

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

QUITÉRIA RÉGIA TAVARES ANDRÉ

REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA - 2011

QUITÉRIA RÉGIA TAVARES ANDRÉ

REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA

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: Prof<sup>ª</sup>. Me. Patrícia Maria de Oliveira

FORTALEZA – 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará

---

A555r André, Quitéria Régia Tavares.  
Reflexões sobre a atuação da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família / Quitéria Régia Tavares André. – 2011.  
82f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.

Orientação: Orientador: Prof<sup>a</sup>. Me. Patrícia Maria de Oliveira

1. Saúde da Família. 2. Educação a distância. 3. Educação Permanente. I. Título.

CDD 362.1

---

## **QUITÉRIA RÉGIA TAVARES ANDRÉ**

### **REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

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

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Patrícia Maria de Oliveira

---

Prof. Me. José Amilton Costa Silvestre (Avaliador 01)

---

Prof. Esp. Jânder Magalhães Tôrres (Avaliador 02)

*Ao meu esposo Ticyano, pelo  
esforço que faz para entender minha ausência.*

*Às minhas filhas Marya Thereza e  
Anna Tharcyla, que estão sempre a minha  
espera, superando as dificuldades da ausência  
de sua mãe.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me ilumina e abençoa de forma especial, neta árdua batalha da vida.

Ao meu orientador Jânder Magalhães, pelo incentivo e apoio incansável dado ao longo desta caminhada.

A todos os colegas que contribuíram de alguma forma para o engrandecimento do nosso curso, em especial Geórgia e Neivianne que dividiram as alegrias, angústias e dificuldades desta etapa de nossas vidas.

*“Não somos filósofos de formação, mas queremos ser da prática de cuidar, porque a enfermagem como profissão que cuida das pessoas ou de coletividades tem uma filosofia própria e um jeito de saber e fazer enfermagem.”*

*Nébia Maria Almeida de Figueiredo*

## RESUMO

A origem da Estratégia da Saúde da Família teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A referida estratégia visa a inversão do modelo assistencial vigente da época, onde a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que se vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Após a publicação da portaria 648/2006 que trata da Política Nacional da Atenção Básica, a qual retrata a importância da educação permanente das equipes de saúde da família, proporcionando uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e efetiva, através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, iniciou-se a busca por qualificação pelos profissionais da saúde. E a educação a distância tornou-se um modelo de ensino aprendizagem que se firmou dentre esses atores protagonistas do SUS. Os objetivos do presente trabalho foram relatar a 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 pólo de educação permanente, 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. Ao longo do curso ocorreram atividades virtuais que contribuíram para o 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. Com a conclusão desta Especialização em Saúde da Família, certamente a minha formação profissional passou por todo um processo de transformação, através de reflexões contextualizadas no âmbito da saúde em especial a estratégia de saúde da família, modificando toda uma postura e conduta profissional, a qual existia antes de iniciar este curso. Certamente conclui-se que este é o primeiro passo para as mudanças acontecerem na Atenção Básica, mudança na postura profissional, pois é o começo da modificação deste imenso processo o qual estamos inseridos. Tudo isso foi construído no decorrer das atividades propostas pelas disciplinas, com depoimentos de colegas profissionais e no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, as quais se tornam para nós uma oficina de transformações, pois é nela onde vemos resultados surpreendentes quando os profissionais mudam sua conduta, no que diz respeito ao seu trabalho. Sem dúvida alguma a educação permanente a qual tanto falamos é de fundamental importância neste processo de transformação que ora se conclui.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Educação a distância; Educação Permanente



## ABSTRACT

The origin of the family health strategy began in 1994 as one of the programmes proposed by the federal Government to the municipalities to implement primary health care. This strategy aims to reverse the current model of the era, where caring family becomes the object of attention, in the environment in which one lives, allowing a larger understanding health/disease process. After the publication of Decree 648/2006 which deals with the National Policy of basic care, which depicts the importance of continuous education of family health teams, providing a critical, reflective, purposeful action, committed and effective through the poles of a permanent Education in health, began the search for qualification by health professionals. And the distance education became a learning model that if signed among these actors protagonists of SUS. The goals of this work were reporting the learning experience and occupational impacts mediated by the specialization course in family health and submit portfolios produced throughout the course. This is an account of experience mediated by the specialization course in family health offered permanent education pole, Universidade Federal do Ceará in partnership with the Open University of SUS, gives the mode, which occurred in the period April 2010 to July 2011. Throughout the course virtual activities occurred that contributed to learning, such as, discussion forum, articles of day to day activities in basic health unit, chat, group work, individual tasks. Furthermore, the end of each subject was produced a portfolio to account of learning mediated by each of the disciplines and reflections of the impacts of discipline in professional performance. For its construction, were used in scientific articles, the didactic material of the course and the professional experiences. At the end of the course, all portfolios were gathered and presented in the form of chapters. With the completion of this specialization in family health, certainly my training went through a process of transformation, through reflections contextualised within special health family health strategy, modifying an entire posture and professional conduct, which existed before you started this course. Certainly it is concluded that this is the first step towards the changes happen in basic care, change in posture professional, because it is the beginning of the modification of this immense process which we are inserted. All this was built in the course of the activities proposed by disciplines, with testimonials from fellow professionals and in the daily lives of basic health units, which become for us a workshop of transformations, because this is where we see amazing results when professionals change their conduct, in respect of its work. Without a doubt the standing which both speak education is of fundamental importance in this process of transformation that now follows.

**Keywords:** family health; Distance education; Permanent Education

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS
---------------------------------

ABS- Atenção Básica á Saúde

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CPO- Média de Números de Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e  
Obturados(O)

CONASEMS- Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretário Estaduais de Saúde

DORT- Distúrbios Osteomusculares

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

LER- Lesões Repetitivas

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAIR- Perda de Audição Induzida pelo Ruído

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

PNH- Política Nacional de Humanização

PSF- Programa de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO: APRESENTAÇÃO DOS PORTFÓLIOS</b>	<b>12</b>
3.1 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA	12
3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	16
UNIDADE MISTA ELVINA ELISA LIMA – ESF: SEDE - REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	17
3.3 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA	23
3.3.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	23
3.4 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	27
3.5 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE	33
3.6 TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE - PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	37
3.6.1 TECNOLOGIAS DE CUIDADO: CONTEXTUALIZAÇÃO	37
3.7 SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL	42
3.7.1 RELATO DA EXPERIÊNCIA NA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO	44
3.8 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE	46
3.8.1 ESTRATÉGIAS PARA A CORPORIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	47
3.9 SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA	49
3.10 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL	51
3.10.1 EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	52
3.11 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	61
3.11.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE OS TIPOS DE DEFICIÊNCIA	61

3.12 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE	63
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>70</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A origem do Programa Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como "Estratégia da Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa", teve início, em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária.

A Estratégia de Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina a família, que passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença.

Como consequência de um processo de desospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, a estratégia tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar, baseada na implantação de equipes multidisciplinares distribuídas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes atuando na manutenção da saúde da comunidade (UFC, 2010a)

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde vieram viabilizar o acesso massivo de parceiros da sociedade para a implantação de um SUS com elevada implicação com a qualidade da saúde, com a promoção da vida e com a valorização dos trabalhadores e dos usuários, empreendendo o esforço da formação e do desenvolvimento para um *SUS que queremos* (Conferência Nacional de Saúde, 2003), interpretado muito mais pelas *deliberações* das Conferências de Saúde, que pelas *decisões* dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

Devemos lembrar que a Lei Orgânica da Saúde determinava em seu artigo 14 que deveriam ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, indicando que cada uma dessas Comissões tivesse por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 14) e que este texto não tinha tradução em ação. A partir de 2004, esta ação resultava da deliberação de uma Conferência, da aprovação em Conselho, da pactuação intergestores e da execução concreta pelo gestor federal.

Para se manter a qualidade das ações prestadas neste nível de atenção em saúde, é fundamental a educação permanente das equipes de trabalho, com vistas a proporcionar uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

A educação a distância surge como uma ferramenta para a educação permanente dos profissionais do SUS. Apresenta como vantagens a maior abrangência, baixo custo, autonomia e interatividade. Sua inclusão como método de ensino-aprendizagem na área da saúde é recente, porém, repleta de possibilidades e desafios. Pode ser uma fonte enriquecedora para os profissionais da saúde, tendo em vista a possibilidade de o aluno planejar o seu tempo conforme a sua agenda de compromissos, sem prejudicar as atividades paralelas (PAULON; CARNEIRO, 2009).

Para MORAN (2002),

*“Educação a distância é o processo de ensino-aprendizagem, mediado por tecnologias, onde professores e alunos estão separados espacial e/ou temporalmente. É ensino/aprendizagem onde professores e alunos não estão normalmente juntos, fisicamente, mas podem estar conectados, interligados por tecnologias, principalmente as telemáticas, como a Internet. Mas também podem ser utilizados o correio, o rádio, a televisão, o vídeo, o CD-ROM, o telefone, o fax e tecnologias semelhantes.”*

Sobre a Educação Permanente em Saúde, refere CECCIN (2005, p.161) a identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

E foi com esta proposta que surgiu o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, onde estou inserida como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Equipe Sede I na Unidade Mista Elvina Elisa Lima, município de Catunda, desde 2005, fazendo parte e comprovando que a Educação Permanente em Saúde está realmente despontando dentro do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência de aprendizagem e os impactos na minha profissão de enfermeira atuante na Estratégia de Saúde da Família, dentro da atenção básica em saúde, mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família como também, apresentar os portfólios produzidos ao longo do curso.

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho baseia-se em um relato da experiência mediado 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. O curso ocorreu no período de abril de 2010 a julho de 2011.

As disciplinas estudadas neste período 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 participamos de atividades virtuais que contribuíram para o aprendizado, tais como, fórum de discussão, relato das atividades do dia a dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família, chat, trabalhos em grupo, tarefas individuais. Onde, 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 a construção do Portfólio, foram utilizados artigos científicos, o material didático do curso e as experiências profissionais, os quais foram todos reunidos e apresentados em forma de capítulos.

Ressalta-se que para a 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, havendo respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: APRESENTAÇÃO DOS PORTFÓLIOS**

#### **3.1 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

Educação a distância (EaD) é um processo de ensino aprendizagem, mediado por tecnologias, onde professores e alunos estão separados espacial e/ou temporariamente. A tecnologia usada não é necessariamente só a internet, mas pode ser usado o correio, o rádio, a televisão dentre outros (ALMEIDA, 2003).

Entretanto chega a impressionar os dados divulgados pelo MEC, onde mostra que o ensino a distância nos últimos cinco anos cresceu em 270% (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UEPB, 2010)

Esta modalidade de ensino privilegia bastante aos profissionais de saúde, pois muitas vezes não dispõem de horários livres para se dedicar ao aprendizado presencial, mas com a Educação a Distância (EaD), eles podem se organizar melhor e usufruir do direito a Educação Permanente em Saúde.

Segundo CECCIN (2005, p.161), a Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A Educação Permanente em Saúde 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.

Nos cursos com aulas predominantemente presenciais, a disponibilidade e a acessibilidade seriam verdadeiros entraves para a conclusão dos mesmos. Mas, com a educação a distância, com modalidade semi-presencial, existe maior facilidade de



comunicação com o professor e interagir pessoalmente, além da utilização das mídias e meios viáveis de comunicação. Acredita-se que os benefícios são inúmeros com a EaD.

Com a Educação a Distância se ganha mais autonomia no ensino/aprendizagem. Isso não significa que não existem regras, nem a quem prestar contas, mas é nesse momento que se expressa disciplina, persistência, vontade e maturidade para que tenhamos sucesso no nosso propósito. A ajuda do professor on-line é imprescindível, juntamente com a conscientização por parte dele, de que o aluno precisa exercitar essa autonomia. Na proposta antiga de ensino onde o aluno estava ali como ouvinte para aprender e o professor era o palestrante para ensinar, o aluno muitas vezes deixava de usar sua capacidade total de raciocínio e isso comprometia muito o aprendizado.

Além disso, os profissionais da saúde que trabalham frequentemente em mais de um local, sem ouvir da vida pessoal, ficam, muitas vezes, incapacitados de adquirir mais conhecimento na área de trabalho, pois, nas grandes cidades e metrópoles, a dificuldade de deslocamento que hoje acontece devido ao grande fluxo dos carros, motos dentre outros, demandam horas e horas, as quais são perdidas até chegarmos ao local desejado.

A Educação a Distância tem trazido muitos benefícios e é por isso que cresce a cada dia. Nessa vida corrida a qual se vive, ela se encaixa perfeitamente e os alunos que a procuram só estão lucrando com essa forma de ensino-aprendizagem. Com a EaD ganha-se tempo e organização nos estudos.

Autonomia com sabedoria é fundamental não só na aprendizagem virtual ou presencial, mas também em qualquer área da vida.

Na Educação a Distância (EaD) utiliza-se um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), cuja denominação utilizada é moodle, que segundo LEITE,

*O Moodle é um ambiente virtual de aprendizagem que oferece aos professores a possibilidade de criar e conduzir cursos a distância, por meio de atividades, exigem ação do aluno, como responder, discutir, etc. ou recursos materiais para consulta e estudo organizadas a partir de um plano de ensino.*

Atividades do Moodle e as suas possibilidades são:

- Fórum - ferramenta de comunicação assíncrona muito versátil. É um espaço onde todos podem ver o que todos fazem, ainda que não ao mesmo tempo, pode servir para discussão de temas relativos ao conteúdo, com mediação; Mini-Blog, onde

cada aluno tem um tópico para criar sua página pessoal; Wiki, para construção de texto de modo colaborativo; Mural, onde os alunos expõem seus trabalhos; Espaço de reflexão coletiva ou discussão de texto; Estudos de caso; Construção de trabalhos ou projetos, etc. ( UFC, 2010a)

Os Fóruns podem ser estruturados de diversas formas (discussão geral com diversos temas/tópicos, uma única discussão, cada aluno abre apenas um tópico, perguntas e respostas). No Fórum geral, deve-se ficar atento para evitar a repetição de temas/tópicos. As mensagens podem também incluir anexos. Os Fóruns permitem a avaliação quantitativa ou qualitativa de cada mensagem. Podem ser criados critérios diferenciados de avaliação. ( UFC, 2010a).

Podemos citar como vantagens da comunicação assíncrona, favorecer maior reflexão e pesquisa antes da postagem, possibilitar mais organização do conteúdo e da forma do texto a ser postado, exige expressão correta e clara de idéias, permite aprofundamento de idéias e conceitos, facilitar a prática consciente de diferentes funções cognitivas, como: observar, identificar, relacionar, comparar, analisar, inferir, sintetizar, divergir, discordar, generalizar, etc, possibilitar o registro do processo de construção do conhecimento, possibilitar uma mediação mais direcionada por parte do professor. (LEITE, 2007);

- Chat - permite uma comunicação escrita síncrona, em tempo real, entre professores e alunos. Pode ser útil como espaço de esclarecimento de dúvidas, ou para um bate-papo com um convidado, por exemplo. A sessão de chat pode ser agendada, com horário de início e fim. Os registros do chat ficam disponíveis para consulta posterior. Quando bem sucedido, pode ter impacto na aprendizagem. ( UFC, 2010a)

- Escolhas (enquetes) - constituem oportunidade, aos alunos, de escolher uma única opção entre uma lista definida pelo professor à partir de uma pergunta.. Podem ser usadas em atividades como: coleta de opinião, inscrição em uma determinada atividade, identificação de conhecimento prévio sobre um tema específico, entre outras ( UFC, 2010a);

- Glossário - Glossário do Moodle é colaborativo, isto é, todos podem inserir itens. Permite aos participantes das atividades desenvolvidas no ambiente virtual criar: dicionários de termos relacionados com a disciplina; bases de dados documentais ou de arquivos; galerias de imagens ou links que podem ser facilmente pesquisados ( UFC, 2010a);

- Diário - Esta ferramenta permite que o aluno construa textos de reflexão ou síntese de aprendizagem, que devem ser orientadas por um tutor/professor. O estudante anota as suas reflexões, aperfeiçoando continuamente. A ferramenta é pessoal e não pode ser vista por outros alunos. O professor pode adicionar comentários de feedback e avaliações a cada anotação no Diário. Deve ser uma atividade realizada com intervalos regulares, por exemplo, semanal. ( UFC, 2010a)

- Questionário - permite elaborar questões com diferentes formatos de resposta (V ou F, escolha múltipla, valores, resposta curta, etc.) e possibilita, entre outras coisas, escolher aleatoriamente perguntas, corrigir automaticamente respostas e exportar os dados para Excel. ( UFC, 2010a)

- Tarefas - permitem ao professor ler, avaliar e comentar as produções dos alunos. É realizada preferencialmente nos modos de "escrita on-line", exclusivo para envio de textos simples, ou "envio de arquivo único", mais adequado a envio de tabelas, gráficos, imagens, pdfs, ppts, entre outros. ( UFC, 2010a)

- Wiki - é uma ferramenta que possibilita a construção de um texto conjuntamente, com vários participantes, onde todos podem editar e dar contribuições. Favorece a aprendizagem colaborativa, na medida em que é obrigatoriamente realizado em grupos ou parcerias. ( UFC, 2010a)

- Lição - Com a ferramenta Lição é possível apresentar o conteúdo em um modo atraente e flexível. Consiste em um número determinado de páginas. Cada página, normalmente, termina com uma questão e uma série de possíveis respostas. ( UFC, 2010a)

- Base de dados - As bases de dados têm algumas semelhanças com o Glossário, mas dão mais liberdade ao professor para criar campos específicos a serem preenchidos pelos alunos. Pode ser um repositório de vídeo, de recursos educativos, de papers ou fotos, pesquisável e ordenável por categorias. ( UFC, 2010a)

Como se refere o prof. Moran em UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ 2010,

*“Educação a Distância não é um "fast-food" em que o aluno se serve de algo pronto. É uma prática que permite um equilíbrio entre as necessidades e habilidades individuais e as do grupo - de forma presencial e virtual. Nessa perspectiva, é possível avançar rapidamente, trocar experiências, esclarecer dúvidas e inferir resultados. De agora em diante, as práticas educativas, cada vez mais, vão combinar cursos presenciais com virtuais, uma parte dos cursos presenciais será feita virtualmente, uma parte dos cursos a distância será feita de forma presencial ou virtual-presencial, ou seja, vendo-nos e ouvindo-nos, intercalando períodos de pesquisa individual com outros de pesquisa e comunicação conjunta. Alguns cursos poderemos fazê-los*

*sozinhos, com a orientação virtual de um tutor, e em outros será importante compartilhar vivências, experiências, idéias.”*

Diante disso percebemos a importância da participação e interação dentro deste complexo e ao mesmo tempo acessível deste ascendente modelo de processo ensino aprendizagem que ora nos propomos a participar.

### **3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

O foco da discussão desta unidade é o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (SF) no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reorganização da Atenção Básica em Saúde (ABS) tendo como base a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No Brasil a origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição de 1988, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o Programa Saúde da Família – PSF, como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo contraponto à assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais (FIGEUIREDO et al, 2007).

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

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, 2006).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF seria então a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção

Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Considerando as realidades locais, a composição da equipe de saúde quando legitimada na prática em nosso contexto, é definida e amparada pelas gerências do poder local, diga-se, Municipal.

Posteriormente, com a crescente demanda à Estratégia de Saúde da Família de serviços básicos, mas especializados, deu-se origem a criação do Núcleo de Assistência da Saúde da Família (NASF), através da portaria 154 do Ministério da Saúde janeiro de 2008. Cujas estratégias e práticas fazem a inserção dos seguintes profissionais: nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, educador físico, farmacêutico patrocinam outros profissionais como assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores, veterinários e outros, numa dimensão interdisciplinar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ 2010).

Em 2011 a portaria GM Nº2.488/2011 revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

### **3.2.1 A UNIDADE MISTA ELVINA ELISA LIMA – ESF: SEDE - REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

Catunda é um município considerado como de pequeno porte, possui uma população, segundo dados do IBGE 2010, de 9.952 habitantes, onde 5.033 são homens e 4.919 são mulheres; sua área territorial é de 783,19 km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 12,71 hab/km<sup>2</sup> e 3.343 domicílios.

Seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços corrente é de R\$ 3.447,91, sendo a Prefeitura Municipal e os Programas do Governo Federal (BFA, PETI, PROJOVEM etc) os principais geradores de renda do município; tendo a agricultura sua economia puramente de subsistência, estando o artesanato como semeador de opções para mais um aporte econômico para o município.

Em relação à educação: matrículas, docentes e rede escolar – 2009,

- Ensino Médio – 545 matrículas
- Ensino Médio – 22 docentes
- Ensino Fundamental – 1.930 matrículas
- Ensino Fundamental – 104 docentes

Em relação a empregos, conta com 77 unidades locais de empregos, com 666 pessoas ocupadas no total.

Em relação aos estabelecimentos de saúde, possui 06 estabelecimentos, dentre eles:

- HOSPITAL GERAL DE CATUNDA
- UNIDADE MISTA ELVINA ELISA LIMA – ESF SEDE
- POSTO DE SAÚDE DE PARAÍDO – ESF PARAÍSO
- POSTO DE SAÚDE DE VIDÉO – ESF VIDÉO
- CENTRO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA
- CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO – CAF

A Unidade Mista Elvina Elisa Lima – UMEEL – ESF SEDE, antes da implantação da Estratégia de Saúde da Família, a qual aconteceu nesse município em meados de 1997, era como uma referência para ações de fisioterapia, consultas médicas em geral e entrega de medicamentos, assim como administração de imunobiológicos, atendendo a todo o município.

Após a implantação da Estratégia de Saúde da Família – ESF, as áreas foram adscritas, famílias foram divididas, assim como os seus devidos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, pois os mesmo remotam à Estratégia de Saúde da Família – ESF, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desde 1992 em Catunda, sob a supervisão de uma enfermeira.

Atualmente a equipe é responsável por uma área com população além das determinações do Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria da Política Nacional da Atenção Básica, 648/de março de 2006, que especifica em seu teor, de no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e

Agentes Comunitários de Saúde, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Composição da nossa Equipe: 1 enfermeira, 1 médica, 2 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 auxiliar de saúde bucal (ASB), 1 dentista e 12 agentes comunitários de saúde (ACS).

A equipe tem uma classificação mista, pois abrange tanto a sede do município, zona urbana, como algumas áreas de zona rural que ficam mais próximas da sede, totalizando 12 microáreas, sendo 6 microáreas na zona urbana e 6 na zona rural, com as seguintes localidades: Passagem, Angelim, Barrinha, Olho d'água dos Bois, Saco Grande e Trapiá, além da zona urbana, com os seguintes bairros: Alto Bela Vista (02 microáreas), Centro, Alto da Caixa d'água, Bairro do Açude e Beira Rio, totalizando 1.750 famílias cobertas equivalente a 5.950 pessoas.

A seguir apresenta-se o perfil da equipe:

R.R.A.: 42 anos, casada, tem dois filhos e possui 2º grau completo. É ACS do Bairro do Açude.

A.M.O.: 50 anos, casada, tem três filhos, possui 2º grau completo. É ACS do Bairro da Caixa d'água.

L.M.M.V.: 28 anos, casada, tem um filho e possui 2º grau completo. É ACS do Centro.

E.P.S.: 30 anos, casada, tem um filho e possui 2º grau completo. É ACS do Bairro Beira Rio;

L.P.: 27 anos, casada, tem um filho e possui 2º grau completo. É ACS do Bairro Alto Bela Vista

G.P.S.: 29 anos, casada, tem um filho e cursa universidade. É ACS do Bairro Alto Bela Vista;

ALP.: 52 anos, casada, tem dois filhos, dois netos. Possui nível médio. É ACS da localidade de Passagem, antes considerada como zona rural, mas hoje já passa a ser considerada como zona urbana; Compõe o grupo das ACS veteranas, as quais iniciaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS de Catunda;

MRC.: 49 anos, casada, tem três filhos. Possui nível médio. É ACS da localidade de Angelim;

MPS.: 37 anos, casada, não tem filhos. Possui nível médio. É ACS da localidade de Barrinha e Olho d'água dos Bois;

IPS.: 49 anos, casada, tem dois filhos. Possui nível médio. É ACS da localidade de Saco Grande;

JPR.: 25 anos, solteira, cursa universidade. É ACS da localidade de Trapiá e Paraná;

G.R.S.: 52 anos, solteira, tem uma filha, possui 2º grau completo e o curso de Técnico de enfermagem, dedica-se apenas à vacina e alguns procedimentos básicos;

C.P.S.: 30 anos, casada, não tem filhos, possui 2º grau completo e o curso de Técnico de enfermagem, dedica-se às ações gerais da unidade; Dá alguns plantões noturnos no hospital à noite.

S.H.M.A.: 32 anos, casada, é a médica do posto. Seus atendimentos não são planejados com exceção dos pré-natais e algumas puericulturas, que têm o retorno agendado pela agente administrativa. Trabalha até quinta-feira.

Q.R.T.A.: 32 anos, casada, é enfermeira da equipe. Ela atende puericultura, prevenção ginecológica, planejamento familiar (entrega de anticoncepcionais, preservativos, injeções e pílula do dia seguinte), pré-natal, bolsa família/SISVAN, hipertensos e diabéticos, além de toda burocracia da Estratégia de Saúde da Família.

G.M.M.: 26 anos, solteira. É a dentista do posto. Seus pacientes são todos de demanda espontânea. Algumas vezes vai a escola para entrega kits de escovas onde faz aplicação tópica de flúor e palestras. Os kits ficam nas escolas onde os alunos fazem escovação semanal com a professora.

G.F.G.: 27 anos, casada tem uma filha, fez o curso de ASB e atualmente está terminando o curso de TSB.

Z.P.M.: 46 anos, casada, possui nível superior e a coordenadora do posto.

A.M.F.F.: 48 anos, casada, possui ensino médio e é agente administrativo da farmácia;

S.A.T.: 46 anos, casada, tem dois filhos e possui 1º grau completo. É auxiliar de serviços gerais do posto.

As atividades assistenciais da equipe se dividem entre a enfermeira e a médica, onde uma complementa o trabalho da outra em ações com os diversos grupos de atendimento.

O acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem ou pela agente administrativa, as quais priorizam a situação de saúde dos usuários, procurando sempre conscientizar das prioridades – idosos, crianças e gestantes, assim como urgência e emergências básicas.



Uma vez na semana, quinta feira, a equipe vai para a zona rural fazer atendimento na própria comunidade; visita domiciliar, vacinação e atendimento em geral. Inúmeras vezes a médica deixa de ir por achar mais importante sua permanência na própria unidade, pois segundo ela, quem necessita de atendimento vem até a UBS. Muitas vezes a comunidade reclama a ausência dela nos atendimentos da zona rural.

A Saúde Bucal atende 10 (dez) pacientes por dia, os quais vão cedinho até a UBS garantir seu atendimento.

Todas as famílias têm seu prontuário na UBS e todos os procedimentos e atendimentos são registrados em seu devido mapa de produção diário e no respectivo prontuário.

Às sextas-feiras são realizadas visitas domiciliares, direcionadas pelo ACS, o qual faz a ligação entre as famílias e a equipe de saúde família.

A rotina de reuniões da equipe ainda não está implantada, mas sempre que é necessário, acontecem às reuniões por alguma demanda, campanhas, alinhamentos, problemas pessoais, etc, mas mensalmente a enfermeira se reúne com seus ACS para receber a produtividade e traçar as ações para o mês seguinte.

Diante desta realidade, percebemos que os membros da equipe, especialmente a enfermeira, a qual é responsável pela área burocrática da estratégia de saúde da família, não pode desconsiderar a epidemiologia no PSF, entendida por Fonseca e Bertolozzi (1997) como “a ciência que ocorre (se abate) sobre o povo”. Suas ações estão voltadas ao controle da saúde do coletivo e não somente do corpo individual. Segundo FIGUEIREDO (2006, p.177), “é a vigília das condições de saúde das populações e das pessoas em particular”, sendo necessário tanto o estudo, o embasamento epidemiológico, como a divulgação, seguida de planejamento para atuar frente aos resultados adversos.

Faz-se necessário a união e reunião de todos os membros que compõem a equipe para, a partir daí, estudarem os rumos das ações, avaliarem o conjunto dos resultados obtidos com o trabalho de todos.

Assim, colocamos em prática a comunicação que é parte integrante do processo de trabalho nos aspectos de prevenir, curar, interagir, assistir, educar e cuidar. Não podemos nos esquecer que sem comunicação a prática do acolhimento fica sem sentido.

Entretanto devemos lembrar sempre as finalidades da Estratégia de Saúde da Família – ESF, segundo a Portaria 648:

*I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;*

*II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;*

*III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;*

*IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e*

*V - ser um espaço de construção de cidadania.*

Com a disciplina de Processo de Trabalho em Saúde tive a oportunidade de repensar o meu dia a dia e de meus colegas na Unidade Básicas de Saúde – UBS, descrevi a minha rotina de trabalho e ao mesmo tempo em que a avalei, dentro do âmbito da Atenção Básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família.

Percebi também que O SUS, pela dimensão e amplitude que tem, a acessibilidade social e a diversidade tecnológica presente nas práticas dos profissionais, aparece como um dos melhores e maiores locais aptos aos processos educacionais de saúde, como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde, lugar rico de ação criativa tanto dos profissionais, como de usuários.

Participando dos fóruns ao longo da disciplina percebi que a Estratégia de Saúde da Família - ESF tem trazido inúmeros benefícios à população. Muito ainda tem que ser feito, mas as mudanças já começaram.

Pois, segundo os pesquisadores Gervas e Fernández (2011), após um estudo feito no Brasil, eles se referem que “*a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Brasil tem sido uma Estratégia acertada, porém, com luzes e sombras*”. E ainda Silveira Júnior (2011), em seu relato de experiência, refere que

*“Um dos maiores desafios à consolidação da estratégia de saúde da família trata-se da desconstrução de um paradigma, ou seja, quebrar conceitos e modelos focados em cultura medicocêntrica alicerçada em procedimentos e medicamentos para uma forma de atenção integral, onde aspectos inerentes à vinculação, escuta qualificada, humanização e apropriação do território*

*assumem palavras de ordem na reformulação do estado atual de coisas produzidas pelo sistema de saúde. (SILVEIRA JÚNIOR, 2011)''*

Tudo isso, nos leva a uma maior convicção de que a cultura da população ainda é muito forte e que muitas vezes atrapalha para obtermos resultados melhores no trabalho na saúde.

Mas apenas conseguiremos esta mudança se um processo contínuo de transformação através de capacitação e mudança de postura dos profissionais, tanto de discurso como de práticas reformuladas, acontecer. Só assim poderemos mudar o rumo dessa realidade.

### **3.3 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA**

#### **3.3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

A humanidade convive faz muito tempo com a loucura. Até se entender que o louco precisava de cuidados médicos, ele sofreu chacota e foi marginalizado. Muitos falavam que eles estavam possuídos por demônios.

Na Renascença, o tratamento dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades européias e eram condenados a andar de cidade em cidade ou colocados em navios que vagavam sem destino, chegando depois de certo tempo a algum porto. Na Idade Média os loucos eram confinados em grandes asilos e hospitais onde ficavam juntos com inválidos, pacientes com doenças venéreas, mendigos e libertinos. Os mais violentos eram acorrentados e a alguns era permitida a saída para mendigar.

No século XVIII, uma nova forma de tratamento aos loucos é apresentada por Phillipe Pinel, considerado o pai da psiquiatria. Eles foram libertados das correntes e transferidos aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Nesse período várias experiências e tratamentos novos são realizados na Europa. Na metade do século XX na Itália, inicia-se uma radical crítica e transformação da psiquiatria pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia. Esse movimento repercutiu em todo o mundo principalmente no Brasil (BRASIL, 2011).

Nessa época se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que defende os direitos humanos e o resgate da cidadania dos que possuem transtornos mentais. No

Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. A intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, são acontecimentos importantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Da Lei federal 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental origina-se a Política de Saúde Mental.

Essa Política visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, mudando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade (BRASIL, 2011; TENÓRIO, 2002).

A reforma psiquiátrica brasileira, caracterizada como um movimento político, social e ideológico, compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e está pautada na desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial. Isso repercute na transformação do modelo assistencial em saúde mental, anteriormente pautado na hospitalização, na medicalização e na doença mental (Brasil, 2005; Costa-Rosa, 2000).

Destacamos a reabilitação psicossocial, entendida como um conjunto de ações que visa a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental, e que envolve todos aqueles que fazem parte do processo saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral (Lussi, Pereira e Pereira Júnior, 2006).

O propósito da reabilitação é valorizar, utilizando diferentes recursos e serviços, as potencialidades e capacidades do indivíduo que sofre psiquicamente. Este é um processo que deve contemplar os três vértices da vida humana: casa, trabalho e lazer. É uma ação ampliada que se configura como um conjunto de estratégias direcionadas a aumentar a capacidade de trocas e a valorizar a subjetividade, proporcionando contratualidade e solidariedade (Saraceno, 2001; Pereira, 2007).

E para que esse processo seja efetivo, é imprescindível que o indivíduo em sofrimento psíquico seja reinserido na vida em sociedade. A reinserção consiste na retomada da autonomia e da cidadania, quando a pessoa conquista a sua liberdade e exercita a subjetividade, circulando nos espaços da cidade e promovendo novas relações sociais.

Pautada no modo psicossocial, constituído a partir da crítica ao modo manicomial e com base no exercício prático de novas formas de cuidar em saúde mental que valorizam e singularizam a subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico (Costa-Rosa, 2000), a reabilitação psicossocial utiliza-se dos dispositivos instalados na comunidade, o território onde a vida social acontece.

O indivíduo é compreendido como protagonista do seu tratamento e inserido em um grupo familiar grupo que também é atendido pelos serviços de saúde (Costa-Rosa, 2000).

Surgem então, os serviços alternativos em saúde mental, compondo a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, cuja ampla estrutura destina-se ao atendimento de necessidades diversas, abrangendo serviços de todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até os serviços especializados: centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais dia, leitos/unidades em hospitais gerais, serviços de urgência/emergência psiquiátrica, geração de renda e trabalho, centros de convivência, pensão protegida, entre outros (Brasil, 2001).

Assim, as atividades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) incluem o cuidado à família e estão comprometidas com a inserção social do usuário. Para o desenvolvimento das práticas, a reabilitação se utiliza de aspectos relacionais e dialógicos entre outros, acolhimento, escuta e vínculo. Nesses aspectos estão pautadas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde mental.

Dentro dessa rede, particularizamos os CAPS's: serviços de atenção diária que se responsabilizam pelo cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando com a lógica do território. O atendimento está baseado no acolhimento, no vínculo e na responsabilização de cada membro da equipe multiprofissional (Brasil, 2004). Tendo em vista as suas características de inclusão e a participação do usuário, esses serviços têm sido considerados fundamentais para a continuidade do processo de reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial define-se como um saber-fazer que considera o transtorno psíquico como um dado a mais na história de vida do indivíduo, que é visto como uma pessoa que vive em um território, que mantém relações sociais e afetivas e que faz parte de determinada família, e que, além disso, apresenta um transtorno mental que repercute de diferentes maneiras em seu cotidiano (Kantorski et al., 2006). O foco do trabalho desenvolvido nos serviços substitutivos, e especificamente nos CAPS's, não é a doença, mas sim, prioritariamente, o usuário e seu entorno social.

Os CAPS's são definidos e regulamentados pela portaria ministerial n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), e devem oferecer atendimento individual, grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. De acordo com a população dos municípios, os CAPS's são classificados como I, II ou III, cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h) (BRASIL, 2004):

- CAPS I - são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças, adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

- CAPS II - são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.

- CAPS III – são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.

- CAPS i – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.

- CAPS ad – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia.

Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam a outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular (BRASIL, 2004).

Através desta disciplina tivemos a oportunidade de permear a discussão através de comparação analógica entre a psiquiatria e a saúde mental vivida anteriormente e hoje, no Brasil.

Com a apresentação de casos clínicos, vivenciados na própria comunidade a qual trabalhamos, oportunizou-se situações onde conduzimos esse processo de forma coletiva, mas com vistas na aprendizagem correta das ações em saúde mental.

Percebe-se a importância do entrosamento da equipe multiprofissional, não só local, como se viu na literatura, mas também com a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, cuja ampla estrutura, vista anteriormente, destina-se ao atendimento de necessidades diversas, abrangendo serviços de todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até os serviços especializados: centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais dia, leitos/unidades em hospitais gerais, serviços de urgência/emergência psiquiátrica, geração de renda e trabalho, centros de convivência, pensão protegida, entre outros (Brasil, 2001).

Entretanto as ações conjuntas e interdisciplinares nos fazem repensar os valores que muitas vezes são deixados de lado, numa visão vertical do problema do outro e nos faz perceber ainda que, como profissional e como ser humano que somos, podemos fazer um pouco de diferença nesse mundo tão conturbado.

No entanto, o trabalho em saúde, em particular nos serviços de saúde mental, representa um desafio singular, em virtude, principalmente, de sua dimensão extremamente complexa, a qual comporta inúmeras interfaces que vão desde a reestruturação dos serviços até a qualidade da assistência prestada, além das relações de trabalho e da assimilação de novos saberes, metodologias e tecnologias de trabalho.

A realidade revela que cada trabalhador da equipe da Estratégia de Saúde da Família, qualquer que seja sua disciplina profissional, pode desenvolver uma atitude solidária, acolhedora, respeitosa com o usuário frente à sua individualidade e à sua singularidade, mantendo com ele uma relação de troca, de aceitação e de reconhecimento como sujeito, demonstrando confiança e segurança naquele que o atende, na equipe e no serviço.

Percebe-se ainda que o substrato de um serviço substitutivo como o CAPS deve ser o de transformação das práticas e saberes na busca da criação de estratégias diversificadas que possam produzir novas possibilidades para os sujeitos em seu sofrimento, trabalhando pela busca da autonomia e da emancipação, o que se traduz cotidianamente numa riqueza de relações entre os serviços e os usuários, e que tudo se inicia na Estratégia de Saúde da Família – ESF.

Portanto, o conteúdo discutido foi de fundamental importância para o engrandecimento profissional e pessoal e a partir desses estudos acontece a fomentação da transformação no nosso cotidiano.

### 3.4 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Esta disciplina trouxe reflexões a cerca das perspectivas de mudanças dos Modelos Assistenciais, na busca da qualidade do cuidado em saúde que ela presta, e na efetiva implementação do Sistema Único em Saúde (SUS), em diferentes momentos históricos e ainda, dos principais determinantes dessa evolução.

Em particular, o Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, esta entendida como projeto de reorganização da Atenção Básica e de implementação de um novo Modelo Assistencial que está expresso na Constituição Brasileira.

Abordado ainda, o trabalho da Equipe de Saúde da Família no esforço de reorientação da Atenção Básica em Saúde (ABS) e de mudança de Modelo Assistencial.

Ao longo da história, percebem-se paradigmas dominantes ou hegemônicos, os quais são substituídos por outros que se mostra mais atual, explicando problemas e propiciando abordagens que, em geral, são capazes de resolver a maioria dos problemas resolvidos pelo paradigma anterior, além de propiciar a solução de novos problemas, assim acontece com os Modelos Assistenciais de Saúde.

No Brasil, durante décadas se ouviu diversas expressões como modelo medicocêntrico, hospitalocêntrico, sanitarismo campanhista, assim como, ao se referir a determinadas corporações da saúde, como tendo uma visão biológica e reducionista do ser humano ou que determinada forma de organizar e prover os serviços de saúde tem um caráter liberal privatista. Todas essas expressões se referem aos diversos Modelos Assistenciais vivenciados no âmbito da saúde.

Modelos estes centrados em interesses da economia agroexportadora daquela época e podemos citar que alguns se mantêm como modalidade de intervenção até os dias de hoje, como o combate às endemias e epidemias. E ainda fortemente centrado em médicos e hospitais, seja no SUS, seja na saúde suplementar ou mesmo privada.

No entanto, Carlos Cezar de Albuquerque afirma que:

*“No campo das políticas públicas, o setor saúde tem se destacado pela efetiva proposta de mudança, sendo um dos que mais tem avançado nas reformas administrativas, políticas e organizativas a partir do novo desenho de modelo público de oferta de serviços e ações, traduzido nos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. No entanto, por si sós, essas realizações não foram ainda suficientes para transformar a prática sanitária brasileira e suas reais condições de garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos brasileiro. (BRASIL, 1997).”*



Atualmente, utilizamos a Estratégia de Saúde da Família como um novo Modelo de organização da Atenção Básica.

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/MS, 2002).

A ESF definida com um modelo Federal implicaria no desenvolvimento de:

- a) uma Atenção Primária centrada no paciente e sua família, e na comunidade, universal, íntegra (preventiva, curativa e reabilitadora), descentralizada e com participação popular;
- b) uma Atenção Primária forte e resolutiva, muito acessível, com profissionais polivalentes capazes de responder neste nível a 90% das necessidades da população;
- c) uma Atenção Primária com o médico de família como primeiro contato médico, de perto com a Equipe funcional, capacitado e dotado com tecnologia adequada;
- d) um SUS em que todos os especialistas (inclusive pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) trabalhem como consultores dos médicos de família, de forma que estes coordenem de forma efetiva os serviços (com independência do lugar e momento em que se prestem);
- e) um SUS em que a Atenção Primária seja de país desenvolvido (bem dotada em tecnologia e ciência), e filtro para o nível especializado, como corresponde a um Brasil moderno, saudável e competitivo.

Hoje, na equipe de saúde da família que faço parte, desenvolvemos ações para tentar despertar nas famílias o funcionamento deste novo modelo de atenção a saúde, como por exemplo, o cartão da família, o qual tem um número que identifica o Agente Comunitário de Saúde, a área a qual pertence e número de cadastro da família no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, que corresponde ao número do prontuário na Unidade Básica de Saúde, facilitando o acesso da família aos serviços assistenciais de saúde seja na atenção básica ou em encaminhamentos para os níveis secundário e terciário.

Realizamos o acolhimento com triagem por situação de saúde, prioridade de atendimento e agendamento dos possíveis casos que não possam ser atendidos no exato

momento, ou seja, existe uma escuta qualificada com cada paciente que procura a unidade.

A demanda programada é realizada para os hipertensos, os diabéticos, para a puericultura, para a prevenção ginecológica, assim como acompanhamento de pré-natal, fazendo com que haja uma diminuição da demanda espontânea. Mas sempre tentamos usar do bom senso nessa distinção de demanda programada e espontânea, pois muitas vezes o paciente reside distante de UBS e se já se encontra no posto, sendo assim, é mais viável que seja atendido naquele dia do que vir depois. Claro que isso tem que ser posto em prática com sabedoria, pois geralmente temos um número alto na demanda espontânea.

Iniciamos um pequeno projeto de agendamento de exames para as gestantes após as consultas de pré-natal em conjunto com a regulação do município, as quais já saem da unidade com seus exames laboratoriais e de imagem com data e local para realização dos mesmos.

Para as gestantes criamos um grupo de encontro que, de início, começou com as gestantes da equipe da Sede e hoje funciona abrangendo todo o município. O grupo chama-se GestaAÇÃO, onde acontece semanalmente, nas sextas-feiras, em parceria com a secretaria de ação social, desenvolvemos ações educativas, informativas com assuntos direcionados ao período gestacional e puerperal, trabalhamos ainda habilidades artísticas direcionadas ao artesanato, com oficinas de crochê, bordado com fitas coloridas, pintura em tecido, enfim a prefeitura municipal fornece a matéria prima e as gestantes produzem o seu próprio enxoval, de acordo com sua criatividade e habilidade.

Neste projeto contamos com a presença de uma equipe multiprofissional composta por profissionais da saúde e ação social, assim como outras parcerias, igreja, pastoral, sindicato dos trabalhadores rurais etc, que dão suporte através de palestras, informações que ajudam as gestantes a se conduzirem neste período tão precioso de suas vidas.

Infelizmente, nem tudo são flores, existem algumas dificuldades para a mudança do modelo vigente. A população é muito acostumada com ações curativas e assistencialistas quando nos direcionamos um pouco para o lado da prevenção, nos encontramos com uma rejeição por parte de muitos.

Muitas vezes nos deparamos com pacientes que chegam à unidade de saúde já exigindo algum tipo de medicamento, enquanto a solução para o problema descrito

por eles não tem necessidade daquela medicação. Ou chegam a reclamar porque o profissional está demorando muito naquela referida escola, que está “*perdendo tempo indo escovar os dentes daqueles alunos*” ou “*a médica não deveria estar atendendo em vez de visitando a casa das pessoas? Essa visita é para ‘políticos’...*”. São frases como estas que nos levam a comprovar a força da cultura ou a conseqüência da dura realidade vivida por eles em tempos passados.

Temos certeza que toda mudança requer tempo e paciência, mas com dedicação e empenho, podemos modificar essa cultura da população e só assim obtermos uma verdadeira e significativa mudança do modelo assistencial, pois esta mudança só acontece na verdade se conseguirmos sensibilizar a população para o real conceito de saúde.

Durante a disciplina foi apresentado como exemplo para a caracterização dos atributos de qualidade do trabalho em saúde o caso de dona Maria, hipertensa que sofreu acidente vascular encefálico em decorrência da falta de adesão ao tratamento da doença. De acordo com o caso apresentado, não houve eficácia na visita da auxiliar de enfermagem, pois não houve nenhuma melhora no quadro da paciente. Quanto à eficiência acredito que ocorreu, pois a profissional fez o que estava ao seu alcance. Já a efetividade não aconteceu por completo devido à combinação da eficiência e da eficácia. O atributo da equidade não foi colocado em prática de forma satisfatória, pois já havia oito anos que a paciente tinha procurado a unidade de saúde e só depois que sofreu o AVC foi sabido que a paciente não fazia o uso correto da medicação. Quanto a oportunidade vejo que esse atributo foi realizado tardiamente comprometendo a efetividade. A continuidade foi colocada em prática quando a enfermeira fez a visita domiciliar logo em seguida da visita feita pela auxiliar. Os atributos da acessibilidade, da aceitabilidade, da otimização, da legitimidade e da ética foram realizados no caso proposto.

No caso citado, vimos que em nenhum momento foi citada a visita domiciliar do médico para avaliar a gravidade do caso. Outros profissionais também deveriam estar presentes no dia que a enfermeira fez a visita a paciente. Também não podemos nos esquecer que lidamos na maioria das vezes com pessoas muito carentes e com pouca ou nenhuma escolaridade. Vemos que a moradia e alimentação delas são bastante precárias. Mas mesmo com todos esses problemas, podemos com dedicação e empenho agir de modo diferente na vida dessas pessoas.

Neste módulo, houve um grande estímulo a reflexão sobre os modelos assistenciais de saúde no Brasil em seus diferentes contextos e evolução, assim como a atenção básica à saúde e, o fundamental, o trabalho da equipe de saúde da família e a necessidade de mudança do modelo assistencial, com foco nos atributos da qualidade na prestação do cuidado em saúde, sendo esta uma continuidade da discussão iniciada na segunda disciplina, o Processo de Trabalho em Saúde.

Observamos claramente os diferentes conceitos dos modelos assistenciais vivenciados anteriormente e os que ainda permanecem como é o caso das campanhas contra endemias e epidemias (sanitarista campanhista), juntamente com sua evolução, até a implantação e funcionamento da Estratégia de Saúde da Família sempre direcionando para a construção e crescimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ao término do conteúdo desta disciplina me vejo a pensar no dia a dia da Unidade em que trabalho, e entendo que muitas vezes não realizamos todos os atributos da qualidade do cuidado à saúde, percebo também que a execução destes, realmente faz a diferença no modelo assistencial vigente. E quando um ou mais atributo não é executado, geralmente prejudica a concretização dos outros.

Fica a reflexão do caso hipotético de dona Maria, de quantos casos iguais e até piores, onde claramente se expressa a importância do acesso aos fatores determinantes e condicionantes da saúde e refletimos no sentido de que muito poderia se fazer, mas infelizmente lutamos com inúmeros problemas existentes, como as condições precárias de moradia, saneamento básico, educação, enfim uma situação socioeconômica a qual é vivenciada pela maioria da população de diversos municípios, como também a falta de compromisso de alguns profissionais.

Muitas vezes temos a forte tendência de fragmentar conhecimentos/ações pressupondo que na vida da Unidade de Saúde os atos e procedimentos também o são. O cotidiano da UBS reflete a vida como ela é, em toda sua complexidade e capilaridade, e por isso mesmo devemos propor ações que integrem eficiência e eficácia de maneira complementar. Assim, as práticas ganham naturalidade e conteúdo vivencial, aproximando-se da realidade e estabelecendo vínculo coerente com a proposta de trabalho deste novo Modelo Assistencial.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa afirmar que as medidas de fortalecimento da atenção básica adotadas pelo governo federal foram capazes de reorientar o modelo assistencial nos serviços de saúde do país, e de

consolidar uma maior qualidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pela rede pública.

Sabemos que, apesar dos investimentos crescentes na atenção básica, ainda se mantém o modelo assistencial em que a lógica da organização da atenção ainda parte muito mais dos procedimentos previamente definidos do que propriamente das necessidades de saúde apresentadas pela população em territórios específicos.

As ações de promoção e prevenção ainda apresentam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista. Apesar da ampliação dos recursos financeiros em APS, esses investimentos apresentam mais reflexo na ampliação do acesso do que na redefinição do modelo assistencial.

Finalizando, não existe verdadeiramente ESF sem o enfrentamento das questões elencadas, e se quisermos e realmente acreditar neste modelo de atenção, que o façamos bem feito, porque existe, sim, vida além da Estratégia de Saúde da Família - ESF. Ela não é sinônimo de SUS, não é único modelo de saúde, não é unanimidade. É antes de tudo uma proposta diferente de enxergar processo saúde-doença e seus determinantes.

Realmente mudar não é fácil, mas a partir do momento que começarmos ver os frutos dessa mudança no modelo assistencial começaremos a ter mais ânimo para a participação efetiva nessa mudança.

### **3.5 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE**

Segundo MEHRY (1994), o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social. Como instrumento administrativo e de políticas de governo, seu prestígio passou por vários períodos de altos e baixos, inclusive no setor da saúde.

Com o correr dos anos, os insucessos de vários planos governamentais e empresariais trouxeram muito descrédito ao planejamento. Houve momentos em que administradores passaram a renegar as técnicas e tratamentos propostos pelos planejadores e, no nível dos governos nacionais, os planos foram encarados com ceticismo, quando não com total descrédito.

Felizmente, muitos dos erros cometidos ao longo de quatro décadas favoreceram um processo de amadurecimento e serviram como lições bem aprendidas;

o planejamento e os planejadores foram se incorporando de forma mais pertinente ao dia-a-dia das práticas administrativas e adquirindo a humildade que não tinham a princípio.

Enfim, reconhecido não mais como panacéia, o planejamento é valorizado como um processo essencial de uma gestão moderna e eficiente. Por muitos dos erros anteriores, o planejamento deixou mitos e fantasias que precisam ser esclarecidos e eliminados do imaginário do administrador, a fim de que não se repitam atitudes e crenças inadequadas. Por isso, falar de planejamento e ajudar as pessoas a aplicá-lo como prática administrativa muitas vezes obriga o expositor a começar por desmitificá-lo e explicar o que ele não é ou não deveria ser.

O que o planejamento não deve ser:

- O planejamento não deve ser confundido com plano;
- O planejamento não é tarefa dos “planejadores”; ele 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 que o planejamento deve ser:

- O planejamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento Institucional;
- Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador;
- A maior riqueza do planejamento está no processo em si de planejar;
- Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança.

Enfim, planejar 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 (1996) define planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”.

Tancredi (1997) diz que:

*“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”.*(TANCREDI, 1997)

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. Quando falamos em planejamento, não podemos nos esquecer que ele é uma ferramenta administrativa que podemos fazer uso. Sabemos que é bem mais fácil alcançar objetivos pré-definidos quando planejamos. É evidente que ao planejarmos iremos gastar tempo e dinheiro, mas quando realmente é necessário, a relação custo entre benefício nos obriga a planejar (UFC, 2010a).

O planejamento deve ser um processo prático e dinâmico das determinações do plano, para que haja continuidade com uma constante realimentação de situações propostas, resultados e soluções baseadas na multidisciplinaridade, interatividade, conferindo um processo contínuo de tomada de decisões (UFC, 2010a).

Ao longo da disciplina foi elaborado um Plano de Ação em grupo para a diminuição do número de gestantes na adolescência, conforme tabela 01. Por meio dessa atividade vimos à verdadeira necessidade de se planejar e de se colocar um plano de ação em prática. Diante de tudo o que dispõem as leis brasileiras sobre direito de acesso aos serviços de saúde e de educação e orientação sexual, bem como às informações necessárias sobre contracepção, e diante do quadro atual de aumento do índice de gestações precoces, bem como do conhecimento das principais causas e conseqüências envolvidas com esse problema, surge, em vários municípios brasileiros, a preocupação em informar e acompanhar os adolescentes, bem como suas famílias, sobre as conseqüências e desvantagens de gravidez na adolescência. Daí percebe-se a necessidade de se planejar para reduzir os índices de gravidez na adolescência, que tem crescido em diversas realidades brasileiras.

A consolidação de uma prática (estruturada) de planejamento exige o envolvimento (compromisso) de um grupo, que deve, sempre com a participação de todos os seus componentes, planejar, avaliar constantemente e seguir com as ações que julgar necessárias. O planejamento, por si só, não dá conta da complexidade do processo de gestão de um sistema em transição, necessitando estar articulada a outras tecnologias de gestão que, conjugadas, permitam que as ações planejadas tenham mais facilidade e celeridade em acontecer. Para que um planejamento aconteça de forma organizada e bem direcionada, necessita de uma seqüência de passos tais como definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, seleção de nós críticos dentre outros.

Nesta disciplina nos foi mostrada a importância de se planejar e de ter um plano de ação. Foi também mostrado que o planejamento deve ser algo constante em tudo o que fazemos e em especial na saúde.

Percebe-se que o planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar. O plano, portanto, constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, sendo o gerente o responsável por executar essa tarefa.

Planejamento e plano de ação andam juntos e com eles a probabilidade do sucesso é maior.

Colocando todos esses conceitos em prática dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) toda a equipe ganhará, pois o profissional verá resultados de seu trabalho e a comunidade será a verdadeira beneficiada.

Quando nossa equipe age dessa forma, os resultados das ações desenvolvidas são surpreendentes, frutos de planejamentos ora estratégicos, ora normativos, mas sempre através dos planos de ação colocados em prática.

Contudo, observamos isso como uma transição para a autonomia. Acreditamos que, em havendo vontade, em pouco tempo os grupos locais poderão se apoderar dos conceitos básicos do processo e aprender a utilizar a ferramenta certa para a tarefa apropriada.

Entretanto sabemos que não existe planejamento perfeito, nem plano irreprovável. É preciso começar e persistir.

### **3.6 TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE - PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

#### **3.6.1 TECNOLOGIAS DE CUIDADO: CONTEXTUALIZAÇÃO**

As práticas pedagógicas que se usavam em saúde estão ultrapassadas. Como melhor forma de mudança é se deixar de lado o autoritarismo por parte daquele que vai transmitir o conhecimento e dialogar mais com quem vai recebê-lo.

Dentre as tecnologias de cuidado da estratégia saúde da família, destaca-se a visita domiciliar, pois com ela os profissionais de saúde podem obter um maior



conhecimento da realidade de vida da população. Seu objetivo principal é a atenção às famílias à comunidade. A visita domiciliar favorece a uma maior interação da população com a equipe do ESF.

Outra importante ação é o acolhimento, uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006). Ele não tem local, nem hora certa para acontecer, nem um profissional determinado para fazê-lo. No acolhimento o profissional escutará a queixa ou as queixas do usuário e se responsabilizará pela resolução dos problemas com a ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Saber que devemos mudar nossas atividades educativas que hoje têm muitas vezes uma relação profissional-usuário-comunidade autoritária e diretiva é notório, fruto da trajetória político-institucional do Estado brasileiro. Como destacado na disciplina, a Pedagogia de transmissão faz com que o aluno não faça outra coisa senão receber e adotar (por repetição) o conhecimento. Já na Pedagogia do Condicionamento os métodos emergentes deveriam ser utilizados somente depois que os alunos já houvessem desenvolvido sua consciência crítica e sua capacidade de problematizar sua própria realidade mediante outros métodos menos condicionadores.

Sendo assim, fica claro que a Pedagogia da Problematização é a melhor proposta pedagógica apresentada, pois aí vemos que o ensino-aprendizagem do aluno se dá com ele vendo na maioria das vezes com seus próprios olhos a realidade. O aluno aprende a pensar e colocar sua criatividade em prática com a Pedagogia da Problematização. Mas não podemos rechaçar as outras duas formas de pedagogia, pois com certeza elas também têm dado suas contribuições para um melhor ensino-aprendizado.

Ao assistirmos aos vídeos *The Wall* e *a Máquina de Ensinar* vemos nitidamente o modelo da pedagogia do condicionamento onde se coloca em prática o modelo da conduta mediante um jogo de estímulos e recompensas capaz de condicionar o aprendiz a emitir as respostas desejadas. É assustador como os alunos eram tratados no primeiro vídeo. Eles não tinham rosto nem identidade. Eram realmente mais um tijolo na parede. Não tinham liberdade de expressão, não podiam expressar seus sentimentos e sua criatividade era totalmente reprimida. Os professores descarregavam todos os seus traumas e frustrações nos alunos que pareciam estar sempre num campo de batalha. No final do vídeo, vemos adolescentes se revoltarem com o modo no qual

são tratados e começam a destruir tudo o que vêm pela frente, atitude na qual era de se esperar.

Já no segundo vídeo, vemos os alunos serem tratados como robôs, onde mais uma vez não podem desenvolver sua criatividade e raciocínio. Claro que como mostra o vídeo, temos algumas vantagens com a máquina de ensinar, como o incentivo a concentração do aluno e o resultado imediato das respostas dadas por ele. Outra vantagem dessa máquina é que o aluno que tem mais facilidade de aprendizado não fica na dependência daquele que é mais lento.

Concluimos que pela pedagogia do condicionamento é como se os alunos fossem pássaros, que ao dar o primeiro sinal para voarem, suas asas tivessem que ser cortadas. Sendo assim, muitos talentos foram desperdiçados com essa pedagogia de ensino.

Na terceira aula dessa disciplina percebemos o que realmente significa acolhimento e a importância do trabalho em grupo.

O acolhimento como dispositivo, teria potência para superar os limites burocráticos das recepções de caráter administrativo ou até mesmo – o que ainda é frequente em muitas unidades de saúde – a recepção na porta da unidade, feita por um guarda de segurança ou um porteiro, às vezes com atribuição de impedir ou facilitar a entrada dos usuários.

O acolhimento dá significado e importância ao momento da chegada e à consequente trajetória do usuário pela unidade, e o usuário torna-se objeto da responsabilidade de um profissional de saúde.

Segundo o documento-base sobre a política de humanização do SUS (Brasil, 2008),

*“O acolhimento seria um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a chegada até a saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2008)”*

Ao exemplo dado do caso do Sérgio que foi corretamente recepcionado pela agente administrativa e acolhido pelo enfermeiro, vimos de imediato o resultado do correto acolhimento.

As reuniões e o diálogo em grupo são fundamentais, pois assim, discutimos sobre os problemas existentes e o que pode ser feito para se chegar as soluções dos mesmos. A interação entre os membros da ESF é muito importante nesse processo.

Na quarta aula como foi dito que só as palestras não fazem com que os pacientes e a comunidade façam o que é ensinado pela ESF. A visita domiciliar ou visita domiciliária é de fundamental importância para a mudança desse quadro que muitas vezes é vivenciado por nós na UBS. Com ela é que vemos a verdadeira situação da comunidade e essa comunidade começará a ter uma maior confiança nos membros da equipe.

O ACS é peça fundamental durante essas visitas, pois juntamente com ele a equipe se organizará para a realização das mesmas.

No Brasil, temos o começo dessas práticas sanitárias no início do século XX, trazidas da Europa por Oswaldo Cruz, Emilio Ribas, Carlos Chagas, entre outros. Ao assumir a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, Oswaldo Cruz priorizou o combate à febre amarela, doença endêmica, à época, na cidade do Rio de Janeiro (Costa, 1986).

Uma parte importante na estratégia de combate às doenças transmissíveis eram as visitas domiciliares realizadas por inspetores sanitários. A partir dessas visitas, as residências podiam ser até interditadas, se fosse verificado que estavam em más condições de higiene.

*“Nas casas visitadas o inspetor sanitário deixava um documento denominado Boletim de Visita Domiciliar, no qual indicava as condições higiênicas que foram encontradas e recomendações, por escrito, das medidas para melhoria sanitária. Essas visitas visavam principalmente às casas de cômodo e habitações coletivas ocupadas pelos pobres da cidade.”*  
(COSTA, 1986: 57)

A VD, historicamente, em um primeiro momento, pode ser considerada ação de prevenção e de precaução, em um segundo momento pode ser caracterizada como de extremo controle e vigilância do comportamento e dos hábitos individuais, em terceiro momento, de controle como revisão sistemática e rigorosa dos elementos considerados causadores de más condições sanitárias implicavam multas, expedições de intimidação da população, vistoria das casas, portos, navios etc.

Destaca-se que

*“As práticas desenvolvidas a partir de Oswaldo Cruz assinalaram, portanto, a criação de um padrão de serviço que ocupará um espaço próprio na estrutura estatal voltada para o problema da saúde. Através das ações de saúde pública, o Estado passou a viabilizar condições sanitárias adequadas às novas relações sociais e ao desenvolvimento da capacidade de produção do país. (COSTA, 1986: 72)”*

Assim, conseguindo êxito em sua contribuição para o fortalecimento do Estado brasileiro, na década de 1970, mantendo a orientação de garantir medidas de prevenção de doenças, é implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), e na década seguinte, em 1980, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), os quais trabalharam a VD como ação fundamental no processo de assistência a saúde, pois uma das estratégias utilizadas era a mobilização de profissionais de nível elementar para atuarem nas atividades de cunho preventivo e educativo. Esses trabalhadores eram recrutados nas próprias comunidades e, entre outras atividades, realizavam, então, as visitas domiciliares.

Neste mesmo contexto de ampliação da cobertura das ações de saúde, pode-se considerar, de certa forma, que essas políticas tiveram alguma continuidade em diversas iniciativas de âmbito regional ou local, traduziram-se em programas, utilizando a mesma estratégia de recrutamento de trabalhadores residentes no próprio grupo social, como o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implementado em 1991 pelo Ministério da Saúde (Jatene et al., 2000).

É importante destacar que as diretrizes que o Ministério da Saúde apontava para o Piass se aproximam muito das propostas colocadas pelo PACS e hoje pela ESF, quais sejam: a ênfase nos serviços básicos de saúde, a participação da comunidade, a regionalização e a integralização de ações de saúde, além do desenvolvimento de recursos humanos e de tecnologia simplificada (Sartori, 2004).

Na Estratégia de Saúde da Família, a atenção no domicílio propiciada pela equipe de saúde insere o profissional no meio familiar, identificando demandas e potencialidades da família.

Para isso ocorrer de fato, concorrem fatores no ato da atenção, como:

- A humanização do cuidado;
- A ausência de riscos iatrogênicos vinculados ao espaço hospitalar;
- O resgate das formas de cuidar alicerçada nas práticas tradicionalmente utilizadas pela população (hábitos culturais);

Analisando estes fatores, destacamos a sua expressa importância para o êxito da referida assistência a saúde.

Quanto à consulta, vemos que ela não é mais exclusiva do médico onde se realizava apenas prescrição ou procedimentos curativos, mas ela é agora um momento

privilegiado do acolhimento, dando procedimento à verdadeira mudança no modelo assistencial existente.

Na disciplina nos foi mostrado as diferentes práticas pedagógicas e a que devemos utilizar nos dias atuais. Foram apresentadas também as tecnologias para abordagem ao indivíduo, a família e a comunidade. Discutimos sobre o acolhimento e a visita domiciliar.

O acolhimento é um ato de escuta, de empatia para com o usuário, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda e como expectativa.

Percebemos que ao implantarmos o acolhimento, modificamos totalmente a tradicional fila que se construía durante a madrugada, modificando assim hábitos da comunidade.

Contudo, vimos também que a VD não é uma novidade na assistência em saúde, é uma estratégia já utilizada em vários momentos da história das práticas sanitárias. O desafio que se coloca é, justamente, fazer com que esta ação, tão “cara” ao PSF, seja realizada de maneira crítica, dentro de objetivos e limites bem definidos pela equipe, sob pena de se transformar em um instrumento de controle das populações-alvo dessa assistência.

Percebemos que essa é uma tarefa fundamental para o planejamento das ações de saúde que, no entanto, pode ser realizada de maneira burocrática sobrecarregando o Agente Comunitário de Saúde.

Enxergar a VD como trabalho e responsabilidade de toda a equipe, mesmo que realizada de forma mais intensa por apenas um de seus membros, é a garantia de que os dados colhidos se transformem efetivamente em informações relevantes para os profissionais e para a comunidade junto a qual trabalhamos.

Neste momento, esta ação é pontuada como mais um desafio a ser constituído por nós profissionais de saúde inseridos na ESF.

Concluimos assim, que muita coisa estava errada nas práticas pedagógicas na Atenção Básica à Saúde, e felizmente já identificamos muitos dos erros, agora depende de cada um de nós para que a mudança realmente aconteça.

Depois que os profissionais de saúde da UBS, em que trabalho, começaram a mudar a forma de se relacionar com a comunidade, as mudanças foram visíveis e a clientela que vai ao posto começou a absorver melhor as orientações passadas pelos profissionais.

Educar "no" e "para o" trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde.

No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários.

É como nos diz Deleuze, citando sua implicação com a leitura de Nietzsche:

*"ele dá um gosto perverso...; o gosto para cada um de dizer coisas simples em nome próprio, de falar por afetos, intensidades, experiências, experimentações"* (Deleuze, 1992, p.15).

Nas Unidades de Produção do Cuidado, onde se processam os encontros entre trabalhadores e usuários, é possível observar fenômenos que se transformam com o passar dos dias.

### **3.7 SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL**

Pesquisas recentes comprovam um fenômeno que não obedece fronteiras. Cresce exponencialmente o número de mulheres em postos diretivos nas empresas. Curiosamente, essa ascensão se dá em vários países, de maneira semelhante, como se houvesse um silencioso e pacífico levante de senhoras e senhoritas no sentido da inclusão qualificada no mundo do trabalho. Segundo alguns analistas, esse processo tem origem na falência dos modelos masculinos de processo civilizatório. Talvez seja verdade. Os homens, tidos como superiores, promovem guerras, realizam atentados, provocam tumultos nos estádios, destroem o meio ambiente e experimentam a aflição inconfessa de viver num mundo em que a fibra ótica substituiu o cipó. Quando já não se necessita tanto de vigor físico para a caça, vale mais o conhecimento que permite salgar ou defumar a carne, de modo a preservá-la por mais tempo.

Enfim, caso Tarzan não se recicle, os filmes do futuro serão estrelados somente por Jane.

No Brasil, as mulheres são 41% da força de trabalho, mas ocupam somente 24% dos cargos de gerência. O balanço anual da Gazeta Mercantil revela que a parcela de mulheres nos cargos executivos das 300 maiores empresas brasileiras subiu de 8%, em 1990, para 13%, em 2000. No geral, entretanto, as mulheres brasileiras recebem, em média, o correspondente a 71% do salário dos homens. E essa diferença é mais patente nas funções menos qualificadas. No topo, elas quase alcançam os homens. Os estudos

mostram que no universo do trabalho as mulheres são ainda preferidas para as funções de rotina. De cada dez pessoas afetadas pelas lesões por esforço repetitivo (LER), oito são mulheres.

Segundo uma pesquisa recente feita em 2010 pelo Grupo Catho, empresa de recrutamento e seleção de executivos, as mulheres conquistam cargos de direção mais cedo. Tornam-se diretoras, em média, aos 36 anos de idade. Os homens chegam lá depois dos 40. No entanto, essas executivas ganham, em média, 22,8% menos que seus competidores de colarinho e gravata. A boa notícia é que essa diferença nos rendimentos vem caindo rapidamente. Por estar a menos tempo no mercado, é natural que elas tenham currículos menos robustos que os dos homens. A diferença nos ganhos tende a inexistir em futuro próximo.

Em 1991, a renda média das brasileiras correspondia a 63% do rendimento masculino. Em 2000, chegou a 71%. As conquistas comprovam a dedicação, mas também necessidade. Em 1991, 18% das famílias eram chefiadas por mulheres. Segundo o Censo, essa parcela subiu para 25%. Das 10,1 milhões de vagas de trabalho abertas entre 1989 e 1999, quase 7 milhões acabaram preenchidas por mulheres. As pesquisas revelam que quase 30% delas apresentam em seus currículos mais de dez anos de escolaridade, contra 20% dos profissionais masculinos

As mulheres sofrem mais do que os homens com o estresse de uma carreira, pois as pressões do trabalho fora de casa se duplicaram. As mulheres dedicam-se tanto ao trabalho quanto o homem e, quando voltam para casa, instintivamente dedicam-se com a mesma intensidade ao trabalho doméstico. Embora alguns homens ajudem em casa, não chegam nem perto da energia que a mulher tende a dar. Ser mulher é algo especial. Ela possui um grande diferencial do homem que é dádiva de poder carregar consigo uma vida. Mesmo passando por muitas discriminações e adaptando-se aos afazeres domésticos, como cuidar de casa, dos filhos e do marido, a mulher conseguiu superar suas dificuldades e administrar seu tempo com suas atividades profissionais.

Infelizmente a mulher ainda sofre grande discriminação, pois muitos acreditam que lugar de mulher é em casa, apenas cuidando da família. Nas últimas décadas, a mulher vem mostrando grande competência no mercado de trabalho e a cada dia vem se superando mais e mais.

Sabemos que o número de mulheres é grande no nosso país e é a maioria no nosso estado. Por isso ela precisa de cuidados especiais. Felizmente hoje dispomos de

programas de prevenção de doenças características das mulheres como o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

### **3.7.1 RELATO DA EXPERIÊNCIA NA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO**

Na UBS em que trabalho, as mulheres são orientadas a fazer o exame Papanicolau e de mama anualmente ou de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, segundo o resultado do último exame.

Esses exames são colhidos pela enfermeira, que quando encontra alguma manifestação que lhe deixa em dúvida, solicita a presença da médica.

A lâmina que contém o material é levada ao laboratório de referência pelo transporte municipal e o mesmo retorna à Unidade com os resultados que se encontram pronto.

A cobertura de mulheres atingida é de 80%, pois anualmente, seguindo a data do Dia Internacional da Mulher, realizamos uma semana integral de ações direcionadas a Promoção da Saúde da Mulher, abordando temas pertinentes ao sexo feminino como higiene, beleza, saúde bucal, planejamento familiar e etc, através de acolhimento diário na UBS com prioridade para as mulheres, entrevista coletiva em Rádio local, aulas de dança no fim da tarde, assim como oficinas de culinária com aproveitamento de alimentos regionais, dia da beleza, onde elas mudam o corte do cabelo, asseiam suas unhas, fazem depilação, dentro outros, sorteio de brindes para as participantes dos eventos, e mais algumas ações pontuais do momento. Dessa forma conseguimos mobilizar a população em geral para se atentarem a questões importantes de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A prevalência das lesões precursoras entre as mulheres atendidas é de 10%. O fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, PAF, biópsias de colo uterino e de nódulos mamários é alto.

Em alguns casos em que a paciente não retorna ao posto com o resultado dos exames, realizamos de uma busca ativa por parte do ACS, o qual é parte integrante de um sistema de monitoramento para os casos positivos ou suspeitos.

O percentual de mulheres acompanhadas que possuem a doença é de 85%. Visitas domiciliares realizada inicialmente pelo ACS e posteriormente por outro membro da equipe, assim como palestras na UBS são realizadas para tentar se chegar às



mulheres que não estão sendo cobertas pelos exames de prevenção ou que já manifestaram a doença e não voltaram para o acompanhamento.

Outra peça fundamental do sistema de monitoramento que realizamos, foi a implantação do SISMAMA, que é mais um sistema de informação da saúde que nos fornece mensalmente um relatório individual das mulheres, residentes em nosso município, que realizaram mamografia em qualquer que seja o município, para que possamos realizar o acompanhamento e monitoramento da mesma.

A prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama são pontos de pauta bimestral entre as enfermeiras e sua coordenadora, para avaliar as atividades desenvolvidas com as mesmas.

Consideramos que ainda não é o ideal, mas com essas ações, conseguimos alavancar os indicadores de cobertura e monitoramento, e o mais importante, conseguimos garantir o acesso da população feminina ao referido procedimento, garantindo o bem-estar da comunidade.

Nessa disciplina discutimos sobre a saúde da mulher e porque ela deve ser tratada de uma forma especial. Sabemos que no nosso país elas fazem parte da maioria e infelizmente nos dias atuais ainda levam muita desvantagem em relação ao homem.

Esse módulo foi muito interessante, pois sendo mulher sei como esse ser humano é forte e especial. Nos dias de hoje a mulher tem que trabalhar, cuidar dos filhos, estar sempre bela e muitas vezes ser a chefe de casa. O movimento feminista propôs igualdade entre homens e mulheres, mas sabemos que somos diferentes em tudo, pois ao mesmo tempo em que somos mais frágeis fisicamente, somos mais fortes emocionalmente.

Sabemos que hoje a mulher é maioria na clientela do SUS e ela precisa de uma atenção especial. A mulher passa por várias etapas importantes e marcantes em toda sua vida e em especial a gestação onde ela carrega uma outra vida.

É revoltante saber que em pleno século XXI temos um número grande de mulheres violentadas de todas as formas. Nós profissionais de saúde temos o dever de tentarmos mudar essa realidade. Quantos de nós vivenciamos tristes casos de violência contra mulheres nos locais onde trabalhamos. Essa violência engloba mulheres de todas as idades. Não podemos assistir a isso passivamente. A nossa postura quanto a isso tem que sofrer uma mudança imediata.

### 3.8 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde do ser humano é determinada por condições de trabalho, moradia, alimentação, meio ambiente e lazer dentre outras. Buscar a melhoria da qualidade de vida da população faz parte da Promoção da Saúde.

Aprovada em 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) dá diretrizes e mostra estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Unido de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Como elemento relacionado à participação dos usuários do SUS, destaca-se o *empowerment* significa que as pessoas passam a ter informação, liberdade e poder para tomarem decisões e participarem ativamente da organização. Ele não é algo fixo, mas vai desde um baixo até elevado grau de delegação de poder.

Segundo Carvalho (2004),

*"empowerment" é presente, implícita ou explicitamente, no interior das premissas e estratégias mencionadas. Esta categoria corporifica a razão de ser da Promoção à Saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, terem uma melhor saúde (CARVALHO, 2004).*

O *empowerment* se apresenta em quatro bases principais: poder, motivação, desenvolvimento e liderança (CARVALHO, 2004). Este conceito está muito relacionado ao autocuidado, baseiando-se no fato do homem ser capaz de refletir sobre si mesmo e seus ambientes, simbolizando o que experimenta, desenvolvendo e mantendo a motivação essencial para cuidar de si e de seus familiares dependentes.

O autocuidado é, portanto, um ingrediente essencial no cuidado à saúde, devendo ser complementado por recursos técnicos e profissionais (CADE, 2001).

#### 3.8.1 ESTRATÉGIAS PARA A CORPORIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Em primeiro lugar devo participar de todos os cursos oferecidos para a capacitação dos profissionais da Estratégica do Programa de Saúde da Família. Em seguida devo me aproximar o bastante da comunidade para sentir e ouvir suas verdadeiras necessidades. Logo em seguida juntamente com a equipe da ESF, devo preparar projetos que levem ao melhor bem da população. Esses projetos devem ser apresentados à secretaria de educação, de transporte, de esporte, de saúde, ou seja, a

secretaria que corresponder a cada projeto. Os projetos devem ter como metas a prevenção das drogas, o ensinamento de ofícios para aumentar a renda da população, o incentivo aos esportes, preparação da comunidade para uma velhice tranqüila, orientação para uma alimentação saudável, incentivo a cursos profissionalizantes entre outros. E por último me esforçar o bastante para colocar os projetos em prática.

Podem ser desenvolvidas as seguintes estratégias na Estratégia Saúde da Família:

Equidade; Educação; Alimentação; Renda e Sustentabilidade dos Recursos Naturais. No tocante à equidade, através das visitas domiciliares feitas pelos ACS podemos identificar as pessoas mais carentes e que precisam ter um cuidado especial, mas sem esquecermos o cuidado com os outros que fazem parte da comunidade.

As visitas a essas pessoas que necessitam mais devem ser intensificadas no período de três meses para podermos ter resultados concretos. Sempre que possível, devem fazer parte destas visitas o médico, a enfermeira e o dentista.

Deve-se ter contato com a secretaria de ação social para se conseguir cestas básicas para serem doadas a essas famílias por algum tempo. A equipe da ESF deve capacitar cuidadores para cuidar das pessoas inválidas e monitorar esse cuidado para que depois as visitas possam ser com menos frequência. Num prazo de um ano comparar como as famílias viviam e como vivem agora.

Acerca da educação na ESF, deve sempre que possível ter reuniões com diretores de escola para juntos poderem criar atrativos para o aluno ir à escola. Os alunos e seus pais precisam ser orientados da importância da educação e que sem ela não chegaremos a lugar nenhum. As reuniões com os próprios alunos são essenciais, pois só assim poderemos ter acesso as suas queixas e anseios. As queixas pertinentes dos alunos deverão ser repassadas de imediato a secretaria de educação.

Devemos ter parceria também com essa secretaria para fornecimento de materiais usados para esporte e outras atividades desenvolvidas nas escolas. Num prazo de um ano observar se houve mudanças satisfatórias.

No caso da alimentação, a equipe da ESF deve juntamente com o NASF executar atividades que mostrem a importância de uma alimentação adequada. A secretaria de saúde deve promover cursos de culinária onde devem ser apresentadas formas saudáveis de aproveitamento dos alimentos. As escolas devem ser visitadas pela equipe, onde desde cedo serão passados os benefícios de uma dieta correta. A secretaria de educação deve ser comunicada quando escolas estiverem vendendo alimentos não

saudáveis, como “dindins”, “xilitos” entre outros. A equipe da ESF deve se reunir com os pais das crianças para mostrar a importância da alimentação correta e dentro de três meses avaliar os resultados.

Os diabéticos e hipertensos devem receber uma atenção especial quanto à alimentação. Passado um ano observar se realmente houve mudança na comunidade.

A equipe de ESF deve se juntar com a secretaria de ação social para promover cursos como de culinária, corte e costura, cabeleireiro entre outros, para que a comunidade possa ter ou melhorar sua renda. Aos catadores de lixo deve-se dar uma atenção especial como ensiná-los a separação e manuseio correto do lixo. A equipe da ESF deve junto aos órgãos competentes pedir a construção de um galpão que seria usado pelos catadores de lixo. Esse galpão deve ser entregue no mês seguinte. Num prazo de um ano observar o que realmente mudou na comunidade.

Após a apresentação desta disciplina, senti-me seduzida, pois vi realmente que as mudanças estão ocorrendo na saúde com a implantação da Política Nacional de Promoção de Saúde. Vejo agora com outros olhos a importância da comunidade na promoção da saúde. A educação popular, o *empowerment* e o autocuidado fazem toda a diferença para se ter bons resultados quando nos referimos a saúde.

O conhecimento da Política de Promoção da Saúde é fundamental para os profissionais da Estratégia de Saúde da família, pois só assim esta promoverá realmente saúde.

Entretanto, o compromisso com o social, com uma política de saúde coletiva é dever de qualquer cidadão, mas principalmente daquele que pretende algum dia atuar na área de saúde. Percebemos durante nossos estudos que o direito à saúde é uma conquista do movimento social, e o caminho agora é a busca para implementá-lo.

### **3.9 SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ao assistir esse vídeo com Charlie Chaplin o que logo me chamou atenção foi que o primeiro personagem apresentado estava tomando remédio, ou seja, pelo ritmo de vida que foi mostrado não tinha como sua saúde não ser abalada. O vídeo mostra que o capitalismo só pensa em aumento de produção e lucro, não se importando de forma alguma com o trabalhador, que não tem nenhum intervalo no ambiente de trabalho e é monitorado até no banheiro. Vi também que o ser humano é tratado como uma máquina ao qual só tem valor enquanto está produzindo. Infelizmente não consigo ver que

benefícios o “desenvolvimento” trazido pelas máquinas e tecnologia trouxe ao ser humano. Vejo que com ele vieram o aumento das doenças, da violência, a diminuição do amor e da solidariedade entre os seres humanos e a destruição do meio ambiente.

Foi muito interessante essa aula sobre saúde ambiental. Ao término dela, comecei a pensar de uma forma bem mais preocupante sobre a forma com que estamos tratando nosso meio ambiente. Estamos numa sociedade altamente consumista que na sua maioria só se preocupa com seu bem estar. O capitalismo em que vivemos só visa produção em alta escala e lucro e mais lucro. Como consequência disso, estamos presenciando a destruição da natureza e o aparecimento de diversas doenças físicas e emocionais. Muitas vezes assistimos nos jornais e televisão reportagens de pessoas que estão sofrendo com a poluição causada por fábricas e indústrias próximas as suas residências. Vemos adultos, velhos e crianças com problemas respiratórios causados pela poluição. O número de pessoas com depressão aumenta a cada dia, devido a essa vida excêntrica em que vivemos. Muito se é mostrado e discutido, mas muito pouca se é feito.

Na aula 1, na qual foram trabalhadas as interfaces entre trabalho, ambiente e saúde, vimos que a saúde do ser humano e do meio ambiente não tem muita importância, pois com o aparecimento do capitalismo o que importa é a produção e o consumo de bens fazendo com que o valor do ser humano seja avaliado pelo que ele possui. Sendo assim ele começa a ser tratado como máquina e quando dá defeito é facilmente trocado por outro. Quanto ao nosso meio ambiente, este é agredido com a destruição da natureza em favor de grandes empreendimentos imobiliários e construções de fábricas e indústrias. Infelizmente isso é chamado de desenvolvimento.

Na aula 2, que trata da evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador nos foi mostrado o percurso da Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional até a Saúde do Trabalhador. Ficou claro que há diferenças teóricas e práticas entre os três modelos. E não podemos jamais esquecer do que a constituição diz a respeito da Saúde do Trabalhador: art. 200: Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei (...): II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...): VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL,1988). Nós como profissionais de saúde temos que nos empenhar a cada dia para tentarmos colocar em prática o que nos diz a constituição Federal. Sabemos que o país ainda não

formalizou sua própria política de saúde ambiental, mas isso não quer dizer que não devamos nos empenhar nesse assunto.

Na aula 3 nos foi mostrado um assunto muito interessante: Importantes questões de Trabalho, Ambiente e Saúde no Brasil. Nela foram apresentados os principais agravos à saúde do trabalhador. Infelizmente os dados mostraram que os acidentes de trabalho vêm aumentando no nosso país. Eles são divididos em acidentes típicos, acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. Quanto as doenças relacionadas ao trabalho são comuns os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) ou lesões por esforços repetitivos (LER) e a perda de audição induzida pelo ruído (PAIR). Temos ainda a intoxicação por chumbo e agrotóxicos que também são comuns, sem esquecermos a pneumoconiose, uma das doenças respiratórias mais notificadas no Brasil (UFC, 2010b).

Quem de nós já não vivenciou um acidente de trabalho? Podemos e devemos tentar mudar a estatística tão alta desses acidentes. Essa aula mostrou também as questões ambientais naturais como vulcões, terremotos e tornados e as causadas pelo ser humano com a implantação de grandes empreendimentos em áreas litorâneas e a utilização inadequada do ecossistema manguezal e carnaubal por meio da implantação de fazendas de camarão e a expansão das cidades e do turismo industrial. Mais uma vez não podemos ficar inerte a tudo isso (UFC, 2010b).

Na aula 4, discutimos quais ações de Saúde do Trabalho e Saúde Ambiental podemos realizar na saúde da família. Vimos que as principais atitudes para que isso ocorra são a territorialização em saúde e a vigilância em saúde. Com a territorialização identificamos os principais problemas de saúde do trabalhador e de saúde ambiental no território. É válido ressaltar que a identificação dos problemas de saúde em um dado território requer ações intersetoriais para a sua resolução.

Nessa disciplina discutimos sobre a saúde do trabalhador e a saúde do meio ambiente. Vimos a importância da territorialização que identifica os principais problemas de saúde do trabalhador e de saúde ambiental no território. Pudemos refletir sobre o capitalismo, o qual trata o ser humano como uma máquina e que visa principalmente o consumismo onde só se vale o que se tem. Infelizmente ele nos trouxe a destruição do meio ambiente e muitas doenças que o trabalhador adquire ao longo do tempo.

Concluimos que as ações voltadas para as questões de saúde ambiental e de saúde do trabalhador devem buscar prioritariamente ações de promoção e prevenção,

realçando, dessa forma, o controle do meio ambiente e da saúde das pessoas. Lembrando que a participação dos profissionais da ESF é de fundamental importância nesse processo. Na UBAS em que trabalho, estamos dedicando um tempo para tentarmos conscientizar a comunidade da importância da preservação do meio ambiente e mostrando também que sem essa preservação nossos descendentes irão sofrer bastante.

### **3.10 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL**

Na década de 50 foi implantado o modelo assistencial de saúde bucal com a Odontologia Sanitária. Com esse modelo ocorreram atividades de baixa cobertura e eficácia epidemiológica sendo uma alternativa assistencial para grupos sociais menos favorecidos e escolares. Ele assumiu um caráter complementar a Odontologia de Mercado apresentando uma dicotomia curativo-preventivo e foi um modelo excludente, pois priorizava os escolares de 7 a 10 anos (UFC, 2011a).

Posteriormente, veio a Odontologia Preventiva supervalorizando as medidas preventivas individuais através do consumo de produtos e sem apresentar impacto social na solução das doenças cárie e periodontal desconsiderando o meio social e cultural da população.

Em seguida tivemos a Odontologia Social que se constituiu de uma prática odontológica de baixa densidade tecnológica, precários recursos, destinada a camadas da população de baixa renda.

Depois veio a Odontologia Simplificada, a qual contribuiu para os estudos ergonômicos, a formação com a utilização de pessoal auxiliar, a divisão técnica do trabalho e a democratização do conhecimento, mas não conseguiu substituir a odontologia tradicional, pois fundamentava em atendimentos individuais e atos curativos.

Já com a Odontologia Integral foi dada a ênfase nas ações preventivas e de promoção, desmonopolização do poder e a descentralização da atenção. A Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral não conseguiram romper com o projeto neoliberal da odontologia e se restringiram mais ao uso de equipamentos e tecnologia importantes no ponto de vista da assistência, mas secundários se considerados com base na ótica da atenção à saúde bucal. Com a década de 80 veio a Saúde Bucal Coletiva que é uma especificidade da odontologia como prática de saúde (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, teve um grande avanço na atenção em saúde bucal. Esse programa propõe um modelo que contenha os seguintes princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade (PUCCA, 2006).

### **3.10.1 EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorreu um avanço na prática odontológica. O maior acesso da população às ações odontológicas elevou as condições de saúde bucal da população, observando-se a diminuição das perdas dentárias.

Quanto ao perfil dos profissionais que atuam na atenção básica, esse deve ser mudado. A saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham na área odontológica.

Segundo Silveira (2002),

*“A equipe de saúde bucal deve criar e manter o vínculo entre comunidade e profissionais, pois só assim ela conseguirá promover saúde”.* (SILVEIRA, 2002)

De acordo com a nova Portaria Nacional da Atenção Básica, nº 2488 de 21 de outubro de 2011, são atribuições dos membros que compõem a equipe de saúde bucal:

Do Cirurgião-Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;



V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

VI - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VII - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VIII - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IX - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

XII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XIV - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

XV - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - processar filme radiográfico;

IX - selecionar moldeiras;

X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Ainda segundo a Portaria 2488 de 22 de outubro de 2011,

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. São especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de saúde da família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB);

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

III - Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

Independente da modalidade adotado recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Por último, este é mais um desafio elencado na construção de uma política universal e integral de saúde, a união do cuidado, frente a fragmentação de saberes, o compartilhamento da gestão e do processo de trabalho de uma equipe unindo, especificamente a saúde bucal aos demais membros desta equipe, com um único objetivo, a universalização do sistema.

As ações de cuidado à saúde bucal de gestantes e crianças, na atenção primária, devem ser realizadas no contexto de toda a equipe de saúde, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal que excluam a área médico-enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A gestação é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva e estimulada por meio natural, para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê.

Sabemos que gestação é um estado fisiológico, mas temos que ter um cuidado especial com as gestantes, pois elas passam por muitas mudanças nessa fase. Algumas delas são as mudanças hormonais, aumento da acidez bucal, da vascularização gengival e mudanças na dieta alimentar se fazendo necessário o pré-natal odontológico.

Não podemos esquecer que a afirmação de que o feto tira cálcio da mãe é apenas um mito e se a gestante tem uma dieta adequada seguida de uma correta higiene oral ela terá uma perfeita saúde bucal. Na fase da gestação já se deve orientar a futura mamãe como se deve fazer a higienização oral do bebê e como deve ser sua alimentação depois dos seis meses de exclusiva amamentação.

Sabemos que a amamentação é muito importante para a saúde da criança e esta ação está diretamente ligada às práticas da enfermagem, a orientação da saúde oral da criança deve fazer parte da nossa rotina, pois ajuda, de acordo com a avaliação bucal, a:

- Estimular a respiração correta do bebê;

- Propiciar o correto posicionamento da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o vedamento labial, crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre a arcada, prevenindo a má-oclusão;

Outro cuidado que percebemos que devemos ter é com relação à fluorose dentária, em relação a prescrição de suplementos infantis que contenham flúor, esse método é contra-indicado quando as águas de abastecimento público são fluoretadas.

Com relação ao uso da mamadeira, percebemos também alguns cuidados são necessários:

- Não aumentar o furo do bico do mamilo artificial, fazendo com que o mínimo fluxo do leite seja suficiente para que ele aprenda a deglutir;

- Não acrescentar açúcar, mel, achocolatados e nem carboidratos ao leite, a não ser com recomendações médicas, devido ao risco de aparecimento de cárie na primeira infância;

- O formato do bico da mamadeira deve apresentar as características mais anatômicas e funcionais possíveis.

A época em que as crianças estão na escola e na creche é um momento importante para que sejam começados os programas de promoção de saúde bucal. Para isso temos que contar com a participação dos pais e educadores. As crianças assimilam muito bem o que é passado a elas.

Uma fase delicada da vida é a adolescência em que os adolescentes se acham auto-suficientes. É nessa faixa etária que muitos deles se relaxam com a higiene bucal e passam a ter uma dieta rica em açúcar. Por isso temos que ter um cuidado especial com eles e motivá-los a cuidar bem dos seus dentes e ir periodicamente ao dentista.

Quanto aos adultos observa-se a grande necessidade deles por um tratamento dentário, pois foram esquecidos pelos modelos assistenciais passados. Infelizmente, muitos ficam impossibilitados de irem a Unidade Básica de Saúde que normalmente só funciona durante o dia, pois é o horário que eles estão trabalhando e passam a procurar a ESF apenas para urgências.

Uma avaliação global é o ponto de partida para o atendimento do paciente idoso, é necessário que, mais uma vez enfrentemos a cultura da população em relação a mitos sobre o acompanhamento odontológico do idoso, pois sabemos que este acompanhamento necessita, na verdade, de envolvimento de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas (BRASIL, 2006).

A compreensão dessa barreira cultural, juntamente com a situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/ terapêutico adequado à sua realidade.

A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social, e portanto devem ser considerados esses fatores no planejamento das ações em saúde bucal (BRASIL, 2006).

Concordamos com Almeida e Souza, em 2006, quando relatam,

*“não se pode esquecer que a população idosa é um grupo heterogêneo devido às diferenças em experiência de vida acumulada por cada indivíduo. Tais diferenças, assim como as diferenças regionais, devem ser levadas em consideração quando do atendimento odontológico.”*(ALMEIDA e SOUSA, 2006)

Para que isso se concretize, devemos tomar algumas providências, que segundo Fernandes e Azevedo, em 2004, são chamadas de medidas básicas.

Quais são as medidas básicas a serem tomadas no atendimento odontogeriatrico?

- As marcações das consultas devem ser feitas logo pela manhã ou no início da tarde, respeitando-se, naturalmente, o horário do almoço;

- Usar o menor tempo possível em cada atendimento clínico, evitando desgastes físicos ou emocionais;

- Incentivar a boa higiene bucal, se necessário, através de adaptações de escova, podendo ser incentivado o uso da escova elétrica, após um período de treinamento;

- O posicionamento da cadeira odontológica deve ser o mais confortável possível e de acordo com as necessidades posturais da pessoa atendida;

- Para evitar distúrbios circulatórios das extremidades, convém movimentar o paciente, levando-o a caminhar ou, pelo menos, ficar em pé a intervalos regulares;

- É aconselhável controlar constantemente a pressão arterial;

- É fundamental, identificar a medicação que o paciente está tomando;

- Para pacientes com alterações nas válvulas, é preciso fazer o uso de antibióticos antes de determinadas intervenções, principalmente, as de caráter cirúrgico;

- Deve-se garantir, ao paciente idoso que teve seu tratamento completado, um retorno programado para manutenção, de acordo com as características de saúde e necessidades apresentadas.

Na unidade básica de saúde, nós profissionais de saúde, estamos tentando colocar em prática as diretrizes da Atenção Básica, em particular a saúde bucal, do Plano Nacional de Saúde Bucal (PNSB), proporcionamos também a presença de todos os membros da equipe em reuniões ordinárias (rotinas) e extraordinárias, participando de planejamentos e decisões, para que todos tenham propriedade das informações repassadas e assim buscarmos uma melhor comunicação e interação no grupo.

Implantamos o acolhimento, antecedido de palestras na UBS, com a participação da odontologia, iniciamos as visitas domiciliares odontológicas e visitas às instituições de ensino, conhecendo melhor a população.

A promoção de saúde bucal através da distribuição de kits de escova e creme dental, a aplicação tópica de flúor e palestras educativas estão sendo feitas nas

escolas. A prevenção do câncer bucal também é realizada com exames e palestras para a população idosa.

Realizamos em 2010 a I Semana de Saúde Bucal onde houve uma gincana de Promoção a Saúde Bucal com as escolas municipais, finalizando no dia do dentista em 25 de outubro.

Após essas condutas, conseguimos colocar em prática um cronograma de atendimento contemplando gestantes, crianças e idosos como prioridade, tendo cada um, um turno de atendimento garantido.

Passamos por muitos problemas estruturais, temos uma demanda reprimida enorme o que dificulta um pouco agendamento, mas mesmo assim disponibilizamos o turno da manhã de terça-feira para atendimento exclusivo das gestantes, coincidindo com o dia do pré-natal médico, pois concordamos que colocando o pré-natal odontológico no mesmo horário do pré-natal médico conseguiríamos concluir o tratamento de todas ou pelo menos da maioria das gestantes, mas nos deparamos mais uma vez com a resistência por parte da população, neste caso das gestantes, em comparecer as consultas.

Além disso, no município temos também o projeto Gestação onde as gestantes se reúnem todas as sextas-feiras para atividades diversas. No grupo são realizadas palestras educativas para conscientização das futuras mães da importância da saúde bucal, dentre outros assuntos pertinentes a fase do ciclo de vida.

Quanto a assistência em saúde bucal aos bebês, este se constitui também em mais um desafio para enfrentarmos, mas priorizaremos esta ação em nossas avaliações do PES, e certamente encontraremos uma forma de fazer com que essas mães levem seus bebês ao consultório.

Não chegamos ao ideal, pois infelizmente nos deparamos com alguns obstáculos como a cultura da população, o que muito foi deixado de fazer pelos modelos assistenciais em saúde bucal, a falta de material e a falta de manutenção de equipamentos odontológicos, além da demanda reprimida por anos de ausência de assistência e educação em saúde. Mas acreditamos que com empenho e boa vontade iremos conseguir driblar esses obstáculos.

Nessa disciplina tive a oportunidade de aprofundar um pouco mais o conhecimento a cerca das ações da saúde bucal, conhecer o dia a dia de trabalho dos colegas nas diferentes Unidades Básicas de Saúde, assim como a dinâmica dos ciclos de vida da população.

Entretanto, analisando historicamente, a saúde bucal está envolvida para que de fato os princípios do SUS – Universalidade, Integralidade e Equidade, também façam parte das suas ações. Grandes mudanças foram trazidas pela Política Nacional de Saúde Bucal na vida principalmente da população mais carente, mas devemos começar a mudar essa enfoque.

Observamos hoje que a saúde bucal dos brasileiros está sendo mais valorizada. Sabemos que não conseguimos ainda o ideal, mas acredito que estamos no caminho certo para isso.

Ao analisar esse processo, não apenas em relação a SUS, mas a saúde bucal como um todo, percebemos o acesso melhorou significativamente, pois a quantidade de profissionais, quer na rede pública, como na privada, aumentou significativamente, pois escutamos a população, ao concluir um tratamento, ou até mesmo ao iniciar, ele se expressam dizendo que *“quando eram mais jovens a dificuldade de conseguirem um atendimento odontológico era muito grande em comparação com os dias atuais”*.

Vale ressaltar também. A importância das ações coletivas e a divulgação de informações que fazem parte desse processo de mudança de comportamentos.

E para que de fato aconteça a mudança de comportamento, sabemos que devemos priorizar o trabalho em equipe, pois este sim garante uma integralidade, uma equidade e conseqüentemente a universalização do acesso aos serviços de saúde.

### **3.11 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

#### **3.11.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE OS TIPOS DE DEFICIÊNCIA**

Quando paramos para refletir vemos claramente que a maioria dos locais que freqüentamos não estão preparados para receber pessoas com deficiência. Como essas pessoas devem se sentir excluídas. O dia a dia de uma pessoa com deficiência visual ou um cadeirante não deve ser nada fácil no nosso país. O pior é que muitas vezes nós não fazemos nada para mudarmos essa situação.

Deficiência visual é uma situação irreversível onde se tem uma diminuição da resposta visual, por causas congênitas ou hereditárias mesmo depois do tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. A diminuição da resposta visual pode ser leve, moderada, severa, profunda e quando há ausência total da resposta visual chamamos de cegueira (UFC, 2011b).



Muitos de nós, profissionais de saúde e as pessoas de um modo geral, não sabemos como tratar um deficiente visual. Quantas vezes entramos em um ambiente que tem um cego e não o cumprimentamos e nem avisamos quando estamos de saída. Outras vezes não o tratamos como uma pessoa normal e quando queremos nos dirigir a ele nos dirigimos ao guia. Existem vários casos de acidentes domésticos com pessoas cegas devido a objetos no meio da casa e a portas meio abertas. Os ambientes públicos na sua maioria também não são adequados para essas pessoas. Existem muitas avenidas que não possuem semáforo para deficientes visuais.

Nós profissionais da ESF devemos refletir sobre o que estamos fazendo ou se estamos fazendo algo para proporcionarmos uma vida melhor para aqueles que possuem deficiência, seja ela visual ou de qualquer outro tipo.

Acerca da Deficiência Auditiva, a Organização Mundial de Saúde, 10% da população mundial tem algum déficit auditivo. Já quanto a chamada "surdez severa" acontece em uma em cada mil pessoas nos países desenvolvidos e em quatro em cada mil nos países subdesenvolvidos. Sabemos que no Brasil, calcula-se que 15 milhões de homens e mulheres tenham algum tipo de perda auditiva e que 350 mil nada ouçam (UFC, 2011c).

A surdez é uma deficiência que não vemos, mas não é por esse motivo que deixa de ser deficiência ou deixa de causar conseqüências a quem a possui. Ao término da leitura dessa aula comecei a me questionar de que fazemos muito pouco e às vezes não fazemos nada para melhorarmos a vida dessas pessoas. Lembro dos lugares que freqüento e começo a pensar como seria minha vida se fosse surda. Acredito que o mundo seria bem melhor se nos colocássemos no lugar do outro.

No tocante à deficiência física, se refere à alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, ocasionando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto aquelas que são deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (UFC, 2011d).

A Unidade Mista Elvina Elisa Lima passou, recentemente por uma reforma estrutural, onde priorizou a acessibilidade aos portadores de deficiência física.

Através desta reforma a unidade contou com banheiro para pessoas com deficiência física, em particular a largura da porta, o modelo do sanitário e da respectiva

pia. A porta de entrada do posto ficou mais larga, possui rampa na sua entrada. Os consultórios possuem espaço suficiente para entrada de cadeira de rodas, porém é difícil a cadeirante ser colocada no local que vai ser feita a prevenção ginecológica. Estamos aguardando as placas que indiquem onde fica o banheiro e as demais dependências da unidade.

O espaço da unidade é relativamente grande e possui acesso para que as pessoas com deficiência possam circular. Percebemos que nenhum dos profissionais da UBS sabe o Braille ou a língua de sinais.

A rua onde fica a unidade de saúde possui acesso fácil, pois a mesma é asfaltada e possui calçada com tamanho suficiente para que o cadeirante possa usá-la. Sentimos a necessidade de sinalização para pessoas com deficiência visual nas proximidades da UBS, pois não existe.

Essa disciplina veio nos mostrar como a pessoa portadora de deficiência está inserida na sociedade, seus direitos apresentados na legislação e os diferentes tipos de deficiência. Foi de grande importância eu assistir ao debate em grupo que participaram as pessoas com diferentes tipos de deficiência. Observei que eles querem ser tratados com igualdade de direitos e também serem ouvidos para a criação de leis e condições dignas de vida para pessoas com deficiência. O que eles reivindicam não é muito e é perfeitamente possível serem atendidos. Cada um de nós deve fazer com que eles possam se sentir bem melhor na nossa sociedade. Hoje sempre que vejo uma pessoa com deficiência, começo a observar se o lugar está preparado para recebê-la e vejo muitas vezes que os direitos dela não são respeitados. Acredito que se cada um de nós estivesse no lugar dela por um dia, nossas ações e atitudes passariam a ser bem diferentes.

Não temos visões iguais quando está em disputa o modelo tecnicista e centrado na doença (não nas pessoas e sua vivência de adoecimentos) ou a abordagem integral e centrada nas necessidades de saúde (histórias de vida). Estudantes e movimentos populares, gestores do SUS e docentes da área da saúde estão implicados sempre em processos de disputa ideológica que acontecem durante a formação e nos exercícios profissional e da participação. Estudantes e movimentos populares por sua dispersão e profusão precisam construir e terem construídos canais de comunicação com a produção de conhecimento, com a gestão do SUS e com o controle social em saúde. Estudantes e movimentos populares nos Pólos são aliados para a mudança da atenção,

da gestão e da formação em saúde voltada às necessidades da população brasileira e afetam a implementação do ensino, da atenção e da gestão em saúde.

Construir o processo de formulação e implementação da política de educação permanente em saúde para o SUS é uma tarefa para coletivos, organizados para esta produção. Nos termos da portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, operacionalizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde: instância ou dispositivo do SUS para a gestão locorregional da formação e do desenvolvimento em saúde. Se as instâncias podem representar conquistas em ordens normativas, os dispositivos são sempre como máquinas de fazer ver e de fazer falar, operando idas e vindas entre o ver e o dizer.

### **3.12 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE**

A fragmentação dos saberes em disciplinas culminou na redução do conhecimento com base nas especificidades. Entretanto, essa questão já estava presente desde os povos primitivos e seguiu com seus aprimoramentos até a Era Moderna, quando surgiu o paradigma cartesiano de René Descartes. A partir de então, o conhecimento tomou novo rumo, a ciência associada à técnica passou a consolidar a fragmentação, contribuindo assim com a industrialização. Porém, com a evolução da ciência, surge o conceito de interdisciplinaridade como resultado da falência do paradigma racionalista (UFC, 2011).

A fragmentação do saber aconteceu mediante o aumento das especializações, onde quem vai ao cardiologista cuidar do coração, tem que ir ao gastrologista cuidar aparelho digestivo, ou seja, há uma fragmentação do ser humano, ele não é tratado dentro de uma visão holística de ser indivisível, o qual está inserido em um contexto social. A integralização tenta unir esses saberes.

A interdisciplinaridade possui 5 diferentes categorias que são: disciplinaridade cruzada, interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Na disciplinaridade cruzada as disciplinas interagem, mas uma predomina sobre as outras. Na interdisciplinaridade as disciplinas se comunicam umas com as

outras, confrontam e discutem suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte (UFC, 2011).

Na multidisciplinaridade ocorre a justa posição de disciplinas diversas, com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns, mas desprovidas de relação aparente entre elas (UFC, 2011).

Na pluridisciplinaridade ocorre a “justaposição de disciplinas, mais ou menos vizinhas, no domínio do conhecimento, visando a melhoria das relações entre elas” (UFC,2011).

A transdisciplinaridade procura superar a organização disciplinar, encarando sempre fatos e fenômenos como um todo (UFC, 2011).

A interdisciplinaridade, como conceituada literariamente,

*“Torna-se a pedra de toque da mudança dos valores profissionais que, por sua vez, leva a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais conceitos como universalidade, equidade e integralidade. Esses princípios podem vir a ser o motor da transformação conceitual do (in)consciente coletivo da população, que ainda não absorveu a importância vital da ênfase à prevenção e à promoção, em detrimento do meramente curativo e hospitalocêntrico, de caráter imediatista, ainda vigente em nossa sociedade.” (UFC, 2011)*

A Estratégia de Saúde da Família - ESF é composta por uma equipe multidisciplinar que deve trabalhar de forma interdisciplinar e deve ter suas intervenções baseadas nas necessidades de saúde da população.

Desta forma pressupõe-se um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do conhecimento, de forma integrada e convergente. Infelizmente o que vemos na realidade são equipes cujos componentes não se integram, não se comunicam, trabalham no mesmo ambiente mas individualmente, cada um por si.

Sabendo-se que a integralidade possui uma dimensão que extrapola a ausência de doença ou a existência da organização dos serviços para o atendimento, as necessidades de saúde são permanentes, pois, estão relacionadas à multifatorialidade das condições objetivas de vida da população.

Desta forma, a queixa física apresentada, pelo usuário, traz consigo toda a sua subjetividade e necessidades que devem ser levadas em consideração no processo de atendimento. (UFC, 2011)

E ainda, no que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. (UFC, 2011)

Já a interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho, ou seja, a saúde e a doença no seu âmbito social envolvem concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, que traduz por meio da saúde e da doença as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.

Sabe-se que a base de atuação da Estratégia Saúde da Família compreende uma Equipe multiprofissional em que a interdisciplinaridade é encarada como fator essencial para a consolidação do modelo assistencial vigente. Como se afirma, a possibilidade de experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial, tanto os que já atuam no serviço público, quanto os que ainda não (CREPALDI et al, 2009).

No entanto, vemos no cotidiano a realidade das equipes, em que na maioria das vezes atuam incompletas, dificultando assim o cumprimento da interdisciplinaridade como forma de trabalhar a Saúde da Família, seja no âmbito individual ou coletivo. Entretanto, observa-se que nem sempre onde há uma equipe multiprofissional, há interdisciplinaridade, pois esta última ainda consiste em um grande desafio para Atenção Básica.

Pode-se indagar que a formação acadêmica exerça alguma influência sobre essa condição, inclusive pelo fato de não haver essa relação interdisciplinar entre os acadêmicos dos diversos cursos de graduação, especificamente da área da saúde. Isso de certa forma acarreta prejuízos que comprometem a qualidade da assistência nas Unidades Básicas de Saúde. Ainda, de acordo com (CREPALDI et al, 2009):

*“Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária.”*

Além disso, a minha experiência mostra que vários outros fatores interferem na concretização da interdisciplinaridade, dentre eles: equipes incompletas, demandas excessivas, falta de comunicação e planejamento entre os membros da equipe,

desconhecimento dos usuários das atribuições da ESF, cultura biomédica, imediatista e hospitalocêntrica dos usuários.

Torna-se imprescindível traçar estratégias norteadoras que viabilizem o alcance da interdisciplinaridade, de modo a promover a integração dos profissionais e o estabelecimento de vínculos entre a equipe e a comunidade. Destacam-se entre elas, as seguintes estratégias: planejamento conjunto das ações de saúde; atividades de educação em saúde com a clientela acerca da função da ESF; melhoria da comunicação entre os membros da equipe; disponibilidade de todos os profissionais na Unidade e formação de grupos na comunidade.

O modelo assistencial vigente norteia-se através dos princípios do SUS, dentre eles, a integralidade, em que o sistema visa promover uma assistência integral aos usuários, envolvendo ações curativas, preventivas, de promoção e reabilitação (UFC, 2011c).

Em virtude do predomínio marcante de um modelo hegemônico, extremamente biologicista, individualista e centrado na doença por muitas décadas, ainda permeiam entraves que interferem no desenvolvimento efetivo de ações integradas e interdisciplinares (UFC, 2011c).

Ressalta-se que, embora haja dificuldades, isto não significa que essa prática seja inexistente nas Unidades Básicas de Saúde, pois de alguma forma procura-se exercer a integralidade, através das ações básicas de saúde que visam o envolvimento do indivíduo como um todo.

Quanto ao acolhimento, trata-se do acesso do usuário ao serviço de saúde sendo a Atenção Básica a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, a qual articula-se com a rede de serviços, garantindo assim a continuidade da assistência. Inclusive, este tem sido um tema abordado nas Conferências de Saúde (2011), em que se propõe uma reflexão acerca do acolhimento nas Unidades de Saúde e a humanização do atendimento.

Enfim, o acolhimento se dá a partir do contato profissional X cliente, em que se busca promover a resolução aos problemas de saúde, visando responder de modo satisfatório as suas necessidades. Cabe a cada um de nós, refletirmos acerca da qualidade do atendimento promovido nas nossas Unidades de Saúde, afim de aprimorar e preencher as lacunas existentes.

Conforme estudado, a ética da saúde está profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a vida é o primeiro dos direitos, ocupando lugar de

destaque no conjunto das reflexões éticas, pois enfoca questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas.

Segue-se afirmando que a ética da saúde implica em compromisso com a realização histórica de valores que encarnem nas condições determinadas de situações sociais e políticas diferenciadas o direito de que todo ser humano deveria primordialmente usufruir.

A bioética no Brasil “estabelece 3 princípios fundamentais para o enfrentamento das questões éticas: benefício (beneficência, não-maleficência), autonomia e justiça.” (UFC, 2011c)

Em relação ao Benefício - são incorporados os princípios de beneficência e não-maleficência, isto é fazer o bem e evitar o mal. Beneficência é a norma que orienta o exercício das profissões de saúde, assim como os atos e decisões para mais bem-estar dos pacientes. As regras norteadoras desses princípios são: o bem-estar dos pacientes, seus interesses, maximizar o número possível de benefícios e minimizar os prejuízos, Seu limite é a dignidade individual. Não-maleficência consiste em não causar dano ao paciente. (UFC,2011b)

A Autonomia Humana - diz respeito ao livre arbítrio. É através dele que se fundamenta o CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO do paciente. Respeita-se a liberdade com responsabilidade, onde não há questões fechadas e se trabalha com absolutismo. (UFC,2011a)

Por Justiça entende-se – ser construída a partir desses dois princípios - benefício e Autonomia – refere-se ao respeito com imparcialidade o direito de cada um.

Portanto, somando esses valores, concluímos que

*“A relação profissional de saúde-usuário é, por excelência, em tipo e qualidade, uma relação humana cuja prioridade é a promoção da saúde. É o momento dramático, rico e denso no contexto das atividades sociais que tem como característica essencial a aplicação de técnicas, conhecimentos e habilidades pelo profissional de saúde como provedor de saúde em favor do semelhante e, sempre, em nome do bem.” (UFC, 2011c)*

Sendo assim, para que a consolidação dessa relação profissional de saúde – usuário aconteça com êxito, todos os princípios da bioética devem ser colocados em prática, juntamente com a aplicação da técnica, conhecimentos e habilidades.

A interdisciplinaridade é elemento condicionante na implementação das ações na ESF, juntamente à integralidade da atenção. O que se observa é a dificuldade para a sua concretização, pois depende simplesmente de uma equipe multiprofissional,

contudo, nem todos tem a mesma visão em relação à Estratégia Saúde da Família, gerando assim um certo conflito e prejuízos à comunidade.

Embora haja esta dificuldade de construir uma proposta interdisciplinar, a referida proposta, é vista como um dos mais importantes desafios na área da saúde, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe, a seu favor, uma ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte. (UFC, 2011)

Muitas são as dificuldades para se trabalhar, numa perspectiva integradora de vários saberes, uma vez que o modelo vigente de formação profissional para a área da saúde reforça a formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia.

As dificuldades não se limitam ao campo epistemológico, mas de vencer as barreiras que historicamente vêm privilegiando uma determinada maneira de formar recursos humanos, centrado muitas vezes na fragmentação do ser humano e direcionado ao modelo econômico vigente – o capitalismo.

Desse modo, a disciplina em questão permitiu refletir acerca dos fatores que interferem na concretização da interdisciplinaridade na Equipe Saúde da Família, assim como a elaboração de estratégias que viabilizam a sua efetivação, o que contribuirá com a minha capacitação para enfrentar o desafio de exercer a interdisciplinaridade no meu ambiente de trabalho.

Além disso, proporcionou o reconhecimento acerca da importância da integralidade na assistência ao indivíduo e coletividade, de modo a desenvolver ações que impliquem em resultados satisfatórios.



#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final desta Especialização em Saúde da Família, certamente não sou mais a profissional que era antes de ter começado esse curso. O primeiro passo para as mudanças aconteceu de forma satisfatória, pois a sensibilização através da leitura do material didático, participação nos fóruns, chat's, dia a dia na comunidade e demais atividades afins, modificou, aprimorou e transformou nossa visão sobre o assunto, iniciando a mudança no perfil do profissional da saúde.

Diante da realidade vivenciada neste Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade semipresencial a distância, comprovamos a eficiência desta

ferramenta necessária a transformação, onde, ao mesmo tempo, trabalho e educação ocorrem juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS.

Percebemos o quanto a capacitação dos que fazem o Sistema Único de Saúde é de fundamental para a mudança de postura, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de saúde da comunidade. Pois, ao tratarmos o trabalho como centro da ação pedagógica, quando se fala de educação permanente na saúde, estaremos incrementando a perspectiva de que a ação produtiva é duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos de cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito, favorecendo a mudança de conceitos, conseqüentemente, a mudança de comportamentos.

A mudança de qualidade de vida da população com o surgimento do Programa de Saúde da Família é visível. Muitos pacientes relatam a dificuldade vivida no passado quando alguém precisava de um atendimento médico ou problema dentário, tinham que percorrer um longo caminho para conseguir uma consulta, ou submeter-se a procedimentos por pessoas não qualificadas. Sabemos que estamos longe do ideal, mas as mudanças já começaram.

Portanto, concluímos que o início do processo de mudança no SUS, especialmente na forma de produção do cuidado, com base na reorganização do processo de trabalho, devem ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela aparece como a metodologia eficaz para agregar novo conhecimento às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde.

Por último, devemos considerar outro aspecto da questão, o fato de que os serviços, os profissionais de saúde e também a população apreenderam durante anos uma prática em saúde que não buscava o olhar integral. Com essa reforma, é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emana. Remetendo esse desafio, mais uma vez, à questão da formação profissional e de novas práticas sociais.

Todos os desafios aqui apresentados exigem uma disposição dos governantes, técnicos e da população para a mudança. O SUS não nasceu da cabeça de alguns poucos; nasceu de um processo político complexo e que envolveu a sociedade civil, as instituições de ensino e pesquisa e o próprio Estado.

São milhares de indivíduos hoje implicados nesse processo com muitos interesses em questão.

Como o esforço é de mudança do paradigma de organização do sistema de saúde com foco na atenção básica, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família, é esperado que com a transformação proposta durante o curso, possa proporcionar a melhoria da qualidade da população e da integralidade, da responsividade das ações em saúde.

Contudo, podemos afirmar que os principais desafios que se colocam diante da ESF são a concretização de uma atenção básica resolutive e contínua; a realização de uma política de gestão do trabalho que possibilite aos trabalhadores a conquista de vínculos de trabalho pautados pelas premissas básicas de cidadania; e a efetivação de uma política de educação profissional em saúde que permita uma formação profissional de qualidade tanto teórica-técnica quanto política para os trabalhadores do SUS.

Para finalizar, o trecho a seguir representa muito bem o lugar que ocupamos como defensores e trabalhadores do SUS e o difícil ofício de existir e trabalhar na contradição daquilo que acreditamos e criticamos enquanto vivemos.

*Os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação/oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos. (Mattos, 2001: 43)*

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. E.B. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. **Educ. Pesqui.**v.29, n.2, p. 327-340,2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Guia de saúde mental*. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2001.

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 Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: MS, 2005.

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

CADE, N.V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.3, p. 43-50, 2001.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.4, pp. 1088-1095. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>. Acesso em 12 NOV 2011

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-8, 2005.

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

COSTA, N. R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CREPALDI, M. A. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 14, n.1, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-525005>>. Acesso em: 05 jul. 2011.

FERNÁNDEZ, MERCEDES PÉREZ. **Uma Atenção Primária Forte no Brasil** - atualizado em 04/11/2011 disponível em: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/04/uma-atencao-primaria-forte-no-brasil/> Acesso em 08 nov 2011.

GOVERNO MUNICIPAL DE CATUNDA. Disponível em: <http://gm-catunda.zip.net/>. Acesso em: 02 nov 2011.

HUERTAS, F. *Entrevista com Carlos Matus – O Método PES*, 1ª ed., São Paulo, Ed. FUNDAP, 1996, p.12

JATENE, A. D. et al. Primeiro Relatório Técnico-Científico: novos modelos de Assistência à Saúde . Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp, 2000.

JÚNIOR, CLÓVIS SILVEIRA. **Desafios em gestão do PSF – Relato de experiência** atualizado em 04/11/2011 <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/11/04/desafios-em-gestao-do-psf-relato-de-experiencia/> Acesso em 08 nov 2011.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. *Revista de Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 366-371, 2006.

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

LEITE, M. T. M. Relato de experiência: oficinas Moodle para docentes da UNIFESP. In: 13º CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. Curitiba. **Anais....** Curitiba, 2007.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 448-456, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.

MEHRY, E. E. **Razão e Planejamento**, 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.

MIELKE, Fernanda Barreto; KANTORSKI, Luciane Prado; OLSCHOWSKY, Agnes e JARDIM, Vanda Maria da Rosa. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trab. educ. saúde (Online)*. 2011, vol.9, n.2, pp. 265-276. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006>.

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.

PORTARIA Nº 648/2006 [http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria648\\_-\\_politica\\_nacional\\_de\\_atenca](http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria648_-_politica_nacional_de_atenca) Acesso em: 10 nov 2011.

PORTARIA Nº 2248/2011 – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – Site: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> Acesso em 25 nov 2011.

PAULON, S.M.; CARNEIRO, M.L.F. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v.13, s.1, p. 749-757, 2009.

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

SARTORI, L. C. Rastreamento do Câncer Bucal: aplicações no Programa Saúde da Família, 2004. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

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.

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.

TANCREDI, Francisco Bernadini. Planejamento em Saúde, volume 2 / Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania).

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.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: planejamento e avaliação das ações. Fortaleza, 2010a. Disponível em: <[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_03/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html)>. Acesso em: 18 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família. Fortaleza, 2010b. Disponível

em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_02/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_02/index.html) >. Acesso em: 18 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal. Fortaleza, 2011a. Disponível em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_01/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_01/index.html) >. Acesso em: 18 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: ABS Pessoa com Deficiência. Fortaleza, 2011b. Disponível em: <[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_02](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_02)>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: ABS Pessoa com Deficiência. Fortaleza, 2011c. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_03/index.php?p=02.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/index.php?p=02.php)<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_03/index.php?p=02.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/index.php?p=02.php)>. Acesso em: 29 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: ABS Pessoa com Deficiência. Fortaleza, 2011d. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_04/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_04/). Acesso em: 29 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2010a. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod\\_assist/aula\\_02/index.php?p=02.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_02/index.php?p=02.php). Acesso em: 29 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: O que é Educação a Distância. Fortaleza, 2010d. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/121/Material\\_Complementar/O\\_que\\_e\\_Educacao\\_a\\_Distancia.pdf](http://www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/121/Material_Complementar/O_que_e_Educacao_a_Distancia.pdf). Acesso em: 02 mai 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde. Fortaleza, 2011. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int\\_bio/aula\\_03/index.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_03/index.php). Acesso em: 27 nov. 2011

SITE Oficial do Moodle: Moodle [www.moodle.org](http://www.moodle.org). Acesso em 26 de junho de 2010

SITE Oficial do IBGE:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Acessado em 28 de agosto de 2011.