exitoso do trabalho com grupos.

A visita domiciliar (VD) foi (re)introduzida no sistema de saúde brasileiro em 1991 no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste com êxito (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES; 2009).

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a VD às suas ações como tecnologia de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, que deve ser explorada por todos os membros da equipe. A sua utilização favorece, entre outros aspectos, a possibilidade de conhecer a realidade do território. Conhecer o território implica, também, conhecer o quadro sanitário, as condições e a qualidade de vida das pessoas, como reflexo das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde, entre outras, sendo um instrumento potente de vigilância à saúde (FARIA *et al.*, 2008).

A VD é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. A VD pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, caracterizando-se como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. Tem potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e o comprometimento com a proteção ao meio ambiente, por parte dos profissionais e dos usuários (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES; 2009).

A VD permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isto é necessário estabelecer confiança entre os membros da Equipe de Saúde e os da família, para que esta se sinta segura com as ações desenvolvidas pelos profissionais e, em casos de problemas ou dúvidas, solicite ajuda, explicações e orientações. Ela serve, também, para que os profissionais entendam o

significado do momento vivido e possam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações feitas, ajudando a família a descobrir suas possibilidades. Quanto mais efetivos forem o relacionamento e o envolvimento do profissional com a família, maior será o seu reconhecimento como profissional (TULIO *et al.*, 2000).

Em nossa realidade há uma organização na realização de visitas domiciliares, onde esta é feita pelos ACS ao frequentarem sua área específica e, caso julguem necessário, solicitam visita ao profissional competente para cada caso. Em um dia na semana, o médico e o enfermeiro possuem horários na agenda para a realização de visitas e assim as realizam. Há também os profissionais do NASF, que, embora não tenham uma rotina estabelecida de visitas, as realizam quando solicitados. Observamos que se obtêm êxito nas visitas domiciliares, atingindo seu maior propósito que é a formação do vínculo e conhecimento da realidade da família. Há dificuldades em se realizar as visitas em áreas mais afastadas e de difícil acesso, pois não dispomos de transporte nas UBS em Sobral, tendo que solicitar, o que quase sempre demanda tempo e nem sempre está disponível. Porém, mesmo havendo áreas onde a violência predomina, observamos que a comunidade respeita os profissionais de saúde e recebe-os com respeito e atenção. É importante ressaltar aqui também a importância dos registros na realização das visitas para a continuidade da assistência e compreensão dos problemas pela equipe multiprofissional.

Talvez por ser tão familiar, a consulta não tenha o destaque que deveria ter como estratégia de mudança do modelo assistencial. Ela deve ser considerada um momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade. Conforme dados do Ministério da Saúde (MS), “observa-se tendência a aumento do número médio de consultas médicas por habitante apresentadas no SUS”. Porém na ESF elas devem ser oferecida a todos, ser programada ou espontânea, realizadas por todos os profissionais de nível superior que trabalham na UBS e, se estender à clínica médica, odontológica, puericultura, pré-natal, preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama, acolhimento de demanda espontânea.

O que se observa na comunidade ainda é a busca pelo atendimento do profissional médico e, a indignação quando é encaminhado para outro profissional após o acolhimento. A comunidade ainda está adaptada ao modelo medicocêntrico. Porém, acredito que paulatinamente, muitos indivíduos na comunidade vem incorporando a importância dos demais membros da equipe multiprofissional e, até mesmo já vem a UBS procurar estes profissionais, como forma de reconhecimento de seu trabalho diferenciado. Portanto, a consulta é um momento ímpar, onde pode-se estabelecer confiança com o paciente, realizando

uma escuta qualificada e que, aos poucos vai ser incorporada a comunidade seu caráter multiprofissional.

4.6 Saúde da Mulher no Ciclo Vital

4.6.1 SER MULHER E CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

O papel social da mulher incorporou muitas atividades ao longo do tempo. Atualmente as mulheres deixaram as atividades que antes eram predominantemente do lar e assumem vários papéis na família, no lar e na sociedade. As mesmas cuidam dos filhos, realizam atividades domésticas, estudam, trabalham para ajudar no orçamento familiar ou até mesmo assumem todos os custos da família, introduzindo mudanças nas relações familiares. Porém, apesar das conquistas, as mulheres ainda sofrem preconceitos, discriminação, desigualdade de gênero e violência, não só em nossa sociedade como também em outras culturas e países.

As mulheres, segundo o IBGE (2010) são a maioria da população brasileira e, além disso, formam a maioria da população com mais de setenta anos, tendo aí uma justificativa por serem a maior clientela nos serviços de saúde, com doenças crônicas degenerativas. Elas também têm atingido maiores níveis de escolaridade, diminuído a taxa de fecundidade e participado significativamente no mercado de trabalho. São elas também que levam os filhos para consultas predominantemente, buscam os serviços também para realizarem pré-natal, para levarem parentes, vizinhos e amigos que necessitam dos serviços de saúde. Portanto, as mulheres merecem uma atenção especial na Estratégia de Saúde da Família por ser um vínculo com a comunidade em geral, participando ativamente das ações à saúde. Nós, profissionais, devemos portanto demandar uma atenção especial a esta clientela.

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Considerando a saúde numa visão ampliada, diversos aspectos da vida estão a ela relacionados, como a alimentação, o lazer, as condições de trabalho, a moradia, a educação/informação e renda, as relações sociais e familiares, a auto-imagem e a autoestima e o meio ambiente. Nessa perspectiva, a saúde está para além do simples acesso aos serviços de saúde ou à ausência de doença.

Outras variáveis relacionadas à discriminação e aos preconceitos também compõem o processo de saúde-doença e aumentam a vulnerabilidade frente a determinados agravos que estão – para a população feminina – mais relacionados com situações de discriminação que aos fatores biológicos.

A equidade é um dos princípios do SUS e significa a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a suas necessidades. Esse princípio está relacionado com a justiça e a igualdade social e pretende romper as barreiras da discriminação e das desigualdades.

4.6.2 ASSISTÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO E O PUERPÉRIO

A assistência às mulheres na gestação e no período puerperal demanda do serviço uma atenção especial. É um evento social que envolve vários atores, sendo um momento especial na vida da mulher, de seu parceiro e da família. Apesar de a gestação ser conhecida e encarada socialmente como um momento natural na vida das mulheres e de grande alegria para a sociedade em geral, as mulheres nesta etapa passam por mudanças físicas e psicológicas que podem colocar em risco sua saúde e do bebê que está sendo gerado.

O pré-natal é o momento em que, através de uma assistência de qualidade, realizando os exames preconizados, pode-se evitar intercorrências no período gestacional. Além da prevenção e investigação de agravos, é também durante o pré-natal que se estabelece um vínculo entre o serviço e a cliente, onde torna-se possível implementar ensinamentos e fortalecer a prática do aleitamento materno. É um período em que a mulher passa por mudanças físicas e psicológicas. É uma fase importante na vida de uma mulher, porém pode enfrentar muitos problemas e para isso, nós, profissionais da saúde devemos estar preparados para realizar um acolhimento à mulher e à família durante estes nove meses de expectativas, ansiedades, emoções, alegrias e também dificuldades, sabendo como agir para obter melhores resultados.

Para tanto, é fundamental que se conheça o território onde se trabalha, as condições sócio-econômicas, o número de gestantes, a faixa etária das mesmas, os recursos físicos e humanos do serviço onde se trabalha e a rede de serviços de referência. Através disso, é possível o desenvolvimento de ações eficazes voltadas à saúde da mãe e do bebê.

Toda a equipe deve trabalhar com dignidade, respeito e buscando um enfoque de risco, baseando-se nas probabilidades de adoecimento da gestante, sendo diferenciado para cada uma, devendo-se desenvolver uma assistência individualizada. A formação do vínculo também é fundamental. O desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito à individualidade também é essencial para que ocorra uma relação participativa e se alcance bons resultados perinatais. É preciso realizar uma organização das rotinas, dos procedimentos, da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas.

Dessa forma, de acordo com o Ministério da Saúde (2000), é preciso acolher à mulher e sua família desde o início da gravidez; captar gestantes não inscritas no pré-natal, reduzir faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, acompanhar a evolução da gestação, desenvolver trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar.

No período puerperal, de maior risco para a mulher, a equipe deve estar organizada para realizar a visita puerperal e detectar precocemente agravos à puérpera e ao recém nascido, de forma a proteger suas vidas.

4.6.3 ASSISTÊNCIA GINECOLÓGICA NO PERÍODO REPRODUTIVO E NO CLIMATÉRIO

De acordo com Heilborn *et al* (2009) a atenção à saúde da mulher vem sendo construída no Brasil a partir de sucessivas políticas públicas de saúde. Até a década de 1970, a saúde da mulher era considerada em sua dimensão procriativa, priorizando-se cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal. A saúde pública tinha caráter pró-natalista e a medicina reforçava a naturalização das diferenças entre os sexos, enfatizando a visão da mulher como mãe. A difusão dos métodos contraceptivos modernos (pílula) e o debate sobre regulação da fecundidade foram impulsionados por políticas internacionais de controle populacional.

Em nosso cotidiano de trabalho na Atenção Primária, somos co-responsáveis em realizar ações visando desenvolver o conhecimento das mulheres em idade fértil sobre os direitos reprodutivos. Com isso, as pacientes adquirem conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, como utilizá-los corretamente, sendo capazes de exercerem escolha sobre a gestação. Para tal abordagem, é necessário manter grupos de mulheres, adolescentes, buscar as escolas para realizar um trabalho interdisciplinar e fazer um levantamento dos problemas

na comunidade e estabelecer estratégias para trazer as pacientes para o serviço. A realidade é que estamos diante de diversas gravidezes indesejadas, mulheres jovens, adolescentes, vítimas de violência doméstica e múltiparas sem condições sociais. Observamos que as atividades voltadas para os direitos reprodutivos e sexuais se encontram desestruturadas, sem a garantia de continuidade de suas ações. Portanto, nós profissionais de saúde devemos nos sensibilizar com estes dados e tentarmos melhorar esta situação e garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres permeando práticas educativas em saúde, garantindo o acesso aos usuários, realizando estratégias para o envolvimento de toda a equipe no cuidado, garantindo a disponibilidade dos métodos contraceptivos, prestando uma atenção integral e humanizada, considerando as diversidades e especificidades das mulheres, um acolhimento humanizado, desenvolvendo a ética nas relações entre profissionais e usuárias, levando em consideração os aspectos emocionais e psicológicos, e também assistindo os casais com problemas de infertilidade.

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. De acordo com estimativas do DATASUS, em 2007, a população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões de mulheres. Nesse universo, cerca de 30 milhões têm entre 35 e 65 anos, o que significa que 32% das mulheres no Brasil estão na faixa etária em que ocorre o climatério.

Pela história, múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa. A crença de que distúrbios do comportamento estavam relacionados com as manifestações do trato reprodutivo, embora muito antiga, persistiu em nossos tempos. Dados atuais têm mostrado que o aumento dos sintomas e problemas da mulher neste período reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não somente eventos endócrinos do climatério e menopausa.

É preciso se disseminar a idéia de que o climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher e muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade.

Os profissionais de saúde que atendem a clientela feminina devem cuidar para que haja a maior efetividade possível. Para tanto, devemos sempre estar atualizados e sugerirmos este tema para as educações permanentes, pois não vemos este assunto cotidianamente. É necessário também recursos financeiros para implementação das ações, apoio técnico, envolvimento com a sociedade civil, organização da referência para realização de exames e consultórios adequadamente montados. Em nosso serviço, em Sobral, estamos próximo ao

ideal de referência, porém ainda temos muito a melhorar em todos os sentidos no que se refere à assistência à mulher no climatério. Porém, o que devemos desenvolver são medidas preventivas e promotoras da saúde, que incluem estímulo ao autocuidado e a adoção de hábitos de vida saudáveis, que influenciam a qualidade de vida e o bem-estar das mulheres nesta fase. As ações de prevenção do câncer são realizadas de forma organizada nos serviços de Atenção Primária, porém ainda temos dificuldades quanto os serviços de referência. Isso restringe o direito das mulheres a continuidade do acesso aos serviços de saúde.

4.6.4 CONSTRUINDO UM PROTOCOLO DE CUIDADOS COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

No Brasil, assim como em diversos países do mundo, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina. A violência baseada em questões de gênero é também uma violação dos direitos humanos. Acomete mulheres de todas as idades, de diferentes níveis econômicos e sociais, em espaço público ou privado e em qualquer fase de sua vida. Nos serviços de saúde, a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para a humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça um relacionamento de forma adequadamente o profissional e a cliente (HOGA, 2004).

Convivemos diariamente com vítimas de violência doméstica à crianças e mulheres. Devemos reconhecer e tentar ajudar essas pessoas, prevenindo danos físicos. Estes casos estão principalmente relacionados ao uso de álcool e drogas e, torna-se de difícil abordagem devido a falta de segurança e o medo da denuncia.

4.7 Saúde Mental e Violência

4.7.1 CONSTRUÇÕES HISTÓRICA, POLÍTICA E CULTURAL DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais

O 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 Reforma Psiquiátrica é 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 Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Dessa forma, o antigo modelo de assistência psiquiátrica vem sendo alterado no país em substituição ao processo manicomial baseado na hospitalização e isolamento do doente mental de forma discriminatória pela sociedade. O modelo manicomial que perdurou por muito tempo no Brasil, traz consigo memórias e sequelas difíceis de serem superadas pelos

pacientes, familiares e comunidade em geral. Trata-se de um serviço baseado no isolamento, maus tratos, perda da identidade, humilhação e sofrimento, isolando-o do convívio social e sem perspectivas de retorno à vida em sociedade até sua morte.

Em Sobral, conheci ainda criança, quando estive no Guararapes com minha irmã para uma visita, o modelo de exclusão, sofrimento e isolamento social existente por muitos anos. Era basicamente hospitalocêntrico, que vem se desconstruindo inicialmente com a extinção do Guararapes, onde antes muitos doentes mentais eram submetidos a condições subumanas e perpetuando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais, gerando lucros para a instituição. Isso se deu após a morte de um paciente, quando se abriu uma sindicância e após ordem judicial foi necessária intervenção do sistema municipal de saúde. Após o ocorrido foi instituído uma rede de atenção integral para atendimento a portadores de transtornos mentais. Esta rede é constituída pelos os serviços do Centro de Atenção Psicossocial, Centro Psicossocial Anti-drogas – CAPS AD, Unidade de Saúde Mental no Hospital Geral (enfermaria e urgência), Serviço Residencial Terapêutico, Ambulatório de Psiquiatria Regionalizado no Centro de Especialidades Médicas – CEM. Todos estes dispositivos da Saúde Mental, funcionam como suporte as equipes do Programa de Saúde da Família – PSF locais, na tentativa de uma integração entre o serviço especializado e a atenção básica à saúde.

Dessa forma, busca-se a inserção do doente mental na sociedade, propiciando uma vida digna a estas pessoas, com acesso e continuidade do tratamento, envolvendo a comunidade e a família no cuidado. Em outros municípios ainda não se tem um serviço organizado como em Sobral e muitos doentes estão sem assistência, necessitando de maior empenho dos profissionais da Atenção Primária para uma melhor abordagem.

4.7.2 A ASSISTÊNCIA E A CLÍNICA

A Estratégia de Saúde da Família devemos implantar a continuidade, uma abordagem psicossocial e não simplesmente biomédica dos pacientes. Para tanto devemos estar atentos, saber ouvir e demandar tempo para cada paciente, realizando uma abordagem integral. Além disso, devemos desenvolver juntamente com os doentes mentais uma reabilitação social, inserindo a pessoa portadora de deficiência mental na comunidade, num convívio normal, desenvolvendo funções e convivendo sem preconceitos. Isso faz com que o doente mental sinta-se útil, importante e efetivo na comunidade, trazendo benefícios para a sua vida e saúde

psíquica, atuando como um aliado no tratamento, visando melhores resultados e uma convivência natural, livre de preconceitos.

4.7.3 CASOS CLÍNICOS NA COMUNIDADE

Na comunidade podem existir diversas pessoas com distúrbios mentais. Para tanto os profissionais que trabalham na Atenção Primária devem demandar uma atenção especial voltado para o conhecimento das pessoas, do território e de fatores predisponentes para que seja feita uma identificação e abordagem precoces, garantindo o atendimento integral ao portador de doenças mentais.

Além da identificação de portadores de distúrbios mentais na comunidade, os profissionais na Atenção Primária devem também garantir o acesso irrestrito a estas pessoas, realizar acompanhamento, garantindo a continuidade do tratamento, realizar referência e contra-referência e envolver o paciente, a família e a comunidade no tratamento destas pessoas.

Mas observamos que um grande número de pessoas ainda passam despercebidas, agravando a patologia pelo tempo sem tratamento, ou até mesmo casos de suicídio na comunidade. Portanto, deve-se estar atento aos casos na comunidade, envolvendo uso de drogas, depressão, ansiedade, transtornos de personalidade, esquizofrenia e outros, realizando prevenção de agravos, promoção da saúde e reabilitação.

4.7.4 ESTRATÉGIAS EM SAÚDE MENTAL

Visando um serviço de excelência na comunidade, o profissional deve ser criativo e montar estratégias fundamentadas para a expansão do atendimento, identificação e continuidade do tratamento de doentes mentais envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade.

Uma forma de identificar casos na comunidade é a comunicação diária com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes profissionais, por viverem na comunidade,

conhecem a dinâmica e as pessoas que ali vivem, identificando precocemente casos patológicos, que demandam atenção profissional.

Além disso, o monitoramento dos pacientes que já são acompanhados e suas famílias, buscando nelas outros membros com patologias. Outra oportunidade para a identificação é durante o acolhimento e consultas cotidianas, onde a pessoa pode demonstrar sinais clínicos de distúrbios mentais.

Buscar o envolvimento da comunidade, visando a desconstrução do modelo anterior e a aceitação do doente mental como um ser humano igual, capaz e merecedor de respeito. Inserindo o doente na comunidade como lócus de intervenção.

Ainda nos deparamos com um problema básico diante da Atenção em Saúde Mental: a dificuldade de alguns membros da equipe de saúde da família em intervir com o doente mental e conviver com os mesmos. Para tanto, é necessário realizar-se treinamentos e capacitações. Não só isso, ainda estamos diante de um preconceito social intenso, mesmo com os profissionais de saúde. Portanto, desafios imensos estão à nossa frente.

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

4.8.1 AS INTERFACES ENTRE TRABALHO, AMBIENTE E SAÚDE

Carvalho (2008) traz o desafio de desvendar a chamada "revolução técnico-científica" pelo capital. E para isso explica o padrão civilizatório que vivemos através de aspectos relevantes do capital: descartabilidade (não só a mercadoria, mas os trabalhadores, pessoas, sentimentos e afetos são descartáveis), dissociação (separando os trabalhadores entre si), contradição, consumismo, falta de limites para o consumo,

A sociedade moderna veio "progredindo" com otimismo na capacidade infinita do desenvolvimento tecnológico até o ponto em que descobre a fragilidade e inconsistência sistêmica da economia contemporânea trazendo à tona a questão da crise ambiental como produto histórico das formas concretas de apropriação da natureza, formação de territórios, do exercício do poder e organização social, dos modos, mentalidades e culturas. Isto significa dizer que nenhuma intervenção no mundo é neutra, desprovida de consequências, e que as formas concretas de apropriação da natureza e seus desdobramentos ambientais

decorrem do interesse e das estratégias das classes de grupos sociais, empresas, comunidades, estados.

O desenvolvimento baseado no capitalismo tem foco apenas na economia e busca do lucro. Com isso as necessidades humanas passam a ser criadas para consumir mais e mais, já que a mercadoria passa a significar poder e status. Desvaloriza o processo de produção uma vez que o trabalho é convertido em emprego com alienação desses trabalhadores.

4.8.2 EVOLUÇÃO DE CONCEITOS E DE POLÍTICAS EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

A medicina do trabalho constitui-se no primeiro modelo teórico-prático da relação trabalho e saúde, centrado no médico e a doença como resultado da unicausalidade. A saúde ocupacional surge dentro das grandes empresas, cuja ênfase é na higiene industrial e compreendendo a saúde e a doença como resultado de fatores múltiplos, mas não considerando fatores indiretos. A saúde do trabalhador é um movimento que se inicia pela necessidade da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, através de mudanças na legislação.

Mesmo com dificuldades a saúde do trabalhador no SUS foi inserida na constituição de 1988 e na lei nº8080, definida como 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. Em 2002 foi criada a RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Trabalhadores), regulamentada atualmente pela Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Ela integra e articula o cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar. Tem como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CERESTs.

O ambiente é entendido como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde acontece a vida humana e sua relação com o universo. O ministério da saúde define saúde ambiental como Área da saúde pública responsável pela formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, objetivando melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o

ponto de vista da sustentabilidade. A vigilância em saúde ambiental significa um conjunto de ações que promovem o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

A situação atual da política em saúde ambiental brasileira apresenta a seguinte situação: existência de processos de trabalhos primários ao mesmo tempo em que ocorrem processos produtivos com riscos tecnológicos complexos (nuclear, químico e biológico); existência de padrões de desenvolvimento não sustentáveis; o impacto das alterações ambientais continua recebendo atenção secundária na conformação política atual.

4.8.3 IMPORTANTES QUESTÕES DE TRABALHO, AMBIENTE E SAÚDE NO BRASIL

A legislação brasileira refere que acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Tradicionalmente os acidentes de trabalho no Brasil são classificados em: típicos, de trajeto e doenças relacionadas ao trabalho.

Os Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT – ou lesões por esforços repetitivos – LER são condições relacionadas à ritmos intensos de trabalho, atividade com uso repetitivo dos membros superiores, inexistência ou insuficiência de pausas para descanso, jornadas prolongadas de trabalho, ferramentas inadequadas, mobiliário inadequado, atividade penosa de exigência de trabalho em posições não-fisiológicas, trabalho em situação de forte pressão por produtividade, exposição ao frio, vibração, etc.

A perda de audição induzida pelo ruído (PAIR) é resultado de lesão permanente e irreversível das células ciliares do ouvido interno (neurossensorial). Estão expostos ao risco os marteleiros, trabalhadores em mineração, construção civil, metalúrgicas, siderúrgicas, gráficas, pistas de aeroporto, lavanderias industriais, etc.

O saturnismo ou plumbismo é o nome dado à intoxicação pelo chumbo. Afeta milhões de pessoas em todo o mundo como resultado da poluição ambiental, além de outras espécies,

como as aves. Nos humanos, as principais fontes de intoxicação são as tintas que contém chumbo, baterias de automóveis, pilhas, e emissões industriais.

A intoxicação por agrotóxicos se manifesta através de vários sintomas a depender das características químicas envolvidas. Esses produtos podem ser ascaricidas, fungicidas, herbicidas, raticidas, bacteriostáticos, moluscidas ou nematocidas. Estão expostos ao risco de intoxicação os trabalhadores envolvidos na produção e distribuição de agrotóxicos e no preparo e aplicação, aplicadores de inseticidas em ambiente urbano, no combate a endemias, trabalhadores e população que vivem em áreas contíguas àquelas onde são aplicados os agrotóxicos e indivíduos que consomem alimentos contaminados por esses produtos.

A Pneumoconiose é a doença respiratória relacionada ao trabalho mais notificada no Brasil, particularmente em Minas Gerais. A silicose decorre da inalação de partículas de sílica e a asbestose decorre da inalação de fibras de asbesto ou amianto.

4.8.4 SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE AMBIENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é apresentada como uma estratégia estruturante para a mudança do modelo assistencial vigente centrado na cura de doenças e no hospital. A complexidade de problemas relacionados ao trabalho e ao ambiente por si só justificaria um novo olhar do setor saúde sobre a população, cuja sistematização, do ponto de vista físico e social, permitiria propor intervenções para além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção da saúde. As ações voltadas para as questões de saúde ambiental e de saúde do trabalhador devem buscar ações de promoção e prevenção, realçando, desta forma, o controle dos riscos ambientais e a melhoria das condições do meio ambiente e da saúde das pessoas.

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde. A territorialização em saúde também constitui um instrumento para as ações de vigilância da saúde na Estratégia Saúde da Família, pois, com base no conceito ampliado de saúde, identifica as necessidades de saúde do território, as quais ampliam o olhar para os problemas dos processos produtivos para o ambiente e a saúde.

4. 9 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

4.9.1 POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL

A atenção em saúde bucal recebeu uma reorientação em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, através da incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Almejou os seguintes pressupostos: assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência (BRASIL, 2004).

A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde. As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, os procedimentos coletivos são ações educativas preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua com a fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor e ações de recuperação e reabilitação.

Desde então, busca-se excluir o modelo tecnicista e excludente caracterizada pelo descaso do Estado frente às necessidades da população e a mudança de uma prática autônoma. Em nosso município, estas características de Atenção à Saúde Bucal estão sendo estabelecidas gradativamente e, ainda enfrenta desafios quanto a falta de insumos materiais e dificuldades

de acessibilidade. A rede de atenção integral à saúde bucal está estabelecida e bem organizada, sendo que os atendimentos partem das UBS, onde são feitos os atendimentos de menor complexidade e orientações por uma equipe de profissionais em saúde bucal, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), onde são realizados procedimentos de maior complexidade e os atendimentos de urgência, que são feitos na Santa Casa de Misericórdia de Sobral. O CEO e os atendimentos nas UBS acontecem diariamente, pela manhã e tarde em dias úteis. Ainda se vê que os pacientes buscam práticas curativistas, procurando o serviço quando há problemas. Porém, as ações de prevenção estão sendo disseminadas na comunidade pelas equipes e trabalhadas cotidianamente. O certo é que após a reforma do modelo assistencial, com sua implantação junto as UBS, a saúde bucal da população vem melhorando.

4.9.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL POR MEIO DO CICLO DE VIDA: GESTANTES E BEBÊS

Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos: orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação; exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal; diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo; diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento; orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal; em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante.

No máximo a partir de 6 meses, as crianças devem ter acesso ao atendimento aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Também, deve-se desenvolver atividades em grupos de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia

funcional dos maxilares e ortodontiapreventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipemultiprofissional.

A Saúde bucal em gestantes e bebês deve ser abordada em vários aspectos nesta disciplina e em nosso trabalho.

Como enfermeira, observo que há um distanciamento entre a equipe de saúde bucal e os demais profissionais que atuam na ESF na UBS. Porém, os atendimentos são realizados e merecem destaque as ações de prevenção e promoção realizadas na comunidade, seguindo as orientação da política estabelecida. Onde as equipes estão completas, há uma falta de interação da equipe de saúde bucal com os demais profissionais. Isso é um ponto que podemos tentar concertar, já que outros colegas também compartilham da mesma idéia.

As gestantes geralmente já tem dia específico para atendimento na equipe de saúde bucal, se não tem ,vamos conversar com nossos colegas. Porém, não temos retorno quanto a este atendimento e não tem uma cobrança do SIS pré-natal quanto o atendimento do dentista.

Estudar sobre saúde bucal foi fundamental, já que não tinha conhecimento de muitas coisas abordadas neste capítulo, favorecendo minha vida pessoal e profissional na ESF. A educação em saúde bucal dos bebês pode ser feita também com agendamento conforme avaliação dos dentistas, após a consulta já estabelecida de um mês, ou na vacinação. Porém, acredito que orientações quanto a higiene bucal do bebê também pode ser feita pelo enfermeiro logo na visita domiciliar.

A saúde bucal deixa de ser abordada em disciplinas no ensino universitário, não capacitando adequadamente os profissionais não dentistas para a saúde bucal. Esta poderia ser uma opinião a ser tratada com a universidade para tentar unificar os serviços na Atenção Primária.

4.9.3 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL POR MEIO DO CICLO DE VIDA: CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS

A atenção às crianças deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

Os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo. Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.

A saúde bucal dos idosos representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos(as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004).

Primeiramente, quero parabenizar pela importância desta disciplina de Saúde Bucal, pois está sendo de grande valia para o aprimoramento dos meus conhecimentos sobre a temática, já que no período da minha graduação não tive nenhuma disciplina que contemplasse a importância de tal assunto. Sendo assim, podemos observar que essa falta de interação entre os profissionais da saúde, parte da faculdade e infelizmente, muitas vezes, reflete no ambiente de trabalho em equipe.

Olhando para a realidade do município ao qual trabalho, gostaria de dizer que a interação entre médico-enfermeiro-odontólogo existisse, porém, lamentavelmente as ações da odontologia não são planejadas com o restante do PSF, o que temos a impressão de ser um trabalho individual e independente, sem necessidade de sincronia com os demais profissionais de saúde da UBS.

Assim como já citado por outros colegas, reconheço a existência de várias dificuldades que impedem ao dentista desenvolver suas funções de saúde bucal dentro do ambiente de um PSF e principalmente, de uma zona rural:

- A população não tem cultura em realizar higiene bucal e só procuram o dentista com grande incidência de cáries;
- A demanda é enorme e desorganizada;
- Por serem localidades distantes na zona rural, muitos paciente não retornam ao tratamento odontológico;
- Sempre falta material fundamental para realizar práticas odontológicas;
- Precariedade com os equipamentos e com o consultório odontológicos;
- Remuneração precária;
- A falta de interesse dos gestores em relação às melhorias das condições de saúde e de trabalho;

Diante de tais problemáticas podemos sugerir e trabalhar algumas maneiras que estejam ao nosso alcance: importância da interação de todos os profissionais de saúde, afinal de conta, somos uma EQUIPE na ESF; elaborar ações educativas dentro da temática de saúde bucal para todas as faixas etárias; solicitar melhores condições de trabalhos aos gestores; solicitar e sensibilizar as autoridades do município, pelo menos a manutenção de materiais necessários para o trabalho do dentista como também, uma reforma no consultório odontológico.

4.10 ABS Pessoas com Deficiência

4.10.1 A MAGNITUDE DA PCD NA SOCIEDADE, DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, LEGISLAÇÃO E DIREITOS FOCADOS NA SAÚDE

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência coloca como principal objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e de desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Na conformidade da Constituição de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiência nos mais diferentes

campos e aspectos. A partir de então outros instrumentos legais foram estabelecidos e regulamentados, como:

- O artigo 23 capítulo II da Constituição determina que "é competência comum da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência".

- Já a Lei nº 7.853/89, que dispõe sobre o apoio sobre as pessoas portadoras de deficiência e a sua integração social, no que se refere a saúde.

- A Lei 8.080 lei (orgânica da saúde) que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) destacam-se o relativo "a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral"

No nível da atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestação de alto-risco, atenção a desnutrição, detecção precoce de fatores de risco - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo, bem como atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência; ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portadores de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação, dentre outros.

A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão. A Atenção deve ser baseada na igualdade, na equidade e na disponibilização de condições para essa igualdade, a inclusão prevê a modificação da sociedade para que todos, sem distinção de grupo, raça, cor, credo, nacionalidade, condição social ou econômica, possam desfrutar de uma vida de excelência, sem exclusões (BRASIL, 2006).

Ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família devem incluir um levantamento dos maiores problemas de saúde que requerem ações de promoção da saúde e prevenção de deficiências e das necessidades em reabilitação; o desenvolvimento de ações visando ao acompanhamento e ao desenvolvimento infantil nos aspectos motor, cognitivo, sensorial e emocional; acolhimento dos usuários que requerem cuidados de reabilitação realizando visitas domiciliares para orientações e acompanhamentos; mobilização da família e da comunidade para contribuírem na atenção à saúde de indivíduos com deficiência, disponibilizando espaços e outros recursos e, o encaminhamento das pessoas para unidades de atenção mais complexas, a exemplo de ambulatório, visando ao acesso à assistência e à reabilitação (BRASIL, 2006).

Em nossa realidade há vários aspectos a serem levados em consideração quanto ao atendimento à pessoa com deficiência na UBS pela equipe de saúde da família. Quanto ao acesso, o mesmo é garantido, tendo horário exclusivo para os deficientes mentais, que são monitorizados também através dos preceptores de psiquiatria e beneficiados pelo sistema de referência e contra-referência para o CAPS em Sobral. Já a pessoa com deficiência física ainda encontra dificuldades de acesso ao serviço, tanto pela falta de estrutura da Unidade em recebê-lo como pela falta de cadeira de rodas. As pessoas na comunidade ainda vêem os deficientes como pessoas inferiores, isso dificulta o trabalho.

4.10.2 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE

De acordo com Alves, Brasileiro e Brito (2004) há muita discussão acerca da interdisciplinaridade, porém ainda não foi possível formalizar um conceito capaz de unir epistemólogos, filósofos e educadores em torno de um consenso. Segundo Japiassú (1996), a ciência ou algumas teorias científicas renunciaram às pretensões de totalidade e completude, e que a ciência busca a universalidade da prática e não de uma teoria afirmada aprioristicamente? Identifica-se, ainda, que a ciência já não é, em função do processo de disciplinarização, A CIÊNCIA, mas as Ciências Humanas, Sociais, Exatas, da Terra, etc.; e já não pretende absolutizar um conhecimento hegemônico. Neste contexto, a ciência não pretende perder de vista a disciplinaridade, mas vislumbra a possibilidade de um diálogo interdisciplinar, que aproxime os saberes específicos, oriundos dos diversos campos do conhecimento, em uma fala compreensível, audível aos diversos interlocutores.

A transmissão e assimilação dos conhecimentos é discutida e elaborada há muitos anos e, vem sendo subdividida em áreas específicas e transmitidas separadamente. Porém estas sabedorias e conhecimentos necessitam ser interligadas para que se chegue a conjunto, aprimorando as ações baseadas na interdisciplinaridade, com a contribuição de cada área para a construção de um resultado mais favorável no que se planeja. E este é o cenário que nos deparamos visando discussões durante as práticas das ações básicas de saúde para a melhoria da qualidade no serviço e, posteriormente, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos na comunidade. Na área da saúde, onde trabalhamos, precisamos integrar áreas do conhecimento como as ciências humanas, exatas, sociais, biológicas e outras, na construção das ações em

saúde. Precisamos também compartilhar saberes entre CIÊNCIA e a comunidade para a construção de uma saúde em equilíbrio com os fatores a que as pessoas estão expostas.

René Descartes inaugura o pensamento moderno ao propor o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade e formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, o modelo cartesiano, caracterizado por uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer e pela redução às suas partes mais simples (VILELA, MENDES; 2003).

Este conhecimento estudado e descrito há séculos ainda é utilizado atualmente com dificuldade. Esta forma de pensar introduz em todos os ramos uma forma de pensar contextualizada pelas ciências e seus fatores contribuintes. Porém, apesar de ser sabidamente um método eficaz, encontra barreiras no seu desenvolvimento. Para nós, a interdisciplinaridade é fundamental e exige pensamento crítico cotidiano, baseando nossa ações em diversas ciências, explorando todas os fatores que influenciam nos resultados que esperamos obter em conjunto com o paciente.

A multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente num trabalho de equipe coordenado. Quando nos situamos no nível do multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades, ou setores do conhecimento. As disciplinas, no entanto, permanecem inalteradas, não interagem não se enriquecem nem são enriquecidas pelo outro saber. Tanto no multidisciplinar como no pluridisciplinar realizam-se apenas agrupamentos, intencionais ou não, sem relação entre as disciplinas; no pluridisciplinar, porém, há objetivos distintos, mas com possibilidade de que ocorra certa cooperação. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que se aprofundam as especialidades, nasce, assim, a interdisciplinaridade, que marca a descoberta ou estabelecimento de “conexões e correspondência entre disciplinas científicas, isto é, entre os diferentes níveis de descrição da realidade.

Neste sentido, Mendes *et al* (2008) descreve que um problema não se desenvolve dentro dos limites de uma só disciplina, abordando um aspecto reducionista do cuidado com os seres humanos, onde o estudante da área da saúde aprende sobre o corpo biológico, sem contextualizar com a dimensão social. Por isso, devemos estudar os problemas de forma a abranger a realidade, com todos os aspectos que os envolvem, dentro de uma perspectiva multidisciplinar.

O processo saúde-doença tem sido considerado como a inter-relação entre fenômenos de natureza clínico-sociológica, fazendo-se, portanto, necessário considerar tanto os aspectos

anatômicos e fisiológicos, como também os valores, atitudes e crenças que caracterizam os que contextualizam esse processo (Birman, 1991). Neste sentido Minayo (1991), cita que a interdisciplinaridade apresenta-se como uma condição necessária, pois o processo saúde-doença necessariamente engloba as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos. Mesmo diante do desafio da interdisciplinaridade, essa é vista como desafio possível e desejável na área da saúde, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe, a seu favor, ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte (MINAYO, 1991).

E esta é a realidade onde trabalhamos na Atenção Primária, onde lidamos diretamente com as pessoas, suas famílias, com as dificuldades sociais, emocionais, financeiras, sanitárias e a interrelação entre todos estes fatores influenciando no estado de saúde doença das pessoas, física e mentalmente. Além disso, os fenômenos se condicionam reciprocamente e se mantêm em estado de movimento e mudança, impulsionados por uma realidade contraditória. Infelizmente, muitos profissionais com os quais trabalhamos ainda vêem o paciente apenas como um corpo, tratando apenas a patologia, com um conceito reducionista que aprenderam em sua formação, dificultando a melhoria do serviço. A implantação da interdisciplinaridade em saúde ainda necessita de muitos esforços, é realmente um desafio diante de nossa realidade, que necessita ser modificado em todos os setores que lidam com a vida e a saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Brasília, vol.16, n.1, pp. 319-325, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>.

ALVES, Railda F.; BRASILEIRO, Maria do Carmo E.; BRITO, Suerde M. de O. INTERDISCIPLINARIDADE: um conceito em construção. **Episteme**, Porto Alegre, n. 19, p. 139-148, jul./dez. 2004. Disponível em: http://www.ilea.ufrgs.br/episteme/portal/pdf/numero19/episteme19_artigo_alves_brasileiro_brito.pdf. Acesso em: 27.11.11.

ARETIO, Lorenzo Garcia. La educación a distancia y la UNED. Madrid: UNED, 1994.

BELLONI, Maria Luiza. **O que é Mídia/Educação?** 2ª edição. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2005.

BERTONCINI, J. H., 2000. **Da Intenção ao Gesto Análise da Implementação do Programa de Saúde da Família em Blumenau**. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

BIRMAN, J. Apresentação: interpretação e representação na saúde coletiva. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 7-22, 1991.

BORDENAVE, J. E. D., 1999. **Alguns fatores pedagógicos**. In: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU (J. P. Santana & J. L. Castro, org.), pp. 261-268, Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.– Brasília : CONASS, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 14 de outubro de 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros dados do Censo 2010. http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php. Acesso em 17 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores Básicos de Saúde. 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>. Acesso em: 18 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília 22 fev. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a **Política de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf. Acesso em 25 de novembro de 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 29 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental**, 2011. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>. Acesso em: 28 set 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde.** Biblioteca do Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: MS.1994. *Apud* CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S191-S202. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700019>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família Saúde Dentro de Casa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, MS.1998. *Apud* CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S191-S202. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700019>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família.* Brasília: Coordenação da Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, MS. 2000. *Apud* CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S191-S202. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700019>.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**.v.20, n.4, p. 1088-1095, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.4, p. 975-986, 2005.

CHIESA, Ana Maria; WESTPHAL, Márcia Faria. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.45, p.19-22, 1995. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=161758&indexSearch=ID>. Acesso em: 16 de setembro de 2011.

COSTA, Glauce Dias *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 62, Nº. 1, p. 113-8. Brasília, jan.-fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 de novembro de 2011.

CORDEIRO, H; MINAYO, C. **Saúde**: Concepções e políticas públicas. In: Saúde, Trabalho e Formação Profissional (A. A. Amâncio Filho & M. C. G. Moreira, org.), pp. 49-61, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.

FLORES, O. A prática de saúde enquanto uma prática educativa. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Pública; [s/d]. (mimeo). *Apud* ALVES, Gehysa Guimarães and AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 319-325. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, 1999. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006. Disponível em: <http://www.rededesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Artigosinternacionais/artigonacional2.pdf>. Acesso em 22 de agosto de 2011.

GROF, Luciana *et al.* A teoria da distância transaccional – Michael Moore. @Modelos de Ensino a Distância. Universidade Aberta em qualquer lugar do mundo. Disponível em: http://grupomoore.wikispaces.com/file/view/Trabalho_Final_Moore.pdf. Acesso em: 14 de setembro de 2011.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 7 ed. Rio de Janeiro. DP&A, 2002.

HEILBORN, Maria Luiza. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S269-S278, 2009. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/09.pdf>.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência a saúde: uma reflexão. *Rev. Esc. Enferm. USP*. N°38, V. 1, p.13-20, 2004.

JAPIASSÚ, H. A crise da razão e do saber objetivo: as ondas do irracional. São Paulo: Letras & Letras, 1996. *Apud* ALVES, Railda F.; BRASILEIRO, Maria do Carmo E.; BRITO, Suerde M. de O. INTERDISCIPLINARIDADE: um conceito em construção. **Episteme**, Porto Alegre, n. 19, p. 139-148, jul./dez. 2004. Disponível em: http://www.ilea.ufrgs.br/episteme/portal/pdf/numero19/episteme19_artigo_alves_brasileiro_rito.pdf. Acesso em: 27.11.11.

LEEVEY, S. e LOOMBA, N. P. *Health Care Administration: A Managerial Perspective*, Philadelphia, Leppincott, 1973.

LUCKESI, C. C., 1994. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez Editora.

MATUMOTO, S. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Rev Interface-Comun Saúde Educ* 2005; 8(16): 9-24.

MATUS, C. O Método PES – Roteiro de Análise Teórica, São Paulo, Ed. FUNDAP, 1996, p.6. (Mimeografado)

MEC (Ministério da Educação e Cultura), 1997. A tradição pedagógica brasileira. In: **Parâmetros Curriculares Nacionais** (MEC, org.), pp. 30-33, Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, MEC.

MEHRY, E. E. **Razão e Planejamento**, 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1995, p. 118.

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p.24-32, 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3864/2957>. Acesso em 27.11.11.

MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade**: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina Ribeirão Preto* 1991 abr/jun; 24(2):70-7.

MORAN, José Manuel. **O que é um bom curso a distância?** Acesso em: 20/09/2011. Disponível na Internet em: http://www.eca.usp.br/prof/moran/bom_curso.htm

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.2, p. 241-246, 2008.

OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; CATOIA, Erika Aparecida. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Revista eletrônica de enfermagem*, Nº 11, V. 4, p. 890-9, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>. Acesso em 10 de novembro de 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **MODELOS ASSISTENCIAIS: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção**. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>. Acesso em: 16/04/2011.

PAULON, Simone Maineira and CARNEIRO, Mara Lúcia Fernandes. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 749-757. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500026>.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.5, pp. 1527-1534. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500031>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031. Acesso em 14 de outubro de 2011.

PICHON-RIVIÈRE, E.; QUIROGA, A.P. de; GANDOLFO, C.; LAZZARINI, M. **Grupo operativo y modelo dramático**. Relato presentado en el Congreso Internacional de Psicodrama y en el Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, Bs. As., 1969. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Athens/Forum/5396/texto4.html>>. Acesso em: 21 jun. 2011.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, p.251-63, 2000.

PUCCA, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p.243-246, 2006.

RODRIGUES, Máisa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. **O processo de trabalho em Saúde da Família**. 2007. Disponível em: <http://www.ufrn.br/davinci/abril/capa.htm>. Acesso em 25 de outubro de 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, nº2, p. 438-446, mar- abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/11.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2011.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos *et al.* O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Vol. 13, Nº 3, 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13044>. Acesso em: 23 de novembro de 2011.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA. **Rev Latino-am Enfermagem**, novembro-dezembro; Nº13, V.6, p. 1027-34, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA DA UEPB. Ensino a distância cresce em 270%, segundo MEC. Disponível em: <http://ead.uepb.edu.br/noticias,47>. Acesso em: 28 set 2011.

SILVA, Telma Terezinha Ribeiro. Modelos Assistenciais em Saúde . In: saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física / Roberto Vilarta (organizador). campinas: ipes editorial, p. cap. 6, p. 45 a 48 ,2007. Disponível em:http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/livros_texto_ql_saude_cole_af/saude_coletiva/saude_coletiva.pdf. Acesso em: 26 de outubro de 2011.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista do Programa Saúde da Família**, p. 36-43, 2002.

SOLLA, J.J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** [on-line], vol. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p_id=S1519-382920050004000138Ing=pt&nrm=iso >.

TANCREDI, Francisco Bernadini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. Planejamento em Saúde, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo, volume 2, 1998. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/Saude%20&%20Cidadania%20Volume02.pdf>. Acesso em: 27.10.2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

TULIO, E.C.; STEFANELLI, M.C.; CENTA, M. de L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, vol. 2, n. 2, p. 71-79, jul./dez. 2000. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4923/3749>>. Acesso em: mar. 2011.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 4: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. / Horácio Pereira Faria... [et al.] – Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2011. Acesso: 24 de novembro de 2011.

VILELA, E.M; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p.525-531, 2003.