

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

**MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA**  
**DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA**

**2011**

**MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Profa. Dra. Ismenia Osório Leite Viana

**FORTALEZA**

**2011**

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

S226e Santiago, Marizângela Lissandra de Oliveira

Educação permanente em saúde como instrumento de melhoria da estratégia saúde da família / Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago. – 2011. 72f.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011. Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ismenia Osório Leite Viana.

1. Atenção primária à saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD: 610.7

**MARIZÂNGELA LISSANDRA DE OLIVEIRA SANTIAGO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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**

---

Profa. Dra. Ismenia Osório Leite Viana – Orientadora  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof. Fernando André Campos Viana  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Profa. Andréa Soares Rocha da Silva  
Universidade Federal do Ceará-UFC

*A meu filho Gustavo, a principal razão do meu viver.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À minha família, por todo apoio e carinho.*

*À tutora on line Ismênia Osório Leite Viana, pelo aprendizado que proporcionou e pelas valiosas sugestões aos trabalhos.*

*À tutora presencial Verônica Moura Nobre, pelas palavras de apoio e motivação.*

*Aos colegas da turma de especialização, pelas reflexões, interações, críticas realizadas e sugestões recebidas.*

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família surgiu como uma nova proposta de atenção à saúde, tendo como foco central a família, atuando através de equipe multiprofissional em território definido e com adscrição de clientela. No entanto, os modos de operar em saúde da família requerem análise constante, que pode ser feita através da Educação Permanente em Saúde. Desse modo, esse trabalho tem o objetivo de relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso, assim como refletir sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional em prol da população assistida. O estudo configura um relato de experiência de processo de Educação Permanente como estratégia de melhoria do trabalho na Atenção Primária à Saúde, o qual se deu através do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, realizado de forma semipresencial na modalidade de Educação a Distância. Sendo ofertadas onze disciplinas, ao final de cada uma delas foram construídos portfólios, os quais foram apresentados em capítulos correspondentes a cada disciplina cursada. Como resultados desse processo, podem-se citar o aprimoramento do processo de trabalho em saúde por meio de uma atenção mais humanizada, através da escuta ativa do usuário; intensificação das ações de promoção da saúde, prevenção e educação em saúde, desenvolvendo o protagonismo dos sujeitos; reorientação do modelo de atenção, realizando a vigilância em saúde; incorporação dos atributos de qualidade na prática profissional cotidiana; sensibilização para reconhecer casos de sofrimento mental, desenvolvendo, em seus portadores, mecanismos de enfrentamento do mesmo; maior apoio às gestantes e às mulheres vítimas de violência; maior promoção de saúde bucal; melhor atenção integral ao usuário do SUS, com intensificação do trabalho interdisciplinar dentro da equipe multiprofissional, especialmente aos portadores de deficiência; maior respeito aos princípios da bioética e ao meio ambiente; maior atenção à saúde do trabalhador; abordagens de forma problematizadora, considerando o diagnóstico situacional; e incorporação do planejamento em saúde. Em suma, o Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC foi de fundamental importância para a formação dos profissionais que atuam na atenção básica de saúde, constituindo relevante experiência de Educação Permanente em Saúde atuando na melhoria da Estratégia Saúde da Família através da troca de experiências.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde, Atenção à Saúde, Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy has emerged as a new proposal for health care, focusing on the central family, multidisciplinary team working through a defined territory and assignment of clients. However, the operating modes in family health requires constant analysis, which can be made through the Continuing Education in Health. Thus, this study aims to report learning across the Course of Specialization in Family Health - NUTEDS / UFC, present the portfolios produced during the course of the disciplines, as well as reflect on the application of course content to professional practice in favor of the assisted population. The study sets an experience report Continuing Education process as a strategy for improvement of working in Primary Health Care, which was through the Specialization Course in Family Health - NUTEDS / UFC held in a blended mode of education in the distance. Eleven courses being offered at the end of each line were constructed portfolios, which were presented in chapters corresponding to each discipline accomplished. As a result of this process, there was improvement of the work process in health through more humane care through active listening of the user; intensification of actions for health promotion, prevention and health education, developing the role of the subject; reorienting the care model, carrying out health surveillance; incorporation of quality attributes in everyday practice; awareness to recognize cases of mental suffering, developing in their carriers, the same coping mechanisms, increased support for pregnant women and women victims of violence; further promotion of oral health; best comprehensive care to the user of SUS with intensification of interdisciplinary work within the multidisciplinary team, especially the disabled; greater respect for the principles of bioethics and the environment; greater attention to workers' health; approaches to problem-solving way, considering the situational diagnosis and the incorporation of health planning. In short, the Specialization Course in Family Health - NUTEDS / UFC was of fundamental importance to the training of professionals working in primary health care, providing relevant experience of Continuing Education in Health working on improving primary care through the exchange of experiences.

**Keywords:** Primary health care, Health care, Family health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AMQ – Avaliação de Melhoria da Qualidade  
AVC – Acidente vascular cerebral  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CeD – Crescimento e Desenvolvimento  
CPOD – Dentes Cariados Perdidos e Obturados  
DIU – Dispositivo intra-uterino  
DST – Doença sexualmente transmissível  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
ICC – Instituto do Câncer do Ceará  
IMC – Índice de massa corporal  
INCA – Instituto Nacional de Câncer  
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PA – Pressão arterial  
PES - Planejamento Estratégico Situacional  
PcD – Pessoas com Deficiência  
PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador  
PSE – Programa Saúde na escola  
PSF – Programa Saúde da Família  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1</b>	<b>Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2</b>	<b>Disciplina 02 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência.....</b>	<b>23</b>
<b>4.4</b>	<b>Disciplina 04 – Saúde da Mulher.....</b>	<b>28</b>
<b>4.5</b>	<b>Disciplina 05 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família .....</b>	<b>35</b>
<b>4.6</b>	<b>Disciplina 06 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.....</b>	<b>39</b>
<b>4.7</b>	<b>Disciplina 07 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.....</b>	<b>45</b>
<b>4.8</b>	<b>Disciplina 08 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde .....</b>	<b>50</b>
<b>4.9</b>	<b>Disciplina 09 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.....</b>	<b>55</b>
<b>4.10</b>	<b>Disciplina 10 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.....</b>	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. A partir desta, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, sendo garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação, através da criação de um Sistema de Saúde organizado de forma descentralizada, com participação da comunidade e que oferecesse atendimento integral (BRASIL, 1988).

Desse modo, a Estratégia Saúde da Família surgiu da necessidade de reorientação do modelo de atenção, antes voltado para práticas curativas. Baseada nos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, essa nova proposta de atenção à saúde tem como foco central a família, atuando através de equipe multiprofissional em território definido e com adscrição de clientela.

A estratégia Saúde da Família pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde (RODRIGUES; ARAÚJO, 2010, p.1).

No entanto, é preciso colocar o trabalho da Equipe de Saúde da Família em análise constante. Para isso, podem ser construídos espaços para discussão, reflexão e avaliação dos atos cotidianos em saúde realizados pela equipe, através, por exemplo, da Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, [...], às práticas organizacionais, [...], e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais. (CECCIM, 2005, p. 161).

Logo, o Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS-UFC) constituiu espaço propício para discussão sobre os modos de operar em saúde. A partir dele, os diversos participantes puderam enriquecer seus conhecimentos e trocar experiências entre si, discutindo sobre sua atuação na Estratégia Saúde da Família com a finalidade de melhorar seu processo de trabalho através da Educação Permanente em Saúde.

Sendo assim, o Curso de Especialização foi de fundamental importância para a melhoria da minha prática de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Como atuo no município de Quixeré, Estado do Ceará, há oito anos, como odontóloga do PSF, pude perceber, ao longo desses anos, a complexidade do trabalho realizado na atenção básica, visto que ele requer mais do que conhecimento técnico na minha área de atuação, ou seja, é

necessário conhecer também um pouco sobre diversas áreas, assim como realizar aperfeiçoamento constante sobre os modos de atuar em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, meus ganhos enquanto profissional de saúde e as melhorias da prática assistencial na Estratégia Saúde da Família.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).
- Refletir sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional em prol da população assistida.

### 3 METODOLOGIA

O estudo configura um relato de experiência de processo de Educação Permanente como estratégia de melhoria do trabalho em Atenção Primária à Saúde. Tal processo se deu através do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, realizado de forma semipresencial na modalidade de Educação a Distância.

O curso aconteceu no período de agosto de 2010 a setembro de 2011, com carga-horária de 384 horas/aula, sendo ofertadas onze disciplinas. Dentre elas, estão: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelos Assistenciais em Saúde; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Saúde Ambiental; Saúde das Pessoas com Deficiência; Saúde Bucal; Interdisciplinaridade e Bioética; Práticas Pedagógicas em Saúde; e Planejamento em Saúde. Durante o curso, foram propostas diversas atividades, como discussão em fóruns, construção de relatos de experiência, pesquisa na área de abrangência, trabalhos em grupo e produção de reflexões individuais.

Os portfólios foram construídos ao final de cada disciplina a partir da produção obtida das atividades propostas. Serviram de fontes as reflexões individuais, os trabalhos realizados em grupo e as discussões nos fóruns, assim como relatos da prática profissional, todos embasados em artigos científicos.

A apresentação dos portfólios foi realizada em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada. As disciplinas foram: Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental e Violência; Saúde da Mulher; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde; e Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.

Por se tratar de um relato de experiência, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), sendo respeitados os princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde**

Essa disciplina foi organizada em quatro aulas: 01- Introdução à Disciplina; 02 - O Processo de Trabalho em Saúde; 03 - O Processo de Trabalho em atenção básica de saúde; 04 - Modelos de determinação sociais. Com relação às atividades realizadas, inicialmente foi elaborada uma descrição do meu município, da comunidade/área de abrangência de minha equipe, da minha unidade de saúde, e do dia a dia da equipe de saúde. Em seguida, foram discutidos dois fóruns: o primeiro sobre as divergências de olhares culturais entre profissional e cliente; e o segundo sobre a comunicação como parte integrante do processo de trabalho nos aspectos assistir, curar, educar, interagir, prevenir e cuidar.

#### **4.1.1 Diagnóstico do Município de Quixeré**

Quixeré é um município com cerca de 20.000 habitantes, localizado no Baixo Jaguaribe, Estado do Ceará. A economia da cidade é basicamente proveniente da agricultura, do serviço público da Prefeitura Municipal e de aposentadorias. Existem algumas empresas locais e multinacionais de plantação de frutas (melão, banana e abacaxi) instaladas no município, as quais empregam muitas pessoas, melhorando a renda da cidade. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que se revezam à frente da administração municipal ao longo de décadas.

A cidade sempre teve forte tradição na área cultural e movimentou a região com o teatro “A Paixão de Cristo”, realizado na Semana Santa, além da tradição folclórica do Bumba meu boi e os mais recentes bonecos gigantes (semelhantes aos de Olinda). O carnaval, que é realizado à beira do Rio Jaguaribe, na barragem de Quixeré, é um dos mais conhecidos da região, aproximando-se ao de Aracati. A cidade preserva, ainda, suas festas religiosas, assim como festivais de cantorias, dramas, quadrilhas, etc.

Na área de saúde, o município possui apenas serviços de Atenção Básica, realizados no PSF, e serviços do primeiro nível da média complexidade, realizados em um Hospital de pequeno porte. Os demais serviços são encaminhados para o município vizinho (Limoeiro do Norte), o qual é sede de microrregional, através de referências. Há aproximadamente dez anos, o município adotou a Estratégia Saúde da Família para a

reorganização da atenção básica, e conta, hoje, com 02 equipes na zona urbana e 04 na zona rural, cobrindo 100% da população.

#### 4.1.1.1 A Área de Abrangência da Equipe II

A área de abrangência da equipe II é de zona rural, possuindo 706 famílias cadastradas. A rede pública de abastecimento de água corresponde a apenas 25%, sendo o restante de poço ou outros. Ainda há casas de taipa (1%), as quais vêm sendo substituídas devido à área apresentar elevado número de casos de Doença de Chagas. Quanto ao destino do lixo, apenas 36% são recolhidos por coleta pública, enquanto 55% são queimados/enterrados e 9% jogados a céu aberto. Já o destino das fezes e urina, 95 % são armazenados em fossas. Além disso, 97% dos domicílios têm energia elétrica (SIAB, 2011).

A população predominante é de adultos jovens (um terço da população se encontra na faixa etária de 20 a 39 anos). Outro dado importante é que 81% das crianças de 7 a 14 anos estão na escola e 78% dos maiores de 15 anos são alfabetizados (SIAB, 2011).

#### 4.1.1.2 Equipe de Saúde da Família de Água-Fria

##### 4.1.1.2.1 A Unidade

A Unidade de Saúde da Família de Água-Fria, que abriga a Equipe II, está situada na várzea (zona rural), distante 6 km da cidade. Há uma Unidade sede e dois pontos de apoio, visto que a extensão territorial e a dispersão dos domicílios dificultam a chegada dos usuários a apenas uma Unidade de saúde.

A Unidade sede foi reformada recentemente, estando adequada ao trabalho da equipe, enquanto uma das unidades de apoio foi reformada há menos de dois anos. Duas das Unidades são bem equipadas, possuindo, inclusive, consultório odontológico, e contam com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

##### 4.1.1.2.2 A Equipe II

A Equipe II é formada por um médico, um enfermeiro, uma dentista, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar administrativa, um auxiliar de saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde, duas auxiliares de serviços gerais e um motorista. A maioria é

concurada e está na faixa etária de 30 a 40 anos, sendo profissionais estabilizados no serviço, experientes e motivados para o trabalho, pois todos gostam do que fazem. Além disso, há boa relação interpessoal entre os membros da equipe, favorecendo o trabalho multiprofissional.

#### 4.1.1.2.3 O funcionamento da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde funciona de 07 às 11 horas e de 13 às 17 horas durante toda a semana, exceto na sexta à tarde. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido ao período noturno pelo menos uma vez na semana, situação que já foi realidade por algum tempo, mas que deixou de ser feita devido à dificuldade de cumprimento de horário por alguns profissionais. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isso, têm dificuldades de acesso à Unidade de Saúde no horário habitual.

#### 4.1.1.2.4 O dia-a-dia da Equipe II

O atendimento médico da Equipe II é destinado à demanda espontânea (maior parte) e a alguns programas como, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (CeD), assim como atendimento a adolescentes no Programa Saúde na Escola (PSE). O enfermeiro trabalha melhor esses programas, realizando, além do atendimento individual, os trabalhos de Educação em Saúde e Promoção da Saúde. A dentista, além de se ocupar dos Programas de Saúde Bucal, ajuda o enfermeiro nos grupos de gestantes, de CeD e PSE. Ainda não há grupos de hipertensos e diabéticos, mas o grupo de gestantes existe há muitos anos, com reuniões mensais. O grupo de CeD é mais recente, estando ainda em fase de estabilização. Também é realizado acompanhamento das crianças e adolescentes na escola através do PSE, sendo realizados IMC, avaliação nutricional, oftalmológica, bucal e imunizações, assim como orientações em palestras sobre métodos contraceptivos, sexualidade, DST/AIDS, puberdade, drogas, etc, pela equipe de saúde. Além disso, a equipe se auto-avalia periodicamente através da Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ), no sentido de modificar os pontos negativos em busca da melhoria do trabalho em saúde.

#### 4.1.2 Sobre o Processo de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho em saúde se dá através do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, tendo um caráter relacional. Esse encontro é permeado pela dor, o sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais e subjetividades que afetam esses dois sujeitos. Por envolver várias dimensões da vida, desde as de ordem biológica até as de ordem social e subjetiva, os problemas de saúde são sempre complexos. Logo, o trabalho em saúde, para ser eficaz, deve levar em consideração todos esses fatores, procurando fazer intervenção nos mesmos.

Para Merhy (1997), existem três categorias para tecnologias do trabalho em saúde. As “tecnologias duras” são as que dizem respeito às máquinas e instrumentos; as “tecnologias leve-duras” são as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura, que é a técnica, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica; já as “tecnologias leves” dizem respeito às relações, referem-se a um jeito ou atitude próprio do profissional, que é guiado por certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade.

Desse modo, o trabalho em saúde pode assumir formas diferentes dependendo de como cada um trabalha e cuida do usuário, ou seja, de que tipo de tecnologia o trabalhador utiliza e valoriza mais. O resultado que se espera do trabalho em saúde é a redução do sofrimento do usuário, a melhoria da sua qualidade de vida e a criação da autonomia das pessoas para viverem suas vidas. Para isso, é necessário que haja diálogo e escuta por parte do profissional para com o usuário, e vice-versa, ou seja, predominância da “tecnologia leve”, relacional, pois a relação produtiva só vai acontecer se o usuário for tratado como sujeito, fazendo-o ver que pode ser ele também um protagonista do seu processo saúde-doença. O encontro do profissional com o usuário é um espaço aberto para a construção de novas práticas, constituindo lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde (MERHY, 1997; 2002).

Porém esse encontro não é capaz de sozinho resolver os problemas de saúde da população, visto que existem fatores de ordem social envolvidos. Desse modo, torna-se necessário desenvolver a autonomia nos sujeitos, tornando-os capazes de enfrentar as adversidades do meio dinamicamente, o que pode ser feito através da Promoção da Saúde.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar

aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (OMS, 1986, p. 1).

Entretanto, geralmente se espera que a prática clínica, sozinha, seja capaz de resolver os problemas de saúde. Soma-se a isso a atuação profissional de forma compartimentalizada, fazendo com que apenas a dimensão biológica seja considerada no cuidado em saúde, excluindo-se a dimensão psicológica e a social. Esses fatores, aliados ao atendimento sem humanização, descontextualizado e pouco resolutivo, demonstram que problemas no processo de trabalho podem levar à crise no sistema de saúde.

Por outro lado, os usuários não têm consciência da relação entre sua condição de vida e sua situação de saúde, acreditando que só o médico e o hospital irão resolver seus problemas, quando, na verdade, muitos poderiam ser evitados através do autocuidado. Desse modo, os usuários nem sempre aprovam/comparecem às ações de promoção da saúde e às atividades educativas, já que poucos são conscientes do seu poder em atuar sobre a sua própria saúde, quanto mais sobre o sistema de saúde, através do controle social. Daí mais um desafio para os profissionais de saúde: esclarecer a população sobre o seu poder, estimulando a autonomia dos sujeitos e a participação popular.

Em suma, já que a saúde das pessoas está diretamente relacionada ao modo como elas vivem, conclui-se que a crise do sistema de saúde está diretamente relacionada a falhas no processo de trabalho em saúde, mas também à tentativa de atuação do setor saúde de maneira isolada. Enquanto não existirem Políticas Públicas intersetoriais; ênfase na Promoção da Saúde e Prevenção; garantia da continuidade do cuidado; profissionais qualificados e humanizados, que trabalhem em equipe; equidade; recursos financeiros satisfatórios; resolutividade do serviço; e um efetivo controle social, a saúde pública continuará em crise. Muito já foi feito para a melhoria do sistema de saúde no Brasil, mas ainda há muito a se fazer para que os princípios do SUS não fiquem apenas no papel.

#### 4.1.3 Resultados

Essa disciplina foi importante para aprimorar o meu processo de trabalho em saúde. A partir dela, tenho procurado realizar atenção de forma mais humanizada, com predomínio de tecnologia leve, através do diálogo e da escuta do usuário. Também tenho procurado intensificar as ações de promoção da saúde e prevenção, desenvolvendo o protagonismo dos sujeitos.

## 4.2 Disciplina 02 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Essa disciplina foi organizada em quatro aulas: 01- Modelo Assistencial em Saúde; 02 - Atenção Básica à Saúde; 03 - O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial; 04 - A qualidade na prestação do cuidado em saúde. Foi realizado um fórum no qual deveríamos elaborar um conceito para modelo assistencial em saúde e identificar o modelo assistencial predominante na nossa cidade. Em seguida, foi construída uma reflexão sobre o desafio de implementar a mudança do modelo assistencial, identificando as estratégias e ações que nossa equipe tem utilizado para isso, assim como as dificuldades mais frequentes na perspectiva da mudança do modelo assistencial que prioriza as ações curativas para um modelo que busca a melhoria da qualidade de vida da população. Por fim, foi analisado o Caso de Dona Maria, para o qual deveríamos identificar os atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados de saúde.

### 4.2.1 Histórico dos Modelos Assistenciais no Brasil

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo uma articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar os problemas de saúde de uma coletividade (JÚNIO; ALVES, 2007). No período do império, o aparato estatal se ocupava eminentemente de saneamento de portos, das cidades e do controle de epidemias e endemias, deixando a cargo da filantropia (santa casa de misericórdia) a construção e manutenção de hospitais. A medicina privada só estava à disposição das classes mais abastadas.

No início do Século XX, o estado Brasileiro ampliou suas ações de cunho higienista voltadas para a vigilância de portos, saneamento de cidades, controle de epidemias e endemias na forma de campanhas sanitárias, de forma autoritária (sanitarismo campanhista). No campo da assistência hospitalar, o aparato estatal foi se especializando em doenças infecciosas e saúde mental, através de ações em problemas que poderiam trazer impacto para toda a população. A assistência médica individual ficava a cargo da filantropia (aos pobres) e ao setor privado (aos que podiam pagar).

Atualmente, no Brasil convivem diversas formas de organizar e prover os serviços. Na saúde suplementar, o formato se aproxima do Modelo Liberal Privatista. No SUS, convivem práticas que lembram o sanitário campanhista (atenção primária prestada pelo aparato estatal) e práticas que acompanham o modelo liberal privatista através de

serviços que são comprados de organizações privadas (serviços hospitalares e de maior complexidade).

#### 4.2.2 Os Tipos de Modelos Assistenciais

##### 4.2.2.1 Modelo Médico-Assistencial Privatista

O modelo médico assistencial-privatista é o predominante no Brasil, estando voltado para os indivíduos que procuram o serviço de saúde por “livre iniciativa”. Esse é o modelo mais conhecido e prestigiado, apesar de essa forma de organização ser incapaz de alterar, significativamente, os níveis de saúde da população (PAIM, 2003). Ele reforça a atitude de os indivíduos procurarem o serviço de saúde apenas quando se sentem doentes, sendo predominantemente curativo e tendendo a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade. Sendo assim, não há comprometimento com o impacto sobre o nível de saúde da população.

##### 4.2.2.2 Modelo Assistencial “Sanitarista”

O modelo sanitarista diz respeito à Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX. Através desse modelo, os problemas de saúde da população são enfrentados através de campanhas e de programas especiais. Essas formas de intervenção não se preocupam com os determinantes mais gerais da situação sanitária, já que sua atenção é voltada apenas para determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou para o controle de certos agravos (PAIM, 2003).

As campanhas têm um caráter geralmente temporário, requerem grande mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. Já os programas especiais dispõem, geralmente, de uma administração única e vertical (TEIXEIRA; PAIM, 1990 apud PAIM, 2003), e, apesar de possuírem caráter mais permanente que as campanhas, quando geridos verticalmente, geram conflitos na ponta do sistema pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde.

##### 4.2.2.3 Vigilância à Saúde

A Vigilância à Saúde surge da necessidade de reorganizar as práticas de saúde no nível local. Dentre as suas características estão: a intervenção sobre os problemas de saúde; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; e a utilização do conceito epidemiológico de risco. Além disso, promove a articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

O propósito fundamental da vigilância à saúde e da vigilância epidemiológica é o controle de riscos. Sendo assim, a vigilância à saúde tem como pilares o processo de territorialização; a utilização da epidemiologia e do planejamento estratégico para definir as prioridades de ações de saúde; a interdisciplinaridade e a participação social, constituindo um modelo que incorpora e supera os modelos vigentes.

#### 4.2.3 O Caso Dona Maria

Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos. Anteriormente, morava na zona rural de onde saiu juntamente com várias outras famílias em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há cerca de oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaléia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial.

Desde então, vem fazendo uso irregular de anti- hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos

Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela microárea onde Dona Maria reside tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um dos membros da Equipe.

Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar. O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade de saúde, comunicou o caso à enfermeira, que decide realizar uma visita na segunda-feira pela manhã com o auxiliar de enfermagem.

Em sua visita, a Enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação, o uso correto da medicação. Realizou o curativo das escaras, aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito.

Segundo Donabedian, citado por D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006), para que o trabalho de uma equipe de saúde seja considerado de qualidade, é necessário que ele possua alguns atributos de qualidade. Dentre eles, pode-se citar a eficácia - possibilidade de a ação desenvolvida resultar na solução do problema para o qual a ação está sendo dirigida; eficiência - capacidade de utilizar bem os recursos disponíveis, produzindo maior quantidade de ação ao menor custo; efetividade - capacidade de resolver bem o maior número de problemas utilizando eficientemente os recursos; equidade- conhecer as situações de risco e vulnerabilidade e distribuir ações em função desse diagnóstico; aceitabilidade - aceitação de uma determinada ação pela população; otimidade - investimento de esforços e recursos em ações que gerem retorno realmente significativo; e legitimidade - representação social de uma ação. Outros atributos da qualidade são a acessibilidade - dificuldade ou facilidade de ter acesso às ações de saúde; a continuidade - garantia do cuidado por todos os níveis de atenção; a oportunidade - oferecer o cuidado no momento em que é necessário; e a ética - melhor modo de viver em sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a).

O que se observa é que, muitas vezes, o processo de trabalho se dá de maneira descontextualizada, ou seja, não atende às necessidades reais da população, perdendo, desse modo, a capacidade de resolver os problemas (eficácia). Nem sempre a equipe foca no problema que a população espera que seja resolvido, mas sim no problema que ela julga ser mais importante. Isso pode gerar uma série de esforços no sentido de se resolver problemas sem haver retorno significativo, prejudicando a otimidade do serviço de saúde.

Desse modo, uma boa comunicação entre a equipe e a população é muito importante para que haja aceitabilidade das intervenções de saúde por parte dos usuários, melhorando a eficácia, eficiência e efetividade. Esses atributos podem ser melhorados se houver uma continuidade do cuidado pelos vários níveis de atenção à saúde. Também é muito importante trabalhar com equidade, garantindo maior acessibilidade às ações de saúde aos que mais precisam, e oferecer o cuidado no momento em que ele é necessário (oportunidade).

O caso de Dona Maria é comum para muitas equipes. Observa-se que há oito anos foi diagnosticada hipertensão arterial, porém a paciente fazia uso irregular de anti-hipertensivos, o que sugere que a mesma não era acompanhada regularmente pela equipe, ou por não ter acesso facilitado ao serviço (falta de acessibilidade) ou por não haver atenção especial à pacientes em situação de risco como o caso dela (falta de equidade). Outra hipótese é a de que as ações desenvolvidas para controlar a PA não eram aceitas pela paciente (falta de aceitabilidade) ou não eram adequadas para resolver o problema, gerando um custo maior para o serviço, já que foi internada por 15 dias devido ao agravamento do caso, e agora está com seqüelas, necessitando de mais cuidados de saúde. Tal fato demonstra falta de eficácia, eficiência, efetividade e de oportunidade, pois o cuidado não foi ofertado no momento necessário (antes do AVC). Além disso, houve uma falha no processo de vigilância à saúde, já que a equipe não foi visitar a paciente logo após a alta.

Outro fato a considerar é que na primeira visita foram dadas orientações sobre higiene, alimentação, uso dos medicamentos, etc. Quando da segunda visita, a situação de Dona Maria estava ainda pior, porém foram dadas as mesmas orientações, apesar de saber que essa ação não gerou efeito positivo, mostrando falta de otimismo, já que estava investindo esforço em ações sem retorno significativo. Enfim, o enfoque principal das visitas foi a presença de escaras, não havendo ênfase com relação aos níveis pressóricos elevados e ao uso irregular da medicação, causa primária de todo o problema.

#### 4.2.4 Resultados

Visto que o modelo predominante no município onde trabalho assemelha-se ao médico assistencial privatista, a partir dessa disciplina tenho buscado reorientação do mesmo através do trabalho voltado para a vigilância em saúde. Para isso, tenho priorizado acompanhamento de grupos de risco e realização de ações de prevenção e promoção da saúde. Além disso, os atributos de qualidade passaram a representar um objetivo a ser alcançado na minha prática profissional cotidiana.

### **4.3 Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência**

Essa disciplina foi organizada em quatro aulas: 01 - Construções histórica, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil; 02 - A assistência e a clínica ; 03 – Casos clínicos na comunidade ; 04 – Estratégias em saúde mental. Foi realizado um fórum, através

do qual deveríamos identificar um serviço criado pela reforma psiquiátrica, descrevendo suas funções e discutindo com os colegas sobre as diferenças e semelhanças observadas com o hospital psiquiátrico tradicional. Nas aulas seguintes, formamos equipes de seis pessoas, escolhemos um dos temas sugeridos e elaboramos um caso no qual os participantes refletiram juntos sobre a conduta adequada a ser tomada, ou seja, quais as alternativas e soluções propostas para amenizar o problema identificado.

#### 4.3.1 Saúde Mental e a Mudança de Paradigma

Tratar a pessoa em sofrimento mental significou, durante décadas, o afastamento do convívio social e familiar. No entanto, a reabilitação psicossocial significa trabalhar na direção da elaboração de vínculos sociais possíveis, já que as redes sociais são os lugares onde acontecem as trocas. Como a família constitui a primeira rede social disponível, ela constitui primeiro lugar da intervenção de reabilitação.

Sendo assim, no sentido de minimizar o sofrimento enfrentado pelas famílias na convivência com a pessoa em sofrimento mental, a equipe de saúde deve estar apta a reduzir os riscos de recaída, prestar informações sobre a doença, ensinar habilidades de manejo e minimização de sintomas, possibilitando aos familiares a capacidade de exprimir suas necessidades e sofrimentos.

Para isso, as Equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identificando situações de risco e vulnerabilidade, assim como os problemas prevalentes, para que possa, junto à comunidade, elaborar um plano de ação para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença.

Para Merhy (1998, p. 12):

o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico liberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar.

Dessa forma, o processo de reabilitação psicossocial do doente mental necessita de mudanças na forma da assistência, sendo essencial que também ocorram transformações de ordem organizacional e jurídica. É nesse sentido que a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2008a) contempla a criação de equipes de apoio matricial, compostas por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais, que visam proporcionar suporte técnico às Equipes de Saúde da Família, aumentando a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local, numa forma de responsabilização

compartilhada através da reabilitação na comunidade onde o indivíduo mora. Essas equipes podem estar vinculadas aos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) ou atuarem em forma de equipes volantes, podendo, futuramente, estarem vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).

É de suma importância que o trabalho em saúde mental seja realizado pelas equipes de saúde da família, já que é alta a prevalência de transtornos mentais entre pacientes de unidades básicas de saúde. Além disso, “os profissionais que atuam em serviços de atenção primária de saúde frequentemente interagem com uma clientela que procura a unidade com queixas físicas sem, no entanto, apresentarem uma condição orgânica que justifique essas queixas” (PEREIRA, 2009, p.24).

Desse modo, o conhecimento do contexto no qual o indivíduo vive permite detectar problemas emocionais e sociais que possam ser causadores de transtornos mentais, e atuar dentro desse contexto possibilitará maiores chances de melhora dos pacientes que procuram os serviços de saúde com queixas difusas, sem causa aparente.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica veio romper paradigmas, criando novas formas de convivência com a loucura, buscando a transformação da realidade assistencial e garantindo assistência à saúde de qualidade. Ela inclui não apenas “tratar tecnicamente de maneira mais adequada o portador de sofrimento mental, mas, sobretudo, construir um espaço social onde a loucura encontre algum cabimento” (MINAS GERAIS, 2006, p.31). Pensando nisso, a construção do projeto terapêutico passa a ser centrada nas necessidades do usuário, levando em conta sua opinião e de seus familiares, havendo promoção de ações intersetoriais que possibilitem novas formas de inserção sociofamiliar, etc.

Logo, a antiga forma de tratar problemas mentais, através de Hospital Psiquiátrico Tradicional, constitui modelo ultrapassado. Nesse tipo de tratamento, há uma separação física e psíquica do internado com o mundo exterior, levando à ruptura com os papéis anteriormente desempenhados por ele, assim como a renúncia do internado à sua vontade. Portanto, há uma mutilação do sujeito, já que é despojado de seus bens, de suas vestes e de sua identidade. Dessa forma, ele aprende a conviver com um anonimato forçado, tendo a sua intimidade, liberdade e autonomia violadas pela presença constante de outras pessoas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010b).

Atualmente, existe o CAPS, que é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade ou persistência justifiquem sua

permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS possuem diversas formações de nível superior e médio numa equipe composta por: Enfermeiro, Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico, Auxiliar/Técnico de Enfermagem e pessoal de apoio (MINAS GERAIS, 2006).

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005a, p.25).

Diante do que foi exposto, pode-se concluir que é de suma importância que os transtornos mentais sejam tratados na atenção primária. Conhecer a realidade do indivíduo é fundamental para entender as causas do seu sofrimento e, a partir daí, elaborar estratégias ou formas de abordagem mais adequadas a cada situação em particular, desenvolvendo autonomia dos sujeitos para enfrentamento das situações causadoras de sofrimento. Além disso, o volume de pacientes com transtornos mentais é cada vez maior, fazendo com que o serviço especializado seja incapaz de absorver todos os casos, o que representaria um custo bastante elevado para o serviço de saúde.

É interessante que os pacientes psiquiátricos sejam inseridos na sociedade, sendo de grande valia a criação de espaços sociais para essas pessoas se encontrarem e passarem a formar um grupo. Porém, o apoio familiar também é essencial para a interação e inclusão do indivíduo na sociedade, já que o vínculo afetivo leva a melhores resultados do tratamento.

#### 4.3.2 Caso Clínico: Uma adolescente em sofrimento mental (gravidez indesejada)

A adolescência apresenta-se como um período muito importante na vida do indivíduo, constituindo etapa decisiva e um processo de transição conflitante, levando o adolescente à exposição a muitos agravos, como, por exemplo, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao consumo de álcool e drogas, e a uma atividade sexual precoce. Tudo isso pode gerar, de certa forma, crises de alto grau de ansiedade, tornando os adolescentes vulneráveis, acarretando, também, a debilidade física e mental dos mesmos, bem como a maternidade e paternidade precoces.

Como a gravidez na adolescência muitas vezes ocorre inesperadamente, ela pode acarretar uma série de episódios negativos, interferindo no desenvolvimento da jovem. Dentre eles, podem-se citar a rejeição familiar e as restrições sociais e econômicas. Sendo assim, a

adolescente pode entrar em crise, a qual é determinada por um fator criticamente duplo: a crise da adolescência somando-se à crise da gravidez.

Foi realizado, em grupo, um estudo de caso sobre sofrimento mental - gravidez na adolescência. Tal estudo é da paciente M.S.O, 14 anos, residente na zona rural de uma cidade de pequeno porte, a qual compareceu à Unidade de Saúde com queixa de náuseas frequentes, vômitos, sonolência e aumento de apetite. Suspeitando de uma gravidez, o médico da Unidade pediu um teste, o qual deu resultado positivo. Depois de saber o resultado, a adolescente passou a retornar à Unidade com frequência, não para fazer o pré-natal, afinal ainda não havia contado à sua mãe sobre a gravidez, mas com tonturas, dores de cabeça frequentes e constante vontade de chorar. Relatou que, por várias vezes, pensou em induzir um aborto e até mesmo em suicídio. Percebeu-se, então, que a paciente necessitava de acompanhamento psicológico, inserção no grupo de pré-natal e orientação quanto à importância desse acompanhamento mensal, além de apoio familiar.

A família, de origem humilde, era formada por apenas três componentes. A mãe trabalhava em casa de família, recebendo uma remuneração inferior a um salário mínimo. Sempre foi uma mulher muito religiosa e conservadora, sendo tal característica determinante na rígida criação oferecida à filha. Entretanto, sua pouca instrução a impediu de orientar a garota sobre riscos quanto ao início de uma sexualidade precoce, não lhe explicando coisa alguma sobre métodos contraceptivos, DST e gravidez.

Em uma conversa com a enfermeira da Unidade, a adolescente explicou-lhe a presente situação, dizendo-lhe também que, desde então, tem chorado constantemente, assim como se isolado de seus amigos, faltado à escola por várias vezes, e pensado, por muitos momentos, em praticar um aborto. A adolescente tem se queixado de perda de interesse nas atividades diárias, falta de ânimo, falta de apetite, de esperança, pensamentos negativos, falta de concentração, apatia, sensação de vazio e tristeza profunda, além da tentativa de suicídio, ou seja, características típicas de depressão. Ela se sentia abandonada e temerosa pela reação da família com a notícia. Além disso, sentia que seu futuro estaria comprometido, pois teria de deixar de lado o seu sonho de um dia se formar, já que, provavelmente, teria de deixar os estudos para cuidar de seu filho.

Diante do caso, foram propostas algumas ações no sentido de ajudar essa adolescente, tanto no que diz respeito à gestação quanto ao sofrimento mental, assim como prevenir o aparecimento de casos semelhante. Dentre elas, propuseram-se a criação de serviços de orientação sobre sexualidade e planejamento familiar específico para adolescentes; a orientação sexual na escola, através da intersetorialidade; o estímulo, durante

ações educativas, ao diálogo com os pais sobre a sexualidade; o trabalho de desenvolvimento da maturidade do processo cognitivo do adolescente; a criação de programas de apoio psicológico; o desenvolvimento do interesse por atividades diversas pelos jovens; e o encaminhamento da paciente ao CAPS, tendo em vista a necessidade de apoio especializado.

Porém, também é muito importante a equipe de saúde dar apoio psicológico à adolescente e trabalhar com a família, com a finalidade de fazer com que a adolescente tenha em casa o apoio necessário. É preciso que os pais ajudem-na a conseguir enfrentar a situação com o menor sofrimento possível, fazendo com que ela se sinta segura.

Em suma, é preciso que os profissionais estejam sensibilizados para olhar o paciente como um ser humano, tentando identificar, na conversa olho no olho, se há sofrimento mental. A maioria dos profissionais, especialmente médicos, seja por perfil do profissional, seja pela demanda excessiva, não consegue ver o paciente como um ser social. Com uma visão biologicista, trata os mesmos como se fossem máquinas necessitando de conserto, analisando apenas sinais e sintomas físicos, pedindo exames e receitando medicamentos, esquecendo-se de escutar o paciente. No entanto, muitos problemas que chegam à Atenção Primária poderiam ser resolvidos ou minimizados através de uma conversa.

#### 4.3.3 Resultados

Diante do que foi exposto, pude perceber a importância de realizar a escuta ativa do usuário. Muitas pessoas procuram no profissional de saúde um apoio psicológico e não seu conhecimento técnico-científico. Sendo assim, a disciplina contribuiu para me deixar mais sensibilizada a reconhecer casos de sofrimento mental, ajudando as pessoas, através do diálogo, a desenvolverem mecanismos de enfrentamento do mesmo.

#### **4.4 Disciplina 04 – Saúde da Mulher**

Essa disciplina foi organizada em quatro aulas. Na aula 01, foi abordado o tema os cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Com a finalidade de conhecer da realidade feminina local, nessa aula foi proposta a realização de um levantamento de dados do município no qual trabalhamos sobre a situação social das mulheres acima de 10 anos de idade, sendo elaborada uma análise reflexiva sobre as condições de vida dessas mulheres e suas principais estratégias de sobrevivência. Na aula 02, foi abordado o

tema Assistência durante a Gestação e o Puerpério. Nela foi realizado um fórum de discussão sobre por que apresentar assistência à mulher grávida. Já na aula 03, discutiu-se sobre Assistência Ginecológica no período reprodutivo e no climatério, na qual foi sugerida uma reflexão sobre as estratégias de superação das dificuldades encontradas em nossa UBS. Na aula 04 - Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência - foi apresentado outro fórum de discussão sobre a possibilidade de implantar atividades de saúde juntamente com outras instituições sociais de nosso município, no sentido de promover e proteger a saúde das mulheres que se encontram em situação de violência.

#### 4.4.1 Realidade Feminina Local

Foi realizado um estudo sobre o perfil das mulheres da microárea 02 da Equipe de Saúde da Família II do município de Quixeré-Ceará. Os dados foram coletados pela Agente Comunitária de Saúde da área, durante o mês de fevereiro do ano 2011. A microárea 02 possuía 157 mulheres cadastradas a partir de 10 anos de idade, sendo distribuídas da seguinte maneira: 42 adolescentes, 86 adultas e 29 idosas. A partir do estudo, foi analisado o perfil das mulheres que se encontravam na faixa etária adulta (20 a 59 anos), a qual concentrava mais de 50% das mulheres.

Com relação à origem, 72 mulheres eram do município, enquanto 14 vieram de fora. Apenas 10 eram chefes de família, apesar de 43% sobreviverem à custa do próprio trabalho. Além disso, 43% viviam do salário de algum familiar, 12 % eram aposentadas e 2% viviam de aposentadoria de familiar. A partir daí, pôde-se perceber que, apesar da grande participação da mulher, atualmente, no mercado de trabalho, menos da metade da amostra em estudo trabalhava. Um dos fatores que contribuíram para isso foi a dificuldade de ter alguém para ficar com os filhos enquanto a mulher ia para o trabalho.

Das mulheres que trabalhavam, 46% se encontravam entre 30 e 39 anos, enquanto pouco mais da metade desse número (24%) se encontrava entre 20 e 29 anos. Dessas mulheres, apenas 13% possuíam direitos trabalhistas (trabalho formal), através do serviço de funcionária pública ou do trabalho em cerâmica. Com relação à renda, 54% recebiam menos de um salário mínimo (sendo que 13% recebiam menos de meio salário), 41% recebiam cerca de um salário mínimo, e apenas 5% recebiam mais de um salário.

Com relação à escolaridade, 29% concluíram o ensino médio, porém a maioria não conseguiu concluir o ensino fundamental (63%). Uma das causas desse fato pode ser o abandono dos estudos para formar uma família, devido a uma gravidez inesperada ou a

atitudes machistas do esposo, que as impedia de continuar os estudos. Apenas 03 mulheres (5%) tinham ensino superior.

A partir dos dados da pesquisa, pôde-se perceber que a maioria das mulheres não possuía qualificação profissional necessária para conseguir trabalho que proporcionasse salários mais dignos. Desse modo, restava às mesmas a procura por trabalhos informais que não exigissem qualificação, portanto mal-remunerados.

Todos esses dados evidenciaram a dificuldade que a mulher enfrenta para garantir sua própria sobrevivência. Muitas delas têm de fazer dupla jornada de trabalho (em casa e no mercado de trabalho), com salários injustos e enfrentando preconceitos, enquanto outras dependem de terceiros para seu sustento. Esses fatores contribuem para expor a mulher a fatores de risco para a saúde, já que esta é influenciada por determinantes sociais.

#### 4.4.2 Assistência durante a Gestação e Puerpério

A gestação, apesar de ser um estado fisiológico e natural, envolve muitas mudanças: corporais, emocionais e sociais. Além disso, envolve a formação de uma nova vida, fazendo com que a gestação represente período que merece atenção especial. Dentre os cuidados na gestação, inclui-se: boa assistência ao pré-natal, com acompanhamento do desenvolvimento gestacional através de consultas; realização de vacinas e exames; assim como orientações individuais e em grupos de educação em saúde. O apoio psicológico também é muito importante, principalmente quando a gestante vivencia conflitos, já que a gravidez pode representar mudanças significativas na vida de uma mulher, como a perda de oportunidade de emprego, dificuldade para terminar os estudos, etc.

O serviço de pré-natal da Equipe II é realizado de forma conjunta (por médico, enfermeiro e dentista), através da realização de consultas alternadas entre médico e enfermeiro, mensal até o sétimo mês, quinzenal no oitavo e semanal no nono. É realizada busca ativa das gestantes com a finalidade de iniciar o pré-natal no primeiro trimestre e com o objetivo de fazer com que elas não falem às consultas. Podem ser utilizadas estratégias para realizar o atendimento integral à gestante, como marcá-las para consulta de pré-natal e acompanhamento odontológico no mesmo dia, facilitando o acesso das mesmas à Unidade de Saúde.

O acompanhamento da gestante é realizado através de exame clínico, solicitação de exames complementares e orientações individuais sobre como enfrentar as dificuldades encontradas nesse período, no sentido de preparar a gestante para o parto e puerpério.

Também são realizadas orientações coletivas no grupo de gestantes, que se encontra mensalmente para debater diversos temas, como concepção, desenvolvimento fetal, gravidez mês a mês, queixas na gravidez, parto, cuidados com o bebê, saúde bucal, amamentação, etc.

É muito importante que o pré-natal seja iniciado no primeiro trimestre de gestação. Porém, apesar da busca ativa, algumas mulheres iniciam o pré-natal tardiamente. Geralmente são casos de gravidez não planejada, quando as mulheres não aceitam a gestação, ou de adolescentes que querem esconder a gravidez da família. Nesses casos, a Equipe II tenta conscientizar essas gestantes sobre a importância do pré-natal de modo que ela compareça para acompanhamento médico, de enfermagem e odontológico.

Os profissionais da Equipe II realizam atendimento de qualidade e humanizado às gestantes e puérperas, desenvolvendo um vínculo com as mesmas, o que gera maior confiança e segurança no atendimento prestado. Conhecer o contexto social de cada gestante da área, assim como sua situação psicológica, fará com que o atendimento seja mais completo, sendo um acompanhamento da gestante ser humano e não apenas de um corpo gravídico. Desse modo, as orientações dadas a essas mulheres serão mais condizentes com a realidade.

#### 4.4.3 Assistência à Saúde Reprodutiva

O planejamento familiar é regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Para fins desta Lei, entende-se “planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996). Nesse sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as.

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve a realização de atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Portanto, toda visita da mulher à Unidade de Saúde deve constituir uma ação educativa sobre a saúde integral da mulher, e não apenas com relação ao planejamento familiar (BRASIL, 2002a).

Na equipe II, as ações de Planejamento Familiar são realizadas mensalmente, momento quando se entrega os métodos anticoncepcionais. As mulheres são chamadas pela ACS em uma data fixa no mês, sendo que, algumas vezes, é realizada uma atividade educativa, de forma não periódica, antes da entrega dos métodos. Quando a mulher vai iniciar

o uso de um método, é realizada uma consulta para orientação individual e escolha conjunta do mesmo através do aconselhamento.

Dentre os métodos disponíveis, tem a condon, a pílula, a minipílula, o anticoncepcional de emergência, o injetável mensal e o trimestral, além do DIU. A quantidade é suficiente para realizar as ações de Planejamento Familiar, porém não é capaz de suprir a escolha do usuário, pois muitas mulheres desejam usar injetáveis, mas não há disponibilidade suficiente, fazendo com que elas tenham de optar por outro método. Além disso, não existe referência para casais inférteis e contracepção definitiva, exceto para os casos de terceira cesárea, cuja laqueadura é realizada no momento do parto no hospital de referência localizado no município vizinho.

#### 4.4.4 Assistência Ginecológica no Período Reprodutivo e no Climatério

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008 apud INCA, 2011). Estima-se uma redução de até 80% na mortalidade por este câncer a partir do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como do tratamento das pacientes.

Porém, muitas são as barreiras identificadas no que diz respeito às dificuldades da mulher e à organização dos serviços de saúde para a realização do exame preventivo. Dentre elas, podem-se citar a falta de conhecimento sobre a doença e sobre o próprio corpo; vergonha; medo do resultado; baixa escolaridade; dificuldade para marcar consulta para fazer o exame; falta de prioridade por parte do profissional ou de sensibilização para a rotina do exame; ausência de encaminhamento e/ou tratamento adequado; falta de qualidade e humanização no atendimento; coleta inadequada de material; falta de organização do serviço para absorver a demanda (BRASIL, 2002b).

Na equipe II, são realizados exames citopatológico e exame das mamas na consulta à mulher, buscando-se atingir o maior número possível de mulheres. Também são realizadas atividades educativas, porém estas não são periódicas.

Os exames colhidos geralmente são de qualidade satisfatória. Quando o resultado apresenta alguma alteração menos complexa, é realizada referência para uma ginecologista no

município para realização de colposcopia. Já em casos mais graves, a referência é feita para o ICC. As mamografias são referenciadas para o município vizinho.

Atualmente, as mulheres que fazem o exame papanicolau procuram o serviço por iniciativa própria. Além disso, não há registros em um único instrumento, mas apenas nos prontuário de cada mulher, não sendo possível realizar monitoramento e avaliação das ações. Porém, está sendo iniciado um cadastramento de todas as mulheres da área para que seja realizada busca ativa das mulheres que estejam com exame atrasado, assim como o monitoramento da cobertura das ações e da incidência e prevalência de lesões, permitindo avaliação da situação de saúde da mulher e do impacto das ações de saúde.

#### 4.4.5 A Mulher Vítima de Violência

A lei 11.340/06, em seu artigo 5º, conceitua violência doméstica como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”, no âmbito da unidade doméstica, familiar ou qualquer relação íntima de afeto (BRASIL, 2006a). Embora muitas vezes o álcool, drogas ilegais e ciúmes sejam apontados como fatores que desencadeiam a violência contra a mulher, a raiz do problema está na maneira como a sociedade dá mais valor ao papel masculino, já refletido desde a educação dos filhos.

Uma atitude de violência extrema pode iniciar até mesmo da violência moral e evoluir para uma situação mais grave. É o ciclo da violência doméstica: primeiro, vem a fase da tensão, que corresponde ao desrespeito, intimidações e ameaças, constrangimento público, numa espécie de violência psicológica; em seguida, vem a fase da explosão, que corresponde à violência física propriamente dita; depois vem a fase de reconciliação, em que o agressor manifesta arrependimento e promete mudar de comportamento, fazendo a mulher acreditar que aquilo não vai mais voltar a acontecer (SOUSA, 2007 apud CARMO; MOURA, 2010). Desse modo, é importante a mulher denunciar logo nas primeiras agressões, pois o quadro pode evoluir para um homicídio.

Porém, muitas mulheres agredidas sofrem caladas e não pedem ajuda. As vítimas geralmente não denunciam o agressor por vergonha ou medo, já que geralmente ele faz ameaças contra ela ou contra entes queridos. Além disso, muitas dependem emocionalmente ou financeiramente do agressor.

Desse modo, a violência contra a mulher representa um caso de saúde pública. Muitas das mulheres que recorrem aos serviços de saúde, com reclamações de enxaquecas,

gastrites, dores difusas e outros problemas vivem situações de violência dentro de suas próprias casas, embora a maioria delas não relate que viveu ou vive em situação de violência doméstica. Por isso é extremamente importante que os profissionais de saúde sejam treinados para identificar, atender e tratar as pacientes que se apresentam com sintomas que podem estar relacionados a abuso e agressão.

A decisão de fazer ou não a denúncia deve ser da vítima, que nem sempre leva a acusação até o fim e, geralmente, ainda volta a conviver com o parceiro. Porém, cabe aos profissionais de saúde apoiar e esclarecer essas mulheres, ajudando-as a refletir sobre as consequências de "fechar os olhos" para o que está acontecendo. Para aquelas que tiveram coragem de denunciar o agressor, é importante que os profissionais façam um acompanhamento psicológico no sentido de tranquilizá-la e de restaurar a sua auto-estima, já tão afetada.

Apesar de os casos de violência doméstica dificilmente chegarem à Equipe II, esta tem conhecimento sobre a existência de muitos deles. Geralmente, são casos de violência rotineira, já encarados pelas vítimas e conhecidos como algo comum, visto que não se apresentam como casos graves, fazendo com que as vítimas se acomodem e não denunciem seus agressores, passando a se acostumar a conviver com a situação de violência.

No entanto, realizar a notificação do caso de violência doméstica é algo muito delicado, especialmente em cidades pequenas do interior, onde todo mundo se conhece. Nesses locais, é muito difícil garantir o sigilo absoluto, criando uma situação de risco para as pessoas que notificaram ou que sejam suspeitas de realizar a acusação. Afinal, a justiça brasileira ainda é muito falha.

#### 4.4.6 Resultados

A disciplina foi importante para a minha atuação profissional no sentido de me deixar mais sensibilizada a apoiar as gestantes que estejam vivendo situação de conflito, assim como as mulheres vítimas de violência. Apesar de nem sempre podermos fazer algo concreto, estar disposto a escutá-las constitui importante mecanismo de melhorar a sua auto-estima, aumentando sua capacidade de reagir diante dos seus problemas.

#### **4.5 Disciplina 05 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família**

Essa disciplina foi dividida em quatro aulas. Na aula 01 - As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde – foi sugerida a elaboração de um texto sobre nossas experiências no tocante às questões ambientais. A aula 02 tratou da evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador. Já na aula 03 – Importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil – foi realizado um fórum no qual deveríamos selecionar uma notícia atual sobre acidentes de trabalho no Brasil e fazer uma análise crítica da mesma, situando o contexto social em que tal acidente aconteceu, como poderia ser evitado, como as políticas públicas têm se posicionado diante dessa realidade de crescimento dos acidentes de trabalho no Brasil. A aula 04 discutia sobre Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia Saúde da Família.

##### **4.5.1 As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde**

A transição da sociedade primitiva para a sociedade moderna levou ao distanciamento entre o homem e a natureza. Nas sociedades primitivas, as formações sociais eram essencialmente rurais, dedicadas à agricultura e à pecuária, voltadas à satisfação das necessidades básicas da população (HERRERA, 1990 apud RIGOTTO, 2002). Porém, nas sociedades modernas, a interdependência do homem com a natureza é rompida, havendo uma relação de dominação e agressão ao ambiente decorrente do modo de produção capitalista.

Sendo assim, um dos fatores que mais contribuem para a degradação da natureza e poluição das mais variadas formas é o desenvolvimento industrial aliado ao capitalismo consumista. O homem, nos dias atuais, considera-se na obrigação de consumir algo. A verdadeira necessidade não é mais primordial no ato de consumo, as mercadorias duráveis foram transformadas em perecíveis, sua vida útil foi diminuída propositalmente, os produtos passaram a ser substituídos periodicamente, devido ao estímulo à novidade.

Desse modo, o estímulo ao consumismo exacerbado de bens faz com que as indústrias produzam cada vez mais, enquanto a mídia se ocupa de manter sempre as pessoas com desejo de consumir. Muitas das coisas que a sociedade moderna consome são desnecessárias, especialmente com o avanço tecnológico e da informação. A cada dia saem produtos mais modernos, com funções e capacidades mais avançadas, como celulares, computadores, televisores e demais aparelhos eletroeletrônicos. Isso gera um desejo nas

peças de “descartar” o seu objeto antigo para irem à procura de um mais moderno. Não se pode deixar de citar o consumo de vestimentas, calçados, bolsas, além do desperdício de comida e água. Como consequência, há produção de grande quantidade de lixo que, muitas vezes, não encontra lugar adequado para armazenamento, causando um problema que vai se acumulando cada vez mais.

Além da grande produção de lixo, outro problema relevante é a degradação crescente dos recursos hídricos. A poluição biológica das águas consiste na elevada quantidade de coliformes fecais e na presença de resíduos que possam produzir transformações biológicas consideráveis e influenciar diretamente a qualidade de vida dos seres que habitam o meio aquático ou que dele tiram o seu sustento (LIMA, 1995 apud SOARES; SALGUEIRO; GAZINEU, 2007).

No Brasil, a carência de redes de água e esgoto faz com que os dejetos sejam jogados para mares, rios, lagos e mananciais, levando à poluição da água. Com isso, aparecem doenças, como a leptospirose, hepatite, diarreia e cólera, levando a internações hospitalares que poderiam ser evitadas se houvesse maior investimento em saneamento básico. Também se tem constatado que a escassez dos recursos hídricos tem se tornado um dos mais graves problemas. No entanto, faz-se necessário não apenas investir em saneamento básico, mas esclarecer a população sobre a necessidade de economizar água, opções de tratamento da água para consumo humano, além da importância de não jogar dejetos perto dos rios e lagos.

No que diz respeito à poluição do ar, esta é uma mistura de gases residuais, poeiras e outras pequenas partículas formadas na atmosfera. Ela pode ser causada por fatores naturais - tempestades de areia, atividades vulcânicas - ou fatores artificiais causados pelas atividades do homem, como emissão de combustíveis de automóveis, queima de combustíveis fósseis em geral, materiais radioativos, queimadas, dentre outros (SOARES; SALGUEIRO; GAZINEU, 2007).

Porém, não se pode falar em saúde e preservação ambiental sem falar em educação. Para Carvalho (2001) citado por Moreira (2010) a educação ambiental está associada com a tradição da educação popular que compreende o processo educativo como prática social de formação de cidadania, formando sujeitos políticos capazes de agir criticamente na sociedade. Sendo assim,

a educação ambiental assume cada vez mais uma função transformadora, na qual a co-responsabilização dos indivíduos torna-se um objetivo essencial para promover um novo tipo de desenvolvimento – o desenvolvimento sustentável (JACOBI, 2003, p.5).

O que se espera para a preservação do meio ambiente é que as indústrias tenham o compromisso de utilizar os bens da natureza sem destruí-la. Para isso, ela pode: minimizar o impacto dos resíduos da produção no ambiente; reciclar e reutilizar produtos; realizar gasto com pesquisa e desenvolvimento de tecnologias a médio e longo prazo; executar programas internos de educação ambiental, visando conscientizar seus empregados das novas diretrizes.

Em suma, é notável a transformação ocorrida ao longo do tempo na relação homem-natureza e o seu impacto sobre a vida e a saúde das pessoas, caracterizando a crise ambiental. É preciso criar comunidades sustentáveis, procurando encontrar meios de produção, distribuição e consumo dos recursos existentes de forma mais coesiva, economicamente eficaz e ecologicamente viável (BARBOSA, 2008). Caso contrário, o homem continuará caminhando para a sua própria destruição, pois fazemos parte da natureza e dependemos dela.

#### 4.5.2 A Saúde do Trabalhador

Surgido no início dos anos 1980, o movimento da Saúde do Trabalhador tem o propósito de “contribuir para a melhoria das condições de vida e mudança do perfil de adoecimento e de morte dos trabalhadores, por meio de transformações dos processos de trabalho, com a participação efetiva destes” (PINHEIRO, 2005, p.9). Dentre as contribuições desse movimento, houve a incorporação da atenção à saúde dos trabalhadores às atribuições do Sistema Único de Saúde, determinado pela Constituição de 1988, e, dois anos depois, na Lei nº 8.080, de 1990, foi reafirmada a inclusão da execução das ações de Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS.

Apesar das dificuldades para a implementação, de fato, dessas conquistas, a grande contribuição desse movimento foi trazer para dentro do sistema de saúde a discussão sobre a contribuição dos processos produtivos para a geração do adoecimento e morte dos trabalhadores e da população. No entanto, para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania, é necessário que a formulação e implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais.

Sendo assim, fez-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST - que tivesse por objetivos promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência; explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões específicas de Saúde do Trabalhador dando visibilidade à questão; viabilizar a pactuação intra e intersetorial; e fomentar a

participação e o controle social (BRASIL, 2004a). Essa Política busca a superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares (BRASIL, 2005b, p.5).

Sendo assim, os trabalhadores são expostos a vários fatores que afetam a sua saúde tanto pelo desgaste que o trabalho ocasiona (doenças ocupacionais) quanto pelo risco de acidentes no trabalho.

Os acidentes de trabalho constituem o principal agravamento à saúde dos trabalhadores no Brasil e pode ser definido, segundo consta na lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, em seu Art. 19, como

o acidente que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais. No mesmo período, o INSS concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido a acidentes do trabalho, correspondendo à média de 3.235 auxílios-doença e aposentadorias por invalidez por dia útil. No mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2005c). Não se pode esquecer que no Brasil é muito grande o número de trabalhadores informais, cujos acidentes de trabalho não entram nessa contagem. Isso demonstra que muitos dos acidentes de trabalho não são notificados, e que os números acima citados são, na realidade, bem maiores.

Enfim, é muito importante que as empresas ofereçam boas condições de trabalho, de modo que venham a reduzir os riscos à saúde dos trabalhadores e dos acidentes de trabalho. Porém, muitas delas oferecem condições de trabalho insalubres, elevada jornada de trabalho e, muitas vezes, não disponibilizam equipamentos de proteção individual ou não

oferecem treinamento para os trabalhadores quanto à importância e maneira de utilizar tais equipamentos, aumentando o risco à saúde. Desse modo, é preciso que a Vigilância em Saúde do Trabalhador seja atuante e que o processo de implantação da mesma seja realizado de forma efetiva em todo o país.

#### 4.5.3 Resultados

Essa disciplina foi importante para que nos tornemos multiplicadores do conhecimento, em busca da criação de comunidades sustentáveis como forma de preservação do meio ambiente. Além disso, a equipe passou a dar maior importância à saúde do trabalhador, preocupando-se mais em prevenir e notificar os acidentes de trabalho.

#### **4.6 Disciplina 06 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal**

Essa disciplina foi dividida em seis aulas. Na aula 01, sobre Políticas de Saúde Bucal, foi pedido que fizessemos uma reflexão sobre a Unidade de Saúde na qual trabalhamos. Na aula 02, foi abordado sobre o Processo de trabalho e a organização da saúde bucal na Atenção Básica. Já na aula 03, que abordou a Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: Gestantes e Bebês, foi aberto um fórum no qual relatamos a experiência de nossa Equipe de Saúde da Família em se trabalhar a atenção à Saúde Bucal de gestantes e bebês; enquanto que na aula 04, que tratava da Saúde Bucal de crianças, adolescentes e adultos, foi discutido em outro fórum sobre as dificuldades que nossa Equipe tem encontrado ao organizar a atenção à Saúde Bucal das crianças, adolescentes e adultos e sobre a superação da fragmentação existente entre atendimento médico-enfermagem e odontológico. Na aula 05, que abordou a Saúde Bucal do idoso, foi sugerida uma pesquisa, fazendo uma análise crítica sobre as causas da condição de mutilação dentária dos idosos brasileiros, comparando a situação em nível nacional, Nordeste, Ceará e no nosso município. Finalizando, a aula 06 abordou o tema de Promoção da Saúde Bucal.

##### 4.6.1 A Situação de Saúde Bucal ao Longo dos Anos

Ao longo dos anos, as mudanças no contexto social, econômico e político no Brasil influenciaram a Saúde e a Odontologia. A prática que prevaleceu por muito tempo obedecia ao modelo de produção capitalista, caracterizado pela prática autônoma da

Odontologia, na qual o profissional era o dono dos meios de produção, estabelecendo diretamente as condições de trabalho e remuneração. No sentido de mudar a prática da odontologia de mercado, surgiu a Odontologia Sanitária (década de 50), que utilizava o sistema incremental como “proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela odontologia nas décadas anteriores” (CORRÊA, 1985 apud NICKEL; LIMA; SILVA, 2008, p.2), mostrando-se tecnicista e excludente, pois priorizava escolares de 7 a 14 anos. Nas décadas de 60-70, surgiram várias outras propostas, como a Odontologia Preventiva e Social, a Odontologia Comunitária ou Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral. Porém, nenhuma delas conseguiu romper com a hegemonia da odontologia de mercado.

Na década de 80, surge a Saúde Bucal Coletiva, que, segundo Frazão (1999, p.18), “pretende substituir toda forma de *tecnicismo* e de *biologismo* presentes nas formulações específicas da área da odontologia social e preventiva”. Além disso, reforça o compromisso histórico da Saúde Bucal Coletiva com a qualidade de vida na sociedade e com a defesa da cidadania, tanto da ação predatória do capital quanto da ação autoritária do Estado (FRAZÃO, 1999).

Sendo assim, o objetivo da Saúde Bucal Coletiva é romper com a odontologia de mercado, que é caracterizada fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas elites. Com a implantação do SUS, a saúde bucal passou a receber maior atenção do Estado, havendo a inserção da mesma no Programa Saúde da Família e a criação da Política nacional de Saúde Bucal.

#### 4.6.2 O cenário atual do Serviço de Saúde com a incorporação da Odontologia no Programa de Saúde da Família

A organização do modelo de atenção através de “linhas do cuidado” permite a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, no sentido da integralidade. Além disso, devido ao seu potencial de resolutividade, esse tipo de organização possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004b).

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Equipe II, município de Quixeré-Ceará, trabalha por linhas de cuidado. Os grupos são divididos em crianças menores de 05 anos, crianças, gestantes, adolescentes, adultos, idosos e pacientes com necessidades especiais.

Através desse tipo de organização, busca-se garantir atendimento integral e acesso aos usuários, na medida em que a capacidade do serviço suporta, dando prioridade aos casos de dor, infecção e sofrimento, casos estes em que o usuário tem acesso prioritário imediato.

Além da assistência, são realizadas ações de promoção, prevenção e tratamento dos problemas bucais, tanto no nível individual quanto coletivo, já que “o sistema de atendimento utilizado no PSF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção” (SOUZA, *et al.*, 2001 apud NICKEL; LIMA; SILVA, 2008, p.4). Porém, a reabilitação ainda deixa a desejar, assim como outros serviços especializados, já que o município não oferece próteses dentárias, tratamento endodôntico nem cirurgias bucais, e não há para onde referenciar, fator que reduz a resolutividade das ações de saúde bucal.

O planejamento da escala de trabalho é feito buscando-se dedicar 75% dos turnos de trabalho para atendimento clínico e 25% para outras atividades (planejamento, atividades educativas, ações coletivas, reuniões, etc). Também é realizado um trabalho interdisciplinar e multiprofissional dentro da Equipe II, pois o médico e o enfermeiro encaminham para a dentista os usuários que estejam em condições precárias de saúde bucal, assim como a dentista encaminha para aqueles profissionais os usuários que estejam com alguma complicação sistêmica, permitindo realizar uma atenção mais integral ao usuário, tornando as ações mais resolutivas.

Tem-se desenvolvido, há 10 anos, um trabalho intersetorial dentro das escolas e creches municipais e de algumas escolas privadas. Foi implantado um Programa de Saúde Bucal chamado Quixeré: Um Sorriso Novo, que inclui ações coletivas em saúde bucal, como escovações e bochechos fluoretados semanais nas escolas e escovação diária nas creches, no sentido de reduzir o risco de cárie nos escolares. Essas atividades são realizadas pelos funcionários das escolas (escovação indireta). A Equipe de Saúde Bucal frequenta as escolas mensalmente para realizar atividades educativas e a aplicação de flúor gel (que é feita duas vezes ao ano em todos os alunos, inclusive nas creches). Isso gera maior proximidade dos profissionais com a população, facilitando o vínculo, além de reduzir o risco de cárie nos escolares.

Atualmente, as atividades desse Programa foram absorvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Agora, a ESB não vai isoladamente, mas junto com os demais membros da ESF. Enquanto o médico e o enfermeiro realizam avaliação de crescimento e desenvolvimento, a ESB realiza, além das atividades citadas anteriormente, um levantamento de necessidades de todos os estudantes, classificando-os em grau de necessidade de

atendimento. Todos os dados são registrados em planilhas e os estudantes são chamados para o atendimento. É importante lembrar que todo esse trabalho (com exceção do bochecho) também é realizado nas creches, e foi responsável pela redução da cárie em 50% aos 12 anos (CPOD – 2,12), segundo levantamento epidemiológico realizado no município de Quixeré em 2006.

Algumas ESBs do município encontram barreiras por parte dos funcionários da Educação para realizarem esse trabalho. Porém, tal fato não acontece na minha área de abrangência, já que todos os funcionários das escolas e creches são muito comprometidos com as ações de saúde bucal e têm ótimo relacionamento com a ESB, trabalhando sempre juntos.

O levantamento epidemiológico realizado em 2006 no município de Quixeré também evidenciou outro dado, que foi o alto índice de cárie aos 5 anos (apenas 37,31% das crianças livres de cárie). Como as crianças entram na creche por volta dos três anos, tempo suficiente para desenvolver o processo de cárie, deduziu-se que as atividades do Quixeré: Um Sorriso Novo não estava impedindo o aparecimento de cárie na população menor de 05 anos, já que muitas chegavam à pré-escola com o problema já instalado. Isso levou à criação, em 2007, de um projeto chamado Sorria Quixeré, que permite o acompanhamento da criança desde a fase intra-uterina, através do acompanhamento das gestantes, até ela completar os 05 anos, no sentido de se promover melhoria do aleitamento materno e das condições de saúde bucal dessas crianças e das gestantes, agindo preventivamente, mas também com ações curativas.

Esse trabalho é iniciado na gestação, sendo realizado atendimento clínico das gestantes, com busca ativa das mesmas através dos ACS, de forma que sejam acompanhadas até o final da gestação. A cada 3 meses, é entregue à gestante um kit contendo uma escova e um creme dental. A cada consulta, além do procedimento clínico, é realizada escovação supervisionada e aplicação de flúor, já que a gestante é grupo de risco para cárie e doença periodontal, devido a mudanças hormonais, vômitos frequentes e aumento da frequência de alimentação, levando à maior risco de desmineralização do esmalte e aparecimento de cáries. Além do atendimento clínico, com ações preventivas e curativas, também há realização de atividades educativas com o grupo de gestantes, que se reúne mensalmente para discutir sobre temas diversos, dentre eles a saúde bucal.

Quando a criança nasce, é realizada visita domiciliar à mesma, no primeiro mês de vida, para reforçar as orientações já dadas na gestação sobre a importância do aleitamento materno, os malefícios do uso de chupetas e mamadeiras e sobre a realização da higiene bucal

do bebê. Nesse momento, a criança é examinada para avaliação das suas condições bucais, como a presença de fenda palatina, dentes neonatais, pérolas de esmalte ou infecções por cândida, assim como é feita a demonstração para a mãe de como realizar a higiene bucal do bebê.

As crianças são acompanhadas anualmente pelo dentista, até completarem dois anos, sendo realizada aplicação de flúor e reforço das orientações dadas até o momento sobre os hábitos deletérios e higiene bucal. Essas crianças são chamadas através das ACS e suas mães participam de uma atividade educativa antes do atendimento. Todas as ações são registradas em planilhas e atualizadas mensalmente, assim como no cartão de vacina da criança, permitindo controle e avaliação. A partir dos dois anos, as crianças são chamadas para atendimento clínico no consultório. Todas as crianças que já possuem algum dente recebem utensílios de higiene bucal, de acordo com a idade. A entrega é realizada em domicílio, pelo ACS, a cada 03 ou 04 meses.

No que diz respeito aos adultos, há uma dificuldade maior em trabalhar com esse grupo, pois muitos deles trabalham durante todo o dia, e o serviço não oferece horário alternativo para trabalhadores. Desse modo, nos períodos em que as empresas buscam mão-de-obra, a procura pelo serviço diminui. Quando as empresas a dispensam, então a procura pelo serviço aumenta, e as pessoas têm pressa de conseguir o tratamento até a próxima temporada. Quando se fala de educação em saúde, é ainda mais complicado formar esses grupos.

#### 4.6.3 Saúde Bucal do Idoso

Os idosos da atualidade perderam a maior parte dos seus dentes devido ao modelo assistencial predominante na época em que eles receberam cuidados em saúde bucal, modelo cuja prática predominante era mutiladora. Aliado a isso, outros fatores que contribuíram para o edentulismo da população de idosos são as precárias condições de vida, já que muitos não tinham condições de comprar escova e creme dental, baixa oferta e cobertura de serviços, que, quando existiam, eram privados e de alto custo, além do fator cultural, que faz com que as pessoas achem “normal” perder os dentes com o avançar da idade.

Em 2003, foi realizado no Brasil um levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, o SB BRASIL 2003. Dentre os grupos etários examinados, estava a população de 65 a 74 anos (idosos). O levantamento nessa população revelou um índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) nacional de 27,8, ou seja, de 32 dentes, quase 28 já tinham sido

acometidos por cárie, sendo que o componente perdido foi responsável por 90% desse índice (BRASIL, 2004d). Quando se fala de Ceará, a situação é ainda pior (28,35), como mostrou o levantamento realizado em 2004, o SB Ceará, seguindo as orientações do levantamento nacional (VIEIRA, *et al.*, 2010).

No município onde trabalho (Quixeré), também foi realizado um levantamento epidemiológico em 2006, seguindo as mesmas orientações do SB BRASIL 2003. A partir dele, foi diagnosticada a situação de saúde bucal da população de 65 a 74 anos do município de Quixeré, obtendo-se um CPOD 30 para essa faixa etária, sendo que o componente perdido foi responsável por 97,38%. Todos esses dados demonstram que é muito grande o número de idosos desdentados, o que leva ao grande número de usuários de próteses ou de necessidade das mesmas.

Diante de toda essa situação, ainda estamos longe de atingir as metas preconizadas pela OMS previstas para o ano 2000, que foi ter 50% da população idosa com 20 ou mais dentes na boca. Os idosos estudados no SB BRASIL atingiram apenas 10,23% dessa meta, no Nordeste 11,07%, no Ceará 10,63% e em Quixeré 13,92%. É preciso realizar atividades preventivas e buscar desenvolver o autocuidado nos jovens e adultos de hoje para, no futuro, a situação bucal dos idosos ser apresentada com um quadro bem diferente da atualidade. Há um longo caminho a percorrer.

Com relação aos idosos, na Equipe II há acompanhamento dos mesmos através da realização do exame de prevenção do câncer bucal e de orientação sobre higiene bucal e uso de próteses. Antes do atendimento, é realizada uma atividade educativa, orientando, inclusive, a realização do auto-exame. Porém, tenho encontrado dificuldades em trabalhar com esse grupo devido à resistência para ir ao dentista, por medo de ser encontrada alguma lesão. Além disso, não há serviço especializado para onde referenciar os usuários que dele necessitam, comprometendo a garantia da continuidade do cuidado.

Apesar das dificuldades, muito tem sido feito para que o processo de trabalho em saúde bucal siga o que recomenda a Política Nacional de Saúde Bucal. Porém, ainda há muito a ser melhorado, visto que a garantia de integralidade, um dos maiores entraves da saúde bucal na atualidade, ainda não é uma realidade em muitos municípios. Esse é um problema que só será resolvido havendo uma organização da atenção secundária.

#### 4.6.4 Resultados

A partir dessa disciplina, passei a intensificar ainda mais as ações de Promoção da Saúde e Educação em Saúde. Através dessas práticas, podemos desenvolver o autocuidado nos indivíduos, com o objetivo de que eles não cheguem à situação de edentulismo dos idosos da atualidade.

#### **4.7 Disciplina 07 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência**

Essa disciplina foi organizada em quatro aulas. São elas: Aula 1- A magnitude da PcD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde; Aula 2: Deficiência Visual; Aula 3: Deficiência Auditiva; Aula 4: Deficiência Física. Foi discutido em fórum sobre as conquistas legais da pessoa com deficiência nas questões de saúde e atendimento implementado na nossa unidade de trabalho. Também foi realizada uma reflexão acerca da questão das deficiências visual e auditiva e as implicações no atendimento em saúde. Em seguida, de posse do roteiro de observação disponível na aula, foi proposta uma avaliação das condições de acessibilidade de uma unidade básica ou uma unidade hospitalar ou a residência de algum deficiente físico.

##### **4.7.1 A Magnitude da PcD na Sociedade, Dados Epidemiológicos, Legislação e Direitos focados na Saúde**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997) , deficiência é o termo usado para definir “perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais” (BRASIL, 2006b, p.11). A expressão pessoa com deficiência pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua uma deficiência. Contudo, há que se observar que, em contextos legais, ela é utilizada de uma forma mais restrita e refere-se a pessoas que estão sob o amparo de uma determinada legislação.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como propósitos

reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2008b, p.27).

Dentre as diretrizes dessa Política, encontram-se a promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência; assistência integral à saúde dessas pessoas; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e

funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; e capacitação de recursos humanos.

A atenção à pessoa portadora de deficiência tem como objetivo a “inclusão da pessoa portadora de deficiência em sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades” (BRASIL, 2008b, p.45). A inclusão social das pessoas com deficiências significa torná-las participantes da vida social, econômica e política, assegurando o respeito aos seus direitos no âmbito da Sociedade, do Estado e do Poder Público.

#### 4.7.2 Deficiência Visual

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 1% da população mundial é portadora de algum tipo de deficiência visual. A expressão “deficiência visual” se refere ao espectro que vai da cegueira até a visão subnormal, também chamada de baixa visão, que é a alteração da capacidade funcional decorrente de fatores como rebaixamento significativo da acuidade visual, redução importante do campo visual e da sensibilidade aos contrastes e limitação de outras capacidades (GIL, 2001).

Dentre as causas dos defeitos de visão, elas podem ter caráter hereditário, como glaucoma; ter histórico pessoal, como hipertensão, diabetes e outras doenças sistêmicas; podem também ocorrer devido à senilidade, como a catarata e doenças degenerativas; à falta de cuidados pré-natais e prematuridade; traumatismos em acidentes de trabalho e não imunização de mulheres em idade fértil contra a rubéola. Nos países em desenvolvimento as principais causas são infecciosas, nutricionais, traumáticas e causadas por doenças como as cataratas. Nos países desenvolvidos são mais importantes as causas genéticas e degenerativas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c).

Visto que alguns dos fatores causadores de perda da visão são de responsabilidade da Atenção Primária, as ações da Estratégia Saúde da Família são de grande importância na prevenção desse tipo de deficiência. Isso quer dizer que um bom funcionamento dos Programas de hipertensão e diabetes, imunização, pré-natal e ações em Saúde do Trabalhador, oferecendo-se não só a assistência, mas, sobretudo, ações de educação em saúde, poderiam evitar muitos casos de deficiência visual. Além disso, também é importante o diagnóstico precoce de alterações visuais pela ESF, no sentido de se encaminhar para avaliação oftalmológica e realização de tratamento.

Todos nós temos formas muito pessoais que usamos para nos orientar no espaço, são os diversos “sistemas-guia”, e a visão constitui um desses sistemas-guias. Desse modo, os cegos precisam recorrer a outros tipos de sistema-guia, como o tipo de calçamento da rua, as curvas de um trajeto, sons e ruídos e até mesmo pistas olfativas (GIL, 2001). Isso demonstra que, apesar de o deficiente visual não possuir um dos principais sistemas-guia (a visão), ele desenvolve outras habilidades que o tornam capazes de levar uma vida quase normal. Todos os que rodeiam o deficiente visual precisam se conscientizar de que suas relações interpessoais podem ser saudáveis e baseadas na reciprocidade, pois ele é uma pessoa total e capaz.

Diante do que foi exposto, o profissional de saúde deve buscar uma comunicação com o portador de deficiência visual de modo a facilitar a captação da informação. É interessante que o ambiente esteja preparado para o fluxo dessas pessoas, não havendo degraus nem obstáculos para o seu trânsito dentro da Unidade de Saúde e dos consultórios, porém, caso existam, deve-se sempre indicar a localização de portas e objetos por onde ele deseja passar. Além disso, é importante que o profissional se mostre acolhedor, fazendo com que o paciente se sinta à vontade e aceito; ao falar, deve dirigir-se ao cego, não ao seu guia; não há necessidade de aumentar o tom de voz e deve-se avisar ao entrar e sair do ambiente. É essencial que o profissional fale para o paciente cego tudo o que vai ser feito ao realizar exame físico e/ou procedimentos clínicos, para que o paciente concorde antecipadamente, dando autorização para a realização do mesmo.

#### 4.7.3 Deficiência Auditiva

A deficiência auditiva (também conhecida como hipoacusia ou surdez) constitui a incapacidade parcial ou total de audição. Segundo a OMS, cerca de 1,5% da população dos países em desenvolvimento tem problemas relativos à audição. Ela pode ser de origem congênita, causada por virose materna, doenças tóxicas desenvolvidas durante a gravidez, ou adquirida, causada por ingestão de remédios que lesam o nervo auditivo, exposição a sons impactantes, viroses, predisposição genética, meningite, etc (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

A prevenção de problemas auditivos pode ser dar em três níveis: primário, secundário e terciário. O primário diz respeito às ações que antecedem o problema da surdez, como vacinação de jovens contra rubéola, já que a rubéola constitui uma das principais causas de surdez congênita em nosso País (REDONDO; CARVALHO, 2000), acompanhamento de

pré-natal, campanhas de vacinação infantil contra sarampo, caxumba, meningite, etc, realização de atividades educativas para as mães. A secundária refere-se ao diagnóstico precoce, uso de próteses em crianças e acompanhamento fonoaudiológico, no sentido de minimizar as consequências da surdez. A terciária inclui ações que melhoram o desempenho da pessoa, como educação especial (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

Desse modo, faz-se necessário, além dos cuidados primários em saúde para prevenção de problemas auditivos, também realizar acompanhamento de saúde dos portadores desse tipo de deficiência de modo a facilitar a comunicação com os mesmos. Como a audição desempenha um papel importante e decisivo no desenvolvimento e na manutenção da comunicação por meio da linguagem falada, é necessário desenvolver outros meios de comunicação pelos portadores desse tipo de deficiência. Entre os muitos instrumentos usados para comunicação não oral, figura a linguagem dos sinais. No entanto, alguns surdos têm a habilidade de fazerem a leitura labial, podendo-se utilizar este recurso na comunicação com o paciente.

Sendo assim, o profissional deve reconhecer a habilidade de cada paciente e desenvolver uma maneira individualizada de se comunicar com cada um. Se for utilizar a leitura labial, o profissional deve se posicionar de frente ao surdo e falar pausadamente. Para os que perderam a audição após a idade adulta e que foram alfabetizados, pode-se lançar mão da escrita. O importante é que o paciente seja aceito do jeito que ele é e receber um atendimento humanizado.

Porém, a luta para que o surdo ocupe o seu espaço perante a sociedade não deve ser só dele, ou seja, é preciso que toda a sociedade participe na inclusão social do deficiente auditivo. É fundamental que cada um faça sua parte, usando de todos os meios para atenuar as dificuldades impostas pela surdez. Receber o surdo e facilitar seu acesso a todos os espaços sociais (escola, parques, festas, empresas, teatros, cinema, museus, serviço de saúde etc.) é a contrapartida para que exista realmente integração e participação.

#### 4.7.4 Deficiência Física

Segundo o Decreto nº 3.298 de 1999, da legislação brasileira, no seu artigo 4º, a deficiência física, é

alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia

cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Para Amiralian, *et al* (2000), a deficiência física refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso, produzindo quadros de limitações físicas de graus variáveis. Já a incapacidade, envolve a restrição para desempenhar uma atividade normal para o ser humano, enquanto que a desvantagem caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social.

Para que as pessoas com deficiência física possam exercer o direito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho e fortalecer sua participação como cidadãos, há necessidade de se atingir alguns objetivos, como o direito à acessibilidade em edificações de uso público (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007). Nos últimos anos, tem-se notado uma preocupação progressiva com as questões de acessibilidade de pessoas com deficiência física aos espaços, sejam eles de uso público ou não. Entretanto, a maioria dos prédios públicos ainda não está estruturada para receber um portador de deficiência física, especialmente as Unidades Básicas de Saúde da Família.

É preciso que os gestores estejam sensibilizados para realizar reformas nas UBASFs de modo a facilitar o fluxo de portadores de deficiência física. Para isso, seriam necessários cuidados com o piso (antiderrapante e sem degraus, presença de rampas), presença de portas com largura adequada, paredes com corrimão, altura de pias e vasos acessíveis aos cadeirantes, tamanho dos cômodos adequados (salas, banheiros, etc), dentre outros.

Porém, além da estrutura física adequada, a atuação profissional no atendimento ao portador de deficiência física também é relevante. Um atendimento humanizado faz com que o portador de deficiência se sinta um ser capaz, mesmo diante das dificuldades. A prioridade deve ser considerada no atendimento a esse paciente. Além disso, os profissionais podem esclarecer a comunidade sobre as dificuldades que os portadores de deficiência encontram para ter acesso à Unidade de Saúde e sobre seus direitos, assim como mobilizá-la para reivindicar reforma na estrutura da Unidade, fazendo-a reconhecer seu poder através da participação popular e do controle social.

A deficiência física pode ter várias etiologias, entre as principais estão os: fatores genéticos, fatores virais ou bacterianos, fatores neonatal, fatores traumáticos (especialmente os medulares). Desse modo, é importante prevenir o aparecimento de novos casos através do acompanhamento adequado da gestante, no pré-natal, e da criança (vacinação, etc), assim

como realizar atividades educativas com intuito de prevenir acidentes, uma das principais causas de deficiência física. Essas ações podem ser realizadas pela equipe de saúde da família.

Apesar de a inclusão social da pessoa com deficiência estar amparada por uma legislação, ainda é notória a dificuldade que o deficiente físico, assim como os portadores de outras deficiências, encontra para conviver em sociedade. Muitos dos seus direitos ainda não são respeitados, seja por preconceito ou pela falta de conscientização/sensibilidade para a causa.

#### 4.7.5 Resultados

A partir dessa disciplina, tornei-me capaz de realizar um atendimento de forma mais adequada às necessidades particulares de cada portador de deficiência. Isso quer dizer que tenho buscado reconhecer outras habilidades nos portadores de deficiência que ajudem na relação profissional-paciente, reconhecendo cada um deles como um ser único e capaz.

### **4.8 Disciplina 08 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde**

Essa disciplina foi organizada em quatro aulas. As aulas 01 e 02 abordaram o tema interdisciplinaridade, sendo proposta uma discussão no fórum sobre as diversidades do conhecimento, habilidades e atitudes construindo as diferenças dos fatos e fenômenos em saúde da família. A aula 03 abordou a Integralidade Atuando em uma Universalidade de Diferenças entre Famílias, ao final da qual foi construída uma reflexão sobre a integralidade atuando em uma universalidade de diferenças entre famílias. Já a aula 04 abordou o tema Intervenções Profissionais e o Papel da Bioética, após a qual foram colocadas as considerações sobre o papel da Bioética nas intervenções profissionais.

#### 4.8.1 Interdisciplinaridade

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, surgiu como uma tentativa de consolidação do SUS. De acordo com o Ministério da saúde, ela é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde as quais realizam um trabalho centrado na vigilância à saúde.

Inicialmente, a equipe multiprofissional do PSF era composta por um médico, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Posteriormente, houve a inserção dos profissionais de saúde bucal, gerando uma diversidade de conhecimentos que, se bem trabalhados pela equipe multidisciplinar, poderão resolver a maior parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade, desde que haja interdisciplinaridade.

Na interdisciplinaridade, as disciplinas se comunicam umas com as outras, pressupondo “um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente” (SANTOS; CUTOLO, 2003, p.71), sendo caracterizado pela intensidade de trocas entre diferentes profissionais no interior de uma equipe. Esse trabalho, quando realizado no PSF, permite oferecer uma atenção integral ao usuário do serviço de saúde do SUS, já que pressupõe a não compartimentalização do indivíduo.

Com o objetivo de apoiar a Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009). O Nasf deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

Desse modo, o Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma co-responsabilizada com a ESF. Para isso, sua equipe e as ESFs deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo, permitindo a realização de um trabalho interdisciplinar.

Porém, para atuar com interdisciplinaridade é preciso ter algumas atitudes específicas. Dentre elas, estão: o respeito à disciplina do outro, respeito ao outro, tolerância, aceitação de sugestões, respeito às limitações, respeito às competências, comprometimento com o sistema, saber ouvir, reflexão, humildade, mudança, respeito às diferenças, ética, autoridade e empatia (SAUPE *et al.*, 2005). Desse modo, não existe interdisciplinaridade se uma das partes não estiver disposta a cooperar, especialmente porque ela está associada a traços da personalidade, como flexibilidade, confiança, paciência, capacidade de adaptação, de aceitar novos papéis, etc, então depende muito de cada componente da equipe interdisciplinar e da interação e afinidade entre esses membros.

No entanto, uma boa oportunidade para começar o trabalho multiprofissional e interdisciplinar é através da Educação Permanente em Saúde, rodas de conversa e realização de atividades educativas conjuntamente. Esses momentos permitem aos profissionais

conversarem, trocarem experiências e tirarem dúvidas sobre a área do colega. Como a dinâmica do trabalho clínico é muito corrida e diferente para cada profissional, muitas vezes os profissionais de uma equipe só se encontram durante o traslado para a UBASF, e muitos não se encontram sequer nessa ocasião. Sendo assim, faz-se necessária a criação de outros momentos para que toda a equipe possa se reunir e com o intuito de rever o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

Parte das dificuldades de trabalhar com interdisciplinaridade pode ser atribuída à formação acadêmica. Na graduação, dá-se ênfase à aprendizagem de técnicas que são aplicadas individualmente, mas não ao trabalho em equipe com profissionais de outras áreas. No entanto, quando se formam, os novos profissionais geralmente passam a fazer parte de uma equipe de saúde da família, trabalhando junto com outros profissionais, porém, na maioria das vezes, de forma individualizada.

Os profissionais da Equipe II do município de Quixeré-Ceará realizam trabalho interdisciplinar através da atuação conjunta em diversas atividades. Dentre elas, podem ser citadas ações de educação em saúde com usuários e ações de Educação Permanente em Saúde dentro da equipe. Tais encontros permitem maior entrosamento entre os membros da equipe, possibilitando discussão sobre as diversas áreas, com trocas de experiências e saberes. Também é realizado trabalho interdisciplinar através do Programa Saúde na Escola, através do qual os alunos são avaliados e acompanhados por toda a equipe (médico, dentista e enfermeiro). Além disso, há encontro mensal entre os profissionais de todas as equipes do município para estudar sobre temas específicos e criar protocolos clínicos.

Em suma, não se pode negar a importância do trabalho interdisciplinar dentro da Estratégia de Saúde da Família. Apesar das dificuldades, é necessário que esse trabalho seja desenvolvido com a finalidade de oferecer atenção integral ao usuário do SUS, deixando de tratá-lo como um corpo biológico compartimentalizado, mas o reconhecendo como um ser humano.

#### 4.8.2 A Integralidade Atuando em uma Universalidade de Diferenças entre Famílias

A integralidade aponta como um princípio fundamental na concretização das políticas públicas do SUS, especialmente na reorientação do modelo hegemônico e vigente de atenção à saúde, onde se dicotomiza a assistência e prevenção. Para que haja o real exercício da integralidade, é necessária a substituição do modelo assistencial vigente e hegemônico – marcadamente reducionista, biologicista, individualista, centrado na doença e orientado para a

cura – por um novo modelo assistencial integral, humanizado e comprometido com o atendimento das necessidades de saúde da população. Para isso, é necessário integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e realização de intervenções mais efetivas; assim como integrar partes de um organismo vivo, reconhecendo nele um ser social.

A integralidade perpassa também pela forma como se articulam os trabalhadores dentro das linhas de cuidado, acompanhando o paciente desde o acolhimento até o seu fluxo por todos os níveis de atenção, garantindo uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção. No entanto, como o sistema de saúde nem sempre está estruturado para garantir o fluxo do paciente para os níveis de atenção de maior complexidade, e a interdisciplinaridade ainda é bastante frágil, realizar integralidade nesse sentido representa grande desafio para o trabalho em saúde.

#### 4.8.3 Intervenções Profissionais e o Papel da Bioética

Com o avanço do desenvolvimento científico e tecnológico, houve a necessidade de ascensão de um novo campo do conhecimento que trata da ética com relação ao ser humano e à vida: a bioética. Esta diz respeito ao estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar (REICH, 1995). A disciplina envolve questões referentes à vida humana, incluindo a saúde e a morte, tratando, também, de temas específicos como políticas públicas, aborto, eutanásia, pesquisa em seres humanos, transplante de órgãos, engenharia genética, reprodução assistida e clonagem terapêutica, além de se ocupar de novos campos de atuação do conhecimento, como depredação da natureza extra-humana circundante e agressões ao equilíbrio sistêmico das espécies (ecoética), e assim por diante (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010e).

O modelo hegemônico da Bioética é o modelo principialista. A corrente principialista iniciou-se com o Relatório *Belmont*, em 1978, sendo, no ano seguinte publicado o livro *Principles of Biomedical Ethics*, por Beauchamp e Childress, determinando princípios básicos na solução dos problemas éticos surgidos na pesquisa com seres humanos, a saber: princípio do respeito da autonomia; princípio da não-maleficência; princípio da beneficência e o princípio da justiça (BUB, 2005).

O princípio da beneficência quer dizer fazer o bem, ou seja, temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro. Este conceito significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético, usando todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar (KOTTOW, 1995 apud LOCH, 2002). Complementando o princípio da beneficência, existe o da não-maleficência, o qual determina ser dever do profissional de saúde não causar mal e/ou danos a seu paciente, não bastando apenas fazer o bem, mas também evitar o mal (LUDWIG *et al*, 2005).

Com relação ao respeito à Autonomia, significa ter consciência do direito da pessoa de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções (MENESES, 2007). Na prática assistencial, é no respeito a esse princípio que se baseiam a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente, assim como o consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamentos. Essa decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências consiste no consentimento informado (CLOTET, 2000).

Por fim, o princípio da justiça estabelece como condição fundamental a obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado. O profissional deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas (PALÁCIOS; MARTINS; PEGORARO, 2001).

Enfim, diante dos avanços tecnológicos e do capitalismo exacerbado da atualidade, é necessário que o cuidado em saúde seja regido por princípios éticos. Tais princípios são de suma importância para nortear as práticas assistenciais em saúde, fazendo com que os profissionais não se esqueçam de que estão cuidando de seres humanos, devendo dar a eles o melhor que puderem de modo a garantir que eles tenham seus direitos respeitados.

#### 4.8.4 Resultados

Essa disciplina contribuiu para a melhoria de minha atuação profissional no sentido de oferecer melhor atenção integral ao usuário do SUS. Esse processo se deu através

da intensificação do trabalho interdisciplinar dentro da equipe multiprofissional. Além disso, os princípios da bioética passaram a ser mais respeitados no meu processo de trabalho em saúde, especialmente o da autonomia, através da realização do consentimento informado, já que a grande carga de trabalho muitas vezes faz com que os profissionais não deixem o usuário suficientemente informado para participar das decisões sobre sua saúde.

#### **4.9 Disciplina 09 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde**

Essa disciplina foi realizada em quatro aulas. Na aula 01 – Práticas Educativas em Saúde – foi discutido em fórum sobre como podemos melhorar nossas atividades educativas para uma mudança real da situação de saúde na nossa área. Na aula 02 – Bases teóricas de uma práxis educativa - vimos o filme “máquinas de ensinar”, de Skinner, sobre a tendência da pedagogia por condicionamento. Na aula 03 estudamos as tecnologias ou estratégias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade: o acolhimento e o trabalho com grupos, deixando para a aula 04 as tecnologias visita domiciliar e consulta. Ao final, foi realizada uma reflexão sobre essas atividades.

##### 4.9.1 Práticas Educativas em Saúde

Na saúde, a mudança do modelo de atenção, voltado mais para a prevenção e promoção de saúde, requer maior atuação dos profissionais através de atividades de educação em saúde, tornando os indivíduos co-responsáveis no processo de cuidado através da modificação de hábitos e costumes. No entanto, o velho modelo da pedagogia da transmissão, hoje considerado ultrapassado pela educação, não é capaz de formar cidadãos capazes de construir sua própria história social.

Desse modo, para se realizar educação em saúde, faz-se necessário, primeiramente, identificar o saber do outro, ou seja, identificar a visão que o indivíduo tem do problema. Além disso, é preciso conhecer a linguagem local e fazer-se compreender, permitindo uma construção recíproca de novos conhecimentos. Isso torna possível ao profissional estabelecer a melhor estratégia de ação para atuar na realidade, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população.

Porém, as atividades educativas não devem ser realizadas apenas com o usuário, mas também dentro das equipes de saúde através da Educação Permanente em Saúde. A partir

dessa prática, as equipes podem discutir sobre problemas concretos no processo de trabalho, através de uma auto-avaliação, para, em seguida, buscar estratégias para resolver tais problemas, já que a “Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (BRASIL, 2004c, p.2)

#### 4.9.2 Bases Teóricas de uma Práxis Educativa

Todo processo educativo envolvendo profissional-usuário ou profissional-profissional tem por base uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, modifiquem seu comportamento. Cada opção pedagógica, quando exercida de maneira dominante durante um período prolongado, tem conseqüências sobre a conduta individual e sobre o comportamento da sociedade em seu conjunto (BORDENAVE, 1999).

Dentre as concepções pedagógicas, pode-se citar a pedagogia da transmissão, para a qual as idéias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação. Nela há uma entrega de conhecimentos sem o correspondente esforço para desenvolver as habilidades intelectuais, ou seja, uma pessoa é detentora do conhecimento e a repassa para as outras como se o aluno fosse uma “página em branco” onde novas idéias e conhecimentos externos serão impressos. Desse modo, não gera transformação nas pessoas, visto que há uma falta de postura reflexiva diante de possíveis problemas (BORDENAVE, 1999).

É sabido que esse tipo de pedagogia ainda é prática comum nas atividades de educação em saúde com a população, metodologia que também é utilizada com frequência na formação dos profissionais dentro das Universidades. Dessa forma, muitas vezes o que acontece é que, como a realidade não entra em questão, são passadas muitas informações impossíveis de serem praticadas, havendo um distanciamento entre teoria e prática com impossibilidade de aproveitar o aprendizado proposto. Sendo assim, como a realidade não é problematizada, a atividade educativa não consegue atingir o seu objetivo, que é transformar os indivíduos e torná-los agentes de transformação da realidade em que vivem.

Outro tipo de prática por vezes utilizada no sistema de saúde é o da pedagogia do condicionamento. Essa pedagogia “se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de ‘condicionar’ o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor” (PEREIRA, 2003, p. 1530). Essa estratégia ainda é utilizada em

alguns serviços de saúde, quando impõe a participação em uma atividade educativa como requisito básico para receber medicamentos.

No entanto, há outro tipo de abordagem que leva ao aumento da capacidade do aluno para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas, é a chamada pedagogia da problematização. A partir dessa pedagogia, o aluno se torna um sujeito ativo, levando ao desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação, etc.

Bordenave (1999) apresenta o processo ensino-aprendizado nessa pedagogia utilizando-se do método do arco criado por Charles Mangarez. Esse processo se inicia com a observação da realidade. Feito isso, identificam-se os pontos-chave (as variáveis mais determinantes) do problema em questão para, em seguida, os alunos passarem à teorização do problema ao perguntar o porquê das coisas observadas, utilizando-se de conhecimentos científicos contidos no dia-a-dia. Depois, segue-se à formulação de Hipóteses de Solução para o problema em estudo, conduzindo o aprendiz a confrontar suas hipóteses de solução com os condicionamentos e limitações da própria realidade, reconhecendo quais soluções são mais viáveis e aplicáveis. Além disso, ele passa a generalizar o aprendido para utilizá-lo em situações diferentes e a discriminar em que circunstâncias será possível ou conveniente a sua aplicação, explica Bordenave (1999).

Concluindo, a atuação profissional através de práticas educativas é de suma importância para modificar a situação de saúde da população. A escolha da prática pedagógica mais adequada pode desenvolver indivíduos ativos no processo de transformação de hábitos e comportamentos que tragam prejuízos à saúde, tornando-os seres autônomos capazes de buscar a melhoria individual e coletiva através da utilização de novos conhecimentos adquiridos.

#### 4.9.3 Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade

O trabalho em saúde envolve pelo menos duas partes: o profissional e o usuário, tanto individualmente como em meio coletivo. Visto que no encontro entre esses dois sujeitos há uma interação dialógica, é preciso que a abordagem do profissional se dê através de diversas tecnologias. Dentre as tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade, encontram-se o acolhimento, o trabalho com grupos, a visita domiciliar e a consulta.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006c, p.18).

O acolhimento é uma forma de relação que se constrói entre profissional de saúde e usuário, possibilitando que este construa sua saúde com autonomia. Através dele, busca-se fazer valer os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e controle social. Para que haja acolhimento, é preciso que a pessoa que acolhe esteja disponível para escutar, tentando compreender o que o outro pretende comunicar. Para isso, é preciso olhar a pessoa acolhida no olho, numa postura imparcial e livre de preconceitos, com o objetivo de fazer uma escuta qualificada, buscando a melhor solução possível para a situação apresentada, de acordo com as condições da unidade naquele momento, oferecendo sempre uma resposta positiva à demanda do usuário no sentido de resolver seu problema efetivamente.

Outra forma de abordagem aos indivíduos é através de grupos. Provavelmente, o trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica. O termo “grupo” pode ser entendido como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Os grupos são organizados tendo como pressuposto o processo educativo, ou seja, a intenção é possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamentos, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado. Dessa forma, um grupo se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes estão reunidos em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse de todos eles. Sendo assim, o grupo tem de ter os objetivos claramente definidos, levando em conta a preservação do espaço, do tempo, a combinação de regras e outras variáveis que delimitem e normatizem a atividade grupal (ZIMERMAN, 2007).

Outra tecnologia importante para a promoção da saúde e indutora da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde é a visita domiciliar. Esta foi (re)introduzida no sistema de saúde brasileiro através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, sendo, anteriormente, realizada pelos visitantes sanitários.

Como a Estratégia Saúde da Família incorporou o ACS à Equipe Básica, a visita domiciliar passou a ser realizada por todos os membros da equipe como tecnologia de abordagem ao indivíduo e às famílias. Ela constitui importante instrumento de vigilância em

saúde, pois permite que a equipe conheça as condições de vida das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em uma área adscrita.

Além disso, a visita domiciliar tem potencial para mudanças na relação profissional de saúde-usuário, funcionando como potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Ela permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, fortalecendo o vínculo entre eles e proporcionando a troca de saberes. Além disso, a visita pode funcionar como porta de entrada no serviço de saúde nos casos de usuários que não têm condições físicas para ir até a Unidade de Saúde, permitindo uma aproximação do profissional com aquele.

Dentre as mais antigas tecnologias de abordagem ao indivíduo, encontra-se a consulta. Ela representa o encontro entre o usuário e o profissional de saúde no qual o vínculo pode ser estabelecido na perspectiva de soluções conjuntas para a necessidade que gerou a consulta e para outras necessidades subjacentes e futuras. Tal vínculo é iniciado a partir da escuta do usuário pelo profissional, momento em que este demonstra preocupação e senso de responsabilidade pela saúde daquele.

O momento da consulta é de suma importância para a adesão do usuário ao processo terapêutico estabelecido. Para isso, é necessário que o profissional mostre empatia, entendendo o sofrimento e as dificuldades do outro, em vez de colocar imposições para mudança de hábitos e comportamentos. Isso que dizer que uma consulta feita com humanização e visão integral do ser humano, considerando não apenas questões biológicas, mas também o contexto social em que os problemas ocorrem, é capaz de gerar maior resolutividade.

#### 4.9.4 Resultados

Essa disciplina foi importante para que eu pudesse refletir sobre o tipo de pedagogia que tenho utilizado na abordagem ao indivíduo e nas práticas educativas que realizo com grupos. A partir daí, tenho procurado realizar abordagens de forma mais problematizadora, em detrimento da transmissora, visto que, na maioria das vezes, a prática educativa tradicional não tem causado mudança real nos hábitos dos indivíduos.

#### 4.10 Disciplina 10 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

Essa disciplina foi organizada em cinco aulas. São elas: 1- Planejamento em Saúde; 2- Planejamento Estratégico Situacional; 3- Diagnóstico Situacional em Saúde; 4- Elaboração do Plano de Ação; e 5- Planejamento no SUS. Inicialmente, foi aberto um fórum no qual deveríamos discutir sobre como uma equipe de saúde deve planejar as intervenções que dão resposta às necessidades de saúde de sua área de abrangência e se, no planejamento, os interesses dos envolvidos e os possíveis conflitos são considerados. Em seguida, formamos equipes com 03 a 05 componentes para realizar o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência, com identificação de problemas e construção de um Plano de Ação para um dos problemas escolhidos. O Plano de Ação foi construído em outro fórum como uma construção coletiva através da participação de todos os componentes. Feito isso, foi proposta apresentação de um relato de experiência sobre a construção desse Plano.

##### 4.10.1 O Processo de Planejamento em Saúde

O planejamento constitui, junto à epidemiologia e às ciências sociais, um dos três pilares da Saúde Coletiva. Sendo assim, torna-se de grande importância sua utilização na área da saúde por permitir melhor aproveitamento do tempo e dos recursos; esclarecer objetivos e metas a serem alcançados; levar a uma melhor realização do trabalho por parte dos profissionais envolvidos; permitir o acompanhamento das ações por parte da gestão; e ajudar a mobilizar vontades e conseguir recursos para o fim almejado.

O tipo de planejamento mais antigo é o normativo, que tem como objetivo otimização dos recursos ou redução dos custos, ou seja, escolher as prioridades considerando a relação custo-benefício, buscando alcançar maior eficácia e eficiência nas ações de saúde. Através dele, o planejador, que é um técnico, faz o plano e estabelece prioridades baseado em conhecimentos técnicos. Sua utilização para realização de intervenções é limitada, já que há apenas um olhar sobre a realidade, desconsiderando os diferentes interesses. Além disso, não leva em consideração a variabilidade e a complexidade da realidade. Geralmente, esse tipo de planejamento não é posto em prática.

Como uma alternativa mais eficaz ao Planejamento Normativo Tradicional, Carlos Matus, economista chileno, formulou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Matus dizia que o planejamento deveria ser moderno e flexível, apoiado no ganho de graus mais elevados de liberdade e que a forma tradicional de planejar não responde

a essa necessidade, porque é formalista e tendenciosa na medida em que supervaloriza a restrição de recursos econômicos, reduzindo assim os outros âmbitos da realidade. Sua rigidez decorreria da incapacidade de lidar com a incerteza do mundo real (LOPES; BARBOSA; SILVA, 2010).

O planejamento estratégico considera todos os interesses envolvidos, que, muitas vezes, são diferentes e conflitantes, utilizando-se de vários olhares sobre a situação a ser planejada. Esse tipo de planejamento leva em consideração a variabilidade, a complexidade e o contexto em que a situação se encontra, sendo dinâmico e mutável na medida em que a situação se modifica, além de acompanhado e avaliado constantemente. Ele deve ser pensado como um processo contínuo, que faz parte do dia a dia do serviço de saúde, por exemplo, integrando-se ao processo normal de tomada de decisões e de desenvolvimento do trabalho (PINTO, 2008).

Sendo assim, o método estratégico pressupõe que o planejador seja um ator social, juntamente com outros atores, com interesses e forças distintas, havendo, portanto, vários diagnósticos de quais são os problemas, assim como diversas explicações de suas causas, de acordo com o ponto de vista diferenciado de cada ator. Isso faz com que haja maior possibilidade de efetivação do plano de ação, já que tem uma perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo, criando uma co-responsabilidade dos atores.

#### 4.10.2 Elaboração do Plano de Ação

O processo de planejamento, para ser adequado à realidade da comunidade, deve ser realizado em participação com a mesma, pois o planejamento realizado por técnicos que não conhecem os problemas da comunidade tendem a propor ações que não vão resolver de fato tais problemas. Isso quer dizer que o planejamento deve levar em consideração os interesses dos envolvidos (daí a importância da participação popular), intervindo através de ações concretas e que possam ser colocadas em prática tanto pela equipe quanto pela comunidade.

Foi elaborado um plano de ação em grupo, durante o curso. Inicialmente, foram identificados os problemas. Visto que 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, com o nosso grupo não foi diferente, especialmente por se tratar de uma situação

imaginária na qual as várias realidades foram mescladas para formar uma só, já que os participantes trabalhavam em municípios distintos.

Definidos os problemas, todos eles foram colocados em uma planilha, sendo analisados e selecionados segundo os critérios de importância (foram-lhes atribuídos valores - alto, médio ou baixo), urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe (sendo considerado dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade). Cada participante atribuiu um valor ao quesito importância e à capacidade de enfrentamento pela equipe. Com relação à urgência, cada um deu um valor à sequência de problemas, sendo o mais urgente o que recebia maior valor, e assim sucessivamente, sem repetir as notas. Em seguida, foram somados os valores, obtendo-se o valor dado pelo grupo para cada problema. Na última coluna, os problemas foram numerados por ordem de prioridade segundo os critérios citados. A dificuldade encontrada nesse passo foi distância entre os participantes, por não se encontrarem em tempo real, o que dificultou um pouco a comunicação. Porém, apesar do atraso na atividade, conseguimos chegar a um resultado. Desse modo, o problema que obteve maior pontuação foi o índice elevado de gravidez na adolescência, sendo considerado de importância alta e dentro da capacidade de enfrentamento pela equipe que planeja. Esse foi o problema priorizado.

Em seguida, o grupo passou a descrever o problema, ou seja, caracterizá-lo, para ter uma idéia da sua dimensão e do seu tamanho. Para isso foram necessários dados ou indicadores que comprovassem que o problema realmente existia, podendo estabelecer metas para verificar o alcance dos resultados no monitoramento. Descrito o problema, passou-se à explicação do mesmo. O objetivo desse passo foi entender a gênese do problema através da identificação de suas causas, já que a finalidade real do plano é a detecção de problemas para, em seguida, definir as causas do problema, criar uma imagem-objetivo e, a partir daí, propor estratégias para que se possa alcançar a imagem-objetivo desejada agindo sobre suas causas. Cada participante colocou as causas percebidas por ele para o problema em uma sequência de sucessivas causas. Em seguida, as sequências foram arrumadas em forma de fluxograma, para entender melhor a dinâmica e interligação dos problemas, pois cada causa é considerada um problema intermediário, já que são advindas de outras causas.

Posteriormente, foram selecionados os nós-críticos, ou seja, as causas que, quando "atacadas", são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Essas causas devem estar dentro do espaço de governabilidade do grupo ou haver possibilidades de seu enfrentamento ser viabilizado pelo grupo que está planejando. Desse modo, quanto mais

distante do problema final, maior a possibilidade de resolver mais problemas intermediários, porém não se pode esquecer a possibilidade de realmente colocá-lo em prática.

Escolhidos os nós-críticos, problemas nos quais se deseja intervir, passou-se a propor as ações para enfrentamento dos mesmos. Sendo assim, esse passo teve como objetivo descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós-críticos, identificando produtos e resultados para cada operação definida, assim como recursos necessários.

Após identificação de todos os recursos necessários para o desenvolvimento das ações, foram observados os recursos críticos, ou seja, aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estavam disponíveis. Feito isso, passou-se à identificação dos atores que controlavam esses recursos, fazendo uma análise da motivação dos mesmos em relação aos objetivos pretendidos pelo plano para, em seguida, desenhar as operações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade das operações quando aqueles atores estavam indiferentes ou desfavoráveis com relação à sua motivação.

Para finalizar, foi elaborado o plano operativo, que teve como finalidade designar os responsáveis pelo projeto e operações estratégicas, estabelecendo prazos para o cumprimento das ações necessárias.

É importante lembrar que o planejamento é um processo dinâmico, ou seja, após identificação de problemas, definição de prioridades, estabelecimento de ações, prazos e metas, tem de haver avaliação do impacto das ações, pois, se não estiver gerando resultados satisfatórios ou se houver mudança na situação, essas ações devem ser modificadas e adaptadas à nova situação. Isso quer dizer que, após avaliação, há um "replanejamento", e nova avaliação, e assim por diante. Porém, o que acontece é que a maioria dos planejamentos fica engavetada (inclusive planos de saúde municipais), não sendo avaliados e muito menos readaptados, não gerando mudanças reais nos problemas encontrados.

A maior dificuldade de construção desse plano de ação foi distância de espaço e de tempo entre os participantes, já que essa atividade constitui um processo bastante interativo que deve ser feito em conjunto, e não por apenas uma pessoa.

#### 4.10.3 Resultados

Essa disciplina contribuiu para que eu repensasse o modo de planejar as ações de saúde com a minha equipe de trabalho, já que, na maioria das vezes, realizamos nossas ações sem planejamento prévio nem avaliação. Desse modo, pude perceber que as ações realizadas

pela equipe não devem ser aleatórias, mas sim estratégicas para cada situação, considerando o diagnóstico situacional para identificação de problemas pertinentes sobre os quais a equipe pode agir de modo a resolvê-los e avaliando constantemente o Plano de Ação. É esse tipo de atuação que estamos tentando realizar na Equipe II.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC teve grande contribuição para meu amadurecimento profissional. Através dele, pude construir um novo olhar sobre o trabalho na atenção básica, entendendo a importância da construção de um conhecimento diversificado, assim como da realização de um trabalho interdisciplinar, humanizado e resolutivo; da necessidade de um modelo pautado na vigilância em saúde, com atenção especial aos que vivem em situação de vulnerabilidade; e, sobretudo, da utilização do planejamento para nortear as ações de saúde.

A principal dificuldade encontrada ao longo da Especialização foi manter a disciplina e motivação. Visto que no Ensino a Distância o aluno pode estudar de forma independente e autônoma, reconhecendo seu ritmo e estilo de aprendizagem e permitindo flexibilidade de horário, é preciso ter disciplina e dedicação para acompanhar o curso. Como somos estudantes trabalhadores, às vezes fica difícil estudar diariamente, o que leva ao acúmulo de atividades, podendo gerar desmotivação para seguir adiante.

Porém, os conhecimentos adquiridos durante o curso serão de grande utilidade para a melhoria do meu trabalho na Estratégia Saúde da Família. Pretendo aplicá-los através da realização: de uma atenção integral ao usuário, de forma humanizada e resolutiva; do trabalho interdisciplinar, dentro da equipe, e intersetorial, com a Educação, por exemplo; da realização de ações de Promoção de Saúde e de Educação em Saúde, com abordagem problematizadora; da promoção de Educação Permanente com a equipe multidisciplinar; de ações de planejamento para orientar as ações de saúde, dentre outras formas.

Em suma, o Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC foi de fundamental importância para a formação dos profissionais que atuam na atenção básica, constituindo relevante experiência de Educação Permanente em Saúde. Como os alunos eram profissionais de áreas diferentes, foi possível construir um conhecimento mais ampliado através da troca de experiências. Através do conhecimento da realidade de trabalho de vários municípios, pudemos reconhecer que algumas situações difíceis são comuns a muitas equipes, mas que podem existir experiências exitosas de enfrentamento desses problemas. Isso faz com que os trabalhadores da atenção básica, apesar de todas as dificuldades, não desistam de lutar por um SUS melhor. Esses foram meus ganhos enquanto profissional de saúde, adquiridos ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, os quais levaram à melhoria da minha prática assistencial na Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

- AMIRALIAN, Maria L. T., *et al.* Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 97-103, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n1/1388.pdf>> Acesso em: 14 jul 2011.
- BARBOSA, Gisele Silva. O desafio do desenvolvimento sustentável. **Revista Visões**, Macaé, 4ª Edição, v. 1, n.4, Jan./Jun. 2008. Disponível em: <[http://www.fsma.edu.br/visoes/ed04/4ed\\_O\\_Desafio\\_Do\\_Desenvolvimento\\_Sustentavel\\_Gi sele.pdf](http://www.fsma.edu.br/visoes/ed04/4ed_O_Desafio_Do_Desenvolvimento_Sustentavel_Gi sele.pdf)> Acesso em: 08 nov. 2011.
- BORDENAVE, Juan E. Dias. Alguns fatores pedagógicos. *In*: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde CDRHU**. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 1999, p. 261-268.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em: 15 out. 2011.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 07 mar. 2011.
- BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.HTM>> Acesso em: 07 mar. 2011.
- BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)> Acesso em: 11 fev. 2011.
- BRASIL. **Decreto nº 3.298 - de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3298.htm>> Acesso em: 14 jul. 2011.
- BRASIL. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4a Ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, 2002a, 150p.
- BRASIL. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Manual Técnico. Organizando a Assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b, 17p.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: 2004a. Disponível em: [http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-105206-701.pdf](http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf). Acesso em: 13 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf> Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados Principais**. Brasília, 2004d. Disponível em: [http://www.apcd.org.br/anexos/projetos\\_sociais/projeto\\_sb.pdf](http://www.apcd.org.br/anexos/projetos_sociais/projeto_sb.pdf) Acesso em: 30 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005a. 51p.

BRASIL. Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 03 de maio de 2005**. Brasília, 2005b. Disponível em: [http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-105449-562.pdf](http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-105449-562.pdf) Acesso em: 7 mar. 2011.

BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: 2005c. 81p. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf> Acesso em: 07 mar. 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm) Acesso em: 13 fev. 2011.

BRASIL. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 368p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília, 2006c, 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009**. Brasília, 2008ª. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres\\_saudemental\\_151008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_saudemental_151008.pdf)> Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2008b. 72p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. **Cadernos de atenção Básica – Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da saúde, 2009, 160p.

BUB, Maria Bettina Camargo. Ética e prática profissional em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 14, n. 1, p. 65-74, Jan./Mar. 2005.

CARMO, Perla Cristina da Costa Santos do; MOURA, Fernanda Gomes de Andrade de. Violência doméstica: a difícil decisão de romper ou não com esse ciclo. In: FAZENDO GÊNERO - DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9, 2010, Santa Catarina. **Anais**. Santa Catarina: [on line], 2010. P. 1-8. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278278656\\_ARQUIVO\\_VIOLENCIA\\_DOMESTICAADIFICILDECISAODEROMPEROUNAOCOMESSECICLO.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278278656_ARQUIVO_VIOLENCIA_DOMESTICAADIFICILDECISAODEROMPEROUNAOCOMESSECICLO.pdf)> Acesso em: 14 out. 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CLOTET, J. O Consentimento Informado: uma questão do interesse de todos. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**. Brasília, n. 122/123, 2000.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Ottawa: 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 13 out. 2011.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59, n.1, p. 84-88, jan./fev. 2006.

FRAZÃO, Paulo. **Epidemiologia da oclusão dentária na Infância e os sistemas de saúde** Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.

GIL, Marta. **Deficiência visual**. Brasília: MEC, 2001, 80p. (Cadernos da TV Escola n.1). Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002300.pdf>>. Acesso em: 07 nov 2011.

INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. In: \_\_\_\_\_. **Programa Viva Mulher**. [on line], 2011. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0/pdf\\_pncc\\_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0)> Acesso em: 13 nov. 2011.

JACOBI, Pedro. Educação Ambiental, Cidadania e Sustentabilidade. **Cadernos de Pesquisa**, n. 118, p. 189-205, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n118/16834.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2011.

LOCH, J. A. Princípios da bioética. In: KIPPER, D. J. (Ed.) **Uma introdução à bioética**. n.73, p. 12-19 2002. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>> Acesso em: 04 jul 2011.

LOPES, Clayre Maria Bomfim; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SILVA, Vanessa Costa e. **Planejamento e organização da atenção à saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2010, 132p. (Programa de Gestão em Saúde – Caderno de estudo).

LUDWIG, Martha Wallig Brusius, *et al.* Dilemas Éticos em Psicologia: Psicoterapia e Pesquisa. **Revista Eletrônica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética**, v. 1, n. 1, p. 1-11, out. 2005. Disponível em: < <http://sorbi.org.br/revista1/bioetica-e-psico-sorbi.pdf>> Acesso em: 28 out 2011.

MENESES, R. D. B. Princípioalismo e Pedagogia: entre a ética e a educação. **Eikasia. Revista de Filosofia**, Portugal, ano III, n. 14, p. 189-216, Nov 2007.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**. Um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-113.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio da tutela e da autonomia**: uma tensão permanente do ato cuidador. Campinas: [on line], 1998, 17p. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>> Acesso em: 11 out. 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002, 189p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental** . 1ª Ed. Belo Horizonte: 2006, 238 p.

MOREIRA, Elisângela S. M. Saúde, Educação e Meio Ambiente: a Tríade Fundamental para um Mundo Melhor. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE CIÊNCIA E MEIO AMBIENTE, 1. 2010, Anápolis. Disponível em: <[http://www.ceped.ueg.br/snma/conteudo/trabalhos/2010/comunicacao\\_oral/saude\\_educacao\\_meioambiente\\_moreira\\_2010.pdf](http://www.ceped.ueg.br/snma/conteudo/trabalhos/2010/comunicacao_oral/saude_educacao_meioambiente_moreira_2010.pdf)> Acesso em: 18 fev. 2011.

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, fev, 2008.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo; ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 581-588, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/06.pdf>> Acesso em: 07 nov 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z. ; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-71.

PALÁCIOS, Marisa; MARTINS, André; PEGORARO, Olinto A. (org.). **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001, p. 168-169.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set-out 2003.

PEREIRA, Alexandre de Araújo (Ed.). **Diretrizes para saúde mental em atenção básica** . 1ª Ed. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, 2009, 44p. (Série Nescon de Informes Técnicos, nº 3).

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O Processo Grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. **Produção, consumo e ambiente: Uma visão da saúde do trabalhador**. São Paulo: 2005. 26p. Disponível em: <[http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20\(Pinheiro%202005\).pdf](http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura2008/Produ%C3%A7%C3%A3o%20Consumo%20e%20Ambiente%20(Pinheiro%202005).pdf)> Acesso em: 07 mar. 2011.

PINTO, Vitor Gomes Planejamento. *In*: \_\_\_\_\_. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2008, p. 19-34.

QUIXERÉ. Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré. Coordenação Municipal da Atenção Básica. Núcleo de Normatização da Atenção à Saúde – NUNAS – Atenção à Saúde Bucal. Coordenação Municipal de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Município de Quixeré – SB Quixeré** – Resultados Finais Novembro de 2006. Quixeré, 2006.

REDONDO, Maria Cristina da F.; CARVALHO, Josefina Martins. **Deficiência auditiva**. Brasília: MEC, 2000, 32p. (Cadernos da TV Escola n. 1). Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me000345.pdf>> Acesso em: 10 jul 2011.

REICH, W. T. **Encyclopedia of Bioethics**. 2ª Ed. New York: MacMillian, 1995.

RIGOTTO, R. M. Produção e Consumo, Saúde e Ambiente: em busca de pontes e caminhos. *In*: MINAYO, MCS; MIRANDA, AC. (org.) **Saúde e /ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, P.233-260.

RODRIGUES, Maisa Paulino; ARAÚJO, Marisa Sandra de Sousa. **O fazer em saúde: Um Novo Olhar sobre o Processo de Trabalho na Estratégia saúde da Família**. Natal: UFRN/UFPE. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_polo05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf)> Acesso em: 02 nov 2010.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SAUPE, Rosita, *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: SMOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-41.

SOARES, Liliane Gadelha da Costa; SALGUEIRO, Alexandra Amorim; GAZINEU, Maria Helena Paranhos. Educação ambiental aplicada aos resíduos sólidos na cidade de Olinda, Pernambuco – um estudo de caso. **Revista Ciências & Tecnologia**, Recife, ano 1, n. 1, p. 1-9, jul./dez. 2007.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: modelo assistencial e atenção primária à saúde**. Fortaleza, 2010a. Disponível em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod\\_assist/aula\\_04/index.php?p=01.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/index.php?p=01.php)> Acesso em: 15 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Saúde Mental e Violência**. Fortaleza, 2010b. Disponível em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud\\_ment/aula\\_01/index.php?p=03.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_01/index.php?p=03.php)> Acesso em: 15 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica em Saúde às Pessoas com Deficiência**. Fortaleza, 2010c. Disponível em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_02/index.php?p=02.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_02/index.php?p=02.php)> Acesso em: 15 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica em Saúde às Pessoas com Deficiência**. Fortaleza, 2010d. Disponível em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_03/index.php?p=02.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/index.php?p=02.php)> Acesso em: 15 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde**. Fortaleza, 2010e. Disponível em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int\\_bio/aula\\_04/index.php?p=02.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_04/index.php?p=02.php)> Acesso em: 15 out. 2011.

VIEIRA, Alessandra Helen Magacho, *et al.* Epidemiologia das doenças bucais no estado do Ceará. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Local, v. 12, n. 3, p. 88-95, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/831/608>> Acesso em: 30 dez. 2011.

ZIMERMAN, David. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n. 4, p.1-10, dez. 2007.