



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNASUS) - NÚCLEO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E EAD EM SAÚDE - NUTEDS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ISAAC DE SOUSA ARAÚJO

**O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO
PARADIGMA PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: relato de experiência.**

FORTALEZA

2011

ISAAC DE SOUSA ARAÚJO

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO
PARADIGMA PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: relato de experiência.

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

.

Orientadora: Prof^a. Ms^a. Alana Kelly Maia Macedo
Nobre de Lima.

FORTALEZA

2011

ISAAC DE SOUSA ARAÚJO

O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo paradigma para a Atenção Básica à Saúde: relato de experiência.

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

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms^a. Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima – Orientadora

Prof. Esp. Paulo Cesar Jorge Vieira dos Santos - (1º Avaliador)

Prof^ª. Esp. Sônia Samara Fonseca de Moraes - (2º Avaliador)

*À minha esposa, Woneska,
verdadeiramente companheira, entusiasmo e
estímulo à cada dia. Te amo meu bem.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer a cada obstáculo encontrado nesta caminhada e me indicar os passos certos a serem dados nesta etapa de crescimento e amadurecimento pessoal e profissional...

Aos meus pais, Francisca e Sabino, e meu irmão, Tiago, pelo exemplo de responsabilidade e fortaleza, pelo incentivo à persistência e a busca do conhecimento...

A toda a minha família, fortaleza nos momentos de fragilidade...

Às tutoras, presencial e à distância, Rosângela e Alana Kelly, pelo apoio incontestado à realização de todas as etapas deste curso...

A todos os colegas da turma de Especialização em Saúde da Família, pela experiência e conhecimento compartilhado...

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (Paulo Freire)”.

RESUMO

A estratégia Saúde da Família é uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde inseridas no atual modelo assistencial brasileiro para reorganização da Atenção Básica à Saúde. Este trabalho tem como objetivo refletir sobre os conhecimentos adquiridos com o Curso de Especialização em Saúde da Família - NUTEDS/UFC, como ferramenta para a capacitação profissional. Evidenciam-se, através do relato de experiência educacional pessoal com fundamentação bibliográfica, as estratégias metodológicas utilizadas e conteúdos abordados, pontuados por considerações individuais. Conclui-se que o Curso de Especialização em Saúde da Família proporcionou a oportunidade de capacitação para atuação junto ao PSF, utilizando-se de ações tanto com abordagem coletiva quanto abordagem clínica individual, segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e racionalidade de ações, além de elevar meu potencial para o trabalho em equipe interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral da assistência à saúde.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is one of the main initiatives of the Ministry of Health into the current care model in Brazil for the Primary Health Care. This paper aims to reflect on the knowledge gained from the Specialization Course in Family Health -NUTEDS / UFC, as a tool for professional training. They come, through reporting of educational experience personal reasons bibliographic, the methodological strategies used and subjects covered, punctuated by individual considerations. It is concluded, that the Specialization Course in Family Health training provided an opportunity to work with the PSF, using the stock approach with both collective and individual clinical approach, according to the principles of universality, equity, comprehensiveness and rationality of actions, in addition to increasing my potential to work in an interdisciplinary team from the perspective of holistic approach to health care.

Keywords: Delivery of health care. Primary health care. Family health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral	14
2.2	Objetivos específicos	14
3	METODOLOGIA	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	19
4.1	Disciplina 01 – Educação à Distância	19
4.2	Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde	20
4.3	Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	23
4.4	Disciplina 04 – Saúde Mental e Violência	26
4.5	Disciplina 05 – Saúde da Mulher	29
4.6	Disciplina 06 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	33
4.7	Disciplina 07 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	36
4.8	Disciplina 08 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	41
4.9	Disciplina 09 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	44
4.10	Disciplina 10 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	47
4.11	Disciplina 11 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	57



1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, a partir do conceito de saúde como um direito da população e dever do Estado, presente na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado através das Leis Federais 8080/90 e 8142/90, trouxe um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde, consolidadas através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular (BRASIL, 2003).

O SUS incorporou o termo Atenção Básica, proposto inicialmente na Conferência de Alma Ata, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, e esta se caracteriza, nos mais de 5 mil municípios brasileiros, por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da Atenção Básica tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2003).

Os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESFs) devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. É sobre este cenário que a política de educação na saúde busca promover a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para que a formação dos profissionais possa atender as reais necessidades da saúde da população brasileira de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e atender aos princípios da educação permanente dos trabalhadores da saúde, caracterizada por ações que visem à mudança das práticas e do processo de trabalho, a partir das necessidades oriundas dos serviços (SANTOS, et al., 2006).

O Ministério da Saúde tem se preocupado com a educação permanente como meio de transformar as práticas educativas da formação, da atenção, da gestão, de formação de políticas, de participação popular e de controle social no setor de saúde. Nesse sentido, a Educação à Distância (EAD) surge como uma proposta que, quando utilizada corretamente, pode constituir-se num instrumento facilitador aos processos de formação e capacitação de recursos humanos para o SUS (OLIVEIRA, 2007).

Nesse contexto, a Universidade Federal do Ceará (UFC) criou o Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde (NUTEDS/UFC), tendo entre as suas finalidades o apoio às práticas efetivas de Telessaúde e Telemedicina, sempre com a visão primordial de apoio à atenção básica. Entre suas diversas atividades pioneiras destaca-se, na EAD online, a oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF), com 1000 vagas, sob os auspícios da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO CEARÁ, 2011).

Tendo a atuação profissional como reflexo da formação acadêmica, na qual pude conhecer e buscar afinidades com o SUS, em especial com a Estratégia de Saúde da Família, atuou no PSF há quase dois anos e vislumbro na educação permanente uma oportunidade premente para o desenvolvimento de minha postura crítica, de auto-avaliação, auto-formação e autogestão, para que possa, assim, promover os ajustes necessários no sentido de trabalhar com interdisciplinaridade, na transmissão de conhecimentos e do saber-fazer continuamente.

Neste documento, apresenta-se um breve relato dos cenários norteadores das reflexões ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família - NUTEDS/UFC. Expõem-se também, de forma sucinta, os portfólios apresentados ao final de cada disciplina que compunha este Curso de Especialização, e que foram resultado da reflexão dos temas transversais propostos, pontuados pela fundamentação teórica utilizada como embasamento da análise.



2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Refletir sobre os conhecimentos adquiridos com o Curso de Especialização em Saúde da Família - NUTEDS/UFC, como ferramenta para a capacitação profissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar, sucintamente, a compilação dos portfólios disciplinares resultantes da trajetória avaliativa do Curso de Especialização em Saúde da Família.
- Pontuar as principais temáticas relativas à Atenção Básica à Saúde, utilizadas para a consolidação da estratégia de Saúde da Família como base da reorganização do modelo assistencial.
- Promover a discussão para a elaboração de diretrizes pessoais de trabalho na Atenção Básica em Saúde.



3 METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão de curso trata-se de um relato de experiência educacional pessoal com fundamentação bibliográfica, que segundo Santos (2000) é a descrição, de maneira mais informal, e sem o rigor exigido na apresentação de resultados de pesquisa, que se incorpora no texto e dá, muitas vezes, mais vida e significado para leitura do que se fosse apenas um texto analítico.

O Curso de Especialização em Saúde da Família foi ofertado na modalidade à distância para os municípios que compõem os 17 pólos de apoio presencial da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e pontos do Telessaúde, definidos anteriormente de acordo com as necessidades de formação do Estado do Ceará, com sede no NUTEDS/UFC. O Pólo de Juazeiro do Norte recebeu uma turma, composta por 34 profissionais, previamente selecionada. Foi utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle, seguindo pressupostos pedagógicos baseados na educação contextualizada descentralizada, na aprendizagem colaborativa, significativa e problematizadora e na articulação entre teoria e prática e ensino-serviço (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO CEARÁ, 2011).

O curso buscou formar Especialistas em Saúde da Família com conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS. Cada Pólo contou um tutor presencial e o acompanhamento dos alunos foi realizado por tutores a distância e orientadores acadêmicos virtuais/presenciais sediados na UFC (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO CEARÁ, 2011).

O CESF foi constituído por 11 disciplinas que integralizam 24 créditos obrigatórios, o que significam 384 horas, e 08 créditos optativos, correspondendo a 128 horas, que foram cursadas no período de agosto de 2010 à novembro de 2011. A matriz curricular do curso é composta por disciplinas apresentadas sob a forma de módulos, que compõem as Unidades Didáticas, conforme apresentado a seguir (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO CEARÁ, 2011):

- **Unidade Didática I** - com duração de 144 horas, correspondendo a 09 créditos, compreendeu quatro módulos/disciplinas obrigatórias: Educação a Distância, Processo de trabalho em saúde, Modelo assistencial e atenção primária à saúde e Planejamento e avaliação de ações de saúde. Esses módulos ou disciplinas obrigatórias ofereceram os conteúdos estruturantes do modelo assistencial de atenção básica, constituindo a base do curso.
- **Unidade Didática II** - teve duração de 240 horas, equivalendo a 15 créditos, compreendeu 03 módulos ou disciplinas obrigatórias (Tecnologias para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à

saúde, Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família e Atenção básica de saúde no contexto da saúde bucal).

- **Disciplinas Eletivas** - com duração de 128 horas, equivalente a 8 créditos, compreenderam 04 módulos/disciplinas: Saúde mental e violência, Saúde da mulher, Atenção básica à saúde das pessoas com deficiência e Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde.

A avaliação da aprendizagem estabeleceu-se num processo contínuo e cumulativo que visou fortalecer o aprendizado dos profissionais em formação, indicando se os objetivos de um determinado módulo foram alcançados pelo aluno. Para tanto, durante o curso, foram propostas várias atividades (chats, fóruns de discussão, parágrafos reflexivos, exercícios práticos e pesquisa bibliográfica auxiliar - artigos científicos, manuais e sites afins), a fim de auxiliar o aluno na sistematização do conhecimento adquirido em cada disciplina mediante a produção de portfólios, periodicamente avaliados pelo tutor à distância.

Por fim, este portfólio final, apresentado no formato de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), é resultante da condensação de todos os portfólios apresentados ao final de cada disciplina que compunha o Curso de Especialização em Saúde da família NUTEDS/UFC. Neste documento final, cada portfólio será apresentado em capítulos com numeração progressiva referente à ordem das disciplinas ministradas no curso.

É válido salientar ainda, que este trabalho, por se tratar de um relato de experiência, não foi necessário a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP). No mais, houve respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos.



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS PORTFÓLIOS

4.1 Disciplina 01 - Educação à Distância

O módulo de Educação à Distância foi dividido em quatro aulas, que tiveram como objetivos a apresentação do Curso de Especialização em Saúde da Família NUTEDS/UFC, além de familiarizar o discente com as novas ferramentas de aprendizagem, que seriam utilizadas ao longo da trajetória do curso na modalidade a distância online.

O curso de Especialização em Saúde da Família foi criado a partir da parceria da Universidade Federal do Ceará - UFC com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, SGTES, passando a integrar o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Nesse intento a UFC instituiu o Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde – NUTEDS/UFC, criado pela portaria UFC nº 76 (15/01/2010), com caráter multidisciplinar, e atendendo necessidades de apoiar projetos já instalados (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO CEARÁ, 2011).

O curso foi realizado na modalidade a distância. Tal método de ensino foi alavancado sobremaneira pelos avanços tecnológicos advindos das Tecnologias da Informação e das Comunicações – TIC (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a); seu conceito, compreendido por Moran (2002) como um processo de ensino-aprendizagem mediado por tecnologias, onde professores e alunos estão separados espacial e/ou temporalmente; e as gerações que a compõem, desde o ensino por correspondência, em meados do século XIX (1ª geração da EaD), passando pelo uso de recursos de instrução por correspondência e transmissão de material gravado através de rádio, televisão e cassetes de áudio e de vídeo (2ª geração da EaD), pela utilização dos sistemas de comunicação bidirecional entre professor e aluno com o auxílio do computador pessoal (3ª geração da EaD), até o uso da internet como dispositivo de mediação (4ª geração da EaD).

Dentre os conceitos importantes ao aluno da EAD destacam-se os de Autonomia e Autodidatismo, que, apresentados metaforicamente na disciplina, introduziram idéias importantes: o autodidata é uma espécie de professor de si mesmo, já o autônomo é aquele que é o principal agente de seu próprio processo de ensino-aprendizagem.

A educação a distância reestrutura o binômio ensino-aprendizagem à medida que transgreda a relação estática professor-aluno, eternamente enclausurados no ambiente fechado da “sela de aula”, e dá a informação (conhecimento) a sua versatilidade e rapidez de que lhe são inerentes.

4.2 Disciplina 02 - Processo de Trabalho em Saúde

Segundo David et al. (2009), a atenção básica à saúde, no Brasil, está em processo de expansão, desde a década de 1990 e se constitui como grande empregadora de força de trabalho na área da saúde. Este nível de atenção, operacionalizados pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família apresentam muitos desafios aos trabalhadores de saúde que nelas atuam, em função da complexidade dinâmica da vida nas comunidades e bairros, com seus diversos problemas econômicos e políticos e pela mobilidade das vagas de trabalho, perante os investimentos governamentais municipais.

É nesse contexto que o Ministério da Saúde sustenta que no processo de trabalho, os trabalhadores “usam de si” por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades, sendo que o processo de criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para discutir a temática do Processo de Trabalho em Saúde, essa unidade didática do curso de Especialização em Saúde da Família foi dividida em quatro aulas, a saber:

- **Aula 01 - Introdução à disciplina:** o foco dessa unidade foi o processo de trabalho na equipe de saúde da família no contexto da implementação do Sistema Único de saúde tendo como base a Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, tendo como cenário o SUS e os profissionais que atuam na atenção básica de saúde como atores principais, essa primeira aula trouxe conceitos importantes para subsidiar uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho na Equipe de Saúde da Família. A abordagem didática da aula partiu da reflexão interna de “Como estamos agindo”, pautada na caracterização e análise do processo de trabalho de cada discente do curso através da proposta de exercício de descrição do seu cenário de trabalho.

Ao final da aula, pude destacar da minha realidade deficiências no processo de trabalho da equipe de saúde da família a qual faço parte, notoriamente no que diz respeito à participação popular no processo de construção do sistema de saúde local, além da ênfase ao trabalho fragmentado, tecnicista e restrito às atribuições próprias de cada núcleo de trabalho, sem um planejamento coletivo, finalidades ou objetivos a serem alcançados.

Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), o trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

- **Aula 02 - O Processo de Trabalho em Saúde:** esse segundo momento da unidade trouxe uma evolução histórica sobre o processo de trabalho em saúde dando enfoque no desenvolvimento do homem nas relações de trabalho, saúde e história das políticas públicas.

No Brasil a construção processo de trabalho em saúde foi moldada no transcorrer dos tempos pela concepção de saúde e seus determinantes; desde os anos 30, em que os determinantes sociais centravam-se na saúde do indivíduo, como ser biológico do processo de saúde/doença, passando pela década de 80, em que tal processo sofreu grande influência da Conferência de Alma Ata e criação do SUS passando a ter como objetivo a produção de bens de serviços sociais de saúde de forma integral e indiscriminada à sociedade de um modo geral (saúde como direito de todos e dever do Estado), até a adoção do Programa de Saúde da Família, na década de 90, como estratégia de reorientação do processo de trabalho na atenção básica de saúde, com a adoção de uma equipe multiprofissional de saúde, tendo a família e a comunidade como sujeitos do processo. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010b).

É nesse contexto que o Ministério da Saúde sustenta que no processo de trabalho, os trabalhadores “usam de si” por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades, sendo que o processo de criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

- **Aula 03 - O Processo de Trabalho em Atenção Básica de Saúde:** a aula discutiu o conceito de território que constitui u elemento fundamental à compreensão do modelo de atenção básica de saúde e indispensável para o planejamento e organização dos serviços de saúde.

Para Santos (2002), o conceito de território ultrapassa o de uma área geográfica delimitada, com suas características físicas, também é um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única.

O conceito de território se investe de importância, pois traz consigo várias características que lhe são inerentes e se traduzem com determinantes da saúde dos indivíduos que o compõe. As diversidades geográficas, econômicas, culturais e sociais de uma determinada região são responsáveis por um padrão de saúde/doença, que por sua vez direciona o processo de trabalho da equipe de saúde.

- **Aula 04 - Modelos de Determinação Social:** Efetivamente, as condições sociais são a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. As condições de habitação e as condições ambientais, a existência de restrições ao acesso à alimentação e outros bens fundamentais para a reprodução da vida, as características físicas das atividades desempenhadas no trabalho, assim como as condições de ambiente em que se realiza o trabalho podem implicar uma série de riscos à saúde. Tais riscos, em geral, estão além do controle por parte dos indivíduos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010b).

Todos esses fatores incorporam um campo da determinação social da saúde que podemos chamar de físico ou ambiental. Porém, a determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico, pois a saúde é entendida com o perfeito estado de bem-estar físico (fisiológico) e psicossocial, e de fato, esse último campo da determinação social da saúde é cada vez mais relevante. Ele está na base da série causal dos principais problemas de saúde da atualidade, no mundo em geral e mesmo nos países de renda média e baixa, em particular (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010b).

Enfim, o trabalho em saúde não é dos mais fáceis. Tão pouco, em certas ocasiões, nos dá tempo para fazer uma análise mais apurada do nosso próprio trabalho, quer seja pela pressão da demanda e do atendimento, ou ainda pelo sentimento de impotência diante de alguns desafios que acabam por nos engolir. A verdade é que grande parte dos profissionais

de saúde, que atuam no âmbito do SUS, não está preparado para parar e se perguntar “Como eu estou trabalhando?” ou “Será que estou avançando em meu trabalho?”.

Portanto, na construção do processo de trabalho os agentes devem ser capazes de realizar uma auto-reflexão acerca do desempenho de suas atividades, a fim de rever objetivos e reafirmar finalidades. Além disso, para a tomada de decisões e conseqüente realização do trabalho em si, o agente deve compreender a situação na qual está inserido para aprimorar sua capacidade de intervenção.

Nesse contexto Faria et al. (2009), coloca ainda que a reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. Por isso, é fundamental que os profissionais desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

4.3 Disciplina 03 - Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

O Sistema Único de Saúde - SUS acaba de completar 20 anos. Esse modelo de organização de saúde pública vigente em nosso país resultou de um amplo processo social coincidente com o processo de redemocratização do Brasil.

O SUS, como solução engenhosa, apresenta muitos desafios a serem suplantados e, para tanto, não deve ser visto como um problema sem solução e sim uma solução com problemas (BRASIL, 2006b)

Tendo como objetivo estimular uma reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde em diferentes contextos, situando, no caso do Brasil, a sua evolução em diferentes momentos históricos e os principais determinantes dessa evolução, esta disciplina foi organizada em quatro aulas.

- **Aula 01 - Modelos Assistenciais em Saúde:** a aula trouxe uma reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde, enfocando principalmente o contexto brasileiro. Segundo Machado et. al. (1978) *apud* Brasil (2007b), no século XIX, nasce um tipo específico de medicina, que pode ser chamada de **Medicina Social**, responsável pelo controle das medidas de higiene pública, limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império.

Efetivamente, somente no século XX, emergem as políticas do **Modelo Sanitarista** associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis (BRASIL, 2006b). O **Modelo Previdenciário ou Médico Assistencial Privatista**, que teve início com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, e perdurou até meados da década de 70, se caracterizou pela assistência à saúde somente às categorias trabalhistas (BRASIL, 2007b).

- **Aula 02 - Atenção Básica à Saúde:** esse momento propiciou uma reflexão sobre a Atenção Básica à Saúde no contexto brasileiro e sua importância para a consolidação do modelo assistencial do SUS. Esse conceito foi abordado inicialmente em 1978, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, e absorvida posteriormente pela Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009a).

No SUS a Atenção Primária à Saúde é sinônimo de Atenção Básica e esta possui conceito amplo, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Para operacionalização dessa política, no Brasil, utiliza-se de uma estratégia nacional prioritária, que é a Saúde da Família de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007c).

- **Aula 03 - O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do modelo assistencial:** a aula teve como objetivo apresentar as ações realizadas pela Equipe de Saúde da Família no seu dia-a-dia por entender esta como um instrumento poderoso na construção do modelo de atenção preconizado pelo SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c).

A amplitude das ações da Equipe de Saúde da Família se estende à vida cotidiana através da variedade de atividades e serviços prestados fazendo com que o principal desafio do SUS, ligado à esfera municipal e esta entendida como orientada pelas ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS é sem dúvida a reorganização das ações de saúde, reorientando a atenção das situações agudas de saúde, que na sua maioria se apresentam como uma demanda espontânea, para uma atenção mais efetiva e eficiente a situação epidemiológica marcada pelos problemas

crônicos de saúde (diabetes, hipertensão, câncer, tuberculose, HIV, hanseníase, distúrbios mentais, etc.) atendidos através de consultas programadas.

Além do desafio acima explicitado, é preciso garantir a efetividade das ações através da aplicação de fundamentos como acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados e estimular a participação popular e o controle social.

- **Aula 04 - Atenção Básica à Saúde:** esse momento discutiu a qualidade na prestação de serviços de saúde, seus atributos, e o modelo de gestão do trabalho da Equipe. Para tanto, são apresentados os atributos que dizem respeito à qualidade do cuidado, a citar eficácia, eficiência, efetividade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, aceitabilidade, otimismo, legitimidade e ética. Tais atributos nos permitem avaliar até que ponto as ações que desenvolvemos e o cuidado que propiciamos satisfazem as expectativas dos diferentes atores envolvidos na prestação dos serviços de saúde, até que ponto estamos conseguindo resolver os problemas e até que ponto estamos utilizando adequadamente os poucos e preciosos recursos disponíveis (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c).

O SUS, após duas décadas de existência, tem sido capaz de estruturar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Os esforços de todos os seus atores vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes.

Portanto, o conhecimento dos princípios que regem tal Sistema, bem como as suas nuances e possibilidades ligadas à atenção são imprescindíveis para qualquer profissional atuante na Estratégia de Saúde da Família.

4.4 Disciplina 04 - Saúde Mental e Violência

O louco sempre habitou o imaginário popular de diversas formas, desde motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes.

O atual modelo de assistência a saúde mental em prática no Brasil é resultado de um longo processo de entendimento da loucura, desencadeado em meados do século passado por uma crítica radical às instituições psiquiátricas e a maneira como esta tratavam seus pacientes (BRASIL, 2008a).

Partindo desse entendimento, a disciplina Saúde Mental e Violência buscou trazer uma nova abordagem da saúde mental através da desconstrução e reconstrução de um saber aceito durante séculos no imaginário social, erguido em torno do sofrimento psíquico (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

A disciplina foi composta por quatro aulas, como se seguem:

- **Aula 01 - Construção histórica, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil:** apresentou uma revisão teórica que procura fundamentar as ações de saúde mental realizadas no território de cada Equipe de Saúde da Família.

Segregados desde o período da Renascença, passando pelo confinamento em hospitais e asilos na Idade Média, foi somente no século XVIII, com Philippe Pinel, que foi proposta uma nova forma de tratamento aos loucos, transferindo-os para os manicômios, destinados somente aos doentes mentais (BRASIL, 2008a).

A partir da segunda metade do século XX nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica, propondo a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, além de denunciar os manicômios como instituições violentas. No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais (BRASIL, 2005a).

O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. Para tanto, o objetivo do governo desde a aprovação da Lei da reforma Psiquiátrica, em abril de 2001, é investir

na rede de atenção psicossocial (Caps), as Residências Terapêuticas e o programa De volta pra casa, medidas que visam tirar a loucura dos hospitais (BRASIL, 2005b).

- **Aula 02 - A assistência e a clínica:** nesta aula foram apresentadas algumas ferramentas práticas para que os profissionais integrantes da Equipe de Saúde da Família possam atuar no enfrentamento de alguns problemas de saúde mental, a fim de identificar situações psiquiátricas e realizar o encaminhamento em cada situação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

A reabilitação psicossocial deve ser entendida como uma exigência ética, “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. Nesse processo, estão incluídas a valorização das habilidades de cada indivíduo, as práticas terapêuticas que visam ao exercício da cidadania, a postura dos profissionais, usuários, familiares e sociedade frente à doença mental, as políticas de saúde mental transformadoras do modelo hegemônico de assistência, a indignação frente às diretrizes sociais e técnicas que norteiam a exclusão das minorias, dos diferentes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

Ainda na perspectiva da assistência à saúde mental, e reafirmando a importância da atenção ao usuário em seu habitat, faz parte da política nacional de atenção à saúde mental a criação de equipes de apoio matricial. O apoio matricial ou matriciamento constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Sendo que a relação entre os profissionais de saúde mental e da atenção primária deve ser pautada pela assistência junto ao portador de transtorno mental (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

- **Aula 03 - Casos clínicos na comunidade:** esta aula abriu espaço para a criação de casos clínicos, situações comuns que, através dos comentários, podem orientar a conduta geral dos profissionais de saúde em situações semelhantes. Vale-se salientar que, em saúde mental, dificilmente haverá apenas uma conduta correta para a abordagem dos sofrimentos mentais. Em grande medida, a organização da assistência irá depender dos recursos humanos e materiais disponíveis. Para a realização desta atividade siga as seguintes orientações.

Cito aqui um caso interessante, no qual os comentários apresentam uma nova ferramenta do SUS no combate aos transtornos psíquicos.

- **Caso Clínico:** P.C.F.L., de 34 anos, começou a fazer uso de bebidas alcoólicas aos 12 anos de idade quando, por ordem de sua mãe, começou a seguir seu pai pelos bares do bairro. Ele seguia o pai para evitar que o mesmo consumisse tanto álcool e passasse mau, como aconteceu inúmeras vezes. Ao completar 17 anos, P.C.F.L. já estava órfão de pai e mãe. O pai faleceu em consequência a problemas de saúde relacionadas ao álcool e pouco tempo depois, sua mãe sofreu um infarto do miocárdio. Aos 19 anos, P.C.F.L. acabou se casando e começou a trabalhar como flanelinha, mas o pouco que ganhava era sempre destinado ao consumo de álcool. Após o nascimento de sua única filha, aos 22 anos P.C.F.L. conseguiu com ajuda da família diminuir um pouco a quantidade de bebida que ingeria, porém, nos finais de semana, ainda continuava se embriagando a ponto de dormir na própria rua onde trabalhava como flanelinha. Devido à descoberta de uma leve deficiência mental apresentada pela, P.C.F.L. passou a consumir mais ainda bebida alcoólica. Ele não conseguia mais trabalhar e passou a pedir esmolas pelas ruas da cidade com uma receita médica na mão, alegando que não tinha condições de comprar a medicação para filha. A família de P.C.F.L. já procurou a unidade duas vezes em busca de ajuda, porém, o paciente já foi encaminhado para iniciar o tratamento junto à equipe do CAPS.

Comentários: O encaminhamento para o CAPS AD é a postura mais correta, porém é necessário que se faça um acompanhamento junto com o apoio da família até que se tenha a certeza de qual medida foi tomada pela instituição referenciada [...]. [...] A conduta relatada de encaminhamento para o CAPS é o que normalmente é adotado, juntamente com o acompanhamento ininterrupto e incansável da Equipe da Saúde da Família, bem como acompanhado do suporte familiar [...].

Assim como as Unidades Básicas de Saúde, os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Esses instrumentos assistenciais estão sendo responsáveis pela mudança do modelo hospitalocêntrico (focados nos manicômios e instituições asilares) para outro voltado à atenção básica na comunidade.

- **Aula 04 - Estratégias em Saúde Mental:** este tópico descreveu alguns tipos de crises (de desenvolvimento, situacionais e acidentais) e técnicas de intervenção nas mesmas. O objetivo da intervenção na crise é ajudar para que o indivíduo busque mecanismos

adaptativos novos e úteis dentro do contexto de seu grupo de que o indivíduo busque apoio social. Ao fazê-lo, o profissional em saúde pode ajudar as pessoas envolvidas a se reorganizarem em suas potencialidades individuais e seu sistema social em um nível mais alto de funcionamento do que aquele que havia experimentado anteriormente (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

Na sociedade atual, buscamos cada vez mais a valorização da tomada de decisão em equipe. Acreditamos que a conquista coletiva possui maior proveito do que a individual. Observamos em nossa experiência profissional que um grupo será sempre um instrumento de mudanças de comportamentos. A abordagem grupal é uma forma de redução de tempo no atendimento e de efeito resolutivo a muitas situações de enfrentamento da vida de várias pessoas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

Mesmo após 20 anos da criação do SUS e 9 anos da promulgação da Lei da reforma psiquiátrica varias barreiras se mostram difíceis de ser suplantadas, quer seja pelas dificuldades estruturais advindas da implantação das diversas ações programáticas, quer seja por déficits de formação de recursos humanos preparados para a dura realidade de um sistema sempre em reformulação e melhora. Porém não esqueçamos que para as conquistas já alcançadas, vários percalços semelhantes foram vencidos. Houveram muitos avanços na área da assistência em saúde mental, porém a nova fronteira intersetorial ainda está por ser alcançada, como a articulação mais eficiente entre PSF e CRAS, na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e promoção e prevenção à saúde da primeira infância e na escola.

4.5 Disciplina 05 - Saúde da Mulher

O Ministério da Saúde considera a saúde da mulher como um de seus compromissos, assumindo a responsabilidade pela promoção da qualidade de vida da população feminina, estimulando esse segmento a ampliar seus conhecimentos sobre seus direitos, na área da Saúde, e conhecimentos sobre sexualidade e cuidados com o corpo. Para tanto, encara a estratégia de saúde da família como forma de reorganização da atenção básica através de uma postura pró-ativa frente aos problemas de saúde da população, principalmente os agravos relacionados a esse gênero (BRASIL, 2010).

O direito a saúde para a população feminina é tido como prioridade no Pacto pela Saúde através de ações que visam o controle do câncer de mama e colo do útero, redução das mortalidades materna e infantil e fortalecimento da atenção básica, que tem a mulher como a principal usuária dos serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

A disciplina Saúde da Mulher se propôs promover uma reflexão sobre a atenção à saúde da mulher na perspectiva da estratégia Saúde da Família, pensando a mulher para além das suas dimensões biológicas, como um ser social que, ao percorrer sua trajetória neste mundo, encontra uma série de dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição de mulher, mãe, trabalhadora que sofre discriminações e violências e que ama e luta por sua felicidade e para ser reconhecida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011a).

Assim, as aulas que integraram a disciplina foram organizadas da seguinte forma:

- **Aula 01 - Ser mulher e os cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos:** Nesta aula, traçou-se um breve perfil da situação de vida e de saúde das mulheres brasileiras, tendo como referência as estatísticas sociais, a fim de se conhecer alguns aspectos relativos às condições de vida e principalmente a persistência das desigualdades de gênero.

O resultado do último censo populacional, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE revelou que a população feminina é maioria em nosso país, correspondendo a 51,04% da população brasileira. No sistema de saúde as mulheres são as principais usuárias, para seu próprio atendimento ou, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas com deficiências, vizinhos, amigos (IBGE, 2010).

A situação de saúde é caracterizada por ser de ordem multifatorial, ou seja, depende de vários condicionantes, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2009b).

- **Aula 02 - Assistência durante a gestação e o puerpério:** a equipe de saúde deve estar atenta para a detecção de riscos durante a gestação e o puerpério, sendo este um dos

objetivos principais do pré-natal. Com esse intuito, a segunda aula se voltou à organização de um protocolo de assistência à gestante com base na identificação dos riscos gestacionais e encaminhamento para níveis mais complexos de assistência (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011a).

Inicialmente é preciso identificar o número de gestantes existente em seu território e a infraestrutura física, laboratorial e de referência. Outro aspecto que deve ser avaliado diz respeito ao acesso às informações disponíveis na unidade básica de saúde (UBS), além de definir o papel de cada profissional para que seus registros expressem as várias competências envolvidas no cuidado às gestantes e puérperas.

A construção de uma linha de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério envolve a participação de toda a equipe de saúde e deve ser elaborada de maneira coletiva. As consultas de pré-natal devem seguir um protocolo que, após a anamnese e exame físico, deverá ser realizada a análise de dados, avaliação de risco e formulação de diagnósticos, solicitação de exames, prescrições de medicamentos e vacinas e orientações gerais com explicações sobre as condutas.

Gravidez não é doença, mas requer alguns cuidados para evitar que haja riscos. Para isso é recomendado a todas as mulheres, independente do número de filhos que já tenham tido, que façam o pré-natal, que é atenção que a mulher necessita dos serviços de saúde, durante a sua gravidez (BRASIL, 2001a).

- **Aula 03 - Assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério:** nas últimas décadas as mulheres vêm lutando pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, pois eles afetam diretamente no seu modo de levar a vida, incluindo o poder de planejar o tamanho de suas famílias. Além desse ponto, essa terceira aula discute as medidas relacionadas à atenção ginecológica no período reprodutivo e climatério, que dizem respeito, principalmente, a prevenção do câncer de colo do útero e câncer de mama.

Nas Unidades de Saúde a realização do exame de papanicolau deve ser visto como prioritário para as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, sendo realizado o registro das mulheres que já realizaram o exame e busca ativa das mulheres em débito.

Para a prevenção do câncer de mama devem ser realizadas atividades educativas com a finalidade de despertar nas mulheres a importância da realização do auto-exame de forma correta e rotineira. Sendo que os casos suspeitos, verificados

através das consultas médica e de enfermagem, devem ser encaminhados para diagnóstico diferencial e tratamento, quando necessário.

Aula 04 - Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência: A lei Maria da Penha (nº 11.340) alterou a realidade da violência doméstica e familiar contra a mulher no país desde que entrou em vigor, em setembro de 2006. Agressões e ameaças, anteriormente punidas com o pagamento de multas ou de cestas básicas, passaram a condenar o agressor a até três anos de prisão (DOMINGUEZ; MACHADO, 2010).

Prestar atendimento adequado às vítimas de violência sexual, devolvendo a elas sua dignidade e autonomia é um grande desafio que tem mobilizado diversos setores da sociedade. O atendimento profissional exige competência, compromisso, saúde emocional, ética, sigilo, respeito à paciente e ciência que nunca se pode julgar. Na prática do exame, faz-se necessária, principalmente, a garantia da privacidade da paciente (DOMINGUEZ; MACHADO, 2010).

Para a equipe de saúde, que trabalha na rede básica tendo a família como foco principal de atendimento e, assim, possui uma maior proximidade com a mesma, o problema da violência contra a mulher deve ser encarado como fato presente na sua realidade de trabalho e, portanto, que merece atenção na detecção e notificação.

A idéia de equidade, em saúde pública, requer ações para diminuir desigualdades injustas, persistentes e que são passíveis de mudanças, incluindo aquelas decorrentes das peculiaridades culturais, socioeconômicas, de gênero e de etnia. Portanto, os profissionais do Programa de Saúde da Família devem zelar pela manutenção da boa saúde da mulher, através de uma série de cuidados e atitudes preventivas. Cada mulher é um ser único, possuindo uma história e uma bagagem hereditária que devem ser analisadas cuidadosamente por toda a equipe para garantir uma vida saudável e sem surpresas.

As reflexões individuais e coletivas e conhecimentos adquiridos durante o percurso da disciplina Saúde da Mulher contribuíram para a minha prática profissional e a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população, em especial às mulheres.

4.6 Disciplina 06 - Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos Para a Saúde da Família

Saúde ambiental é a área da Saúde Pública relacionada ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade (CGVAM, ABRASCO, 2003).

Segundo o epidemiologista Carlos Corvalan, consultor internacional da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o aumento da carga de doenças gerado pelas mudanças climáticas aceleradas gera, somente no Brasil, 256 mil mortes por ano. Segundo o especialista, se nada for feito, todas as regiões do mundo sofrerão problemas ambientais “em diferentes níveis”: contaminação intradomiciliar, problemas de saneamento nos bairros, contaminação do ar urbano nas cidades, problemas com fronteiras e rios nas regiões e, nos países, com recursos hídricos, deterioração da camada de ozônio e perda da biodiversidade (DE LAVOR, et al., 2010).

Nesse contexto, esta unidade disciplinar busca provocar reflexões sobre a relação trabalho, saúde e ambiente, contextualizando os principais cenários vivenciados na realidade brasileira e incorporando a atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família. A abrangência do tema saúde ambiental na saúde pública é extremamente vasta, pois incorpora dimensões econômicas, sociais, ambientais e políticas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011b).

- **Aula 01 - Interfaces entre trabalho ambiente e saúde:** é interessante dizer que para estudarmos saúde ambiental precisamos compreender as interrelações do ambiente com os processos de produção, do trabalhador com a produção e com o ambiente, para então conhecer como este dinamismo pode afetar a saúde do ser humano e dos ecossistemas.

A ação humana sobre a natureza faz parte da história da civilização. Na última década, porém, a consciência sobre os impactos desta intervenção tem adquirido maior dimensão. Além dos riscos ambientais provocados pela ação humana, a permanência ou agravamento das desigualdades sociais e econômicas, nas várias regiões do planeta, demonstram a insustentabilidade socioambiental decorrente do modelo de

desenvolvimento econômico, bem como suas conseqüências sobre a saúde das populações.

Justiça ambiental tem a ver com o modelo de desenvolvimento mais igualitário na produção de benefícios, riscos e danos, e também com políticas públicas que fortaleçam essa idéia. Atualmente essa dualidade, vista por muitos como controversa, “desenvolvimento x ambiente, rege discussões num mundo tido como global. A tradição (questões ambientais) e a modernidade juntas podem ajudar a melhorar a qualidade de vida das pessoas, desde que haja um envolvimento que vá muito além das pretensões capitalistas, resguardando questões culturais, sociais e éticas.

- **Aula 02 - Evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador:** No Brasil, a Saúde do Trabalhador constitui um campo da Saúde Pública, cujo objeto é a relação entre trabalho e o processo saúde-doença. Entretanto, é importante sabermos que para se chegar a este campo, muitos caminhos foram percorridos ao longo da história, tanto no que concerne aos aspectos teórico-conceituais, quanto às políticas e práticas. Assim, a aula inseriu a discussão sobre a evolução da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, com ênfase ao aporte teórico conceitual deste último, como orientador das políticas e práticas em saúde do trabalhador no SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011b).

A Medicina do Trabalho surge na primeira metade do século XIX, na Inglaterra. Centrada na figura do médico, a doença é vista com base na unicausalidade, restrita a uma abordagem clínica do trabalhador-paciente, o qual é visto como uma máquina que deve está saudável para garantir a produção. Diante dos sinais de insuficiência para resolver os problemas de saúde do trabalhador, surge outro modelo, a Saúde Ocupacional, com organização de equipes multi e interdisciplinares, cuja ênfase é na higiene industrial, com a teoria da multicausalidade permeando a compreensão de saúde e doença (MENDES; DIAS, 1991).

De acordo com Mendes e Dias (1991), desde a segunda metade dos anos 1960 começa a se conformar um novo contexto: inicia-se um movimento social marcado pela exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Tem início a Saúde do Trabalho, enquadrando um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por

diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum.

A atribuição da saúde do trabalhador enquanto competência do SUS é uma grande vitória, que se consolidou com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST), em 2002, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2005, que tem como propósitos a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011b).

- **Aula 03 - Importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil:** Neste tópico foram apresentados de forma sintética os principais agravos à saúde dos trabalhadores, que ocorrem no nosso meio, a fim de que os profissionais possam reconhecer os principais agravos à saúde do trabalhador.

Neste contexto as doenças relacionadas ao trabalho compreendem conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Manifestam-se de forma lenta, insidiosa, podendo levar anos, às vezes até mais de 20, para manifestarem (BRASIL, 2001b).

São exemplos de doenças relacionadas ao trabalho:

- ✓ Doenças das vias aéreas: pneumoconioses, silicose, asma ocupacional, etc;
 - ✓ Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR);
 - ✓ Lesão por Esforço Repetitivo / Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER / DORT);
 - ✓ Intoxicações exógenas (agrotóxicos, chumbo, mercúrio, solventes orgânicos, benzeno, cromo);
 - ✓ Picadas por animais peçonhentos;
 - ✓ Dermatoses ocupacionais;
 - ✓ Distúrbios mentais relacionados ao trabalho.
- **Aula 04 - Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia de Saúde da Família:** a relevância desse tema se deve ao fato de o SUS colocar que o sucesso da saúde do trabalhador e ambiental só será alcançado quando a Saúde da Família

incorporar as ações que envolvem as categorias trabalho e ambiente. Assim, é fundamental dialogar sobre as possibilidades de realizar ações de Saúde do Trabalhador e em Saúde Ambiental na Saúde da Família (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011b).

Para a efetivação das ações de saúde do trabalhador e saúde ambiental no SUS, é necessário, entre outras medidas, o acolhimento do trabalhador pelas equipes de saúde da família, assim como a investigação da relação entre o adoecimento e o trabalho, a identificação das situações de riscos e a referência a níveis mais complexos do sistema, quando necessário.

No que se refere a temática ambiental, a equipe de saúde da família está ininterruptamente recebendo de seus determinantes, porém a equipe deve estar preparada para identificá-los e, a partir deles, problematizar a temática na atenção básica.

Ambiente e trabalho mantêm uma relação íntima desde o momento em que considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer.

4.7 Disciplina 7 - Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

A saúde bucal refletiu, ao longo de anos de atuação, a reprodução de práticas hegemônicas de assistência à saúde, com pouca capacidade de equacionar os principais problemas da população. Com o objetivo de reverter a situação precária vivida por essa população, limitada em seu exercício de cidadania durante décadas, foi proposta a Política de Saúde Bucal do Brasil Sorridente, a qual tem trazido resultados favoráveis e visíveis em prol da melhoria das condições de vida.

A disciplina de Saúde Bucal teve como objetivo oferecer aos profissionais em formação e os que já estão na Estratégia da Saúde da Família subsídios teóricos para a compreensão da saúde bucal na atenção básica, habilitando-os para a tomada de decisão frente aos problemas ocorridos na população. Para facilitar a leitura e compreensão do assunto, esta

disciplina foi abordada em seis aulas divididas em tópicos que foram desde a trajetória histórica dos modelos assistenciais em Saúde Bucal no Brasil, organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida, até a discussão dos aspectos relacionados à Promoção e prevenção (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011c).

- **Aula 01 - Políticas de Saúde Bucal:** as mudanças substanciais ocorridas no contexto social, econômico e político no Brasil influenciaram a saúde e conseqüentemente, a Odontologia, recebendo várias adjetivações ao longo do século passado, percorrendo desde a Odontologia Sanitária à Odontologia em Saúde Bucal Coletiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011c).

Em meados do século XX, tendo como reflexo a entrada da odontologia nas escolas surge o primeiro modelo assistencial na saúde bucal brasileira, a Odontologia Sanitária e Sistema Incremental, que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico (BRASIL, 2006c).

Instituída ao final dos anos 70, a Odontologia Simplificada e Odontologia Integral enfatizou a mudança dos espaços de trabalho, caracterizando-se pela promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional, abordagem e participação comunitária, simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2006c).

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, passa a ser desenvolvido um modelo com ênfase promocional, em decorrência da inserção, posteriormente, da saúde bucal coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2003 iniciou-se a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, caracterizando-se pela adoção de “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso) e pela criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência) (BRASIL, 2009c).

- **Aula 02 - Políticas de Saúde Bucal:** Nesse tópico, foi discutido como as ações de saúde bucal operam no novo modelo de atenção.

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta, como principais linhas de ação, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (por meio, principalmente, da implantação de

CEOs - Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratório Regionais de Próteses Dentárias), a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2009c).

Nesse contexto, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, significa um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a Política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos.

- **Aula 03 - Políticas de Saúde Bucal:** a partir dessa aula foi abordada a atenção a saúde bucal nos diferentes ciclos de vida. Iniciando pela atenção à saúde bucal das gestantes e saúde bucal dos bebês (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011c).

As ações e cuidados dispensados às gestantes têm como objetivos principais a prevenção e manutenção da saúde das futuras mães, além da construção de uma base educativa em prol da saúde do bebê.

As ações de atenção à saúde bucal das gestantes e bebês devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde bucal com a co-participação dos demais profissionais da equipe de saúde da família, visando um atendimento de forma mais integral possível. A estratégia deve ser desenvolvida tendo por base duas linhas de cuidado: a promoção/prevenção, realizada através da educação em saúde e escovação supervisionada; e a preventivo/restauradora, através das consultas clínicas (adequação do meio bucal, procedimentos restauradores e aplicação tópica de flúor).

É de muita importância a adoção do pré-natal odontológico, que inclui atividades de educação em saúde, onde são discutidos todos os cuidados que devem ser tomados nessa fase para a manutenção da saúde da gestante e do futuro bebê, tentando desmistificar idéias e demonstrar a importância de consultas periódicas ao dentista durante a gestação e a manutenção de hábitos alimentares e de higiene bucal, corretos e saudáveis.

A atenção ao bebê começa como consequência da atenção realizada às gestantes, já que as mães são as primeiras e principais responsáveis pelo desenvolvimento de hábitos saudáveis para com seus filhos. A visita ao dentista deve acontecer tão logo que se inicie a erupção dos dentes decíduos e deve virar rotina na vida do bebê.

- **Aula 04 - Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida: crianças, adolescentes e adultos:** a saúde bucal das crianças, adolescentes e adultos deve ser acompanhada da realização e/ou investigação de levantamentos epidemiológicos, com a finalidade de se analisar os índices epidemiológicos em saúde bucal (CEOD e CPOD), importantes para a organização, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas. O ideal é que a cada 5 anos cada município pudesse realizar um levantamento epidemiológico, porém, nem sempre isso é possível, muitas vezes falta apoio da gestão, recurso financeiro ou apoio logístico (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011c).

A educação em saúde bucal das crianças deve ser integrada à educação em saúde geral, além da higiene bucal, devem ser trabalhados os cuidados e higiene de todo o corpo, trabalhando com a auto-estima da criança (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011c).

Na adolescência é importante dar ênfase nas atividades de prevenção e promoção em saúde bucal (palestras, aplicações tópicas de flúor gel, bochechos fluoretados e escovação supervisionada). As consultas programáticas devem ser realizadas, principalmente, para procedimentos preventivos, restauradores, cirúrgicos e encaminhamentos para tratamentos especializados.

Na fase adulta a equipe de saúde bucal deve promover ações de acolhimento dessa classe da população e focar na reabilitação e/ou manutenção da saúde bucal, com ênfase na prevenção, principalmente, às doenças periodontais e câncer de boca.

- **Aula 05 - Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida: idoso:** para o profissional de saúde é necessário identificar e compreender os principais problemas e agravos de saúde que atingem essa população, pois se constitui de uma demanda crescente, portanto, é fundamental incluí-la no planejamento em saúde, propor ações e serviços destinados a essa clientela, seja numa unidade de saúde ou num atendimento de maior complexidade.

O idoso brasileiro apresenta muitos problemas bucais também em virtude da ausência de programas públicos específicos para a faixa etária e da redução de renda que ocorre nessa população e que impede o acesso a serviços privados. A situação também reflete a herança de uma prática odontológica iatrogênica-mutiladora e de valores culturais e comportamentais, tanto dos pacientes quanto dos profissionais.

O atendimento ao paciente idoso deve levar em consideração vários fatores que incidem sobre o seu quadro de saúde bucal. Os idosos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento da cárie devido ao alto número de alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, ocorrência de múltiplas enfermidades, exposição de superfícies radiculares, redução do fluxo salivar induzida por drogas, dieta cariogênica, redução da destreza manual ou motivação para a higiene bucal, além de fatores psicossociais. Portanto, a equipe de saúde bucal deve buscar o auxílio dos demais profissionais da equipe de saúde da família e buscar a soma de informações relevantes sobre o paciente em busca da integralidade nas ações oferecidas.

- **Aula 06 - Promoção da Saúde Bucal:** a última aula desse módulo abordou a promoção da saúde bucal, através do uso de fluoretos, nas suas diferentes formas de utilização, além de orientações para a realização das ações coletivas em saúde bucal na atenção básica.

A redução da cárie dentária no Brasil tem sido associada ao uso de fluoretos, principalmente através da fluoretação das águas de abastecimento público e da incorporação do flúor ao creme dental. Outros métodos de utilização de fluoretos são a escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor (gel e verniz), bochechos fluoretados e suplementos de flúor.

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação.

Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações.

Embora ainda existam desafios diversos, próprios de um resultado em construção, é necessário destacar o avanço deste setor em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços no país. Por isso, pode-se considerar que esta experiência tem importante valor no fortalecimento de iniciativas de melhoria dos sistemas e dos serviços de saúde bucal no Brasil.

4.8 Disciplina 08 - Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

É dever do Estado desenvolver ações em saúde voltadas para a pessoa com deficiência pautadas na participação social e que proporcionem a inclusão em todos os níveis (SECRETARIA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 2005).

Contudo, conforme se observa, ao longo da história, a pessoa com deficiência não necessita de integração, assistência pessoal, profissional e social nem tampouco precisam se informar acerca das problemáticas na atualidade. Hoje, determinadas vitórias já foram obtidas pelas pessoas com deficiência. Tais conquistas se dão principalmente como consequência das reivindicações de uma minoria que, inconformada ante a situação de marginalização, conquista aliados na busca pelo direito à inclusão. Felizmente os frutos destas reivindicações aparecem nas políticas atuais, voltadas mais efetivamente para a inclusão.

A disciplina Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência teve o objetivo de sensibilizar o profissional de saúde para o trabalho com o paciente portador de deficiência, além de oferecer instrumentos para tal assistência e informar sobre a política nacional da pessoa com deficiência, focando nos direitos adquiridos pelos pacientes.

- **Aula 01 - A magnitude da PCD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde:** A palavra deficiência frequentemente se associa a incapacidade e desvantagem, sendo entendida como perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. A aceitação desta denominação amplia em muito a visibilidade do contingente de pessoas que se vêem permanente ou temporariamente limitadas no seu acesso aos serviços básicos de saúde (VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006).

A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão, logo a atenção à família da pessoa com deficiência configura medida essencial para um atendimento completo e eficaz. Tal mecanismo faz parte da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008b).

A implementação dessa política compreende, sem sombra de dúvida, um grande salto no que diz respeito a garantia dos direitos assistenciais ao portador de deficiência.

Assim como todo cidadão, as pessoas com deficiência podem procurar os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica ou odontológica. Os postos de saúde e as Unidades de Saúde da Família devem acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, fornecer medicamentos básicos, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar para unidades de atenção especializada, quando for necessário (BRASIL, 2009).

- **Aula 02 - Deficiência Visual:** o termo refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual em virtude de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011c).

Segundo a OMS cerca de 1% da população mundial possui algum grau de deficiência visual. O mesmo órgão estima também que, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, de 1 a 1,5% da população é portadora de deficiência visual.

As causas podem ser divididas em congênitas (malformações oculares, glaucoma congênito, catarata congênita, etc.) ou adquiridas (traumas oculares, degeneração senil da mácula, alterações relacionadas a hipertensão e diabetes, etc.). Portanto a prevenção envolve tanto a pesquisa do histórico familiar e pessoal, até cuidados no pré-natal, na senilidade, no trabalho e com uma adequada imunização (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011d).

Assim como todo cidadão, as pessoas com deficiência podem procurar os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica ou odontológica. Os postos de saúde e as Unidades de Saúde da Família devem acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, fornecer medicamentos básicos, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar para unidades de atenção especializada, quando for necessário (BRASIL, 2009d).

- **Aula 03 - Deficiência auditiva:** é definida como a incapacidade parcial ou total de audição, podendo ser de nascença ou causada posteriormente por doenças. A medida que a estrutura da população está mais envelhecida, a proporção de pessoas com deficiência aumenta, surgindo um novo elenco de demanda para atender as

necessidades específicas desse grupo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011d).

A prevenção envolve ações primárias (campanhas de vacinação dos jovens contra a rubéola, acompanhamento pré-natal, campanhas de vacinação infantil contra sarampo, meningite, caxumba, etc.); ações secundárias (diagnóstico, utilização do aparelho auditivo e atendimento fonoaudiológico); e ações terciárias, que limitam as consequências do problema da surdez e melhoram o nível de desempenho da pessoa como, por exemplo, aquelas que compõem o atendimento realizado pela Educação Especial (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011d).

A formação de recursos humanos em reabilitação deve ser guiada a fim de superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador. Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2008b).

- **Aula 04 - Deficiência física:** diz respeito a qualquer alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se de várias formas (AMIRALIAN, et. al., 2000).

Atualmente os principais fatores de riscos são a violência urbana, acidentes desportivos, acidentes de trabalho, tabagismo, maus hábitos alimentares, drogas, sedentarismo, epidemias/endemias, agentes tóxicos e falta de saneamento básico. Acredita-se que a ação educativa é uma estratégia simples, de menor custo e pode ser aplicada à nossa realidade por meio de informação e orientação ou campanhas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011d).

Para a garantia da acessibilidade é de fundamental importância que as unidades de saúde sejam modificadas e disponham de acesso físico, mobiliário e adaptações ambientais relacionadas à comunicação, adequadas às pessoas com deficiência. Igualmente é necessário que os profissionais que ali atuam sejam sensibilizados e capacitados para acolher e cuidar das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009d).

As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo em situações especiais, que a sociedade e os governos têm a obrigação de considerar no sentido

de igualar as oportunidades de convivência, modificando os ambientes e adaptando-os, para que permitam o livre acesso de todos.

É frustrante lembrar que a realidade do Sistema Único de Saúde ainda está aquém de sua proposta, principalmente no tocante à atenção básica. Ainda hoje muitas Unidades Básicas são instaladas em imóveis locados ou adquiridos e não estão adequados à realidade de um atendimento de qualidade ao paciente com deficiência. O retrato de muitas UBS se configura em estruturas inadequadas e em péssimas condições que inviabilizam totalmente o atendimento aos portadores de deficiência. Mesmo aquelas unidades novas, recém construídas, não atendem todos os requisitos de acessibilidade exigidos, com a disponibilidade de rampas, corredores, portas e banheiros adaptados que devem ser pensados para que todo paciente possa usufruir de uma assistência universal e com equidade.

4.9 Disciplina 09 - Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

Falar de interdisciplinaridade, atualmente, parece ser uma discussão amplamente aceita. Contudo, tanto em termos conceituais, quanto em relação à validade do assunto, apresenta certa complexidade em sua proposta, principalmente quando colocada no contexto do trabalho da equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família.

A Bioética pode ser entendida como a ética presente nas relações, tão imprescindíveis na atenção básica à saúde, entendida como porta de entrada do usuário no setor de saúde, ou seja, é na atenção básica onde ocorre o primeiro contato interpessoal e, assim, é nesse espaço que se estabelecem primeiramente os princípios bioéticos.

Assim, interdisciplinaridade e bioética confluem em busca da mudança de valores dos profissionais, que por sua vez leva a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais conceitos como universalidade, equidade e integralidade.

A disciplina Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde discutiu a temática durante as práticas das ações básicas de saúde.

- **Aula 01 - Interdisciplinaridade Parte I:** tem se considerado que o processo da interdisciplinarização representa mais um sintoma da situação patológica em que se encontra, hoje, o saber, do que um real progresso do conhecimento. O exagero das

especializações conduz a uma situação patológica em que há a fragmentação do saber. Neste âmbito, o esforço de integração da interdisciplinaridade se apresenta, como citado por alguns autores, o remédio mais adequado à cancerização ou à patologia geral do saber (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

A proposta atual da política de saúde comporta as inter-relações disciplinares para a compreensão ampliada das necessidades, interesses da sociedade e pode interferir tanto no processo de formação profissional, quanto nos modos de gestão dos sistemas de saúde pública. Este processo conduz à nova leitura das linguagens profissionais e da política de saúde, sugerindo mudanças estruturais no âmbito da academia e dos serviços de saúde (STAUDT, 2008).

Estas reflexões sobre a interdisciplinaridade apontam para a necessidade de transformação de trabalho isolado em trabalho coletivo que, a nosso ver é um momento de síntese da apreensão dos múltiplos conhecimentos e práticas, determinando múltiplos conhecimentos e práticas, determinando um novo modo de contribuir para a produção da saúde.

- **Aula 02 - Interdisciplinaridade Parte II:** esta aula pretendeu deixar em aberto um espaço para reflexão sobre as diversidades do conhecimento, habilidades e atitudes construindo as diferenças dos fatos e fenômenos em saúde da família (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011e).

O Ministério da Saúde preconiza à estratégia de saúde da família como uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2000).

- **Aula 03 - Integralidade atuando em uma universalidade de diferenças entre famílias:** Historicamente, o atendimento à saúde da população brasileira sempre se

caracterizou por seu caráter curativo e imediatista, centrado na figura do médico, hospitalocêntrico e tutelado pela burocracia estatal, que determinava quem, como e onde seria atendido (se chegasse a sê-lo), quais as enfermidades seriam priorizadas e como seriam encaminhadas as questões pontuais em Saúde Pública, de forma basicamente vertical, campanhista e autoritária (GOMES; DESLANDES, 1994).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 como uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tem se revelado um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho em equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família tem exigido dos componentes das equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, o processo saúde-doença, como observam Birman (1991) e Ruffino Neto (1992), se traduz pela inter-relação entre aspectos de ordem clínica e sociológica. Assim, faz-se necessário levarmos em conta - além dos aspectos anatômicos e fisiológicos - valores, atitudes e crenças que se encontram no universo das representações dos atores sociais que vivenciam esse processo.

- **Aula 04 - Integralidade atuando em uma universalidade de diferenças entre as famílias:** A ética da saúde ocupa lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois enfoca questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Tem se considerado que a ética da saúde (bioética) está profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a vida é o primeiro dos direitos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011e).

A questão que se apresenta em relação ao trabalho em equipe multiprofissional é exatamente se esta relação tem caráter interdisciplinar ou não. A prática nos leva a uma realidade totalmente distinta, em que o trabalho em equipe se aproxima mais do que podemos rotular como pluridisciplinar, já que os conhecimentos profissionais dos componentes das equipes não se integram.

Geralmente há uma dificuldade de interação entre o médico, o enfermeiro, o dentista e o pessoal de nível técnico, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existem em cada componente da equipe (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Apesar das dificuldades originadas pela formação profissional, os integrantes da equipe multiprofissional devem esforçar-se na criação de espaços de formação de saberes e práticas interdisciplinares, como reuniões em equipe e espaços para interconsultas, para a discussão dos problemas enfrentados na unidade básica, bem como a promoção de trocas de experiências em busca da formação de elos de conhecimentos que maximizem a integralidade da convivência em equipe.

4.10 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde

Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o bastante. Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender.

Nesta disciplina obrigatória do curso, o aluno teve a oportunidade de refletir e conhecer um pouco mais sobre dois temas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde: as práticas pedagógicas em saúde e as tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

- **Aula 01 - Práticas educativas em saúde:** na área de saúde, têm sido fundamentais para a mudança do modelo de atenção, a valorização e a promoção da educação na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais, assim como são primordiais para a referida mudança as reflexões feitas em relação à educação escolar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação e transmissão de saberes é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais. Eles devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos (BRASIL, 2008c).

A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

A criação de práticas pedagógicas deve ser pautada no conceito de educação permanente, que pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005c).

- **Aula 02 - Bases teóricas de uma práxis educativa:** nesta aula foram apresentadas as várias abordagens ou concepções pedagógicas que perpassam a prática educativa dos profissionais a partir do pensamento de estudiosos da área da educação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

As concepções pedagógicas tradicionais são pautadas na transmissão de conhecimentos, onde aquele que supostamente sabe mais assume funções como aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo, com a expectativa que este mude o seu comportamento em função do que lhe foi ensinado; ou no condicionamento, onde a prática pedagógica é altamente controlada e dirigida, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

Porém, as novas práticas pedagógicas assumem uma concepção que tem o aprendiz como foco, dentre elas destaca-se a pedagogia da problematização em que parte-se da análise da realidade observada e vivida e os diferentes aspectos que a envolvem. Em um segundo momento, busca-se identificar os pontos-chave, o que é realmente importante. A partir deles, procura-se identificar o porquê, ou seja, a justificativa teórica do que foi observado – fase de teorização – e formula(m)-se hipótese(s) de solução para o(s) problema(s), atentando-se para os condicionantes e limites impostos pela realidade. Na última fase, volta-se à realidade para aplicação prática das soluções propostas, análise dos resultados e da possibilidade de aplicação em situações similares (BORDENAVE, 1994).

- **Aula 03 - Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade - Parte I:** a escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

- **Aula 04 - Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade - Parte II:** nesta aula foi abordado a visita domiciliar como tecnologia apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo technoassistencial em saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

A visita domiciliar foi introduzido no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco e conheça os problemas de saúde prevalentes em seu território, área adscrita (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

A visita domiciliar se insere nesta situação como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. Tem potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e o comprometimento com a proteção ao meio ambiente, por parte dos profissionais e dos usuários (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011f).

Para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população e superar as deficiências resultantes da formação e das práticas tradicionais de educação em saúde,

práticas pedagógicas inovadoras devem buscar a integralidade da atenção à saúde por meio do fortalecimento dos elementos e diretrizes do SUS:

- O acolhimento de todos os usuários;
- A produção de vínculo entre eles e a equipe de saúde local;
- A responsabilização das equipes com a saúde individual e coletiva;
- O desenvolvimento da autonomia dos usuários, que devem ser protagonistas no processo de cuidado e não meros objetos nas mãos dos profissionais;
- A resolutividade da atenção à saúde, que representa a capacidade de resolver com qualidade os problemas de saúde detectados em cada caso (BRASIL, 2005c).

Logo podemos observar que para a adoção de uma pedagogia educativa acabamos por lançar mão de diversas teorias e conceitos a fim de alcançar resultados avaliados como realmente efetivos e, principalmente, desenvolver a personalidade integral dos atores envolvidos no processo, sua capacidade de pensar e raciocinar, assim como seus valores e hábitos de responsabilidade, cooperação, etc.

4.11 Disciplina 11 - Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde

O planejamento não está presente somente em esferas governamentais, o planejamento é algo que fazemos todo o tempo, todos os dias, na nossa vida pessoal e, espera-se, na nossa vida profissional. Porém, para se lograr êxito, é necessário um método de planejamento estruturado, embasado no reconhecimento dos problemas, elaboração de soluções e estratégias de enfrentamento dos problemas e execução do plano.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais a valorização da Atenção Básica. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Nesse sentido, principalmente sobre o último ponto, as ferramentas do planejamento são alternativas aplicáveis ao setor e que pretendem almejar menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Esta disciplina tem como objetivos a discussão do processo de planejamento em saúde, desde a identificação dos problemas até a elaboração de um plano de ação capaz de

intervir na realidade, propondo mudanças e reorganizando, quando necessário, o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

- **Aula 01 - Planejamento em saúde:** esta aula abriu uma reflexão sobre o planejamento em saúde com o objetivo geral de discutir a importância do planejamento e a necessidade de trabalhá-lo enquanto um processo, contando, para tal, com um método de planejamento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

Segundo Mattus (1993) “o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação”. E, de maneira geral, o planejamento serve exatamente para isto: determinar aonde se quer chegar (para onde queremos conduzir um sistema) e tomar as decisões pertinentes que nos levarão ao ponto desejado.

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.

- **Aula 02 - Planejamento Estratégico Situacional:** em muitos momentos, faz-se necessário um método, principalmente para aqueles casos nos quais se quer atingir objetivos mais complexos. Dessa forma, esta aula pretendeu abordar um pouco mais sobre o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

Proposto por Carlos Mattus, o PES trabalha com a complexidade da realidade e admite que não há um conhecimento único e que a explicação da realidade depende da inserção de cada ator que participa do problema, sendo assim parcial e múltiplo. O PES, por combina simplicidade e potência, é bastante adequado para a planificação de ações regionais e locais (MATTUS, 1993).

O PES tem início na identificação, seleção e priorização dos problemas através da análise situacional. A partir dessa análise, o problema deve ser declarado por um dos atores envolvidos (Descrição do Problema), a fim de tornar o problema claro e objetivo para os demais atores envolvidos. Na etapa de explicação do problema, são elencadas as causas e identificados os nós críticos, entraves para a mudança dos problemas. Com os problemas bem explicados, e identificadas as causas consideradas como as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o

enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. O próximo passo - identificação dos recursos críticos - tem como objetivo a identificação de recursos que devem ser consumidos em cada operação, para só então realizar a análise de viabilidade do plano, pela identificação dos atores que controlam os recursos operacionais (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

Ainda segundo a fonte supracitada, o planejamento continua com a elaboração do plano operativo, em que são designados os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. Por fim, tem-se a gestão do plano, a qual de garantir uma eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Este momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias.

- **Aula 03 - Diagnóstico situacional em saúde:** nesta aula, o principal objetivo foi discutir a importância do diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência das equipes de saúde da família com o intuito de definir as ações a serem implementadas e avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

Com certeza precisamos conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas conseqüências. Dessa forma, um dos desafios do processo de planejamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que planeja identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, buscando definir prioridades quanto às soluções para estes problemas e, a partir daí, elaborar um plano de ação baseado nessas prioridades (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

O método da estimativa rápida se adequa bem ao contexto da atenção básica, pois oferece resultados rápidos com um custo mínimo, com a capacidade de avaliar aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde. Através de registros já existentes, dados secundários, entrevistas e observação ativa, pode-se fazer um mapeamento dos principais problemas de saúde existente para pensar daí um

planejamento adequado ao enfrentamento das reais necessidades (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

- **Aula 04 - Elaboração do Plano de Ação:** Diante do diagnóstico das condições de saúde e doença de uma determinada população, poderemos nos deparar com mais de um problema. Nesse sentido, para cada problema selecionado deve ser feito um único projeto de intervenção. Ao conjunto desses projetos damos o nome de Plano de Ação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

A elaboração de um plano de ação envolve várias etapas, que serão sintetizadas a seguir (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011g).

1. Definição dos problemas: o método da estimativa rápida deve, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer suas causas e conseqüências.
2. Priorização dos problemas: como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência e a capacidade do grupo para enfrentá-lo. Esta é apenas uma sugestão, mas o grupo pode definir ainda outros critérios que julgar relevantes.
3. Descrição do problema selecionado: da forma mais precisa possível, deve-se identificar os elementos descritores do problema, ou seja, deve-se caracterizá-lo para se ter uma idéia da sua dimensão, do seu tamanho.
4. Explicação do problema: este passo busca entender a gênese do problema através da identificação de suas causas.
5. Identificação dos nós críticos: selecionar, entre as várias causas identificadas aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.
6. Desenho das operações: desenvolvimento de soluções estratégicas para a resolução do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.
7. Identificação dos recursos críticos: identificação dos recursos indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.
8. Análise de viabilidade do plano: identificação dos atores que controlam os recursos críticos e definir operações/estratégias capazes de motivar tal ator.

9. Elaboração do plano operativo: designar responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, determinando prazos para o cumprimento das ações necessárias.
10. Gestão do plano: Este momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias.

O exercício de planejamento é uma constante na rotina dos profissionais da equipe do Programa de saúde da Família, porém, auxiliado por problemas de entendimento e formação da prática de equipe multiprofissional, tal atividade é executada individualmente e sem método definido, o que faz com que as atividades planejadas não alcancem resultados mais satisfatórios.

A experiência com a Disciplina de Planejamento das Ações de Saúde me proporcionou uma vivência teórica e prática com a metodologia do planejamento estratégico em saúde, que com certeza implementará meu modo de pensar em saúde e minhas práticas, da educação em saúde às estratégias/programas propostos à atenção básica.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de profissionais para atuação na atenção básica à saúde, especificamente no Programa de Saúde da Família (PSF), tem ocupado espaço de discussão no processo de reorganização dos serviços. Faz parte do conjunto de medidas adotadas para garantir qualidade ao processo de mudanças das práticas assistenciais voltadas para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, o Curso de Especialização em Saúde da Família me proporcionou a oportunidade de capacitação para atuação junto ao PSF, utilizando-se de ações tanto com abordagem coletiva quanto abordagem clínica individual, segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e racionalidade de ações, além de elevar meu potencial para o trabalho em equipe interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral da assistência à saúde.

No Brasil, só recentemente a EAD alcançou a esfera do ensino superior, por esse motivo minhas principais dificuldades residiram na mudança do estilo de ensino aprendizagem, do modo tradicional, vivenciado durante a graduação, para o ensino à distância na modalidade semipresencial, experimentado durante esta especialização. Porém, ao final deste curso, vencidas todas as dificuldades, posso opinar positivamente a favor da EAD, principalmente pela autonomia e flexibilidade proporcionadas aos profissionais-alunos, que adquirem também uma postura pró-ativa e crítica durante o processo de educação continuada.

Durante todo o curso, a discussão das temáticas e os exercícios propostos alicerçaram os principais pontos de intervenção na realidade do trabalho na atenção básica, como também propuseram sugestões e/ou alternativas de intervenção frente aos problemas mais comuns vivenciados na rotina diária de trabalho em ABS. Por conseguinte, quero aplicar tais conhecimentos adquiridos na prestação de uma assistência familiar integral, possibilitando o pronto e adequado diagnóstico das doenças, bem como a tomada de decisões em casos de problemas detectados.

Portanto, admitindo a complexidade do SUS e o alto grau de exigências e responsabilidades que recaem sobre o profissional que atua na estratégia de Saúde da Família, além de reconhecer a importância na mudança da formação dos profissionais de saúde para atuação em tal estratégia, cuja ação exige um conhecimento totalizador, nem sempre presente naqueles que são selecionados para executar este programa, ratifico a importância do Curso de Especialização em Saúde da Família para a formação continuada dos profissionais que atuam na atenção básica de saúde.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN M. L. T., et al. Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.1, p. 97-103, 2000.

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

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 1989. p.19-26, ilus.

BRASIL. **A implantação da unidade de saúde da família**. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema único de Saúde - SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 36 p. : il. color.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007c. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009a. 282 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006b. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 63p. : il. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 134 p.

_____. Ministério da Saúde. **Mostra Fotográfica Programa De Volta para Casa: cartilha de monitoria**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 32p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010** – nota para a imprensa. Brasília, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher:** um diálogo aberto e participativo. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 72 p.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & contexto enfermagem.** Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, abr./jun. 2009.

DE LAVOR, A. et al. **9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva:** o ambiente que adocece. **RADIS COMUNICAÇÃO EM SAÚDE,** nº 89, jan. 2010.

DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. Lei Maria da Penha: limites ou possibilidades? **Radis Comunicação em Saúde.** n. 92, abril, 2010.

FARIA, et al. **Processo de trabalho em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 68p. : il.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública um campo em construção. **Rev. Latino-am. enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, julho 1994. IBGE. **Resultados do censo 2010.** IBGE, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.php> Acesso em 10/02/2011.

MACHADO, R. et. al. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MATTUS, Carlos. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993.

MORAN, J. M. **O que é educação à distância**. São Paulo, 2002. Disponível em: <www.eca.usp.br/prof/moran/dist.htm> Acesso em: 10 ago. 2011.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO CEARÁ. **NUTEDS**. Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=66> Acesso em: 10 ago. 2011.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, set-out, 2007.

RIBEIRO, E. D. PIRES, D. BLANK, V. L. G. Teorização sobre processo de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

RUFFINO-NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em debate**, v.35, p. 63-67. 1992.

SANTOS, A. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SANTOS, A. F. et al. **Telessaúde**: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 502p.: il.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina* V . 32. nº. 4 de 2003.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 288p.

STAUDT, D. T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, Volume 22, Número 1, Jan./Jun. 2008.

SUBSÍDIO ao plano diretor para o desenvolvimento da área de saúde e ambiente no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: **ABRASCO**, 2003. Mimeo.

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 - EAD. Fortaleza, 2010a. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_01/index.php?p=03.php>. Acesso em: 16 ago. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Processo de Trabalho em Saúde.** Fortaleza, 2010b. Disponível em:< http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proc_trab/aula_01/>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. 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, 2010c. Disponível em:<www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proc_trab/aula_01/>. Acesso em: 11 out. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: saúde mental e violência.** Fortaleza, 2010d. Disponível em:<www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_01/>. Acesso em: 20 out. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: saúde da mulher.** Fortaleza, 2011a. Disponível em:<www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_01/>. Acesso em: 13 out. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.** Fortaleza, 2011d. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/>. Acesso em: 03 set.2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde.** Fortaleza, 2011e. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_01/>. Acesso em: 13 set.2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: práticas educativas em saúde.** Fortaleza, 2011f. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/Prat_Pedag_ABS/aula_01/>. Acesso em: 15 jul.2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para à Saúde da Família.** Fortaleza, 2011b. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_01/>. Acesso em: 20 ago.2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica à Saúde no Contexto da Saúde Bucal.** Fortaleza, 2011c. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_01/>. Acesso em: 27 ago.2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde.** Fortaleza, 2011g. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/>. Acesso em: 20 set.2011.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a Serviços Básicos de Saúde. **Esc. Anna Nery**, vol.10, n.3. Dez, 2006.