

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

FRANCISCO RODRIGUES MARTINS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E
DESAFIOS NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SOBRAL

2011

FRANCISCO RODRIGUES MARTINS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E
DESAFIOS NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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.

Orientadora: Profa. Me. Patrícia Maria Costa
de Oliveira.

SOBRAL

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

-
- M386c Martins, Francisco Rodrigues.
 Curso de Especialização em Saúde da Família: reflexões e desafios na prática da
atenção primária / Francisco Rodrigues Martins. – 2011.
 43 f..
- Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do
SUS (UNA-SUS), Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde - NUTEDS,
Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.
 Orientação: Prof. Me. Patricia Maria Costa de Oliveira.
1. Saúde Coletiva. 2. Enfermagem. 3. Educação a Distância. I. Título.

CDD 371.35

FRANCISCO RODRIGUES MARTINS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E
DESAFIOS NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Patrícia Maria Costa de Oliveira – Orientadora

Prof. Esp. Jânder Magalhães Tôres – (1º Avaliador)

Profa. Me. Maria Adelane Monteiro Silva – (2º Avaliador)

À minha esposa Vilma, pelo apoio e incentivo, sempre estando ao meu lado e compartilhando dos meus sonhos.

As minhas filhas Camila e Samira, que sempre compreenderam os momentos em que estive ausente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me proporcionou tudo que tenho e o que sou hoje, dando-me força para enfrentar os obstáculos que a vida me apresentou.

Aos meus pais, Francisco Martins e Alcinéia, que souberam me repassar todos os ensinamentos que adquiriram ao longo de suas vidas, sendo grandes batalhadores para a formação de seus filhos.

À minha esposa Vilma, com a qual divido muitos momentos de angústia e alegria e que sempre se mostrou uma grande companheira em todos eles.

Ao meu tutor e orientadora, respectivamente, Jânder Magalhães e Patrícia Maria, que estiveram sempre ao meu lado durante a realização deste Curso e fizeram-me sentir seguro por não estar sozinho diante deste desafio.

Aos componentes da Banca Examinadora por se disponibilizarem a colaborar com o aprimoramento e engrandecimento deste trabalho.

Aos meus colegas de curso, com os quais pude interagir dividindo minhas dúvidas e meus conhecimentos.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil em 1994 e foi concebida com o objetivo de proceder à organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. A falta de profissionais com formação adequada e com perfil generalista, para atuar na ESF, passou a ser grande obstáculo para sua consolidação. Diante disso, passou-se a adotar a Educação Permanente (EP) como estratégia para se recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, a fim de se enfrentar os desafios decorrentes do desempenho do trabalho dos profissionais de saúde nos diferentes cenários do SUS. Objetiva-se descrever as experiências, avanços e desafios para a prática na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos no Curso de Especialização em Saúde da Família. O estudo trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial, no período de abril de 2010 a julho de 2011. Para o aprendizado da teoria foi utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle. Os pressupostos pedagógicos são baseados na educação contextualizada descentralizada, na aprendizagem colaborativa, significativa e problematizadora. E ainda baseada na articulação entre teoria e prática e ensino-serviço. Quanto à descrição das práticas na Atenção Primária apresentada nos portfólios, utilizou-se como cenário o Centro de Saúde da Família de Tapuio, situado no município de Cariré-Ceará. Participar do curso me fez refletir sobre minha prática e ocasionou transformações nas atividades diárias de toda a equipe de saúde, embora persistam desafios para operar com os princípios da ESF. Conclui-se que o curso impactou positivamente minha trajetória profissional, embora represente modalidade de formação que visa complementar conhecimentos e habilidades necessários para atuação na Estratégia Saúde da Família.

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

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) has emerged in Brazil in 1994 and was designed in order to proceed with the organization of care practice and criteria on a new footing in the traditional model of care. The lack of adequately trained professionals with generalist profile and to act in the ESF, became major obstacle to its consolidation. Therefore, it moved to adopt the Continuing Education (PE) as a strategy to recover training practices, care, management, policy and social control in the health sector, in order to meet the challenges arising from the performance work of health professionals in the different scenarios of SUS. The objective is to describe the experiences, achievements and challenges to practice in Primary Health Care (PHC) from the knowledge, skills and attitudes acquired in the Specialization Course in Family Health. The study deals with an account of experience mediated by the Specialization Course in Family Health offered by the Federal University of Ceará in partnership with the Open University of the SUS, the semi-presence mode, the period April 2010 to July 2011 . For learning theory was used Moodle Virtual Learning Environment. The pedagogical assumptions are based on decentralized education contextualized, collaborative learning, and problem-meaningful. And based on the articulation between theory and practice, teaching and service. The description of the practices presented in the Primary portfolios, we used the backdrop of the Center for Family Health Tapuio, located in the municipality of Cariré-Ceará. Participate in the course made me reflect on my practice and caused changes in the daily activities of the entire health care team, although there remain challenges to operate with the principles of the ESF. It is concluded that the course positively impacted my career, although it represents kind of training that aims to complement the knowledge and skills needed to work in the Family Health Strategy.

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

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESF	Curso de Especialização em Saúde da Família
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
EAD	Educação a Distância
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IHD	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NUTEDS	Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PQT	Poliquimioterápico
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
THD	Técnico em Higiene Dental
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	METODOLOGIA	11
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES: PORTFÓLIOS	13
3.1	Processo de Trabalho em Saúde	13
3.2	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	17
3.3	Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	19
3.4	Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde	22
3.5	Saúde da Mulher no Ciclo Vital	24
3.6	Saúde Mental e Violência	26
3.7	Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	29
3.8	Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	31
3.9	Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	35
3.10	Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	36
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil em 1994 e foi concebida com o objetivo de proceder à organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (BRASIL, 2006). Através dessa estratégia, o foco de atenção muda do indivíduo para a família, o que provoca a necessidade de profissional capacitado para atuar com esse objeto ampliado (TURAZZI, 2007).

A falta de profissionais com formação adequada e com perfil generalista, para atuar na ESF, passou a ser grande obstáculo para sua consolidação (PIERANTONI; VARELLA e FRANÇA, 2006). Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) assumiu institucionalmente a responsabilidade de reorientar ações de formação dos profissionais de saúde que tenham como foco novos modos de cuidar e ensinar em saúde (BRASIL, 2004).

Diante disso, passou-se a adotar a Educação Permanente (EP) como estratégia para se recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, a fim de se enfrentar os desafios decorrentes do desempenho do trabalho dos profissionais de saúde nos diferentes cenários do SUS (BRASIL, 2004).

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado com o objetivo de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino/aprendizagem no exercício do trabalho (CECCIM, 2005). O que se propõe é que a Educação Permanente em Saúde preencha as lacunas existentes no processo de formação, transformando as práticas profissionais e a organização do trabalho. Para tanto, transmitir novos conhecimentos para os profissionais se torna insuficiente, pois o acúmulo do saber técnico não é o foco central da EP. De fato, a EP pretende incluir aspectos pessoais para a formação e capacitação dos trabalhadores, bem como valores e ideias desses trabalhadores a respeito do SUS, de modo geral.

Neste sentido, para facilitar o processo de aprendizagem, surge a Educação a Distância (EAD) que se caracteriza como uma modalidade de ensino que tem permitido o aluno acesso à capacitação sem abdicar de suas atividades do cotidiano profissional.

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que criou, em 2008, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Trata-se, portanto, de programa que estabelece condições para o funcionamento de rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS para atender às necessidades de formação e educação permanente no âmbito da Saúde Coletiva e Atenção Primária nos municípios brasileiros.

No Ceará, o referido curso integra-se ao Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS), da Universidade Federal do Ceará (UFC), mediante parceria com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, integrando o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros. O convênio foi firmado entre essas instituições para construir um complexo formador de profissionais em saúde com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS.

O CESF adota o modelo de sistema de tutorias e novas linguagens para apresentação dos conteúdos, contribuindo com o desenho de uma educação superior *lato sensu* mais democrática e mais equânime que permite aos governos municipais e estaduais a qualificação de seus profissionais, a mudança da estratégia política e reorientação pedagógica mediante processo de capacitação contextualizada e problematizadora.

Sou enfermeiro há seis anos e desde a minha formação venho atuando na Estratégia Saúde da Família. Atualmente trabalho no município de Cariré, estado do Ceará, na Estratégia Saúde da Família de Tapuio.

O trabalho do PSF deve ser realizado em equipe, ou seja, todas as ações devem ser planejadas por todos os profissionais para que haja maior interação entre seus membros, facilitando assim o processo de trabalho e gerando bons reflexos na comunidade. Dominguez (1998) afirma que a importância do PSF está, justamente, no fato de conseguir substituir a porta de entrada do sistema de saúde, deixando de valorizar o modelo biomédico.

Sendo assim, os profissionais que atuam na ESF precisam estar sempre se qualificando para adquirirem novos conhecimentos e empregar a teoria na prática. O meu interesse em fazer o Curso de Especialização em Saúde da Família partiu da

necessidade de compartilhar conhecimentos sobre o PSF com os demais membros da equipe onde atuo, além da necessidade de aprimorar meus próprios conhecimentos, a fim de otimizar o processo de trabalho e oferecer um atendimento de qualidade.

Diante do que foi exposto, este trabalho tem como objetivo descrever as experiências, avanços e desafios para a prática na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos no Curso de Especialização em Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial, no período de abril de 2010 a julho de 2011.

Para o aprendizado da teoria foi utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle, com conteúdos seguindo o padrão SCORM, possibilitando a permuta entre as diversas universidades brasileiras envolvidas no projeto da UNA-SUS. Os pressupostos pedagógicos são baseados na educação contextualizada descentralizada, na aprendizagem colaborativa, significativa e problematizadora. E ainda baseada na articulação entre teoria e prática e ensino-serviço. Quanto à descrição das práticas na Atenção Primária apresentada nos portfólios, utilizou-se como cenário o Centro de Saúde da Família de Tapuio, situado no município de Cariré-Ceará. A equipe deste território é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, uma dentista, uma THD, cinco Agentes Comunitários de Saúde e um Agente de Endemias.

As disciplinas ofertadas no curso foram: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Saúde Mental e Violência; 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 e Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.

Durante o curso, dentre as várias atividades propostas, o aluno sistematiza o conhecimento adquirido em cada disciplina mediante a produção de portfólio que é periodicamente avaliado pelo tutor a distância. Ao final do curso, o portfólio é apresentado no formato de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado individualmente e submetido a uma comissão avaliadora que julgará quanto à aprovação ou não-aprovação do mesmo para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, 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).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES: APRESENTAÇÃO DOS PORTFÓLIOS

3.1 Processo de Trabalho em Saúde

Início o relato da minha aprendizagem com a disciplina Processo de Trabalho em Saúde descrevendo o primeiro encontro presencial com os tutores deste curso. Na ocasião, tive a oportunidade de conhecer todos os participantes da minha turma, que até então, só havia interagido virtualmente. No primeiro momento, os tutores (a distância e presencial) fizeram uma abordagem teórica dos conteúdos que seriam estudados nesta disciplina.

Primeiramente nos foi apresentado alguns conceitos básicos sobre o processo de trabalho em saúde com enfoque na Estratégia Saúde da Família, dentro do contexto do SUS e da organização da Atenção Básica em Saúde. Importante destacar a discussão que foi feita sobre os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, dando ênfase a importância do enfermeiro nesta estratégia, que na opinião da turma, é o profissional que vem atuando com mais autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas em nível institucional e em outros níveis e o seu trabalho tem maior visibilidade, sendo mais valorizado.

Aprendi que o trabalhador deve conhecer e dominar algumas competências essenciais que são: o conhecimento, a habilidade e a atitude. Tais competências são necessárias para o enfrentamento de diferentes situações na prática profissional. No dia seguinte, já no AVA, início o estudo da primeira aula com a apresentação de um vídeo onde são demonstrados aspectos da nossa cultura nas três regiões do Estado do Ceará. A percepção que tive, após assistir o vídeo, foi que se faz necessário e indispensável conhecer o território onde atuamos. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Em seguida, nos foi apresentado uma Equipe de Saúde da Família fictícia, com cenários imaginários, que tinha como objetivo instigar a curiosidade e levar a refletir sobre o cotidiano vivenciado no nosso dia a dia em relação ao processo de trabalho em saúde.

Nesta aula, foi proposto uma atividade bem interessante! Elaborar uma descrição do município, da comunidade/área de abrangência da equipe e da unidade de

saúde onde trabalho. Pude concluir com esta atividade que a realidade do meu município, equipe e unidade eram muito semelhantes a da Equipe Verde, pois também enfrentamos muitos problemas no dia-a-dia do nosso trabalho. Não posso deixar de enfatizar que o diferencial de uma equipe é a sua dinâmica de trabalho, ou seja, a maneira como ela organiza seu processo de trabalho.

Sabendo disto, a aula seguinte, nos mostra como funciona essa dinâmica já que é muito difícil mudar a cultura e os hábitos das pessoas. Aprendi que para alcançarmos os resultados desejados e vencer as dificuldades no setor onde trabalhamos, precisamos de um bom planejamento. Devemos definir o que fazer, quem vai fazer, como fazer, com o que fazer. Para isto é necessário conhecer melhor os componentes do processo de trabalho.

Somente então compreendi, que o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Portanto, trabalho é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que tenha alguma utilidade. Essas são características muito presentes na Atenção Básica à Saúde e no Programa Saúde da Família. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

Em um processo de trabalho, **as finalidades ou objetivos** são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico. **Os objetos** a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Os **meios de produção** ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Os homens são **os agentes** de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos. Se definirmos que a finalidade do trabalho de uma organização de saúde são apenas o diagnóstico e o tratamento de agravos, podemos imaginar que os produtos esperados da atuação dos agentes sejam consultas, exames, internações, etc. O objeto da intervenção será o corpo dos indivíduos “doentes”. Os agentes serão, principalmente, os profissionais de saúde; e

os meios serão as estruturas de saúde (unidades de saúde), os insumos e as tecnologias que se voltam para o diagnóstico e tratamento; e as competências serão aquelas também relacionadas ao diagnóstico e tratamento.

O que foi bastante discutido, neste módulo, principalmente no Fórum Democratizando as Idéias, foi que com a criação do SUS o processo de trabalho em saúde vem passando por diversas mudanças e conseqüentemente surgindo novos desafios, principalmente no que diz respeito em conciliar os objetivos pessoais com os institucionais. Cotidianamente temos diversas ações para serem desenvolvidas, porém os sujeitos envolvidos neste processo estão cada vez mais exigentes e as responsabilidades aumentaram. No entanto, ainda existe um legado cultural que estimula as práticas tradicionais e que dificultam a promoção da saúde. Ainda há aqueles que buscam o serviço de saúde visando apenas o medicamento, não importando a prevenção. Portanto, percebo que a instituição e os profissionais têm uma visão diferente da do usuário em relação às ações de saúde. Talvez seja isso que leva as pessoas a usarem a expressão “a realidade é outra”.

Posso concluir que, apesar de não resultar em um produto de consumo determinado, como no caso da produção industrial, nem por isso o trabalho nos serviços de saúde deixa de ter um produto definido, aqui entendido como “o efeito positivo de tais alterações sobre a saúde das pessoas”.

Agora, inicio a discussão de um processo de trabalho com características particulares, que é o processo de trabalho na prestação de serviços. É importante atentarmos para essas características, uma vez que o trabalho em saúde é uma prestação de serviços também bastante particular. O entendimento dessas características e das particularidades do trabalho em saúde permite, certamente, a definir as melhores alternativas para enfrentarmos os problemas de saúde de nossas comunidades. Ao prestarmos assistência a uma pessoa, a nossa intervenção pretende provocar mudanças nessa pessoa no sentido de sua recuperação. Ao mesmo tempo, esse trabalho provoca transformações em nós mesmos. Dessa forma, aprendemos com cada situação que enfrentamos como profissional e cidadão.

É claro que um fator importante neste processo é a comunicação. A comunicação bem feita junto ao usuário é capaz de transformar toda a sua cultura de conhecimentos e, muitas vezes, percebo que a maioria das decisões erradas ocorre por que não paramos para ouvir. Precisamos dar mais atenção ao nosso cliente e assim

ganharemos a confiança dele, além de proporcionar a troca de experiências evitando conflitos e deixando a outra pessoa mais segura sobre o fato dela ter sido compreendida.

Assim, para que haja verdadeiramente a promoção da saúde, é fundamental que os profissionais da saúde se apropriem do seu território, pois só assim, ele passará a conhecer melhor a sua clientela com todas as suas diferenças. Portanto, vale a pena refletir sobre o significado da palavra **território**. Por território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única (SANTOS, 1990).

Dessa forma, se a saúde das pessoas, em dado local e em dado momento, é determinada pelas diferenças anteriormente citadas, a organização dos serviços de saúde deverá sempre levá-las em conta, para que os diagnósticos (dos riscos e dos danos), a definição das prioridades e das formas de atuação sejam mais justas, eficientes e eficazes. Os serviços não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica quando da ocorrência de doenças. É preciso conhecer onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. É necessário conhecer as condições em que vivem as pessoas acometidas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção dessas enfermidades. Este assunto foi bastante discutido na última aula desta disciplina.

Aprendi como a saúde e a doença de cada indivíduo é determinada, ou seja, que fatores são responsáveis pelo processo saúde-doença. Entendi como organizamos os nossos sistemas de saúde e os modelos assistenciais que adotamos em diferentes momentos de nossa história.

Antes da implantação do Programa Saúde da Família no município onde trabalho, os serviços de saúde estavam voltados apenas para o tratamento da doença e orientados para o atendimento de necessidades individuais. Percebe-se que atualmente a maioria dos usuários que utilizam os serviços do PSF são mulheres casadas, com baixo nível econômico e cultural, provenientes da zona rural do município. Mesmo assim, a realidade ainda não mudou muito. Embora se perceba o desejo de melhoria no atendimento, os usuários ainda estão condicionados à cultura da assistência curativa. Isso reflete a incapacidade que temos em reverter, imediatamente, o modelo que é

movido pela demanda espontânea e assistência à doença. A promoção da saúde e o trabalho coletivo são pouco valorizados pelos usuários por acharem que a Unidade de Saúde serve apenas para distribuir remédios e solicitar exames.

Para mudarmos essa realidade precisamos melhorar a educação. A busca por resultados diferentes do nosso trabalho deve ser um esforço de todos os membros da equipe pelo qual todos devem se responsabilizar solidariamente.

3.2 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Dando continuidade à discussão iniciada na disciplina Processo de Trabalho em Saúde, passamos a refletir sobre os modelos assistenciais em saúde, enfocando principalmente o contexto brasileiro com a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tivemos como ponto de partida a discussão sobre o conceito de modelo na concepção dos “sofistas” (grupo de pensadores da Grécia Antiga) para em seguida entendermos como ocorre o uso de modelos na saúde coletiva.

Para os sofistas havia duas vertentes de pensamentos, que seriam criar nossos próprios modelos conforme os idealizamos ou copiar modelos já existentes e que demonstraram bom desempenho (UFC, 2010).

O modelo assistencial em saúde corresponde a uma representação simplificada da organização ideal dos serviços, combinando diversas formas de intervenção (prevenção, tratamento e reabilitação) no processo saúde-doença. O modelo representado pelo SUS implica, na prática, em mudanças organizacionais, em uma nova compreensão do processo saúde-doença e na redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela sua definição negativa de ausência de doença, mas de uma forma positiva, como qualidade de vida.

Mesmo assim percebemos, em nossa prática diária, aspectos que retratam o modelo da “atenção curativa”, baseado na distribuição de remédios, em que o cliente só acredita no serviço quando sai da Unidade de Saúde com uma caixa de medicamento.

A Equipe de Saúde da qual faço parte no município de Cariré, historicamente, vinha trabalhando o conceito de saúde como ausência de doença, com uma atenção à saúde centrada na cura, nos modelos biomédicos e hospitalocêntrico, apresentando

sérias limitações na qualidade e diversificação das ações e serviços de saúde, de maneira que nem todos os cidadãos possuíam direito ao acesso a consultas, exames, cirurgias e medicamentos. Os poucos profissionais da saúde com formação universitária, centravam suas ações, prioritariamente, nas atividades de diagnóstico e tratamento das doenças.

O sistema de referência apresentava-se limitado, sendo agendados apenas algumas consultas, exames ou cirurgias especializadas. Os demais trabalhadores da saúde, com pouca ou nenhuma formação, desenvolviam procedimentos incompatíveis para sua atividade profissional. A Atenção Primária à Saúde não era prioridade.

Atualmente, os profissionais da saúde assumiram um novo compromisso e adotaram o modelo de atenção à saúde da Estratégia Município Saudável. Assim, desde o início de 2009, todas as Equipes de Saúde da Família do município vêm desenvolvendo estratégias e ações que visam às mudanças para o novo modelo assistencial de atenção à saúde.

Quanto à Estratégia Município Saudável, a Organização Mundial da Saúde-OMS, a define como aquela que “coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade” (OPAS, 2007, s/p.). Segundo a Organização Panamericana da Saúde-OPAS (2007, p. 8) a Estratégia Município Saudável objetiva “promover a saúde, junto com as pessoas e as comunidades, nos espaços onde as pessoas estudam, trabalham, se divertem, amam,... e onde vivem [...]”. A referida estratégia, “[...] encontra-se inserido em um processo global de democratização e descentralização, baseado em iniciativas locais, sob o marco da gestão local e da participação comunitária”.

Ao assumir a Estratégia Município Saudável como modelo de atenção à saúde, a nossa equipe de saúde passa a ter como meta: adotar a concepção de saúde como qualidade de vida; Admitir a saúde como direito à cidadania; Incrementar o processo de reforma sanitária municipal; Compreender o processo saúde-doença como produção social, a partir dos determinantes sociais da saúde; Assumir o planejamento e a epidemiologia como ferramentas prioritárias da gestão municipal da saúde; Incentivar a participação comunitária e o estabelecimento da gestão participativa nos diferentes espaços de atuação sanitária; Desenvolver uma política de educação permanente para os trabalhadores da saúde; Fomentar ações intersetoriais e interdisciplinares; Desenvolver ações de promoção da saúde e de educação popular em saúde nos diferentes territórios-

sanitários; Estabelecer uma agenda coletiva de prioridades entre os diversos setores da gestão pública municipal; Propiciar condições para o adequado funcionamento das unidades municipais da saúde, com uma ambiência agradável e humanizada.

Outra estratégia de ação adotada pela nossa equipe de saúde foi a implantação da proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade – AMQ, que representa o compromisso institucional de contribuir para consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica. Neste sentido, a utilização da avaliação da qualidade constitui-se ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

O processo de mudanças no modelo assistencial não tem sido fácil, pois ainda existe a concepção de que a equipe de saúde tem que desenvolver apenas ações curativas, não importando as estratégias de promoção e prevenção à saúde. O fato é que encontramos dificuldades em mudar os hábitos e costumes de todos os envolvidos neste processo, seja profissional da saúde, seja usuário.

3.3 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes.

Uma dessas ferramentas é, sem dúvida alguma, o planejamento. Esta disciplina tem como objetivo propor a discussão do processo do planejamento em saúde, desde a identificação dos problemas de saúde até o monitoramento e avaliação das ações de saúde, e de sua importância como instrumento para a reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma seqüência lógica de ações ou atividades. Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico. Ou seja, a todo o momento estamos revisando nossa situação, a evolução dos

nossos problemas e suas explicações e, a partir dessa evolução, revisando nossas intervenções e nossas ações para viabilizar essas intervenções, assim como a sua implementação e a avaliação dos seus resultados práticos.

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde.

Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. Mas o sucesso dessa empreitada pode ficar ameaçado se não dispusermos e não utilizarmos instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho.

Ao longo da disciplina foi elaborado um Plano de Ação em grupo e que a partir deste plano foi detectado como problema prioritário o aumento do número de casos de hanseníase e tuberculose no município de Cariré no período de 2009 a 2010. O grupo identificou que a explicação para o aumento no número de casos de hanseníase e tuberculose no município é devido à falta de conhecimento acerca do tratamento destas doenças, a falta de informação e cuidado em saúde para diagnóstico precoce. As Unidades de saúde não possuem estrutura para realizar tratamento e acompanhamento dos casos, devido à demanda excessiva, o que nos coloca em situação difícil como profissionais, pois temos de priorizar determinados programas e atendimentos de determinados grupos. A rotina da unidade e a demanda dificultam a realização do cuidado em saúde, pois estes pacientes têm de estar sempre presentes nas Unidades e nós profissionais temos de acompanhar o caso de perto, tanto o próprio paciente como seus comunicantes, principalmente familiares.

Ainda é necessária uma capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde-ACS a respeito destes agravos, pois os mesmos também precisam, enquanto equipe, realizar visitas frequentes e acompanhar o tratamento dos pacientes portadores de tuberculose e hanseníase, bem como informar a comunidade sobre os primeiros sinais e sintomas das doenças para auxiliar no diagnóstico precoce. A distribuição dos medicamentos ainda é falha, pois muitas vezes ocorre atraso ou faltam os medicamentos, assim os pacientes têm de reiniciar o tratamento, o que leva muitas vezes a abandoná-lo.

Na tentativa de viabilizar o plano de ação traçado pelo grupo, foi necessária a mobilização de vários setores dentro da atenção primária assim como setores de média e alta complexidade.

Tendo-se em mente que é a Atenção Básica a porta de entrada do paciente ao serviço de saúde, o recrutamento de agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e agentes administrativos, enfermeiros, dentistas, médicos e demais profissionais relacionados se torna uma ferramenta importante no sentido do diagnóstico precoce, estabelecimento do tratamento, seguimento das doenças e reabilitação das complicações. Para que esse processo tenha suporte, um fundo financeiro municipal deverá ser criado para custear despesas quanto a: (1) geração de um sistema de informação interno da UBASF, (2) fornecimento de infra-estrutura para construção de um ambiente adequado para coleta, armazenamento e transporte de amostras, (3) Confeção de impressos que divulguem informações sobre as doenças e seus tratamentos, (4) recrutamento de profissionais qualificados para treinamento da atenção básica, (5) contratação de laboratório de qualidade para realizações de exames diagnósticos e de seguimento, (6) estabelecimento de pactuação com centros especializados para onde possam ser encaminhados pacientes em estado grave e pacientes para reabilitação de complicações.

Portanto, o plano de ação se tornará viável a partir do momento que tivermos profissionais qualificados e motivados além de gestores e administradores sensíveis com a causa. Assim, por meio desta atividade percebi a necessidade de se planejar e de se colocar um plano de ação em prática. O Quadro 1 abaixo nos mostra o plano de ação desenvolvido no município.

Quadro 1 – Plano operativo para redução dos casos de hanseníase e tuberculose em Cariré-Ceará, 2010.

Operações	Resultados	Produtos	Responsável	Prazo
Capacitar profissionais da saúde.	Reduzir a prevalência dos casos de hanseníase e tuberculose em pelo menos um caso por cada 10.000 habitantes até 2011.	Profissionais de assistência à saúde preparados e hábeis a diagnosticar e a tratar hanseníase e tuberculose.	Thiago e Martins, Coordenadores de Atenção Básica	Início: 2 meses
Sensibilizar a população quanto às formas de transmissão	Reduzir o estigma e a discriminação da população contra as	Campanhas educativas na comunidade;	Adriana e João, Equipe de Saúde	Início: 2 meses Término: 6

e a importância do tratamento para a cura da doença.	peessoas portadoras de tuberculose e hanseníase.	Criação de parcerias com líderes comunitários para educação em saúde.	(principalmente os ACS)	meses
Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos portadores de tuberculose e hanseníase.	Aumentar a oferta de consultas, exames e medicamentos.	Capacitação de pessoal; Pactuação de exames e consultas especializadas; Aquisição de PQT/OMS para tratamento dos casos.	Adriana e João, Coordenador de ABS e Secretário Municipal de Saúde	Início: 4 meses Término: 12 meses
Implantar protocolos de prevenção de incapacidades, incluindo os mecanismos de referência e contra referência para a reabilitação.	Diminuição de incapacidades causadas pela hanseníase.	Capacitação de pessoal; Implantação de Protocolos para prevenção e avaliação de incapacidades; Fluxo de referência e contra referência implantados.	Thiago, Martins e Coordenador de APS	Início: 3 meses Término: 6 meses

3.4 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

Nesta disciplina, tive a oportunidade de refletir e conhecer um pouco mais sobre dois temas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde: as práticas pedagógicas em saúde e as tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Aprendi os principais conceitos pertinentes a cada um deles a partir de situações já vivenciadas no dia-a-dia de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Apesar de percebermos que as práticas de educação em saúde, de uma forma ou outra, vêm sendo realizadas na ESF, fica evidenciado também que o termo educação em saúde é compreendido de forma restrita, com enfoque apenas na prevenção de doenças, através da mudança de comportamento da população. Os profissionais de

saúde buscam simplesmente transmitir conhecimentos sobre as doenças, não levando em consideração a forma como os assuntos são abordados com o usuário.

Segundo estudiosos da área da educação existem várias abordagens ou tendências pedagógicas que perpassam a prática educativa dos profissionais da saúde. Dentre elas, podemos citar: a pedagogia por transmissão do conhecimento, pedagogia por condicionamento e a pedagogia da problematização.

Se compreendermos que saúde não é simplesmente a ausência de doença, que novas concepções do processo saúde-doença estão norteando muitas das ações educativas ou pelo menos deveriam estar então, não podemos continuar realizando práticas pedagógicas atrasadas ou tradicionais.

Faz-se necessário um saber mais sistematizado sobre educação em saúde, vislumbrando práticas que incluam o usuário no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com seu saber, para contribuir no processo de mudança social. Não bastam informações, é preciso compreender a comunidade como unidade, criando, no coletivo, propostas capazes de atingir cada um de seus segmentos, segundo seus problemas. É o que acontece quando utilizamos a pedagogia da problematização.

Portanto, para atingirmos resultados satisfatórios com as práticas educativas, na tentativa de melhorarmos a situação de saúde da nossa área de atuação precisamos conhecer os problemas reais do território, melhorar a forma de comunicação com o usuário, utilizando uma linguagem menos técnica e, finalmente, buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes.

Dessa forma, qualquer metodologia educacional a ser empregada deverá estar baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente, que considere os profissionais da saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e, portanto, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação do projeto político, assistencial e pedagógico da equipe.

Percebe-se que a aproximação do profissional da saúde e comunidade na Atenção Básica acontece a partir do uso de tecnologias simples que são: o acolhimento e a visita domiciliar.

Para Solla (2006) acolhimento significa oferecer um atendimento que garanta o acesso e o direito aos serviços necessários para promoção da saúde, envolvendo também

a escuta qualificada dos problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, oferecendo sempre resposta de ânimo e de resolutividade a seu problema, resolvendo com efetividade suas dificuldades relacionadas à sua saúde.

O compromisso para com o problema de saúde vai além do atendimento, pois quando nos relacionamos com o outro ocorre um elo de ligação entre o usuário e o profissional.

Assim, o primeiro passo é deixar a posição ingênua de considerar que nós, profissionais de saúde, não temos poder para mudar ou reforçar uma realidade.

Em nosso cotidiano, em consultórios, em reuniões de grupos, em visitas domiciliares ou em outros momentos, certamente deixamos a nossa marca, reforçando saberes cristalizados, alguns deles distantes do dia-a-dia dos usuários, ou desmistificando idéias sobre o que é o conhecimento e como utilizá-lo.

3.5 Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Esta disciplina propôs uma reflexão sobre a atenção à saúde da mulher na perspectiva da estratégia saúde da família, o que implica pensar a mulher para além das suas dimensões biológicas. Trata-se de vê-la como um ser social que ao percorrer sua trajetória neste mundo, encontra uma série de dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição de mulher, mãe, trabalhadora que sofre discriminações e violências que ama e luta pela sua felicidade e para ser reconhecida.

Quanto à assistência durante a gestação, parto e puerpério, atualmente o modelo de assistência ao pré-natal vem exigindo dos profissionais da saúde um aumento das consultas, exames e de um elevado grau de medicalização, no qual tem feito a gestação se tornar um processo patológico.

Por outro lado, devemos considerar que os altos índices de mortalidade materna e infantil diminuíram consideravelmente graças a essa atenção prestada à mulher durante a gravidez. Como nos informa o texto, “75% das gestações não desenvolvem complicações enquanto que 25% delas apresentam alto risco envolvendo duas vidas: a da gestante e de seu futuro recém-nascido (UFC, 2010)”. Portanto,

devemos estar preparados para detectarmos estes riscos e prestarmos uma assistência de qualidade e mais humanizados, seja numa gestação normal ou de risco.

Torna-se um grande desafio para nossa equipe de saúde melhorar a atenção à mulher no que diz respeito a organização de um protocolo de assistência à gestante com captação precoce, o calendário de consultas, as rotinas nos atendimentos e os grupos de gestantes; o acompanhamento do pré-natal por meio de avaliação clínica e laboratorial com detecção de risco gestacional; a orientação à gestante quanto ao desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério e a detecção do risco gestacional e encaminhamento para níveis mais complexos de assistência.

Quanto à assistência ginecológica no período reprodutivo e climatério, observa-se que no cotidiano das equipes de Saúde da Família ocorre uma irregularidade na oferta de insumos e a desobrigação do governo municipal na aquisição dos mesmos. Como resultado, as atividades voltadas para os direitos reprodutivos e sexuais se encontram desestruturadas, sem a garantia de continuidade de suas ações. Há de se considerar um programa mais recente, que muito poderá contribuir para mais efetividade na disponibilização de anticoncepcionais, entre outros medicamentos: a Farmácia Popular (UFC, 2010).

No que concerne ao cuidado na Atenção Primária à Saúde a mulher vítima de violência é que a ausência da saúde coletiva no enfrentamento da violência contra a mulher ainda é muito perceptível e embora existam leis que venham sendo utilizadas com sucesso na defesa de mulheres em situação de violência, elas ainda são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles que fazem o primeiro atendimento às mulheres vítimas de violência.

Seu enfrentamento requer a implementação de políticas públicas intersetoriais que tenham a perspectiva de gênero em seus fundamentos. Assim, é necessária a capacitação dos serviços de saúde para o acolhimento, identificação, tratamento e encaminhamento adequado das vítimas, para que todas as unidades com serviços de ginecologia-obstetrícia prestem atendimento imediato a esses casos. O ideal é que o atendimento a essas mulheres possa ser realizado por uma equipe multidisciplinar sensibilizada e treinada para lidar com essa questão.

Pude compreender que a questão da saúde da mulher não pode ficar restrita a questões gineco-obstétricas. A posição social e cultural da mulher, hoje em dia, tem sido conquistada com muita luta política, na perspectiva de garantia de direitos e

afirmação, em uma sociedade que impõe novos papéis à mulher, como a especificidade na transição demográfica, ao lhe atribuir mais responsabilidade como cuidadora, inclusive de outros idosos da família, e como provedora, como aposentada.

A partir desta disciplina foi proposto discutir com a equipe de saúde os principais aspectos necessários para garantir o acesso das mulheres aos direitos sexuais e reprodutivos. Foram discutidas, também, as bases para a construção de protocolos de cuidados às mulheres durante a gestação e puerpério, na prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino e no climatério. Finalmente, foram apontadas as condições mínimas para o atendimento, pela equipe de Saúde da Família, à mulher vítima de violência.

Portanto, as reflexões individuais e coletivas e conhecimentos adquiridos neste percurso contribuíram para a minha prática profissional e a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população, em especial às mulheres. E que a questão da saúde da mulher possa ser compreendida como parte da construção de um mundo fraterno e solidário.

3.6 Saúde Mental e Violência

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90.

O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são um dos serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos tradicionais. A função dos CAPS é de prestar atendimento a pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas, e articular-se com a rede de serviços da comunidade favorecendo a reinserção delas a este espaço.

De acordo com o Ministério da Saúde, "um CAPS (...) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (...), realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (PELISOLI, 2005).

Os CAPS possuem equipe multiprofissional - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc - e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e

atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta.

Enfocamos como desafios para a prática na Atenção Primária à Saúde a incorporação concreta e sistematizada de ações de saúde mental na atenção básica, o que tem exigido mudanças na forma de atuar não só dos trabalhadores da atenção básica, mas também dos profissionais da saúde mental. A equipe de Saúde da Família propõe erradicar a “clínica”, no território, aquela que explora o potencial da comunidade e atua de forma mais pragmática nas diversas esferas sociais, muitas vezes extremamente desfavoráveis para os sujeitos que nelas habitam. Antes o divã e agora o território como espaço terapêutico!

Espero que a partir deste curso eu possa adquirir ferramentas básicas necessárias para a atuação clínica e organizacional da assistência em saúde mental no território onde atuo. Também espero poder promover formas criativas de relacionamento com a rede e/ou com os profissionais de saúde mental no município de Cariré-Ceará.

Acredito na possibilidade de uma relação entre a atenção básica e a referência em saúde mental, já que seus princípios assistenciais convergem para pontos muito semelhantes: atenção focada na comunidade, prática do acolhimento, respeito às diferentes necessidades das pessoas, inclusão social, atenção à saúde de forma ativa, territorializada e com atuação interdisciplinar. Ambos, atenção básica e saúde mental, trabalham com pouca utilização das chamadas “tecnologias pesadas” (procedimentos de alto custo em ambientes controlados), mas exigem a incorporação das “tecnologias leves” (centradas nas competências de intervenção interpessoal em ambientes imprevisíveis). São, portanto, práticas em saúde que trabalham de forma complexa, delicada e com possibilidades de gerarem encontros inovadores, desde que os agentes envolvidos estejam abertos, sem a imposição prévia de saberes.

Espero constituir, de fato, uma parceria que só será consolidada na prática a partir do cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental, em que cada agente de saúde colabora com o que tem de melhor. Assim, todos seremos responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade.

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

O conhecimento da evolução da questão ambiental, a apropriação dos conceitos e o entendimento das importantes questões ambientais globais e da política de saúde ambiental do Brasil serão de muita importância para a consciência do que é saúde ambiental e de como ela vem sendo tratada no âmbito do SUS. Isso fornecera subsídios para a participação dos técnicos das equipes de Saúde da Família desde a identificação dos problemas e das situações de risco até a identificação de ações que visam à promoção e a proteção da saúde das populações.

Não é de hoje que as inter-relações entre trabalho, ambiente e saúde têm sido objeto de preocupação social e sanitária. Desde há muito, as exigências cada vez mais complexas da sociedade moderna vêm acelerando o uso dos recursos naturais, resultando em danos ambientais que colocam em risco a sobrevivência da humanidade no planeta. A história mostra que o homem sempre utilizou os recursos naturais para o desenvolvimento da tecnologia e da economia e, com isso, garantir uma vida com mais qualidade.

Entretanto, é fácil constatar que essa equação (exploração dos recursos naturais = desenvolvimento econômico e tecnológico = qualidade de vida) não vem se relevando verdadeira. Isso porque os recursos oriundos da natureza estão sendo aproveitados de forma predatória, causando graves danos ao meio ambiente e refletindo negativamente na própria condição de vida e de saúde do homem. Mas, a busca do homem por uma vida melhor está lhe trazendo doenças, problemas sociais e comprometendo seu futuro na Terra, já que suas ações são altamente degradantes.

Toda ação humana tem impacto sobre a natureza, positivo ou negativo. A intensidade e a natureza desse impacto são proporcionais a organização social e as atividades econômicas desenvolvidas pelo homem. Entre os problemas apresentados por essa relação entre o homem e a natureza, destacam-se os ambientes, que incidem sobre a saúde. Os efeitos do meio ambiente na saúde humana são acelerados em meados do século XIX, com o intenso processo de industrialização e urbanização, que passaram a acometer as condições de vida e trabalho das populações.

Diante dessa realidade, a relação trabalho, saúde e ambiente, contextualizando os principais cenários vivenciados por nós e incorporando a atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família é fundamental para a identificação das situações de riscos até a identificação de ações com vistas à promoção e prevenção da saúde.

O crescimento urbano desordenado, uso indiscriminado de recursos naturais, ocupação inadequada de locais para moradia, falta de infraestrutura básica, expansão desordenada da industrialização, manipulação de produtos nocivos a saúde humana e muitas outras situações que colocam em risco a saúde humana impõem a necessidade de o setor saúde apropriar-se dessas realidades, bem como de induzir ações de cunho preventivo e promover a saúde das populações que estão de alguma forma sob interferência dessas adversidades. O pensar na complexidade das situações ambientais ou problemas de saúde a elas relacionados significa considerar elementos articulados entre si, conformando situações sempre com muitas variáveis. A compreensão dessas situações e que permite uma intervenção eficaz em situações de risco a saúde humana.

A atual política em saúde ambiental do Brasil centraliza suas ações na vigilância em saúde ambiental, que está em franca expansão e estruturação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Entretanto, a da Saúde da Família representa uma excepcional estratégia na identificação de situações de riscos ambientais, por sua concepção de ações baseadas no território, onde é possível a identificação de circunstâncias de risco que passam despercebidas pela maioria.

A atuação do setor saúde no ambiente depende de atuação intra e intersetorial baseada no conhecimento do assunto, o que não é nem um pouco simples, até mesmo pela interdisciplinaridade que é exigida para a sua caracterização. Não podemos esquecer também que o setor saúde, principalmente a equipe de Saúde da Família, baseada na sua atuação direta no território, tem um papel muito importante na identificação dessas situações de risco, de forma a promover essa atuação intra e intersetorial com vistas a eliminar ou reduzir os riscos destacados, como forma de promoção e prevenção da saúde dos grupos populacionais relacionados direta ou indiretamente com as adversidades ambientais percebidas.

3.8 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

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

Para facilitar a compreensão do assunto, iniciamos os estudos com a trajetória histórica dos modelos assistenciais em Saúde Bucal no Brasil, organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida, e por fim, discutimos os aspectos relacionados à Promoção e prevenção.

Apreendi que os vários modelos assistenciais presentes no Brasil: a Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e Sistema Integral imprimiram conceitos e por sua vez marcaram o nosso processo de trabalho em saúde. Apesar da existência desses modelos, predominou no Brasil a atenção voltada para o escolar – sistema incremental – que privilegiava o tratamento odontológico da dentição permanente dos escolares de 7 a 14 anos de idade. Historicamente, a atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público, se restringiu basicamente às exodontias e aos atendimentos de urgência, geralmente mutiladores.

O reflexo dessa política com ênfase na atenção ao escolar não surtiu os efeitos propagados: uma população adulta saudável. Este fato pode ser observado nos adultos e idosos de hoje, que apresentam elevado percentual de problemas periodontais e perda de elementos dentais, principalmente, a partir dos 40 anos de idade. Os dados de saúde e doença bucal têm sido acompanhados por meio de levantamentos epidemiológicos locais e nacionais.

Em 2003, o governo federal elaborou e aprovou as Diretrizes para uma “Política Nacional de Saúde Bucal”. Decorrente desta, o “Programa Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério”, teve como metas, ampliar a rede de serviços e aumentar o incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal nos municípios, visando:

- 1- Expansão do número de equipes de saúde bucal nas modalidades I e II;
- 2- A implantação de Laboratórios de Próteses em todo o País;
- 3- A criação de condições para que 100% dos municípios com água tratada realizem a fluoretação;

4- A implantação dos Centros de Referência em Especialidades Odontológicas (CEO) nas áreas a serem definidas por cada região;

5- A atenção à população penitenciária;

6- O estabelecimento de incentivos diferenciados (50% a mais), para municípios localizados na Amazônia Legal, bem como os com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo de 0.7.

No âmbito da atenção básica, o maior investimento reside na implantação de equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família e definição de um novo processo de trabalho. Em 2006, concomitante à efetivação do Pacto pela Saúde, a edição da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 648 de 23 de março de 2006), redefiniu / enfatizou as atribuições do Cirurgião-Dentista, Técnico em Saúde Bucal (antigo Técnico de Higiene Dental – THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (antigo Auxiliar de Consultório Dentário – ACD). Desta forma, todos esses profissionais devem:

a) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias, e indivíduos expostos a riscos;

b) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários;

c) realizar ações de atenção integral;

d) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e garantia de atendimento da demanda espontânea;

e) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado e estabelecendo o vínculo;

f) encaminhar e orientar usuários a outros níveis de assistência;

g) participar das ações de planejamento e avaliação das ações da equipe;

h) garantir a qualidade do registro das atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e etc.

No PSF onde trabalho, contamos com uma dentista que realmente se envolve com os problemas da equipe e da comunidade. Procuramos fazer o cronograma das atividades juntos; Ela sempre participa das reuniões de Roda, dando sua contribuição no planejamento das ações.

Quanto ao atendimento às gestantes, ela reserva um dia no seu cronograma para atender este grupo, tendo em vista que a demanda é pequena. Já a puericultura odontológica, ainda não acontece como deveria, mas acredito que agora com os conhecimentos adquiridos nesta disciplina estarei levando a proposta para a equipe e, assim, poderemos implementar estas práticas como rotina no nosso PSF.

O processo de transição demográfica, que tem resultado em um marcante fenômeno de envelhecimento populacional, traz consigo conseqüências para área de saúde, pois gera uma importante transição epidemiológica.

Entre essas conseqüências, já tem sido amplamente apontado o fato dessa transição resultar em um aumento de agravos a saúde de longa duração, como as doenças crônicas não transmissíveis.

Pouco se fala em relação a precariedade das condições de saúde bucal dos idosos, apesar de dados do SB Brasil, inquérito de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, apontar uma alta taxa de edentulismo. Talvez porque a perda de dentes ainda é vista pela sociedade brasileira como uma conseqüência normal do envelhecimento e não como resultado de falta de ações preventivas e de promoção da saúde.

A carência dessas ações, entre outros motivos, pode ser relacionada ao fato dos profissionais de saúde, muitas vezes preocupados com a saúde de uma forma geral, esquecerem de fazer uma boa verificação do estado de saúde dos dentes e da boca.

De acordo com a realidade do meu município, as ações desenvolvidas pela equipe odontológica no PSF ainda não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde. Verifica-se que os princípios do PSF são perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. A maioria dos cirurgiões-dentistas ainda se encontra envolvida basicamente no atendimento clínico, em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde aos grupos específicos (crianças, adolescentes, adultos).

O que achei interessante nesta aula foi o estudo dos indicadores epidemiológicos na odontologia. Pouco se divulgam essas informações, ou melhor, não temos esses dados. Portanto, se não temos informações de como está a saúde bucal dos nossos usuários, como planejaremos as ações de prevenção e promoção?

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. A expressão “saúde bucal” assume, de modo geral, um significado equivalente a um conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.

Mutilação dentária (perda de um ou mais dentes permanentes) é uma característica básica de muitas incapacidades bucais. O edentulismo (ausência total de dentes) é a expressão máxima da mutilação dentária.

As extrações em série, a cárie dentária e a doença periodontal têm tido como conseqüência o edentulismo que resulta num grande número de indivíduos usando próteses totais e/ou delas necessitando.

No Brasil, estudos direcionados para os problemas bucais de idosos são escassos, e a necessidade de tratamento especificamente para este grupo está relacionada à perda dos dentes, cárie dentária, abrasão, doença periodontal, câncer bucal e lesões da mucosa bucal.

Vários fatores podem afetar o acesso do idoso à atenção em saúde bucal: a dependência de familiares, as barreiras físicas, a dificuldade de locomoção por problemas de saúde, a falta de priorização dessa faixa etária pelos serviços odontológicos, os fatores socioeconômicos e culturais, o medo ou tabus, o descrédito na resolubilidade do serviço de saúde, a crença de que usuários portadores de próteses totais não necessitam de acompanhamento pela equipe de saúde bucal e a percepção dos idosos em relação à saúde bucal que pode estar ligada às extrações e à mutilação.

Os resultados do SB-Brasil 2003 (BRAIL, 2004), inquérito de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, indicam que o percentual de indivíduos na Região Nordeste edêntulos é o principal problema na faixa etária de 65 a 74 anos. O índice de CPOD médio foi de 27,3 para esta faixa etária e que o componente perdido (P) é responsável por cerca de 25% neste grupo. Esses dados em relação à situação brasileira não são muito diferentes.

Em relação ao Cariré, município onde trabalho, não existe registros desses índices, o que dificulta o planejamento de ações da equipe de saúde bucal para atendimento aos idosos. Percebe-se que em Cariré a prática de extrações dentárias é

predominante o que leva a uma alta prevalência de edentulismo e a precárias condições de saúde bucal dos atuais idosos.

3.9 Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

A atenção à pessoa com deficiência no Brasil é garantida pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentada por diversas leis específicas. Sabe-se haver um grande número de pessoas com deficiência na população brasileira, porém ainda há grande desarticulação e fragmentação das ações voltadas para este público, tanto na esfera pública como na privada, conforme dados da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (portaria do Ministério da Saúde no 1060/2002).

De acordo com o Censo Demográfico de 2000, o número de pessoas com deficiência no Brasil é de 24,5 milhões de pessoas, correspondendo aproximadamente a 14,5% da população. Destas, tem-se: 48,1% com deficiência visual; 22,9% com deficiência motora; 16,7% com deficiência auditiva; 8,3% com deficiência mental e 4,1% com deficiência física.

O PSF deverá ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando ações que se iniciam no cadastramento da pessoa com deficiência pelos agentes de saúde e pela orientação das famílias de seu território, pela identificação de problemas, prevenção e acompanhamento de saúde pelas equipes (BRASIL, 2000). Todos os membros das equipes, incluindo os agentes comunitários de saúde deverão ter informações sobre as necessidades da pessoa com deficiência para uma intervenção mais apropriada, viabilizando a referência para outros níveis do sistema, quando necessário. Em seguida, destacamos o conceito dos principais tipos de deficiência que acometem a maioria das pessoas em Cariré-Ceará.

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

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

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

Sendo assim, as PcD alcançaram grandes conquistas no campo da legislação o que diminui o estigma que recai sobre estes indivíduos. Entretanto, o que acontece na realidade é a falta de profissionais desqualificados para o atendimento a PcD. Na prática, nossas Unidades de Saúde não são adaptadas para receber os portadores de deficiência.

3.10 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

Historicamente, a concepção de um saber particularizado esteve presente em diferentes culturas, tais como na dos povos primitivos, chinesa, indiana e grega. Originalmente, o termo “disciplinaridade” foi compreendido como uma verdadeira fragmentação do todo em pequenas partes, caracterizado não somente pela especialização exagerada do saber, mas também pela redução significativa do processo de construção do conhecimento científico até surgir o paradigma cartesiano de René Descartes.

A partir de então, o conhecimento tomou novo rumo, a ciência associada à técnica passou a consolidar a fragmentação, contribuindo assim com a industrialização.

Porém, com a evolução da ciência, surge o conceito de interdisciplinaridade como resultado da falência do paradigma racionalista.

Portanto, compreende-se por interdisciplinaridade, o compartilhamento de saberes de forma integrada em uma equipe, em busca de medidas resolutivas para determinadas situações com base nas diversas áreas de atuação.

No campo da Saúde Coletiva, a interdisciplinaridade apresenta-se como uma condição essencial, pois o processo saúde-doença necessariamente engloba as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.

Entretanto, a interdisciplinaridade na área da saúde, segundo de Oliveira (2007), constitui-se como uma necessidade emergente, mas de grande desafio, em virtude das relações entre os profissionais necessitarem de um entendimento amplo a respeito dos processos de formação de vínculos afetivos e sociais, além de propiciar a troca entre eles através da convivência e do diálogo interdisciplinar.

Dessa forma, o aprendizado vai sendo agregado ao exercício profissional, o que pode implicar em uma mudança de referencial teórico-prático de cada categoria profissional. Ainda segundo o autor, para que ocorra a interdisciplinaridade em saúde faz-se necessário uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais da saúde.

Muito embora a interdisciplinaridade seja uma necessidade para o trabalho em equipe na atenção à saúde, esta corriqueiramente enfrenta obstáculos para a sua consolidação. De acordo com Galván (2007), existem pelo menos três: os individuais, os grupais e os institucionais.

Os entraves individuais referem-se ao significado pessoal do trabalho em equipe para cada um dos sujeitos envolvidos. Nos entraves grupais entra a questão de que a reunião em um mesmo espaço físico não caracteriza por si só a constituição de um grupo, pois esses, necessariamente, precisam ter objetivos comuns, partilhados e ordenados. Em relação aos entraves institucionais encontra-se o difícil exercício do uso do conhecimento dentro das instituições onde aquele que não apresenta um saber formalizado e quantificado torna-se submisso e perde o seu papel como ator principal na relação profissional-paciente.

Recentemente, o PSF foi denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal estratégia passou a compreender a família como unidade de intervenção e

considerou como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (COSTA et al., 2009).

A prática na ESF, entretanto, nos leva a uma realidade muitas vezes diferente, em que o trabalho em equipe se assemelha mais do que se pode considerar como sendo pluridisciplinaridade, já que os saberes profissionais dos integrantes das equipes não se associam, limitando-se aos conhecimentos adquiridos durante a vida acadêmica (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Acredita-se que durante a formação acadêmica cria-se um certo “individualismo profissional” onde este acaba por interagir menos com os demais sujeitos. Nesse contexto, pode-se formar profissionais da saúde sem um espaço comum de comunicação que possibilite a troca de saberes e a ação coordenada para atingir um objetivo comum. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

A Bioética está relacionada a questões que colocam em risco a integridade humana, ou melhor, aplica-se a todo e qualquer ser vivo, onde é respeitado o direito e a preservação da vida, através de princípios (beneficência, autonomia e justiça) norteadores, estabelecidos pelo modelo principialista.

No âmbito da saúde, e em específico da Saúde Pública, esta necessita estar presente em todas as situações que envolvem questões éticas, como por exemplo: o sigilo profissional acerca de um paciente com uma determinada patologia. Entendemos que as intervenções dirigidas ao paciente visam promover o restabelecimento da saúde do indivíduo em qualquer circunstância, sem ocasionar-lhe danos à sua integridade física e mental. Porém, em muitas ocasiões, necessita-se do consentimento informado do mesmo, em caso de paciente que necessite submeter-se a um tratamento e este possa ocasionar-lhe algum risco, por menor que seja. Isto representa um direito que o mesmo possui de decidir acerca da sua condição de vida, além de uma maneira de respaldar o profissional no exercício de sua profissão.

É, portanto, dever do profissional de saúde recomendar a conduta que considera a mais adequada, baseada nas melhores evidências disponíveis, mas respeitando o direito do paciente e de seus responsáveis legais de escolherem livremente as que mais lhes convêm ao considerar seus próprios valores religiosos, espirituais, morais, éticos e culturais (HIRSCHHEIMER, 2010). Entretanto, por outro lado, existem

casos onde o estabelecimento dessas opções terapêuticas ao paciente podem não ser aplicáveis.

Tratam-se das urgências e emergências. Nessas situações extremas, o grau de risco de algum prejuízo ao paciente determinará até onde deve ir a intervenção do profissional de saúde, sem um prévio consentimento por parte desse. Mas, o risco para a vida, sem dúvida, impõe a obrigatoriedade de ação do profissional, mesmo sem consentimento do paciente, até, conforme o caso, com sua oposição (SOUZA et al., 2008).

Nesse contexto, na busca de soluções para os problemas de saúde, através de um trabalho em equipe, respeitando-se as bases disciplinares específicas, a interdisciplinaridade surge como forma de superação de uma epistemologia da fragmentação do conhecimento, geralmente configurada como a desarticulação das teorias em si mesmas, bem como entre elas e as práticas desenvolvidas (SAUPE et al., 2005).

Na concepção interdisciplinar da bioética insere-se o biodireito, especialmente no campo das biotecnologias e biomédicas, em virtude da gama de valores a merecer tutela jurídica capaz de equilibrar de um lado as portentosas “descobertas” científicas, e de outro o emprego de tais descobertas pela biomedicina, sem violar direitos, muitos dos quais, devidamente protegidos, como por exemplo, vários dos que integram o rol dos direitos da personalidade (FERREIRA, 2011).

Portanto, para que se obtenham resultados satisfatórios é essencial que a equipe da ESF atue de forma interdisciplinar, de modo que todos se sintam responsáveis e comprometidos com a saúde da população. Torna-se necessário o desenvolvimento de ações integradas, onde haja cooperação e troca de conhecimentos, visando o bem comum do indivíduo e coletividade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que este trabalho trouxe a oportunidade de refletir sobre minha prática na ESF, tendo em vista que a proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família permitiu algumas mudanças no processo de trabalho de toda a equipe do território da ESF de Tapuio no município de Cariré-Ceará. Os profissionais têm a oportunidade de refletir sobre este processo e avaliar a necessidade de mudanças, a fim de melhorar o atendimento e aumentar o nível de satisfação da comunidade assistida.

Não apenas este trabalho, mas o curso de especialização como um todo, possibilitou o desenvolvimento de uma ampla visão sobre a importância de se realizar, junto à equipe, ações efetivas que só foram possíveis graças ao aprendizado adquirido através do CESF.

O CESF é parte de um desafio contemporâneo de formar profissionais da saúde no seu contexto de trabalho, com uma metodologia que permita a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de educação a distância, ao mesmo tempo em que visa manter a qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade.

Muitos são os desafios que nós, profissionais de saúde, temos que enfrentar na prática da Atenção Primária, entretanto, espera-se que a partir da educação permanente seja possível melhorar o conhecimento e as habilidades para o enfrentamento destes desafios.

5 REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo 2000 do IBGE**. Brasília – DF, 2000.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.
- BRASIL. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. Série D. Reuniões e Conferências. 80 p. Relatório Final.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 66 p.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu) – Comunicação Saúde e Educação*. 2005; 9 (16): 161-8.
- DOMINGUEZ, B.N.R. **O Programa saúde da família: como fazer?** Ed. Parma. Guarulhos, 1998.
- GALVAN, G.B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. *Rev. SBPH [online]*. 2007, vol.10, n.2, pp. 53-61.
- HIRSCHHEIMER, M.R. Consentimento informado no atendimento pediátrico. *Rev paul pediater [online]*, v.28, n.2, p. 128-133, 2010.
- IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/> . Acesso em: 09 maio 2011.
- OLIVEIRA, T.R.B. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à Saúde. *Rev. Saúde. Com* 2007; 3(1):20-27.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPAS. **Saúde coletiva**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=28&Area= Links>> Acesso em: 10 jun. 2007.
- PELISOLI, C.L. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, 2005.

PIERANTONI, C.R, VARELLA T.C, FRANÇA T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: teoria para a prática. Brasília (DF): **Cad RH Saúde**. 2006; 3(1):29-40.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Hucitec, 1990. 236p

SANTOS, M.A.M; CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SAUPE, R. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**, 2005, v. 9, n.18, p. 521-536, ste./dez/ 2005.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** [on-line], vol. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-382920050004000138. Acesso em 20 de out. 20011.

TURAZZI, M.C. **A especialização em saúde da família e a pedagogia crítica**. [Dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP, CCDSSESP; 2007. 155 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. **Curso de especialização em saúde da família**. Assistência durante a gestação e o puerpério. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_02/. Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. **Curso de especialização em saúde da família**. Modelo assistencial em saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_01/. Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. **Curso de especialização em saúde da família**. Assistência durante a gestação e o puerpério. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_02/. Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. **Curso de especialização em saúde da família**. Assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_03/. Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família**. Deficiência Visual. Fortaleza, 2011a. Disponível em:

http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_02/. Acesso em: 20 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**. Deficiência Auditiva. Fortaleza, 2011b. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/. Acesso em: 20 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**. Deficiência Física. Fortaleza, 2011c. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_04/. Acesso em: 20 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**. Intervenções Profissionais e o papel da Bioética. Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_04/.