

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

TATYANE OLIVEIRA REBOUÇAS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexões acerca do seu processo de trabalho.

FORTALEZA

2011

TATYANE OLIVEIRA REBOUÇAS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexões acerca do seu processo de trabalho.

Apresento esse Portfólio para fins avaliativos, do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semi-presencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Título de Especialista.

Tutora Virtual e Orientadora : Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

FORTALEZA

2011

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

R242e

Rebouças, Tatyane Oliveira

Estratégia saúde da família: reflexões acerca do seu processo de trabalho
/ Tatyane Oliveira Rebouças. – 2011.
52 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de
Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profa. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

1. Sistema Único de Saúde 2. Enfermagem 3. Saúde da Família I. Título.

CDD 362.1

TATYANE OLIVEIRA REBOUÇAS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexões a cerca do seu processo de trabalho.

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

(Orientadora)

(Àlvaro Diogenes Leite Fechine)

(Tallita Muniz da Silveira Figueira)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada. Agradeço também ao meu esposo que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, quero agradecer também ao meu filho, que embora não tivesse conhecimento disto, iluminou de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos. E não deixando de agradecer de forma grata e grandiosa meus pais e minha orientadora pela paciência e compreensão nos momentos de dificuldades.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família vem mostrando papel importante na consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde). O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. Neste contexto, este estudo teve como objetivo apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família. Trata-se de estudo qualitativo tipo relato de experiência, tendo como bases teóricas o material didático e complementar do curso Especialização em Saúde da Família, promovido pelo Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS) da Universidade Federal do Ceará (UFC), como também as discussões realizadas por meio de fóruns e chats, artigos relacionados ao assunto. Está disposto em capítulos, sendo que cada um destes correspondem a uma disciplina cursada. Realizou-se no período de abril/2010 a junho/2011. O curso proporcionou o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo, entre profissionais e clientes, sinalizando seus entraves e possibilidades na construção de circunstâncias que possibilitem a promoção e manutenção da saúde para que estes indivíduos possam adquirir condição de realizar escolhas que favoreçam seu auto-cuidado.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da família; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy has shown an important role in the consolidation of the SUS (Unified Health System). The working process of the Family Health teams is the key to the ongoing search for communication and exchange of experiences and knowledge among team members and about the community. The main purpose of the FHS is to rearrange the practice of health care on a new basis and replace the traditional model, bringing health closer to the families and thereby improve the quality of life. This portfolio aims to explain the process of work in the Family Health Strategy (FHS) showing the portfolios produced during the courses of the Specialization Course in Family Health. It is a study of a qualitative nature, such an experience report presented in chapters, being that each one of these corresponds to a discipline attended. The course provides the development of a communicative practice oriented to mutual understanding between professionals and clients, signaling its problems and possibilities in the construction of circumstances that enable the promotion and maintenance of health that these individuals can develop a condition to make choices that promote self-care.

Keywords: Health System, Family Health Strategy, Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Inserção profissional e expectativas em relação ao Curso	08
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	
2.2 Objetivos específicos	
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	
4.1 Processos de Trabalho em Saúde	12
4.2 Saúde Mental e Violência	15
4.3 Modelo Assistencial e Atenção Primária a Saúde	17
4.4 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	21
4.5 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade- Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde	24
4.6 Saúde da Mulher	29
4.7 Participação Social e Promoção da Saúde	32
4.8 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	36
4.9 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	40
4.10 Atenção Básica de Saúde as Pessoas com Deficiência	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde- SUS, Surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde. A Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população; teorizou e criou práticas que muito contribuíram para a saúde da população. E dentro desse contexto de mudanças surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), e que representa o primeiro contato do cliente com o profissional, trabalhando com os conceitos de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Não se trata de um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidade, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade: é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de todos e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal.

- Equidade: é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, mais o cidadão onde morar. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer.

- Integralidade: Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizada; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Para um serviço de qualidade é necessário que os profissionais de saúde esteja sempre em um processo de educação continuada, renovando a aquisição de novos conhecimentos otimizando assim o cuidado prestado. Promovendo uma visão crítica reflexiva da realidade e implementando inovações úteis para o seu crescimento profissional, bem como, o trabalho desenvolvido junto com a comunidade.

No mundo atual e globalizado que vivemos, o mercado de trabalho mostra-se cada vez mais exigente, e a busca por uma colocação profissional não é mais uma questão de empenho ou de sorte, e sim de qualificação. A qualificação profissional deve ser vista como fator determinante para o futuro de todos que estão buscando uma colocação no mercado de trabalho.

O processo de mudança e reorganização da educação vem democratizando cada vez mais o conhecimento, quebrando tabus e possibilitando inovações e desafios no processo ensino-aprendizagem. Na educação á distância há um intercâmbio maior de saberes possibilitando que todos colaborem com seus conhecimentos e suas experiências. O espaço físico e convencional de sala de aula se torna ilimitado, a interação á distância multiplica a possibilidade de aprendizagem individual e grupal (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

1.1 Inserção profissional e expectativas em relação ao Curso

Me chamo Tatyane, Enfermeira, Graduada em 2009 -Universidade de Fortaleza - UNIFOR; Pós graduação em Enfermagem do Trabalho-Universidade Estadual do Ceará – UECE;Atuei como professora em um curso técnico de Enfermagem – São Camilo de Lélis; Atualmente trabalho no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) na realização de Triagem Clínica de Doadores de Sangue.

No momento não trabalho nas rotinas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), infelizmente até o momento não tive a oportunidade. Participar desse grande projeto do Ministério da Saúde em parceria com Universidade Federal do Ceará trouxe-me uma oportunidade ímpar de aprimorar meus conhecimentos e conhecer a metodologia de ensino que até então não havia utilizado. Este curso foi um grande desafio, pois, encontrei dificuldades, no início estava apreensiva e desengonçada, a falta de entrosamento com os colegas, a nova metodologia, o manuseio do computador com intimidade não existia, acessar as multimídias foram mundos descobertos com cautela. Quando começava mais uma nova disciplina sabia que seria uma longa caminhada e que eu precisava superar as dificuldades e dar mais um passo. Aprendi que para aprender devemos nos permitir novidades e agregar o conhecimento do colega no nosso dia-a-dia. Tenho convicção do grande aprendizado e do engrandecimento profissional que esse curso me proporcionou

Portanto, acredito que todas as disciplinas, fóruns, chats, atividades e encontros que realizamos somaram novos conceitos e muitos benefícios. No momento sabemos que fomos co-responsáveis pelo aprendizado do colega, firmando um pacto colaborativo. Afinal, ensino à distância é exatamente, as conquistas adquiridas com as experiências inovadoras, em serviços diferenciados, com as mais diversas e diversificadas vivências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

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

2.2 Objetivos específicos

- Explanar o processo de trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- Descrever a experiência de participar de uma especialização semi-presencial.

3 METODOLOGIA

O Portfólio é um estudo de natureza qualitativo, tipo relato de experiência, realizado com base no material didático e complementar do curso, visita a internet, livros e artigos somada à experiência vivenciada na Estratégia Saúde da Família. Sendo assim, sua construção deu-se a partir de reflexões, discussões nos fóruns, artigos científicos e relato da prática profissional. Realizou-se no período abril/2010 a junho/2011.

Este trabalho visa expor de uma maneira simples e clara o aprendizado das disciplinas ministradas no curso de Especialização em Saúde da Família. Compreende-se que isto agrega conhecimento ao profissional e facilita a execução do seu trabalho no dia-a-dia com os clientes.

O portfólio será apresentado em capítulos, sendo cada um destes correspondente a uma disciplina cursada, sendo estas: O Processo de trabalho em saúde, Saúde mental e violência, Atenção básica em saúde, Planejamento e avaliação de ações em saúde, As práticas pedagógicas em ações básicas de saúde, Saúde da mulher no ciclo vital, Participação social e promoção da saúde, Saúde ambiental, Atenção básica a saúde bucal e Atenção básica a saúde portador de deficiência.

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Disciplina 1 - Processo de Trabalho em Saúde

Em 1994, foi definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o “Ano Internacional das Famílias”, constituiu-se também o marco/momento brasileiro de oficialização da família, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica, através do Programa/Estratégia de Saúde da Família ou PSF (BRASIL, 2000).

O PSF constitui-se como processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo a missão de ser o "eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil" (BRASIL, 1997).

Inicialmente formulado como programa, passa a ser definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementações do Programa.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) é produtora dos serviços de saúde para a comunidade. Não se trata de um atendimento isolado com cada profissional, mas sim a equipe; o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno, as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias (ALMEIDA et al., 2001).

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos com que se organiza o trabalho para alguma atividade produtiva. No que se diz respeito à saúde, se utiliza de objetos de trabalho como os saberes, os instrumentos, a comunicação, as atividades diárias, o contexto sócio-cultural, os programas de saúde, as

orientações e consultas. O paciente deve ser visto como sujeito integrante desse processo e não como o objeto dele.

Portanto, somos nós profissionais de saúde quem irá definir nosso processo de trabalho, de acordo com os subsídios que temos e com o diagnóstico situacional das necessidades de nossa comunidade

Os agentes imediatos dos processos de trabalho realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), são:

Médico:

Atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Enfermeiro:

Supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.

Técnico de enfermagem:

Realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

Agente Comunitário de Saúde:

Faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Dentista:

Realiza a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; realiza supervisão técnica do ACD.

Auxiliar de Consultório Dentário:

Prepara e organiza instrumentais e materiais necessários; instrumentaliza e auxilia o cirurgião dentista nos procedimentos clínicos; cuida da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; organiza a agenda clínica; acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

Cada equipe é capacitada para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;

elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;

- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Para se chegar a ações efetivas na promoção em saúde, é necessário, dentre outras ações, o planejamento de políticas públicas de saúde, a integração de ações de saúde com outros setores como o meio-ambiente e a economia, a participação e o controle social das políticas de saúde. O Governo Federal, através do PSF, objetiva tais mudanças, mas no dia-a-dia esbarra com realidades de formação profissional e organização de serviços, até mesmo em Unidades de Saúde da Família, que ainda não conseguem transpor a barreira de práticas pautadas em ações individuais e isoladas (RONZANI, 2002).

Sabemos dos esforços dos gestores mediante as dificuldades existentes, porém muito ainda se tem à conquistar no que se diz respeito a Saúde da Família como num todo. Problemas como Falta de Transporte para equipe de saúde; Infra-Estrutura adequada e com acessibilidade para todos os usuários; Falta de Equipamentos e Medicamentos; Poucos Profissionais em virtude baixos salários; Falta de Capacitação e Incentivo para os Profissionais, fazem dos postos de saúde locais super-lotados, com serviços não suficientes e população insatisfeita.

4.2 Disciplina 2- Saúde Mental e Violência

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foi uma estratégia aos dispositivos de atenção à saúde mental, demonstrando a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, após a reforma Psiquiátrica.

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família marca um progresso indiscutível da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde e investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, as equipes de Saúde da Família é sempre composta pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. A realidade destas equipes vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

A saúde deve ser entendida numa extensão que supera a instância apenas física, mas que contemple a integridade do ser humano em seu contexto bio-sócio-psico-espiritual. Assim como a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza, os serviços de saúde devem estar sensíveis a atenção integral do indivíduo e que respondam adequadamente às demandas exigidas pela comunidade em que este sujeito está inserido.

O acolhimento e a escuta dos usuários em sofrimento psíquico e em exclusão social, exige ações programáticas dirigidas a essa clientela. Os usuários são encaminhados para serviços especializados, e os profissionais que não estão preparados, reconhecem apenas como ações de saúde mental o controle da medicação psiquiátrica e as orientações que realizam esporadicamente, porém para a necessidade de capacitação de toda a equipe para atender esse tipo de clientela, sabemos que é fundamental para a integralidade da atenção básica o estabelecimento de uma interface com as ações de saúde mental.

Durante a faculdade tive a oportunidade de atuar em um CAPS, eu simplesmente adorava. Tínhamos a oportunidade de iniciar um relacionamento terapêutico, conversávamos bastante; Trocávamos experiências. Às vezes, o que mais me impressionava era que as pessoas pareciam tão comuns que ,jamais, aparentemente, iria dizer que essa pessoa fazia tratamento para algum distúrbio mental. Eram pessoas assim, iguaisinhas à você, com uma vida

normal, casadas, namorando ou solteiros, trabalhando, estudando. Pessoas alegres e tristes com problemas em casa ou não.

Todas as semanas participávamos das atividades propostas, tais como: oficina de artesanato, hidroginástica, alongamento, sala de música, fizemos um passeio a um parque com pic-nic e tudo que tínhamos direito. Foi maravilhoso. A felicidade e a satisfação era estampada no rosto de cada um deles.

Na verdade, existia uma equipe multiprofissional realmente funcionante. Para mim aquele dia de estágio era mais uma terapia, me sentia muito bem no serviço.

O acolhimento era maravilhoso, era onde cada um de nós falávamos sobre nossas intenções, angústias, superações, dificuldades, era um momento onde falávamos do nosso autoconhecimento.

Contudo, como esta é uma prática ainda em construção, temos o compromisso ético de contribuir para a intervenção e descoberta de novas possibilidades e atuações.

O sofrimento mental está presente em todas as situações que envolvem o processo de adoecer. A prevalência dos transtornos mentais comuns acaba elevando a demanda dos serviços de saúde; Portanto, devemos valorizar essa dimensão como indicador de saúde em qualquer nível de atenção, procurando ações de intersetorialidade e promovendo o autocuidado, buscando formas de se capacitar para atender o público alvo.

4.3 Disciplina 3- Modelo Assistencial e Atenção Primária a Saúde

O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial: Um desafio permanente...

Modelo assistencial em Saúde é entendido pela forma de organização dos elementos constitutivos da rede de serviços de saúde, incluindo tarefas, pessoas, estrutura, tecnologia e

ambiente, com ênfase nas relações entre os profissionais e usuários, com o propósito de intervir resolutivamente em problemas.

Assim, modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de "lógica" que orienta a ação. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Incorpora uma "lógica" que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde. Corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde.

O sistema de saúde brasileiro é hoje, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) ao lado dos esforços de construção de modelos alternativos.

Longe de se mostrarem suficientes para a resolução da problemática da assistência médica no Brasil, os dois modelos privilegiam a assistência médica em detrimento da Promoção à Saúde. Tem sido reconhecido que o modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta) apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitarista (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, etc.), voltado para o atendimento de necessidades, tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, efetividade e equidade (PAIM, 1999).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

O sistema de saúde deveria funcionar como uma pirâmide. Na sua base estão as unidades básicas de saúde (UBS), objetivando a atenção primária à saúde e funcionando como uma “porta de entrada” do sistema de saúde. No topo da pirâmide os serviços hospitalares de maior complexidade. Porém, devido à ineficiência do atendimento primário à saúde (unidades básicas) e a dificuldade da população entender que as UBS são direcionadas para a prevenção e promoção de saúde, os prontos socorros e hospitais tornam-se muitas vezes a porta de entrada para a assistência à saúde, dificultando assim uma assistência de qualidade e direcionada.

Teixeira (2000) destaca os seguintes modelos de atenção ou de intervenção:

- Ações programáticas de saúde que compreendem a utilização de programas como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a Identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas.
- Programas de Saúde da Família: incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.
- Acolhimento: estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na “porta de entrada” da população aos serviços com introdução de mudanças na

recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na “releitura” das necessidades sociais de saúde da população.

- Vigilância da Saúde: inclui o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico ambulatorial, laboratorial e hospitalar.

- O movimento Cidades Saudáveis, fomentado pela Organização Mundial de Saúde desde 1986, objetiva o estabelecimento de políticas públicas urbanas, voltadas à melhoria da qualidade de vida, com ênfase na intersetorialidade e na participação social.

- Promoção da saúde: as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de Educação e Comunicação em saúde e na formulação de “políticas públicas saudáveis” nas várias esferas de governo – nacional, estadual e municipal.

Durante a faculdade tivemos a oportunidade de trabalhar os programas de acompanhamento da Estratégia de Saúde da Família ESF, o atendimento da agenda diária, como: prevenção ginecológica, puericultura, clientes portadores de diabetes e hipertensão, pré-natal e planejamento familiar; Os clientes estão acostumados com a agenda do posto e sempre procuram o atendimento no respectivo dia do programa, exceto a demanda espontânea e suas eventualidades, é claro.

Estamos buscando estratégia de conscientização desde adolescentes nas escolas até a “inclusão” do homem como agente participativo nos nossos programas; Vamos as empresas e locais de trabalho deles na redondeza buscando uma aproximação, ministrando palestras com

assuntos de seu interesse, procurando trazê-lo de alguma forma ao serviço. Sabemos que o homem não tem essa cultura de procurar assistência de saúde preventiva, então estamos imbuídos de modificar essa realidade.

A população no geral, prima por um resultado imediato a assistência curativa. Eles acham que só vale a pena a consulta se levar remédio pra casa e se o motivo da procura ao posto for logo resolvido. As vezes, estão sedentos de orientações e com uma infinidade de dúvidas. Procuramos orientar e torná-lo um agente multiplicador de informações mostrando que elas também são tão importantes quanto a assistência medicamentosa.

Temos percebido que estamos sendo vítimas de um grande problema de saúde pública: as drogas. Cada vez mais cedo as mães, principalmente, nos procura apavorada na tentativa de apoio. E com base nisso, estamos buscando parceria com a secretaria para a implantação de programas mais interativos com os jovens, que ocupem seu tempo com atividades produtivas e de seu interesse. Pois as sessões educativas, com palestras, filmes já não encontramos mais tanta resolutividade.

Há muito que se melhorar, afinal, mudança de hábitos requer certo tempo para ser consolidada. Estamos engajados, toda a equipe multiprofissional, para caminharmos, mesmo á passos lentos, pois sabemos que precisamos planejarmos com cautela para que a adesão ao novo modelo assistencial de prevenção, promoção e conscientização para uma melhor qualidade de vida seja frutuosa e com bons resultados.

É importante conhecer as necessidades de saúde da comunidade para utilizar os recursos existentes de modo mais adequado, considerando as situações de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, das famílias e de grupos dentro da comunidade, ou seja, distribuir as ações e recursos em função das necessidades das pessoas.

4.4 Disciplina 4- Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Quando se pretende alcançar objetivos complexos e, mais, de fazê-lo coletivamente, torna-se ainda mais evidente não só o quanto é importante planejar, como é, também, imprescindível contar com um método de planejamento.

O professor Chorny (1998) diz que planejamento não é fazer plano e, segundo Matus (1993): “o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento.” Funciona como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e/ou a negociação dos projetos elaborados. O plano nunca está bado, mas tem que estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe que planeja.

A realidade muda muito e rapidamente, além de ser pouco previsível. Os planos, conseqüentemente, valem muito pouco, ou melhor, sua validade é limitada ao momento específico de sua coerência com a realidade.

Cada método de planejamento utiliza terminologias e está embasado em conceitos que lhe são próprios. Aprender essas terminologias e conceitos é importante tanto para o domínio do método em si quanto para facilitar a comunicação entre os diferentes atores que participam do processo planejamento.

Quando queremos ir a um determinado local a qual não conhecemos precisamos saber qual o caminho ou ter um mapa, para chegar a um objetivo também precisamos de uma orientação, ou de um plano de ação.

MÉTODO ALTADIR DE PLANIFICAÇÃO POPULAR – MAPP

O MAPP se fundamenta nos mesmos princípios do PES (Planejamento Estratégico Situacional) e, pelas suas características operativas, constitui-se no método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados.

PASSOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO BASEADO NO MAPP

Passo 1 – Definir quem vai planejar

Recomenda-se que o processo de planejamento seja desenvolvido em oficinas de trabalho, reunindo funcionários da unidade, membros da comunidade, lideranças e monitores da Secretaria da Saúde. As oficinas constituem-se num fórum pedagógico de trabalho cujo objetivo é favorecer a construção coletiva a partir da apreensão de conceitos e técnicas.

Passo 2 – Identificação e Seleção dos Problemas a serem superados

Feita mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade. Para fazer a seleção dos problemas é necessário que se conheça a realidade local – características sociais, demográficas, epidemiológicas e culturais da população residente; características do território em relação aos recursos sociais e de saúde, infra-estrutura urbana; relações de poder econômico e político.

Passo 3 – Descrição do Problema

Expressa os sintomas do problema, não devendo ser confundido com suas causas ou conseqüências. Também possibilitam avaliar o impacto do planejamento – medir os resultados alcançados.

Passo 4 – Explicação do Problema:

A árvore de problemas deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação das causas do problema e da forma como estão relacionadas entre si. Deverá ser construída a partir das respostas à seguinte pergunta: qual é o motivo que origina o fato descrito?

Passo 4 – Desenho da Situação Objetivo

Neste momento, deve-se discutir os objetivos que podem ser alcançados e a forma de torná-los viáveis. Para tanto é necessário avaliar o prazo de maturação do plano, identificar as operações capazes de produzir a mudança desejada, dimensionar o alcance e a natureza dessas operações. Desta forma é necessário refletir bastante sobre algumas variáveis importantes, tais como: o tempo em que se pretende alcançar esses objetivos; os recursos necessários para tanto; a análise do impacto que cada operação irá gerar e, por fim, comparar a situação inicial com aquela que se desenhou como desejada, de modo a ajustar as operações para atingir metas.

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

A seleção de nós críticos consiste em identificar entre as causas que explicam o problema aquelas que, quando modificadas, terão impacto direto sobre o problema final. Portanto, nós críticos podem ser compreendidos como os problemas intermediários que precisam ser enfrentados para modificar a situação existente. Devem estar dentro da governabilidade de quem planeja.

4.5 Disciplina 5- Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

Alguém quer participar da oficina de Educação em saúde????

Momentos de interação com a clientela irão proporcionar um ambiente propício para o estabelecimento de uma relação de aprendizado mútuo. São nesses instantes de descontração que aproveitamos para conhecer a real necessidade da nossa comunidade.

Ao realizarmos qualquer atividade que envolva grupos, ou até mesmo uma só pessoa, geramos uma expectativa que precisará atender a exigência do nosso público. Eles querem conhecer o diferente, buscam por formas fáceis de re-conhecer algo. É difícil conquistar todos, porém, se somente uma pessoa sair satisfeita e tiver assimilado algo do seu cotidiano com certeza essa pessoa será um agente multiplicador e assim tornar-se-á mais um aliado.

Agregar "valor" na Educação implica reconhecer que o sujeito é detentor de um valor diferente do dele e que pode escolher outros meios para desenvolver suas práticas cotidianas.

O enfermeiro, ao realizar atividades educativas com a família, precisa dar oportunidades da mesma refletir sobre sua realidade e juntos encontrarem alternativas para

aperfeiçoar o autocuidado. O profissional precisa acreditar nas potencialidades dos familiares e permitir-lhes encontrar opções para solucionar seus problemas.

Deste modo, no processo de cuidar/ensinar, o profissional precisa conhecer a realidade do cliente, no intuito de utilizar estratégias que venham, de fato, atender às necessidades do mesmo, respeitando suas peculiaridades culturais. Torna-se pertinente considerar que o enfermeiro em sua prática profissional competente seja capaz de desenvolver ações educativas adequadas às reais necessidades dos indivíduos e/ou grupos sociais, que permitam a transformação consciente da realidade.

Assim, no dia-a-dia sempre é possível encontrar espaços para a educação em saúde. O processo educativo deve permear todas as práticas do cuidado e envolver seus familiares nesse processo. Nessa perspectiva, parte-se do princípio que toda ação educativa deve ser baseada no diálogo, e não reduzir-se ao ato de depositar idéias de um sujeito para o outro, nem tão pouco tornar-se simples troca de idéias, porém também, não é impor a sua verdade ao outro.

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Existem dois princípios básicos fundamentais para orientar as ações de saúde. Primeiramente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe à sua imposição.

Assim, é fundamental buscar compreender o universo do educando, suas crenças, valores e hábitos, a fim de que as atividades educativas sejam pertinentes para cada indivíduo. Caso contrário, a educação não se fundamenta nas vivências/experiências do outro se tornando verticalizada, impositiva e não abrangente.

O espaço criado pelo PSF no contexto de atenção à saúde privilegia justamente a prática de ações mais pedagógicas e formadoras, capazes de contribuir para a transformação do quadro de saúde de algumas populações. É uma estratégia de atenção que permite, em sua

essência, o envolvimento de profissionais de saúde, membros e organizações comunitárias e demais instituições da sociedade, como a Universidade.

Essa interação entre atores socialmente tão distintos confere ao Programa diversas interfaces com as quais se precisa dialogar, no sentido de transformar a lógica dominante e/ou imprimir uma nova dinâmica em sua realidade. A este pensamento também está remetido o fazer de educação em saúde; ou seja, não basta lutar pela educação na Estratégia de Saúde da Família porque ela é um eixo importante do programa, mas devem-se avaliar as dificuldades e desafios existentes de cada comunidade, fazendo-se necessário trabalhar a importância e as virtudes destas práticas, junto com as pessoas que fazem saúde, ou seja, os profissionais, os usuários e os gestores (GONDIM,2006).

Ao abordar as concepções, metodologias e motivações que envolvem as ações educativas em saúde, se poderá pautar uma discussão efetiva, que objetive descobrir caminhos para implantação processual na perspectiva da realidade da Saúde da Família.

São tecnologias para abordagem de práticas pedagógicas para a informação no processo de educar:

- Reuniões de grupo
- Jogos educativos
- Palestras, terapias de grupo
- Multirões da Saúde, O dia “D”
- Música e entretenimento em geral
- Oficinas
- Atividades em grupo
- Teatro de bonecos

- Enfrentamento dos problemas

Não importa a linguagem que utilizemos, o que importa é que a mensagem seja passada de uma forma que eles entendam. Seja através uma palestra, um jogo, um toque, um sorriso ou um simples gesto de atenção, ele vai reconhecer o seu trabalho!

É sempre bom lembrar que a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas.

O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico (BRASIL, 1981).

Muitas vezes, na prática, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou indivíduo.

A comunicação é um processo dinâmico, o que significa que, embora seus elementos sejam colocados em diferentes “modelos” como partes separadas, na realidade todos eles agem de maneira simultânea e interativa, em constante fluxo, movimento e dinamismo em um determinado contexto social (DIAZ, 1982).

Outras tecnologias utilizadas pela Estratégia de Saúde da Família com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. E para atingirmos os objetivos almejados, são:

- Acolhimento

- Visita domiciliar
- Consultas

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

A Visita Domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. Por ser realizada no âmbito domiciliar, proporciona maior dinâmica aos programas de atenção à saúde e constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade.

As consultas são ações realizadas de maneira sucessiva e ordenada, para conhecer a situação de saúde da clientela e tomar decisões quanto à assistência a ser prestada, visando mudanças favoráveis à saúde

4.6 Disciplina 6- Saúde da Mulher

Ao definirmos a mulher como sexo frágil nos dias de hoje...

O que você diria?

A mulher representa na sociedade atual um símbolo de luta e conquistas, ao longo dos anos saiu da condição de oprimida e ganhou seu espaço social, alcançou conquistas, dentre elas, a sua inserção no mercado de trabalho, embora ainda saibamos que existem diferenças no reconhecimento de seu trabalho em relação ao homem, mas são notáveis as mudanças conseguida A mulher que gerencia sua vida financeira, social,familiar e sexual,

pode ser chamada de sexo frágil, ao não ser que ela seja frágil pela sua estrutura sensível e meiga de ser.

Além de atividades no mercado de trabalho, coube à mulher a maternidade, a função de acolher, trazer a vida, criar, amar, e educar uma criança. É no período da gestação que a mulher que tanto acolhe precisa de acolhimento, de cuidado e apoio, para que seu período gestacional seja tranqüilo, sem intercorrências, e seu filho seja saudável.

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2005).

E para se ter saúde materna e neonatal é necessária uma atenção pré-natal e puerperal que seja de qualidade e humanizada, para que isso aconteça é preciso que sempre se trabalhe com o conceito de saúde/doença que compreende o ser em sua totalidade, que considera o ambiente social, econômico, histórico e cultural em que se vive que leva em conta o relacionamento entre profissionais, gestores e comunidade, que respeita os direitos humanos e nesse caso específico os direitos reprodutivos e sexuais. Escutar é o primeiro passo no atendimento a gestante, no período gestacional ocorrem muitas mudanças corporais e emocionais.

É na Atenção Básica, mas precisamente nas consultas de pré-natal o momento de receber essa mulher e promover uma gestação tranqüila, identificando fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal da gestação.

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizado anamnese, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. Exame físico

completo, exame ginecológico e obstétrico. Tudo deve ser devidamente registrado em prontuário e cartão da gestante. Na primeira consulta também são realizados os exames de rotina do pré-natal, dosagem de Hb/Ht, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologias (sífilis, HIV, Hep B, toxoplasmose), glicemia, sumário de urina, ultra-sonografia, entre outros conforme necessidade. Cálculo gestacional, data provável do parto, orientação sobre imunização, alimentação, referência odontológica.

Nas consultas seguintes, anamnese sucinta, abordando bem-estar materno e fetal. Ouvir dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou perdas vaginais. Fazer controle materno e fetal através de exame físico, conversa, observação e escuta.

Cada trimestre gestacional tem a sua peculiaridade e a mãe deve ser devidamente assistida em cada fase. Durante o pré-natal deverá ser realizado no mínimo seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre, a fim de que se possam identificar fatores de risco durante a gestação. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado precocemente e se encerra após o 42º dia de puerpério, período que deveria ter sido realizado a consulta de puerpério.

Como falado anteriormente em assistência de qualidade e humanizada em que se deve respeitar, também, os direitos reprodutivos e sexuais, a mulher após a gestação, passado a fase puerperal, vive uma nova fase, e ainda assim permanece a assistência básica de saúde com o Planejamento Familiar.

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. (BRASIL, 2002).

No planejamento familiar são desenvolvidas ações educativas no sentido de oferecer a mulheres e homens os conhecimentos necessários para a escolha e utilização do método anticoncepcional mais adequado, promover reflexão sobre temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade. A troca de informações, conhecimentos e experiências é fundamental nas ações educativas. O profissional de saúde deve ter uma linguagem simples, acessível. A mulher pode ser orientada a anticoncepção, mas nunca proibido o seu direito à concepção.

Apesar de todas as conquistas da mulher, essa ainda sofre um grave problema: A violência. A violência contra a mulher é um fenômeno universal, uma violação dos direitos humanos, que atinge todas as classes sociais, etnias, e culturas, esta na população de todos os níveis de desenvolvimento econômico e social.

A convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, da qual o Brasil é signatário, define como violência contra a mulher todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a mulher, tanto na esfera pública, com na privada (BRASIL, 2005).

Essa disciplina de saúde da mulher foi além de muito interessante foi pra mim, num momento bastante oportuno. Pois, durante a disciplina descobri que estava grávida. Então fui assimilando o conteúdo, refletindo sobre as modificações emotivas e fisiológicas que o nosso corpo passa durante todas as fases. Foi incrível. Passei de profissional para cliente.

4.7 Disciplina 7- Participação Social e Promoção da Saúde

A Constituição Federal de 1988 definiu uma nova forma de gestão para as políticas públicas no Brasil, indicando a descentralização, com a participação da sociedade, como um de seus princípios e diretrizes norteadoras. Regulamentando os dispositivos constitucionais que tratam da participação social na saúde, a lei 8.142/90 instituiu as conferências e os conselhos de saúde como instrumentos, privilegiados, de participação da sociedade na gestão da saúde (BRASIL, 1990).

A educação em saúde permeia, basicamente, os grandes meios de comunicação de massa e os serviços primários de saúde, enfatizando a estruturação de instrumentos educativos, com vistas a propiciar a interação cultural entre população e profissionais de saúde, buscando nas práticas de educação sanitária tradicionais ensinar aos pacientes os cuidados com o corpo, a saúde, prevenção e tratamento das doenças.

Medidas para a promoção da Saúde

- **Prevenção primária:** prevenção das condições que levam ao aparecimento de doenças (ex.vacinação).
- **Prevenção Secundária:** detecção precoce de certo tipo de doenças (ex. rastreio).
- **Prevenção terciária:** reabilitação do indivíduo (ex.fisioterapia).

Desenvolvimento em Promoção da Saúde no período de 1974 a 2000

1974 – Informe Lalonde

1978 – Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata.

1981 – A Organização Mundial de Saúde unanimemente adota uma estratégia global: “Saúde para Todos no Ano 2000”.

1986 - Carta de Otawa sobre Promoção da Saúde.

1988 – Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália.

1991 – Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsval, Suécia.

1997 – Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jacarta.

1998 – Resolução da Assembléia Mundial de Saúde (Promoção da Saúde).

2000 – Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, México.

Após este breve histórico do campo da promoção da saúde, torna-se necessário descrever as estratégias-chave da promoção da Saúde da Carta de Ottawa, que foi o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo.

1) Promoção de saúde através de políticas públicas: focalizando a atenção no impacto em saúde das políticas públicas de todos os setores e não somente do setor da saúde.

2) Criação de ambiente favorável através da avaliação do impacto em saúde do ambiente e evidenciar oportunidades de mudanças que conduzam à saúde.

3) Desenvolvimento de habilidades pessoais: ampliando a disseminação de informações para promover compreensão, e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitem indivíduos a tomar atitudes de promoção de saúde.

4) Fortalecimento de ações comunitárias: apoiando ações comunitárias concretas e eficazes na definição de prioridades, tomada de decisões, planejamento de estratégias e implementá-las para atingir melhor padrão de saúde.

5) Reorientação de serviços de saúde: redirecionar o modelo de atenção da responsabilidade de oferecer serviços clínicos e curativos para a meta de ganhos em saúde.

Segundo a Health Promotion Agency for Northern Ireland – HPA (2004), os principais modelos e teorias utilizados na promoção da saúde podem ser resumidos assim:

1-Teorias que tentam explicar comportamentos e mudanças comportamentais focalizando no indivíduo.

2-Teorias que explicam mudanças em comunidades e ações comunitárias para a saúde.

3- Modelos que explicam mudanças em organizações e a criação de práticas organizacionais que incentivem hábitos saudáveis.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

As principais ações do PNPS:

- Alimentação saudável
- Prática corporal/atividade física
- Prevenção e controle do tabagismo
- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz
- Promoção do desenvolvimento sustentável

O autocuidado é o conjunto de ações que os indivíduos iniciam e executam para manter a vida, a saúde e bem estar. Na verdade, ele acaba sendo uma ferramenta para promoção da Saúde.

A essência do autocuidado é o desenvolvimento da capacidade do cliente tornar-se agente do seu processo de viver diário, tendo como objetivo final a independência no desempenho das atividades. Quando a demanda terapêutica do autocuidado não está satisfeita, ocorre o “deficit” de autocuidado, decorrente de falta de aptidão, informação ou motivação, inerentes a fatores intrínsecos ou extrínsecos ao paciente (HOGA, 1993)

Petry e Pretto (1997) consideram a motivação do paciente como um dos aspectos mais difíceis, pois envolvem as expectativas, idéias, crenças, sentimentos, esperanças, atitudes e valores relacionados ao comportamento humano, pois experiências prévias, falta de conhecimento, não aceitação de problemas, condições sociais, econômicas e emocionais podem resultar em comportamentos negativos em relação à saúde.

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

Nesse sentido, é de fundamental importância que nós, profissionais de saúde, estejamos engajados em desenvolver o processo de educação em saúde em nossas rotinas, induzindo, informando e conscientizando nosso cliente de sua co-participação e também sua responsabilidade no restabelecimento ou manutenção de sua saúde. Assim, estaremos promovendo a Saúde.

4.8 Disciplina 8- Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

A sociedade caminha reestruturando-se frente à globalização. A substituição do trabalho humano por tecnologias e a constante agressão ao meio ambiente está repercutindo profundamente na vida das pessoas. As doenças ocasionadas pelos processos de trabalho, bem como, a adaptação do homem ao meio vêm trazendo preocupações severas.

Muitas pessoas não percebem, mas o homem é parte integrante da natureza e, nesta condição, precisa do meio ambiente saudável para ter uma vida salubre.

É certo que qualquer dano causado ao meio ambiente provoca prejuízos à saúde pública e vice-versa. "A existência de um é a própria condição da existência do outro" (SOUZA, 2004), razão pela qual o ser humano deve realizar suas atividades respeitando e protegendo a natureza.

Trazendo pro nosso contexto, ao lado de grandes setores modernos, grande numero de trabalhadores ainda vinculados a atividades cujos processos são rudimentares. Os primórdios da divisão social do trabalho coincidem com as primeiras descrições de doenças profissionais.

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

O Ministério da Saúde desenvolve uma política de ação integrada com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, a Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), cujas diretrizes compreendem:

I - Ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;

II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;

III - Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;

IV - Estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador;

V - Reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política;

VI - Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador.

De acordo com a OMS, os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados com as novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens.

Todos esses problemas mantêm uma estreita relação com o avanço desenfreado do capitalismo, levando consigo o crescimento desordenado das cidades e a modernização, comprometendo todo o ecossistema e trazendo consequências socioambientais.

O trabalho humano é, e sempre será, indispensável, mesmo em situações de extrema automação. Assim, o círculo virtuoso e perverso da economia se sustenta pela exploração da natureza e do trabalhador, gerando a degradação ambiental e as cargas biológicas, sociais, psíquicas, econômicas, políticas, culturais que afetam a saúde dos trabalhadores e de suas famílias, produzindo desigualdades sociais e ambientais em uma cultura legitimadora desse processo de desenvolvimento.

Segundo Dias (2005), a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, apoiada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) abriu possibilidades de avanços. Em 2005, a Portaria MS nº 2.437 reorientou a organização da RENAST, reforçando o papel dos Cerest e definindo a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema.

Os Cerest's tem o papel de ser irradiador das ações de prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho, entendendo a produção das doenças nos processos de trabalho. Bem como:

- Prover suporte técnico adequado as ações de saúde do trabalhador;
- Recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Saúde do Trabalhador;
- Viabilizar ações de Vigilância Ambiental, Sanitária e Epidemiológica;
- Promover processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos do SUS e dos participantes do Controle Social;

- Organizar e estruturar projetos de intervenção a Saúde do Trabalhador como: LER/DORT, atenção aos trabalhadores extrativistas e da pesca, erradicação ao trabalho escravo e infantil.

Portanto, fica claro o compartilhamento da complexidade sistêmica das relações entre saúde ambiental e saúde do trabalhador, numa perspectiva transdisciplinar e transetorial, reconhecendo que a meta da saúde e da qualidade de vida não se completa nem se esgota num Ministério, Secretaria, Departamento, disciplina ou grupo profissional isolados, mas pode avançar muito na medida em que se abra espaço para um diálogo entre instituições, técnicos especialistas e, particularmente, com a sociedade.

Entre as características da atenção primária à saúde que favorecem a inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador destacam-se o enfoque da territorialização e a proposta das redes de atenção à saúde. O enfoque do território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adscrita, bem como a avaliação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, conferindo concretude às relações produção/trabalho-ambiente e saúde e possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.

4.9 Disciplina 9- Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

Com a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e com a realização das Conferências Nacionais é que foi definida a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.

Anteriormente à criação do SUS, a assistência odontológica era basicamente subsidiada pela iniciativa privada sob o domínio do paradigma curativo-reparador, tecnicista, biologicista, e excludente. (UFC, 2011).

A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Nos últimos anos, apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas.

A Política Nacional de Saúde Bucal, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Assim, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da estratégia Saúde da Família.

Com a expansão do conceito de atenção básica e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também, investimentos que

propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Portaria nº-1.570/GM, de 29 de julho de 2004.

Processo de trabalho em saúde bucal,deve incluir:

- Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo
- Integralidade da atenção
- Intersetorialidade
- Ampliação e qualificação da assistência

As ações de proteção à saúde devem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Envolvendo ações como: Fluoretação das águas;Educação em Saúde;Higiene Bucal supervisionada;Aplicações tópica de flúor;ações de recuperação e reabilitação.

Essas ações são desenvolvidas por ciclo de vida:

- **Grupo de 0 a 5 anos:** organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para este grupo etário verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a este grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

- **Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos):** a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

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

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

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

A organização do trabalho nas Unidades básicas depende da Equipe multidisciplinar, que sob a ótica de cada conhecimento deverá direcionar suas competências em prol da comunidade. É preciso trabalharmos de forma integrada, propondo no nosso planejamento de ações educativas, palestras que irão informar os cuidados com a saúde bucal, desde a promoção à manutenção e importância da saúde bucal. Sabemos que ainda se permeia mitos e tabus os quais devemos esclarecer e incentivar ao autocuidado.

4.10 Disciplina 10- Atenção Básica de Saúde à Pacientes Deficientes

No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com déficit mental, motor, sensorial e múltiplo.

Em 1970 e início da década de 1980, surgiram os movimentos sociais das pessoas com deficiência (que incluíam as pessoas, seus familiares e os profissionais da reabilitação), que tiveram importância fundamental na reivindicação de direitos sociais e igualdade de oportunidades (ROCHA, 2006). Segundo a autora, estes movimentos associaram suas "bandeiras de luta" às demais existentes na sociedade brasileira, ou seja: lutas por direitos sociais, como serviços de saúde, por escolas, pelo fim da discriminação social e jurídica, pelo transporte, entre outras.

Discriminação por motivo de deficiência significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável.

É possível reconhecer que, em cada época, o modo como as sociedades agiram em relação à pessoa com deficiência foi concebido de acordo com os valores culturais que nortearam cada sociedade, que precisam ser respeitados.

A deficiência já foi tratada como um problema da pessoa, como um fenômeno relacionado à doença e cuja responsabilidade sobre essa pessoa cabia a seus familiares ou a entidades especiais. Felizmente circunstâncias políticas permitiram que a deficiência começasse a ser compreendida como uma questão social. Daí que atualmente passa-se a compreender a inclusão social da pessoa com deficiência como uma necessidade social que permeia o campo da ética e da cidadania. Há atualmente a crescente preocupação com o respeito aos direitos humanos.

Segundo a convenção dos direitos das pessoas com deficiências,todas elas têm direitos à:

- Dignidade;
- Independência e autonomia da pessoa com deficiência,com liberdade para fazer as próprias escolhas;
- Não discriminação;
- Plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;
- Respeito à diferença e aceitação da diversidade;
- Igualdade de oportunidades;
- Acessibilidade;
- Igualdade entre homens e mulheres com deficiências;
- Respeito à criança com deficiência;

Mesmo assim, as formas de tratamento disponíveis precisam avançar bastante para assegurar atividades muito simples da vida cotidiana para que as pessoas com deficiência possam buscar os meios para combater a natureza de sua exclusão social.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da pessoa com deficiência ,pretende-se que os serviços de atenção às PcD se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento (hospitalar/ domiciliar).

Lembrando sempre que a inclusão social começa conosco,profissionais de saúde, que somos formadores de opiniões.Devemos trabalhar as dificuldades e buscar junto aos nossos gestores estratégias que possam beneficiar à nossa unidade de Saúde ,bem como,seus clientes.

Partindo do entendimento de que as barreiras de comunicação entre profissionais de saúde e clientes podem prejudicar a assistência prestada, inclusive o diagnóstico e o tratamento, havendo desconforto entre os dois lados envolvidos, alguns autores sugerem que as instituições acadêmicas oportunizem estudos relacionados com o atendimento dessas pessoas por profissionais de saúde (CHAVEIRO, 2008).

É perceptível que a existência da legislação e o fortalecimento de importantes organizações lideradas pelas próprias pessoas com deficiência fortaleceram o novo debate sobre a equiparação de oportunidades desse segmento à de toda a população.

Um dos principais objetivos das ações em atenção primária, com relação à saúde de pessoas com deficiência, é dar-lhes visibilidade social, valorizando-se os processos e recursos locais para a construção da inclusão; parte-se do entendimento de que as pessoas são sujeitos com saberes, valores e história, pertencentes a um contexto sociocultural, e que podem agir sobre ele. Vale ressaltar ainda, a importância de se atuar na construção de trocas sociais, tendo como horizonte ético a igualdade e o respeito às diferenças.

Existindo uma interlocução entre as redes de Reabilitação, os NASF (considerando suas ações em reabilitação), o atendimento em reabilitação nos serviços especializados e hospitalares, são fundamentais: A comunicação com as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos/deficiências e reabilitação das UBS, integrando todos eles em uma rede de assistência.

A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento (hospitalar/ domiciliar).

Lembrando sempre que a inclusão social começa conosco, profissionais de saúde, que somos formadores de opiniões. Devemos trabalhar as dificuldades e buscar junto aos nossos gestores estratégias que possam beneficiar à nossa unidade de Saúde, bem como, seus clientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para responder aos desafios que este trabalho me propiciou, foi necessário conhecer de forma intensa o processo de trabalho desenvolvido pela ESF, destacando sua importância para a saúde coletiva e refletindo sobre a nossa realidade.

Para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos moldes em que a Estratégia da Saúde da Família propõe, é preciso que haja uma revisão crítica acerca dos processos de trabalho executado e sobre o perfil de competências desejado pelos profissionais da saúde, com enfoque não apenas no conhecimento técnico especializado, mas, principalmente, nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população, com a consciência da responsabilidade social envolvida na ação profissional.

É importante ressaltar a necessidade da implementação de métodos eficazes e eficientes que desencadeiem uma consciência crítica dos clientes visando torná-los conscientes de si mesmos, de seu corpo e da realidade que vivenciam envolvendo-os com o melhoramento da qualidade de vida e com o exercício de sua cidadania.

Este curso permitiu um envolvimento intenso nas diversas atividades desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família. Nele consegui articular teoria e prática, aplicando o conhecimento adquirido no cotidiano; Enriqueci meu olhar acerca do processo de trabalho até então desempenhado, hoje, com um olhar mais crítico consigo planejar minhas atividades e desenvolvê-las de forma mais efetiva.

Durante o curso aprendi que é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo, entre profissionais e clientes, sinalizando seus entraves e possibilidades na construção de circunstâncias que possibilitem a promoção e manutenção da saúde para que estes indivíduos possam adquirir condição de realizar escolhas que favoreçam seu auto-cuidado.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série Técnica — Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico. 4. ed. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 2 maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada- Manual Técnico. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Política Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente**. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- CHORNY, A. Planificación en salud: Viejas ideas en nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales (Rosario)**, v. 73, p. 5-30, 1998.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Cienc. Saude Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.
- DIAZ BORDENAVE, J. “Opções pedagógicas”. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORTE, Belém, 1982. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 13 - 18. (Série F: Educação e Saúde, 3).
- GONDIM, F.I.D. et al. **Análise das práticas educativas em saúde do programa de saúde da família no distrito sanitário ii da cidade de João pessoa**. João Pessoa, 2006.

HEALTH PROMOTION AGENCY FOR NORTHERN IRELAND (HPA). [What is health promotion](http://www.healthpromotionagency.org.uk/). 2004. Disponível em:< <http://www.healthpromotionagency.org.uk/>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

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

HOGA, L. A. K. A influência da crença religiosa na motivação de uma cliente para o autocuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 27, p. 73-85, 1993.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

NATIONS, M.; MONTE, C. I'm not dog, no! Cries of resistance against cholera control campaigns. **Soc. Sci. Med.**, v. 43, p. 1007-1024, 1996..

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção. 1999. Disponível em: <<https://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

RONZANI, T. M.; Van STRALEN, C. J. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Rev. APS**, n. 2, p. 99-107, 2003.

SOUZA, P. R. P. **A servidão ambiental florestal como instrumento de proteção continental do meio ambiente**. Disponível em: <www.oab.org.br/comissões/coda/files/artigos_servidaoambiental.pdf>. Acesso em: 28 maio 2004.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. 2000. Disponível em:< http://mesquita.filho.sites.uol.com.br/GE_Mod_atencTeix.pdf >. Acesso em: 2 maio 2012.

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 a Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_03/04>. Acesso em: 06 maio 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família**: Políticas de Saúde Bucal. Fortaleza, 2011. Disponível em:< http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_01/>. Acesso em: 28 ago. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_02/03>Acesso em: 16 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Atenção

Básica de Saúde à Pacientes Deficientes. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_03>. Acesso em: 03 jul.2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: processo de trabalho em saúde.** Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html >. Acesso em: 18 jun. 2011.