

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

**JOANA BERENICE GARCIA LEITE**

**O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: FERRAMENTA DA**  
**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**BARBALHA**

**2011**

**JOANA BERENICE GARCIA LEITE**

**O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: FERRAMENTA DA ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Orientadora: Profª. Ms. Milana Drumond Ramos

**BARBALHA**

2011

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

- 
- L553p Leite, Joana Berenice Garcia  
O processo de educação permanente: ferramenta da assistência em saúde da família/ Joana Berenice Garcia Leite. – 2011.  
51 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Prof<sup>a</sup>. Ms. Milana Drumond Ramos
1. Saúde da Família 2. Sistema Único de Saúde 3. Educação em Saúde 4. Promoção da Saúde I.  
Título.
- 

CDD 362.1

JOANA BERENICE GARCIA LEITE

O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: FERRAMENTA DA ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Uma-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. Ms. Milana Drumond – Orientadora

---

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, por ter me dado o dom da sabedoria e a coragem para realizar com determinação essa especialização.

A minha Mãe Nucleide, que representa a segurança e apoio durante os momentos difíceis e é motivo diário de minhas alegrias. Obrigada mãe.

Aos meus irmãos, em especial a Ana Emília e Anna Yeeda, que sempre me motivaram na busca dessa conquista.

Ao meu noivo, Diego, pelo incentivo e por ter compreendido todos os momentos de ausência ao seu lado para poder realizar esse trabalho.

As minhas amigas, Misrelma e Daniele, pela colaboração, incentivo e apoio em todas as horas difíceis.

A Milana e Karol (tutoras) por ter colaborado bastante nesse processo de aprendizagem.

## RESUMO

Desde sua criação na Constituição Federal de 1988, o SUS – Sistema Único de Saúde enfrenta desafios na sua implantação e, por conseguinte, no seu fortalecimento enquanto política de acesso universal à saúde. Para assegurar o cumprimento de seus princípios e para organização do sistema, em 1994 é criado no Brasil o Programa Saúde da Família, esse constitui uma nova proposta para o modelo assistencial, voltada para promoção da saúde e prevenção das doenças. A ampliação do Programa Saúde da Família representou um salto no acesso aos serviços de saúde e com isso observou-se a necessidade de promover atualização constante aos profissionais que compõe essas equipes, ou seja, educação permanente. O objetivo desse trabalho é relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família, promovendo uma reflexão sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional e apresentar os portfólios produzidos ao término de cada disciplina. Trata-se de um relato de experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta dos SUS. O curso foi ofertado na modalidade semipresencial, no período de agosto de 2010 a setembro de 2011, Nesse processo de ensino-aprendizagem utilizamos de várias tecnologias, atividades virtuais, chats, fóruns, discussões sobre os mais diversos temas, compartilhamos conhecimentos e vivências, realizamos avaliações presenciais, buscamos a construção coletiva do saber. Ao final de cada disciplina foram utilizados artigos científicos, material didático do curso e relato das experiências profissionais para confeccionar os portfólios sobre a reflexão e discussão de cada tema proposto. Ao término do curso todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos. A necessidade de atualização permanente deve permear o percurso de todo bom profissional, especialmente os que assistem à saúde da população, que continuamente muda suas necessidades e estão expostos a novos riscos e novas tecnologias surgem para atender tais demandas. Nesse sentido, cursar essa especialização se configurou em um acréscimo na busca pela excelência no atendimento da minha clientela, considerando que aproximar a teoria com situações reais no território que assisto consistiu em um avanço no meu amadurecimento enquanto enfermeira, enquanto mulher e enquanto cidadã protagonista do processo.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

Since its creation in the Constitution of 1988, SUS - Unified Health System faces challenges in its implementation and, therefore, in your strength as a policy of universal access to health. To ensure compliance with its principles and organization of the system, created in 1994 in Brazil, the Family Health Program, this is a new proposal for the care model, focused on health promotion and disease prevention. The expansion of the Family Health Program represented a leap forward in access to health services and thus there was the need to promote constant updating to professionals who make up these teams, or continuing education. The aim of this study is to report learning across the Course of Specialization in Family Health by promoting reflection on the application of course content to professional practice and present the portfolios produced at the end of each discipline. It is an experience report mediated Specialization in Family Health offered by the Federal University of Ceará in partnership with the Open University of the SUS. The course was offered in blended mode, from August 2010 to September 2011, this process of teaching-learning use of various technologies, virtual activities, chats, forums, discussions on various topics, share knowledge and experience, we conduct classroom assessments, we seek the collective construction of knowledge. At the end of each subject were used scientific articles, educational material and reporting the course of professional experiences to cook the portfolios on the reflection and discussion of each theme. At the end of the course so all portfolios have been presented in the form of chapters. The need for constant updating should permeate the course of every professional, especially those who attend to the health of the population, which continually changes its needs and are exposed to new risks and new technologies emerge to meet these demands. In this sense, attending this specialization is set in an increase in the search for excellence in service to my clients, whereas the theory closer to real situations in the territory that was to watch an advance in my development as a nurse, as a woman and as a citizen of the protagonist process.

Keywords: Family Health. Health System. Health Education. Health Promotion.;

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS- Atenção Básica à Saúde

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CPO-D - Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e Obturados (O)

DST- Doença Sexualmente Transmissível

EaD- Educação à Distância

EPI- Equipamento de Proteção Individual

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NR- Norma Regulamentadora

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

PSF- Programa de Saúde da Família

RENAST-Rede Nacional de Atenção Integral à saúde dos Trabalhadores

UBS- Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS</b>	<b>14</b>
<b>3.1</b>	<b>Disciplina 01 – Educação à Distância</b>	<b>14</b>
<b>3.2</b>	<b>Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Apresentação do Município de Juazeiro do Norte/CE</b>	<b>16</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Apresentação da Unidade de Saúde da ESF 03 – Horto I</b>	<b>16</b>
<b>3.2.3</b>	<b>A Equipe do PSF 03 – Horto I</b>	<b>17</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Dia a dia da Equipe</b>	<b>18</b>
<b>3.2.5</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde</b>	<b>19</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Contextualizando</b>	<b>20</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Experiência Profissional X Modelo Assistencial</b>	<b>21</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>21</b>
<b>3.4</b>	<b>Disciplina 04 – Saúde Mental e Violência</b>	<b>22</b>
<b>3.4.1</b>	<b>Contextualizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira</b>	<b>22</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>23</b>
<b>3.5</b>	<b>Disciplina 05 – Saúde da Mulher</b>	<b>24</b>
<b>3.5.1</b>	<b>Contextualizando à Saúde da Mulher</b>	<b>24</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Relato de Experiência sobre a assistência às Mulheres na UBS</b>	<b>25</b>

<b>3.5.3</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>27</b>
<b>3.6</b>	<b>Disciplina 06 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais</b>	<b>28</b>
<b>3.6.1</b>	<b>Reflexão sobre Saúde Ambiental</b>	<b>28</b>
<b>3.6.2</b>	<b>Saúde do Trabalhador</b>	<b>29</b>
<b>3.6.3</b>	<b>Acidentes de Trabalho X Equipamento de Segurança</b>	<b>30</b>
<b>3.6.4</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>31</b>
<b>3.7</b>	<b>Disciplina 07 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal</b>	<b>32</b>
<b>3.7.1</b>	<b>Contextualizando a Saúde Bucal</b>	<b>32</b>
<b>3.7.2</b>	<b>A Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família</b>	<b>33</b>
<b>3.7.3</b>	<b>Saúde Bucal do Idoso</b>	<b>34</b>
<b>3.7.4</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>35</b>
<b>3.8</b>	<b>Disciplina 08 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência</b>	<b>35</b>
<b>3.8.1</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>37</b>
<b>3.9</b>	<b>Disciplina 09 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral</b>	<b>37</b>
<b>3.9.1</b>	<b>Contextualizando: Interdisciplinaridade X ESF</b>	<b>37</b>
<b>3.9.2</b>	<b>Bioética</b>	<b>40</b>
<b>3.9.3</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>41</b>
<b>3.10</b>	<b>Disciplina 10 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família</b>	<b>41</b>
<b>3.10.1</b>	<b>Atividades Educativas</b>	<b>41</b>
<b>3.10.2</b>	<b>Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade</b>	<b>43</b>
<b>3.10.3</b>	<b>Impactos d disciplina para atuação profissional</b>	<b>44</b>
<b>3.11</b>	<b>Disciplina 11 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde</b>	<b>45</b>

<b>3.11.1</b>	<b>Planejamento: ferramenta para saúde</b>	<b>45</b>
<b>3.11.2</b>	<b>Impactos da disciplina para atuação profissional</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>47</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde sua criação na Constituição Federal de 1988, o SUS – Sistema Único de Saúde enfrenta desafios na sua implantação e, por conseguinte, no seu fortalecimento enquanto política de acesso universal à saúde. Para assegurar o cumprimento de seus princípios, e seguindo a tendência da expansão do pensamento da Atenção Primária enquanto prática de organização do sistema, em 1994 é criado no Brasil o Programa Saúde da Família se configurando em uma “reforma da reforma”, levando o cuidado para mais perto das famílias, constituindo assim uma nova proposta de prática assistencial, focada nos conceitos de integralidade, continuidade e longitudinalidade (DUCAN, 2006).

A ampliação do Programa Saúde da Família representou um salto no acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente abriu um leque de novas demandas impostas pelas mudanças de perfis epidemiológicos de cada região específica. Tal fato lançou também um novo desafio: capacitar os profissionais que compõem tal programa. A necessidade de mudar a formação acadêmica, bem como promover a atualização constante foi amplamente discutida nas diversas conferências de saúde em todos os níveis, resultando na criação de uma nova política direcionada para a educação permanente.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abrangendo também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções (BRASIL,2007).

Em consonância com tal política, a unidade acadêmica da UFC – Universidade Federal do Ceará articulado com o NUTEDS- Núcleo de Tecnologias e EaD em Saúde promoveu, o Curso de Especialização em Saúde da Família, com o objetivo de formar os profissionais que atendem na atenção básica, vinculados aos diversos municípios da região. O caráter semipresencial do curso contribuiu para a adequação da limitação do tempo dedicado a essa ação, fortalecendo o uso da tecnologia no processo de educação permanente.

O conteúdo específico do curso possibilitou maior entendimento sobre a prática assistencial desenvolvida na equipe de saúde da família a qual estou vinculada, uma vez que foi relevante a aproximação da teoria com as ações programadas durante os módulos. O fato

de estar vivenciando a Estratégia Saúde da Família desde o final da minha vida acadêmica (cerca de 7 anos), embasou a reflexão sobre quais aspectos precisavam ser repensados à luz dos conteúdos estudados. O ganho acumulado na experiência adquirida no curso é imensurável, uma vez que, por trabalhar uma área que vive a dualidade de um bairro turístico em uma das cidades mais religiosas do país (Horto- Juazeiro do Norte), e os riscos advindos de uma população carente e numerosa.

Apesar de não poder mensurar o ganho dessa experiência, esse trabalho objetiva relatar o aprendizado ao longo da especialização de saúde da família, promovendo uma reflexão sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional.

## 2 METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de um relato de experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta dos SUS.

O curso foi ofertado na modalidade semipresencial, no período de agosto de 2010 à setembro de 2011, com as demais disciplinas: Educação à Distância (EaD), Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental e Violência, Saúde da Mulher no Ciclo Vital, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica à Saúde no Contexto da Saúde Bucal, Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência, Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde, Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.

Nesse processo de ensino-aprendizagem utilizamos de várias tecnologias, atividades virtuais, chats, fóruns, discussões sobre os mais diversos temas, compartilhamos conhecimentos e vivências, realizamos avaliações presenciais, buscamos a construção coletiva do saber, que é bastante enriquecedora. No final de cada disciplina confeccionamos os portfólios sobre a reflexão e discussão de cada tema proposto.

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

#### **3.1 Educação a Distância (EaD)**

A EaD é um conceito pedagógico, é um processo de ensino aprendizagem mediado por tecnologias que proporcionam uma grande interatividade entre o professor-aluno, aluno e material e alunos entre si, favorecendo assim, cada vez mais o aprendizado (UFC, 2010).

Na EaD o aluno é o maior responsável pela construção de sua aprendizagem, ele deixa de ter uma postura passiva. Essa pedagogia prioriza a construção coletiva do saber, o aluno estar evoluindo constantemente, interagindo sempre com os demais participantes do curso (UFC, 2010)

São inúmeras as vantagens da EaD, vai além de contornar as barreiras da distância geográfica ou do tempo. O Curso de educação a distância, com modalidade semipresencial, proporciona mais do que essas vantagens, nos torna ativo nesse processo de aprendizagem, estimula a autonomia, incentiva o olhar crítico, fortalecendo a tecnologia, enriquece a nossa prática profissional, pois aproxima a teoria com a nossa realidade, à medida que aprendemos podemos colocar em prática. Dar-nos a oportunidade de aprender sempre, de aprender em serviço, juntando teoria e a prática, refletindo sobre a própria experiência, ampliando e compartilhando o conhecimento com os demais participantes (UFC, 2010)

É possível se obter aprendizado de excelente qualidade com a EaD e até mesmo com resultados bem melhores do que no ensino tradicional.

#### **3.2 Processo de Trabalho em Saúde**

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização da Atenção Primária à Saúde, em suas bases teóricas prioriza a promoção da saúde e tem o coletivo como seu foco de atenção, sendo que na prática a “realidade é outra”.

Há seis anos trabalho na atenção Básica e vejo que não colocamos realmente em prática a parte da promoção e prevenção das doenças através de educação em saúde, não é por falta de vontade, mais é porque nós enfermeiros ficamos sobrecarregados com tanta burocracia (pedidos de materiais, freqüências, avaliação dos ACS, consolidados mensais), além da parte assistencialista, segundo o ministério da saúde é de responsabilidade tanto do médico como da enfermeira da ESF a realização e atendimento dos programas preconizado pelo mesmo, sendo que na realidade a maioria dos programas fica na responsabilidade apenas dos enfermeiros, o médico fica com a demanda livre, as notificações compulsórias das

doenças fica só para os enfermeiros, e com isso nós ficamos sobrecarregadas, impossibilitando a prática da educação em saúde coletiva (palestras, grupos). Na minha realidade eu só consigo fazer essa educação em saúde individual durante as consultas ou quando estou com acadêmicas no posto, pois conseguimos dividir as tarefas, nos dando a oportunidade de realizá-las e mesmo assim a comunidade onde trabalho não adere muito ao nosso convite e ainda participam quando sabem que haverá sorteio ou lanche. A comunidade ainda está voltada para a cura e reabilitação. Precisamos mudar o perfil dos profissionais de Saúde da Família, temos que desenvolver um trabalho em conjunto, dividindo as tarefas e responsabilidades, para podermos por em prática os bases teóricas do modelo de Atenção Básica- ESF e só assim conseguiremos mudar a realidade da nossa comunidade.

A comunicação é uma peça chave, uma ferramenta importantíssima para a prevenção das doenças e promoção da saúde e contribui de alguma maneira, para a transformação da vida da nossa comunidade. Sendo que essa comunicação ela deve ser de forma objetiva, concisa, simples, que tenha uma linguagem clara, que seja feita também com base nas necessidades específicas de cada comunidade. É de suma importância que haja uma boa relação, comunicação entre os membros da equipe para que possamos desenvolver um ótimo papel diante da comunidade e alcançarmos os nossos objetivos, essa comunicação também contribui para o nosso crescimento pessoal, profissional devido à troca de conhecimentos e vivências (UFC, 2010).

A interação entre as pessoas, a partir da comunicação é enriquecedora, é um dos processos indispensáveis para se promover saúde.

Os determinantes de saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (moradia, água e esgoto, educação, serviços sociais e de saúde, emprego), sendo que esses determinantes podem ser alterados, modificados através das ações educativas (orientações sobre higiene pessoal e domiciliar, nutrição, hábitos de vida, saneamento básico, etc), por isso a importância de fazermos educação em saúde, pois através desse tipo de comunicação podemos fazer com que a comunidade modifique ou elimine esses determinantes (UFC, 2010). Na nossa área adstrita devemos conhecer os determinantes de saúde que mais acometem a nossa população, e daí conhecer os determinantes de saúde individuais (hábitos de fumar, etilistas, dieta, sedentarismo) para saber quais indivíduos estão submetidos à maior risco em nossa população e saber trabalhar cada indivíduo com suas necessidades específicas inserido nessa sociedade.



É necessário estabelecer redes de apoio e buscar fortalecer a participação da comunidade em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, o indivíduo ele deve se tornar um participante ativo na construção e manutenção de sua saúde.

### **3.2.1 Apresentação do Município de Juazeiro do Norte- CE**

Juazeiro do Norte é um município localizado no Sul do Estado do Ceará, a 514 km da Capital, Fortaleza. Sua área é de 248, 588 Km<sup>2</sup>, com uma altitude média de 350 m. (IBGE, 2010)

A sua população é estimada em 249829 habitantes, que o torna o centésimo município mais populoso do Brasil, está organizado em 34 bairros e 2 distritos (Marrocos e Padre Cícero), a taxa de urbanização é de 95,3%. (IBGE, 2010)

Graças à figura do Padre Cícero (que foi um dos responsáveis pela emancipação e independência do município), Juazeiro é considerado um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina, atraindo milhões de romeiros todos os anos. Hoje a cidade é a 2ª do estado e referência no Nordeste. (IBGE, 2010)

A economia do município abrange tanto o setor primário, que é pequeno, como o setor secundário, destacando-se: o setor calçadista, o têxtil, folheados, artesanatos e bebidas. Sendo que o setor terciário é o principal setor da economia juazeirense, o comércio destaca-se tanto no varejo como no atacado, atraindo compradores de toda região e alguns estados. Destaca-se também o turismo religioso devido ao Padre Cícero. (IBGE, 2010)

Na área da Saúde possui uma boa rede de hospitais e clínicas, investimento público e particular, que funciona como rede complementar. Recentemente foi inaugurado o Hospital Regional do Cariri, que atende a população do Juazeiro como também uma grande parte da população dos municípios circunvizinhos. A Atenção Básica visa uma cobertura de 100% que para isso será necessário 103 equipes de Saúde da Família, no momento temos 61 equipes em funcionamento e 5 equipes de PAC'S.

### **3.2.2 Apresentação da Unidade de Saúde da ESF 03 – Horto I**

A Unidade de Saúde da Família Manoel Germano, que abriga a Equipe da ESF 03 – Horto I, foi a 3ª Unidade de Saúde Básica implantada no município, está localizada na Rua do Horto, rua e bairro onde há um grande número de turistas durante as romarias, por ser o bairro onde estar localizada a estátua do Padre Cícero.

O terreno onde foi construída a unidade de saúde foi doado por um morador do bairro (Manoel Germano) e a prefeitura fez a construção da mesma.

A unidade possui uma área coberta, uma recepção, a farmácia, duas salas de ambulatorios/observação (que é bastante utilizada), 3 consultórios, copa almoxarifado, área de serviço, sala de esterilização, banheiros (no momento com defeitos), falta apenas uma sala específica para reuniões e/ou educação em Saúde.

A Unidade encontra-se bem equipada, quinzenalmente passa os funcionários da empresa contratada pelo município para fazer a manutenção dos equipamentos. Ainda fazemos uso de estufa para esterilizar o material.

A unidade de saúde é localizada na área Urbana mais sua área de abrangência é tanto urbana como rural, tendo um total de 838 famílias que corresponde a 2825 pessoas, a área e subdividida em 6 micro-áreas.

### **3.2.3 A Equipe do PSF-03 Horto I**

É formada pelos profissionais:

- Malizete, M. 46 anos, casada, agente comunitária de saúde há 15 anos, atua na micro-área 8, com 130 famílias cadastradas.
- Edson, D. B, 47 anos, solteiro, há 16 anos é Agente de Saúde, atua na micro-área 2, com um total de 155 famílias cadastradas, no momento faz o técnico em Gestão Hospitalar.
- Cícera, B. , 47 anos, casada Agente de Saúde da micro-área 05 que é da zona rural, abrange os sítios Pau Seco, Mangueira e Campinas, com um total de 112 famílias cadastradas.
- Ana Lúcia, 44 anos, divorciada, é agente de saúde, da micro-área 01, com 150 famílias cadastradas. Fez o curso de técnica de Enfermagem, mais não exerce essa função.
- Lúcia, F. , 38 anos, divorciada, é agente de saúde da micro-área 03, com 188 famílias, é também professora do ensino médio na escola do bairro.
- Socorro, G. , 36 anos, casada é agente de saúde há 11 anos, micro-área 09, da zona rural, dos sítios Muchila e Logradouro, acompanha 103 famílias.
- Arcângela, M., 38 anos, divorciada, 2 filhos e 2 netos, técnica de Enfermagem. Já trabalhou 6 anos no Hospital do município de Independência, após ter chegado ao

Juazeiro, trabalhou 2 anos no Hospital Maternidade São Lucas e há 2 anos atua na atenção básica fazendo parte da nossa equipe.

- Joana, B. G. L., 29 anos, solteira, enfermeira, há 6 anos trabalha em saúde da família, sendo que 4 anos trabalhou no PSF do bairro Frei Damião e há 2 anos atua no PSF 03-Horto I.
- João Bosco, S., casado, médico da equipe, tem residência em Cirurgia Geral, atua no PSF e plantonista todas as segundas-feiras no Hospital Santo Inácio. Participa dessa equipe há 2 anos.
- Luciana, P., 30 anos, casada, 1 filha, cirurgiã-dentista, é seu primeiro emprego, atua nessa unidade há mais ou menos 3 anos.
- Cícera, M. T., 30 anos, divorciada, 1 filho, técnica em Saúde Bucal, concursada, é professora do ensino médio, atua nessa equipe há 1 ano e meio.

Não poderia deixar de citar as outras duas pessoas que fazem parte da nossa equipe, que tanto fazem e contribuem também para o bom andamento das nossas atividades:

- Sara, R., 22 anos, agente administrativa, solteira, faz Faculdade de Administração na UFC, a mesma é responsável pelo agendamento das consultas, marcação de exames, pela produção diária da equipe, digita o BPA, organiza os arquivos e prontuários.
- Regnovânia, 30 anos, casada, auxiliar de serviços gerais, já fez o curso incompleto do técnico em enfermagem e atualmente faz o curso técnico em farmácia, na equipe ela é bem ativa, cumpre sempre muito bem as suas tarefas e ainda nos ajuda na entrega dos medicamentos, na organização da farmácia, entrega de exames... É presidente do Conselho Local de Saúde.

Temos também a contribuição da Educadora física, da Psicóloga e do Fisioterapeuta do NASF que desenvolvem suas atividades na unidade ou nos domicílios uma vez por semana.

### **3.2.4 Dia a Dia da Equipe**

A unidade de Saúde funciona de segunda à sexta, no horário das 07:30 às 13:00h (horário corrido), sendo que o médico só vai de terça à sexta.

São desenvolvidas várias atividades, tais como: prevenção do câncer de mama e útero, pré-natal, puericultura, planejamento familiar, vacinas, atendimento ao portador de hanseníase

e Tb, hipertensos, diabéticos, visitas domiciliares, demanda espontânea, atendimento e visitas na zona rural, atendimento de algumas urgências. Sendo que o atendimento aos programas fica mais por conta da enfermeira, o médico atende a demanda espontânea, hipertensos, diabéticos e as urgências. Todo o atendimento médico é por agendamento, no dia é feito 35 agendamentos e atendimentos, fora o atendimento das urgências diárias.

Não seguimos um cronograma fixo de atividades, apenas damos prioridade naquele determinado dia ao um programa, como exemplo: nas terças as prioridades do atendimento para a enfermeira são para as mulheres que vão realizar o pré-natal, depois de atender a essa demanda atende as demais pessoas e programas. Deixamos as sextas-feiras reservadas para as visitas domiciliares na zona urbana e para o atendimento e visita domiciliar na zona rural.

Temos bastante dificuldade de formar grupos de gestantes, hipertensos, idosos etc, pois a comunidade não comparecem e os mesmos ainda comparecem se avisarmos que haverá lanche ou sorteio de brindes. A cada semestre realizamos o dia D do adolescente, onde nesse dia todas as atividades da unidade (consultas, vacinas, atividades educativas, etc) são voltadas para os adolescentes, mais são pouco os que comparecem.

No bairro há creches, escolas, conseguimos fazer parcerias com as mesmas na época das campanhas de vacinação e no desenvolvimento das atividades de saúde bucal. O Conselho Local de Saúde esta sendo implantado.

### **3.2.5 Impactos da disciplina para atuação profissional**

A partir das reflexões propostas na disciplina de Processo de Trabalho em Saúde pude passar a conhecer mais ou conhecer melhor, os profissionais da minha equipe, pois fui buscar saber quanto tempo que exerciam as suas profissões, tempo de formados, um pouco sobre as suas famílias, estado civil, isso foi enriquecedor até para melhorar o nosso convívio e relacionamento dentro da Unidade Básica de Saúde. Pude perceber mais ainda a importância da ESF para consolidação do SUS e o bem que esse modelo de assistência traz para a população. Vejo que muito ainda tem quer ser modificado, mais acredito que toda a equipe unida e engajada, com apoio das redes sociais e a população ativa poderão alcançar nossos objetivos, fazendo uma saúde de qualidade e igualitária, baseada na promoção e prevenção das doenças.

### **3.3 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde**

### 3.3.1 Contextualizando

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi originado no Brasil com a promulgação da Nova Constituição, em 1989, tendo como princípios básicos a universalidade, a igualdade e a equidade. A partir daí o Modelo Assistencial da saúde vem tendo outra cara, deixando de ser voltado apenas para a Cura das doenças e ganhando mais espaço para as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (BRASIL, 2000).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) veio consolidar o modelo assistencial do SUS, reorganizar a Atenção Básica, atua com base nos princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular (DUNCAN, 2006).

A ESF propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Assume um conceito ampliado de saúde que visa a compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas (UFC, 2010)

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação das doenças e agravos mais frequentes. Todos os profissionais que fazem parte da equipe passam a ser responsáveis pela comunidade daquela área, com o objetivo de buscar juntos, ações para resolver os problemas pertencentes aquela comunidade (DUNCAN, 2006).

Com a mudança do paradigma, com a mudança do modelo assistencial devemos conhecer alguns atributos que fazem a diferença quando estão postos em prática durante uma assistência de saúde prestada, são eles: Eficácia, Eficiência, Efetividade, Equidade, Oportunidade, Continuidade, Acessibilidade, Otimidade, Legitimidade e Ética. A realização de um ou mais atributos é essencial para a continuidade dos outros, e também para garantir uma assistência de qualidade (UFC, 2010).

Na Estratégia Saúde da Família é importante identificarmos quais os atributos que vão nortear o nosso trabalho na busca da qualidade do cuidado prestado aos indivíduos, às famílias e à comunidade.

### **3.3.2 Experiência Profissional x Modelo Assistencial**

A Equipe de Saúde na qual eu faço parte, tenta atuar baseada nos princípios e diretrizes do SUS, ou seja, procuramos utilizar os recursos com maior eficiência, para isso buscamos conhecer as necessidades de Saúde da nossa área de abrangência, conhecer as situações de risco e vulnerabilidade de cada indivíduo, família e comunidade. Atendemos o cliente/família de forma integral, com ações voltadas mais para a promoção da saúde e prevenção das doenças, mais também sem deixar de ter ações voltadas para assistência curativa. Há também a participação da comunidade no planejamento das ações, através do Conselho Local de Saúde, temos também o serviço da ouvidoria em nosso posto onde a comunidade tem a oportunidade de reclamar, opinar, criticar e de uma forma ou de outra participar para mudança ou melhoria do atendimento.

Temos parcerias com as escolas/creches levando para dentro das mesmas, as informações sobre promoção da saúde e prevenção das doenças, tendo como público alvo os pais, alunos e profissionais, nesses dias que vamos às escolas, contamos com a parceria dos agentes de endemias, eles participam ativamente orientando sobre a prevenção da dengue e de outras doenças... Mantemos parcerias com o NASF nas praticas de atividades físicas e educação em Saúde, e com CRAS que nos ajudam bastante, com os serviços de assistência social e com a iniciativa de promover grupos com as gestantes.

Na busca de mudança do modelo assistencial encontramos ainda algumas dificuldades, pois a população se mostra muitas vezes “viciada” no modelo biomédico, procuram a unidade básica apenas com o intuito de aquisição de medicações ou ainda como porta de entrada para o nível secundário da atenção, supervalorizam exames mais sofisticados e as especialidades médicas, assim, a adesão a ações educativas e orientações para promoção da saúde não é efetiva, a satisfação da população está intimamente ligada ao fornecimento de medicamentos e acesso a consultas especializadas e exames complementares, muitas vezes sem necessidade.

### **3.3.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional**

Após o termino da disciplina Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde encontro-me uma profissional da Atenção Básica mais preocupada em melhorar a minha prática assistencialista à população, pois me pergunto se estou realizando todos os atributos da qualidade do cuidado. Percebi que esses atributos são essenciais para fazer a diferença no momento da assistência, para dar qualidade na prestação dos serviços de saúde.

### **3.4 Saúde Mental e Violência**

#### **3.4.1 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A Saúde Mental, a Saúde psíquica no Brasil passou e ainda passa por transformações e mudanças, por um movimento de desconstrução (modelo centrado no hospital psiquiátrico e exclusão social) e por uma construção de um modelo novo, com uma nova abordagem da saúde mental, promovendo a socialização dessas pessoas que eram asiladas, um modelo de assistência proposta pelo SUS (UFC, 2010).

Na década de 70, as pessoas com sofrimento psíquico eram recebidas em hospitais, asilos e esqueciam a sua identidade, eram vistos como mais um no meio de tantos outros, o atendimento não enfatizava a singularidade de cada um, eram excluídos da sociedade, perdiam a sua autonomia (UFC, 2010).

O modelo de assistência a saúde mental, proposto pelo SUS promove ações intersetoriais possibilitando novas formas de inserção sócio familiar (UFC, 2010).

Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde mental têm sido norteadas pela busca da cidadania, pelo resgate da autonomia e pela igualdade social do portador de sofrimento psíquico (FOUCAULT, 1999).

A atenção da saúde mental deixa de ser voltada para os hospitais e passa a ser voltada para a comunidade, inserindo esse paciente no meio social, sendo visto pelos profissionais de saúde de forma integral, inserido em um contexto social, econômico, político e cultural. É em meio à comunidade e ao seio familiar que esse paciente irá ser assistido (UFC, 2010).

A atual política do Ministério da Saúde para área de saúde mental tem como diretriz a “implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob diretriz da reabilitação psicossocial” (DELGADO. et al ., 2001).

Foram criados e ainda estão em processo de criação várias estratégias e centros para atender essa população, com a finalidade de diminuir os leitos hospitalares e proporcionar a inclusão dessas pessoas na sociedade, já tem alguns como: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Programa de Volta para minha Casa, as Residências Terapêuticas irei me deter um pouco nessa última.

As residências terapêuticas é um modelo de assistência que ajuda bastante na reintegração e inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade. Essas residências são localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves vindas de hospitais psiquiátricos ou não. Garantem o direito de moradia dessas pessoas e auxilia na reintegração dessas pessoas na comunidade. As residências terapêuticas devem acolher no máximo oito moradores, tendo um cuidador designado para apoiar os moradores nas suas tarefas, no seu cotidiano. Cada residência deve ser referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial. O processo de implantação e expansão deste serviço é recente no Brasil (BRASIL, 2004).

### **3.4.2 Impactos da disciplina para a atuação profissional**

Eu como profissional de enfermagem, inserida na equipe de Saúde da Família sempre tive uma barreira pessoal (não me identifico muito com saúde mental) em relação ao atendimento ao portador de sofrimento psíquico, é um atendimento rodeado de inquietações, tenho dificuldade de intervir de forma eficiente no cuidado a esses pacientes. Percebo que há uma grande necessidade de capacitações, não só para mim, mais como para os demais profissionais da equipe, para podermos oferecer uma assistência de qualidade a esses pacientes.

Acredito que essa disciplina veio favorecer bastante para o meu processo de aprendizagem e contribuir para realizar um atendimento melhor aos pacientes, pois me proporcionou uma visão mais ampla sobre o tema. Irei procurar identificar aquelas pessoas que nos procuram habitualmente e que sofrem transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão...) e não diagnosticamos. Segundo as literaturas lidas, muitos desse pacientes nos procuram quase que diariamente com várias queixas, são os poliqueixosos, esses são portadores de doenças psicossociais sendo que não aparecem de forma clara e muitas vezes passam despercebidas.

Sobre os Transtornos Mentais Comuns (TMC) Goldberg e Huxley (1992) definem como: “transtornos que são comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal”.

Esse módulo de Saúde Mental veio nos nortear como conduzir uma entrevista clínica para identificar esses problemas, sendo a entrevista um elemento fundamental na detecção desses problemas emocionais, pois é através dela que podemos explorar os sentimentos dessas



peessoas, lógico que estabelecendo inicialmente um vínculo de confiança, elaborando perguntas que explore a vida pessoal do paciente, para avaliar a história pregressa e não só a queixa física, sempre vendo o paciente de forma integral, holística, e só assim poderá intervir de forma correta, com a equipe multiprofissional, terapias alternativas (trabalho, grupos sociais e religiosos) e quando necessário tratamento medicamentoso e referenciar ao outro nível de assistência (CAPS).

No município em que trabalho, tem os centros de atendimento psicossociais, ou seja, CAPS adulto e CAPS AD, mais vejo que ainda não existe uma parceria desses com as equipes de saúde da família, não há um atendimento ao paciente integrado com a equipe de saúde da família e comunidade, falta o feedback.

A partir de agora tentarei reorganizar a atenção em saúde mental, na Unidade de Saúde que trabalho, envolvendo toda a equipe na busca de um atendimento/ acolhimento de qualidade a esses pacientes e seus familiares, procurando estimular a suas autonomias, buscando novas formas de inserção sócia familiar.

### **3.5 Saúde da Mulher no Ciclo Vital**

#### **3.5.1 Contextualizando à Saúde da Mulher**

Para entendermos o universo da mulher faz-se necessário conhecermos a conceitualização de gênero. O termo gênero foi utilizado pelo movimento feminista para instrumentalizar as diferenças sexuais e analisar o significado social da masculinidade e feminilidade, englobando a mulher como um todo e o seu papel fundamental na sociedade. A diferenciação entre homens e mulheres não depende exclusivamente de fatores biológicos (sexo), essa diferença se dá principalmente a partir de condutas, papéis e comportamentos na sociedade, ou seja, dá construção social do papel da mulher e do homem e as relações estabelecidas entre eles. Segundo Araújo (2002) “[...] as relações de gênero produzem uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio, entre as pessoas, de acordo com o seu sexo [...]”.

As mulheres não vivenciam melhor a sua sexualidade devido às limitações em relação ao seu corpo e ao seu gênero, imposta desde o nascimento, tornando desiguais as relações entre homens e mulheres, contribuindo para desvalorização da mulher e da sua feminilidade (ARAÚJO, 2002).

A saúde da mulher tem sido abordada, tradicionalmente, a partir de sua saúde reprodutiva. Até a década de 80, os programas de assistência a mulher eram voltados apenas para saúde reprodutiva, com ações dirigidas ao ciclo gravídico-puerperal. O programa de planejamento familiar foi implantado visando atingir o controle populacional, ou seja, controle de natalidade, assim não englobando a mulher de forma integral ou holística (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

No Brasil, a saúde da mulher só veio ser vista de forma integral a partir da criação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), esse teve como base os princípios do SUS, principalmente o da integralidade, assim dando à mulher a oportunidade de ser assistida em todas as fases de sua vida e em todas as suas necessidades (OSIS, 1998).

O PAISM abrange um modelo conceitual muito avançado e integral que inclui: a saúde da mulher durante o ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação; atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar, tratamento para infertilidade; atenção pré-natal, no parto e pós-parto; diagnóstico e tratamento das DST, assim como as doenças ocupacionais e mentais. Também expande a cobertura para incluir adolescentes e mulheres na pós-menopausa. Enfatiza a necessidade de acesso à atenção preventiva e curativa (GARCIA-MORENO et al., 1994).

Com a Estratégia Saúde da Familiar podemos oferecer as mulheres uma assistência a saúde de forma holística, englobando todas as suas necessidades do seu ciclo vital.

### **3.5.2 Relato de Experiência sobre a assistência prestada às Mulheres na UBS do Horto I**

A Equipe de Saúde a qual faço parte como Enfermeira atende uma população de 3159 pessoas, dessas 1608 são do sexo feminino e 927 estão na faixa etária entre 14 e 59 anos. É essa população feminina que mais utiliza o serviço de saúde. A maioria dessas mulheres são alfabetizadas, trabalham com: artesanatos (palha, crochê, bordados..), feirantes durante as romarias, em empresas privadas etc. Acredito que a estimativa de vida mais longa, dessas e das demais mulheres deve ao maior acesso a educação, por zelar mais por sua saúde sempre em busca de novos conhecimentos e hábitos de vida saudáveis (prevenção e promoção da saúde), por se tornarem mais ativas. Procuramos oferecer assistência de qualidade voltada para acolher as mulheres de forma integral, e essas são algumas das atividades que desenvolvemos no nosso posto:

- **Atenção ao pré-natal e puerpério**

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

A atenção ao pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período, sendo de fundamental importância para garantir a saúde materna e neonatal.

Procuramos captar precocemente as gestantes com realização da primeira consulta até 120 dias da gestação, para isso contamos com o apoio dos Agentes comunitários de Saúde.

Oferecemos todos os exames necessários (laboratoriais, USG etc), são realizados sem demora, os laboratoriais são feitos no LACEN. As vacinas são administradas quando necessárias na própria Unidade de Saúde. Se ocorrer durante a gestação alguma complicação temos como referenciar para o Alto-risco e/ou para o atendimento as Urgências no Hospital e Maternidade São Lucas. Procuramos oferecer apoio psicológico que fica por conta da equipe e da psicóloga do NASF que atende todas as segundas-feiras na nossa unidade.

Orientamos sobre cuidados com as mamas, alimentação adequada, higiene, aleitamento materno, importância do pré-natal, parto, cuidados com o RN, etc.

Acredito que melhoraríamos se tivéssemos a participação ativa e freqüente do médico da Unidade, pois a realização do pré-natal é feita apenas pela enfermeira. Ainda há uma falha no atendimento odontológico para essas gestantes. Realizamos visitas domiciliares/ consulta Puerperal.

- **Planejamento Familiar**

Na Unidade de saúde oferecemos orientações necessárias quanto aos métodos contraceptivos e disponibilizamos os anticoncepcionais injetáveis (mensal e trimestral), anticoncepcionais orais (mini pílulas, pílulas de emergências), preservativos masculinos. A inserção do DIU, a laqueadura e a vasectomia encaminhamos para referencia. Temos referencia também para tratamento da infertilidade. Realizamos orientações sobre a prevenção das DST e sobre concepção e contracepção.

- **Prevenção do câncer de colo uterino e de mama;**

Realizado apenas pela enfermeira, uma vez por semana, fornecemos o teste de Schiller. O resultado do exame sai por volta de 15 dias, a leitura da lamina é feita por um

laboratório particular contratado pela secretaria de saúde. O município tem um serviço de referência ginecológico oferecendo tratamentos, colposcopias, biopsias etc.

- **Prevenção, tratamento e controle das doenças crônicas;**

Realizamos a consulta e acolhimento de todas as mulheres que tem doenças crônicas, buscamos fazer o tratamento e controle dessas doenças, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose e as demais. Realizamos momentos com ações preventivas tanto para as portadoras das doenças, como para os seus cuidadores e para aquela população feminina que não tem as demais doenças. Orientamos sobre a necessidade de adotar hábitos saudáveis (dieta adequada, atividade física, etc).

### **3.5.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional**

Como profissionais da saúde devemos contribuir para modificar a visão distorcida, que a sociedade e algumas políticas de saúde têm da mulher, ela é vista a partir de sua função reprodutiva, onde a representação da mulher ficaria restrita à procriação, muitas vezes desconsiderando as suas demais funções e necessidade, impedindo assim que a saúde fosse atendida de forma integral.

Nos dias de hoje, em nosso País, as mulheres fazem parte da maioria da população, e muita das vezes, elas exercem uma dupla jornada de trabalho (donas de casa e provedoras do sustento), mais infelizmente devido a preconceitos, valores morais antiquados e a uma cultura machista, as mulheres tornam-se uma vítima altamente suscetível a várias doenças, tais como as DST e HIV, a sofrer discriminação e violências (sexuais, moral, agressões físicas e psicológicas). Por isso e por mais vários outros fatores é que as Políticas Públicas para Saúde da Mulher devem ser voltadas para uma Saúde integral, vendo a mulher de uma forma holística, complexa.

Nessa disciplina tivemos a oportunidade de refletir sobre o ser mulher e os cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, as questões sobre gênero, a importância da assistência durante a gestação e o puerpério, assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério e a assistência as mulheres que sofrem de violência. A partir desse módulo pude reconhecer que há uma falha em nossa equipe quanto ao atendimento às mulheres no climatério, período de transição em que as mulheres precisam de muita orientação e acolhimento. E é com essa carga de informações e aprendizado que vou tentar cada vez mais, melhorar a minha assistência prestada à Saúde da mulher. Espero poder

melhorar o atendimento nas demais necessidades das mulheres e implantar o atendimento voltado a essa fase da vida da mulher: o Climatério.

### **3.6 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família.**

#### **3.6.1 Reflexão sobre Saúde Ambiental**

A Saúde ambiental compreende as práticas sobre as relações dos seres humanos com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e a sustentabilidade (UFC, 2011).

O ser humano necessita de ar, água, sol e terra para sua plena sobrevivência. Logo, deve ser educado para proteger o seu meio ambiente e saber lutar juntos às autoridades para conseguir ar puro, água potável, saneamento básico para obter um ambiente sadio, que oportunize a promoção da saúde (VANZIN; NERY, 1998).

O artigo 255 da CFB (1988) instrui: “Todos tem direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial á saúde e qualidade de vida, impondo-se ao **poder público e á coletividade** o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”.

Toda essa fúria da natureza que estamos vivenciando é resposta do meio ambiente ao homem. Antigamente o homem retirava da natureza aquilo que fosse necessário apenas para a sua sobrevivência, com a revolução industrial, a migração para áreas urbanas, com o avanço das tecnologias e da ciência o homem conquistou o poder de modificar e utilizar o meio ambiente sem precedentes, sem cautela. Podemos dizer que o homem perdeu a sua essência humana coletiva, passou a pensar apenas em si, satisfazendo cada vez mais as suas necessidades pessoais, o consumismo, retirando o possível e impossível da natureza, modificando tudo, sem pensar no coletivo e nas conseqüências disso tudo. A crise ambiental é um produto histórico das formas concretas de produção, reprodução material, da apropriação da natureza, da organização social, mentalidades e culturas. Antes a relação do homem com a natureza era de interdependência, hoje devido ao seu egocentrismo e ao consumismo vem se apropriando das áreas inadequadamente, sem planejamento causando um crescimento desorganizado, desmatando as florestas, provocando a extinção de espécies vegetais e animais e a exploração insustentável dos recursos naturais, tornou a relação com a natureza uma relação de dominação. O uso desenfreado dos recursos naturais vem gerando alterações irreversíveis ao meio ambiente (UFC, 2011).

### 3.6.2 Saúde do Trabalhador

O SUS tem como uma de suas tantas outras atribuições, à promoção, proteção e reabilitação dos trabalhadores. A saúde do trabalhador é definida no artigo 6º da Lei 8080/90 como um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravados advindos das condições de trabalho. Sendo que essa Lei deverá amparar todos os trabalhadores, independente da forma de inserção desses no mercado de trabalho (nos setores formais e informais) e oferecer a esses, adequadas condições de trabalho (NUNES, 2006).

Os acidentes de trabalho representam hoje um importante problema de saúde pública tendo em vista a sua repercussão nos gastos do SUS com tratamento e reabilitação e no campo da seguridade social, considerando a demanda de indenizações, afastamento e por muitas vezes invalidez (UFC, 2011).

É sabido que, pelos altos índices de desemprego, e ainda, pelo grande número de atividades informais, a maior parcela dos trabalhadores que sofrem acidentes de trabalho estão desassistidos pela seguridade social e de seus benefícios, o que repercute no mascaramento dos números reais desses acidentes, além de comprometer a qualidade de vida desses indivíduos em idade produtiva.

A informalidade representa um risco ainda mais grave no que diz respeito à responsabilidade dos acidentes de trabalho, uma vez que, empregadores que não estabelecem um vínculo legal com seus trabalhadores, não se sentem obrigados a dar condições mínimas de trabalho e segurança para aqueles que lhe prestam serviço, acentuando assim o número de acidentes de trabalho que sequer são registrados oficialmente. (BRASIL, 2002)

Um dos fatores que são burlados por empregadores diz respeito ao fornecimento de EPI (equipamento de proteção individual). Segundo a NR 6 (norma regulamentadora) a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento. (BRASIL, 2002)

Os problemas de Saúde Ambiental e do Trabalhador são complexos, exige uma reorganização do modelo de saúde, voltado sempre para o foco da promoção e prevenção, por isso a Estratégia Saúde da Família é de suma importância para o fortalecimento das políticas

da saúde do trabalhador e ambiental, pois atenção básica deverá ser a porta de entrada do sistema, contribuindo para consolidação de toda a rede RENAST/CEREST. Para que isso ocorra é necessário que a Equipe Saúde da Família comece a acolher os trabalhadores, e sempre faça uma investigação da relação entre a queixa-doença e o trabalho, nós profissionais dessas equipes, podemos fazer igual ao médico italiano Bernardino Ramazzini “o Pai da Medicina do Trabalho”, sempre perguntar ao paciente/cliente que nos procura: qual a sua atividade? Para que possamos estabelecer uma ligação direta entre essa relação, atividade desempenhada e o surgimento da doença. (BRASIL, 2002)

### **3.6.3 Acidentes de Trabalho x Equipamento de Segurança**

Diversos são os casos relatados pela mídia sobre acidentes de trabalho nos quais trabalhadores não usavam ou usavam incorretamente esses equipamentos, ou ainda, que estes estavam em mau estado de conservação.

Um exemplo disso ocorreu no interior de São Paulo em Jaboticabal. De acordo com os bombeiros, dois pintores faziam a limpeza de uma caixa d'água em um condomínio do bairro Parque Universitário quando começaram a passar mal por causa do cheiro da tinta. Um deles, de 32 anos, caiu de uma altura de 15 metros. O outro, de 30 anos, se desequilibrou, mas foi salvo pelo equipamento de segurança. Os dois foram resgatados pelo Corpo de Bombeiros e levados para o pronto-socorro de Jaboticabal. A vítima que caiu de 15 metros teve traumatismo craniano e morreu no hospital. Os pintores não usavam máscaras e há suspeitas de que o equipamento estava sendo mal utilizado.

Nesse caso específico, o equipamento de segurança representou a diferença entre a vida e a morte, infelizmente, para o trabalhador vitimado fatalmente, as hipóteses levam a crer que seu equipamento falhou, ou ainda não estava sendo utilizado. Nesse ponto, outro fator deve ser levado em conta: a obrigação do empregador não se restringe ao fornecimento do EPI e atestar a qualidade destes dos órgãos competentes (INMETRO, ANVISA, ABNT), é também dever deste, orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado e conservação. (BRASIL, 2002)

Entretanto, antes do acionamento do equipamento de segurança, outro EPI não foi utilizado, o que desencadeou o ponto chave do acidente: o mal-estar pelo cheiro da tinta. O uso de máscaras adequadas poderia minimizar esse efeito. Trabalhadores que são expostos a tintas que geralmente tem em sua composição cromo, mercúrio, ou outros gases e vapores

devem conhecer os efeitos destes no seu organismo. Depois de inalados, os vapores orgânicos podem entrar no sistema circulatório e causar danos irreparáveis nos rins, fígado e cérebro. Os sintomas podem incluir vertigens, náusea, falta de coordenação, cirrose do fígado, paragem no funcionamento dos rins e danos cerebrais.

Assim, no acidente de Jaboticabal, os eventos aconteceram em cascata, a partir do não cumprimento das normas regulamentadoras. Cabe a investigação apurar onde residiu a falha que ocasionou a morte do trabalhador. Uma coisa é certa, o empregador tem seu ônus evidenciado pelo fato de ambos os trabalhadores não estarem utilizando máscaras, mesmo com a hipótese que o erro tenha partido dos pintores em se recusar a usar esse EPI, a culpabilidade se volta para a empresa, que também é responsável por fiscalizar e punir o trabalhador que não utilizar corretamente tal equipamento.

Entre as empresas formais, há uma crescente prática de dar preferência a trabalhadores que executam suas tarefas utilizando os EPIs corretamente, tendo em vista os prejuízos para estas quando o acidente é motivado pela ausência ou mau uso destes. Enquanto empregadores e empregados não atuarem em conjunto, acidentes desse tipo infelizmente continuarão ocorrendo aumentando a porcentagem de vítimas e de famílias destas sofrendo as conseqüências de descuidos (homicídios) dolosos ou culposos.

#### **3.6.4 Impactos da disciplina para atuação profissional**

Nessa aula percebi o quanto o meio ambiente sofre influencia cultural, econômica, social. Também pude perceber a necessidade de trabalhar esse tema na Unidade de Saúde, nas educações em saúde, fechar parceria com as associações de bairros, escolas para unidas tentarmos modificar essa realidade, para que as pessoas se conscientizem o quanto é necessário mudar essa realidade, que possamos buscar mudança imediata que o pouco de cada um juntando em uma ação coletiva se transforma no muito de todos. Precisamos ter uma relação nova e mais equilibrada com o mundo natural. A população deve ser estimulada para aumentar sua consciência coletiva em relação aos seus direitos e deveres para o bem comum

Os problemas de Saúde Ambiental e do Trabalhador são complexos, exige uma reorganização do modelo de saúde, voltado sempre para o foco da promoção e prevenção, por isso a Estratégia Saúde da Família é de suma importância para o fortalecimento das políticas da saúde do trabalhador e ambiental, pois atenção básica deverá ser a porta de entrada do sistema, contribuindo para consolidação de toda a rede RENAST/CEREST.



Devemos também conhecer a área na qual trabalhamos e durante a territorialização identificarmos as situações de risco à saúde existente, e sempre que necessário referenciar adequadamente para os níveis mais complexos; desenvolver atividades de educação em saúde na própria unidade como também extramuros (associações, igrejas, escolas e empresas) sobre saúde ambiental e saúde do trabalhador, a comunidade deve ser estimulada para aumentar a sua consciência coletiva em relação aos seus direitos e deveres para o bem comum.

### **3.7 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal**

#### **3.7.1 Contextualizando a Saúde Bucal**

A Saúde Bucal no Brasil, historicamente foi marcada por um modelo tecnicista e excludente, as políticas eram voltadas para um modelo de produção capitalista, tornando a odontologia de classe, curativo-reparador, individualista e centrado na doença. (UFC, 2011)

Faremos um breve relato sobre a evolução da Assistência odontológica Pública brasileira: O primeiro modelo da assistência era o Modelo Incremental, esse era um modelo misto, preventivo-curativo, enfatizava a ação restauradora e colocava em segundo plano as ações educativas e preventivas, atendia mais a faixa etária de 6 a 14 anos. As ações preventivas e preventivas eram aplicações tópicos de flúor nas idades de 7, 10 e 13 anos (UFC, 2011). E um modelo excludente, pois o restante das faixas etárias ficava desassistidas. Segundo Nickel (2008) “O Sistema Incremental resume-se em um programa intensivo e curativo, amparado em pobre metodologia preventiva-educativa”.

O segundo modelo foi o da Odontologia Integral/ou Incremental modificado, enfatizava a prevenção, reconhece a cárie como uma doença infecto-contagiosa, utiliza a idéia de equipe odontológica. O terceiro modelo é o Programa Inversão da Atenção, é um modelo oposto ao tratamento cirúrgico-restaurador, “orienta-se pela prioridade de controlar a doença com conceitos modernos de prevenção e educação em saúde” (NARVAI, 1992). Enfatiza as medidas preventivas mais ainda é excludente, pois prioriza alguns grupos restritos. O quarto modelo de assistência é Atenção Precoce, eram atendimentos as crianças antes do 1º ano de vida, inclui as gestantes e o núcleo familiar nos cuidados. Importância da cárie dentária ainda na dentição decídua, sendo que esse modelo não respeitava a universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde bucal (NICKEL, 2008).

Todos esses programas/modelos de assistência tinham falhas quanto à universalidade e integralidade.

A partir da implantação do SUS é que surgiu uma nova prática da atenção destinada à promoção da saúde e a minimizar as dívidas histórica e social com a população. Com a criação, em 1994, dos Programas de Saúde da Família (PSF) que cumpri os princípios do SUS e mais tardiamente, em 2001, a criação das Equipes de Saúde Bucal nos PSF veio melhorar toda a assistência e modelos criados para a saúde bucal, na concepção teórica desse programa, os conceitos de integralidade e universalidade tornam-se concretos (UFC, 2011).

### **3.7.2 Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família**

A inclusão da odontologia na ESF contribui para a construção de um modelo de atenção que melhore efetivamente as condições de vida dos brasileiros (BRASIL, 2001).

A saúde bucal teve um grande progresso, a partir da década de 80, melhorou bastante nesses últimos anos, passou a ter uma assistência como já dito anteriormente, baseada nos princípios do SUS, ou seja, com políticas voltadas para todas as faixas etárias e grupos, com atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (cárie) (NICKEL, 2008).

As principais tecnologias usadas no controle e prevenção das principais doenças bucais na atenção básica são feitas através de atividades educativas, da aplicação tópica de flúor e higienização supervisionada e da fluoretação das águas, além dessas a saúde bucal ainda desenvolve ações de recuperação e reabilitação. Procuramos atender todas as faixas etárias, através da demanda livre, encaminhamos todas as gestantes-puerperas e os recém-nascidos para avaliação odontológica. Durante as consultas de gestantes, puericulturas, HAS/DM e outros grupos, e nas atividades educativas coletivas procuramos enfatizar os cuidados com a saúde bucal e encaminhamos quando necessário para avaliação (UFC, 2011).

Para que haja uma ampliação e qualificação da atenção básica e que possibilite acesso à todas as faixas etárias e assegure atendimento nos outros níveis de atenção e busque a integralidade da assistência é necessário: conhecer a realidade da saúde da localidade (bairro) na qual a equipe estar inserida para construir uma prática efetivamente resolutive; que durante as consultas haja orientações e que essas venham produzir conhecimento, responsabilização e autonomia para cada indivíduo; Que ofereça atendimento (preventivo e/ou curativo) para todas as pessoas (RN, crianças, adolescentes, adultos e idosos); que seja garantido a referencia e contra-referencia quando necessário e trabalhar em equipe, garantindo a intersetorialidade (parcerias com as escolas, associações, igrejas e grupos), garantir fácil acesso aos serviços (UFC, 2011)

### 3.7.3 Saúde Bucal do Idoso

O contingente de idosos vem crescendo bastante, no Brasil, nas últimas décadas, isto pode ser visto através de estudos demográficos onde fica claro o processo de envelhecimento populacional (UFC, 2011).

Segundo Castelanos et al. (1996), no Brasil, especificamente, verifica-se uma tendência de aumento da esperança de vida, devido a melhores condições sociais, aumentando o topo da pirâmide etária, sendo que concomitantemente, observa-se uma diminuição da base da pirâmide etária provocada pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade infantil. Isso faz com que o grupo populacional de idosos brasileiros, que em 1950 era de 2,1 milhões de pessoas, deva chegar ao ano de 2025 com 31,8 milhões, ou seja, em 75 anos a população brasileira deve aumentar 15 vezes, enquanto a população total deve crescer 5 vezes.

Essa realidade da saúde bucal em idosos, no Brasil, precária ou mesmo de mutilação é reflexo da situação socioeconômica baixa, de influências culturais, falta de acesso aos serviços de saúde, escassez de serviços e até mesmo falta de políticas preventivas e falta de uma assistência de saúde integral ao paciente, pois a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde como um todo (UFC, 2011).

As políticas de Saúde eram voltadas para o capitalismo, tornando a odontologia de classe, excludente, voltada apenas para o tratamento e cura das doenças, na maioria das vezes com ações mutiladoras. Após os anos 80 é que essa saúde bucal veio modificar o seu modelo assistencial, iniciando uma assistência mais preventiva e reabilitadora (UFC, 2011).

A saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PUCCA Jr., 2000; ROSA et al., 1992).

Acredito que para haver uma melhoria na situação da saúde bucal dos idosos, é necessário que as políticas públicas para essa faixa etária sejam revistas e planejadas com maior qualidade para atender as necessidades dessa população, deve ser uma assistência mais preventiva, realizar medidas educativas, reabilitação bucal. Para elaborar um plano

preventivo/terapêutico adequado para essa realidade não podemos deixar de avaliar o paciente idoso de forma integral, dentro de um contexto social e econômico.

No Ceará há estudos que avaliam os índices epidemiológicos da saúde bucal nessa faixa etária, CPO-D, sendo que os resultados são alarmantes, pois foi de 28,35, maior que a média nacional (27,8), retratando um problema que tende a se agravar caso não sejam tomadas algumas medidas de assistência a essa população. No município de Juazeiro do Norte não há registros desses índices epidemiológicos (UFC, 2011).

### **3.7.4 Impactos da disciplina para atuação profissional**

Nessa disciplina conheci a situação epidemiológica da saúde bucal no Brasil e a Política de Saúde Bucal, observei que houve grandes mudanças e melhorias com essa política. Hoje em dia todas as classes sociais tem acesso à saúde bucal, principalmente após a implantação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

Essa disciplina veio nortear como organizar a saúde bucal na atenção básica, por meio do ciclo de vida. Na nossa realidade ocorre que toda gestante ao iniciar o pré-natal já é orientada sobre os cuidados com a saúde bucal e encaminhada para avaliação odontológica. Criamos a clínica do bebê, ou seja, todo recém-nascido com 30 dias que vem para puericultura já vai ser atendido pela odontóloga, a mesma avalia o RN e fornece a genitora as orientações sobre os cuidados necessários e é agendado para retorno a cada dois meses. Percebi que fiquei mais motivada a trabalhar e colaborar com o trabalho da equipe de saúde bucal, estamos fazendo nas escolas e creches da nossa comunidade, a promoção da saúde bucal, com palestras não só para as crianças mais para os professores e genitoras, sobre a saúde bucal. Durante as consultas com os adultos e idosos, oriento os cuidados com a higiene bucal e a necessidade de uma avaliação odontológica, para podermos modificar o perfil da saúde bucal dos idosos e acabar com o edentulismo no Brasil.

### **3.8 Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência**

Deficiência é um termo utilizado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica (UFC, 2011).

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, veio a garantir direitos fundamentais para os brasileiros. Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios,

cuidar da Saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 1988).

As pessoas com deficiência são amparadas legalmente. No Brasil, há mais de 50 artigos que ressaltam os direitos, das pessoas com deficiência (PcD), a terem oportunidades iguais para usufruírem as melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. A cada dia que passa procura-se melhorar essas leis já existentes e buscam novos decretos, novas políticas, novas diretrizes que contemplem as áreas da saúde, educação, emprego, renda, seguridade social e legislação (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é resultado de vários movimentos e grandes mobilizações, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais (UFC, 2011).

A política Nacional de Saúde da PcD vai desde a prevenção de agravos, à proteção da saúde, passando pela reabilitação. Essa política busca ampliar a acessibilidade e a inclusão das PcD em toda a rede de serviços do SUS. (BRASIL, 2010).

Suas principais diretrizes são: 1. Promoção da qualidade de vida (visa assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e ampla inclusão sociocultural); 2. Prevenção das deficiências (70% são evitáveis ou atenuáveis); 3. Atenção integral à saúde; 4. Melhoria dos mecanismos de informação; 5. capacitação de recursos humanos; 6. Organizar o funcionamento dos serviços – que as UBS sejam a porta de entrada para ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde das PcD (BRASIL, 2010).

Então para que essa política aconteça é necessário tornar acessíveis arquitetonicamente as Unidades de Saúde, assegurar a representação das PcD nos Conselhos de Saúde, para que os mesmos participem da formulação, implantação e avaliação das ações de saúde que os contemplam (BRASIL, 2010).

Deve-se buscar trabalhar nas UBS as medidas de prevenção de deficiências, com ações de natureza informativa e educacional, voltadas à população e aos profissionais. Criar, produzir e distribuir materiais educativos na área da saúde em formatos acessíveis (braille, libras, CD, etc) (UFC, 2011).

Oferecer a essas pessoas uma assistência de qualidade e garantir atenção integral, até ao maior nível de complexidade, e para que isso ocorra é também necessário que os profissionais estejam permanentemente atualizados, capacitados e qualificados (UFC, 2011).

As PcD não devem ser consideradas como doentes, mas sim como pessoas que vivem em situações especiais e que necessitam e devem ter oportunidades iguais na sociedade. Não se deve deixar que a deficiência torne uma barreira para o atendimento a essas pessoas.

### **3.8.1 Impactos da disciplina para a atuação profissional**

Essa disciplina veio me sensibilizar quanto ao atendimento a essas PcD, veio fazer com que eu conhecesse a realidade estatística desses casos, conhecer a política de saúde voltada para as PcD e despertou em mim a necessidade de buscar mais informações sobre esse assunto. Incentivou buscar melhorar o atendimento nas UBS e motivar a trabalhar ainda mais a prevenção das deficiências, pois 70% poderão ser evitáveis ou atenuáveis com ações que são desenvolvidas dentro das nossas UBS e no nosso dia a dia (imunização, pré-natal de qualidade, puericultura, prevenção de acidentes domésticos e no trabalho, etc). Devemos trabalhar com toda uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar para garantir a assistência de qualidade.

## **3.9 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.**

### **3.9.1 Contextualizando: Interdisciplinaridade x Estratégia Saúde da Família**

Historicamente, a saúde do Brasil caracterizou-se por um modelo hospitalocêntrico, curativo, individual, centrada na figura do médico, assistencialista e especializada, privilegiando apenas aquelas pessoas que possuíam vínculo com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (UFC, 2011).

As políticas de Saúde, em nosso país, só veio a ter um novo direcionamento a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo adotou o conceito ampliado de saúde, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, presente na Constituição Federal e posteriormente passou a ser regulamentada a partir das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90. (BRASIL, 1990)

A Lei nº 8080/90 dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e a Lei nº 8142/90 trata da participação popular e da transferência intragovernamentais de recursos financeiro para a área. (BRASIL, 1990)

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a igualdade e equidade, e com princípios organizativos: regionalização, hierarquização, descentralização, acessibilidade, resolubilidade e participação popular (DUNCAN, 2006)

A partir da implantação do SUS o modelo assistencial da saúde vem ganhando outra cara, deixando de ser voltada apenas para a cura das doenças e adquirindo mais espaço para as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. (BRASIL, 2000)

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF) com critério bem definidos de atuação, com base nos princípios do SUS, com ações de saúde voltadas principalmente para promoção da saúde, prevenção, reabilitação e vigilância a saúde, em uma população territorial definida e com uma equipe multiprofissional, composta inicialmente por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4-6 agentes comunitários de saúde (ACS), posteriormente foi inserida a equipe de saúde bucal. (BRASIL, 2000)

O processo de mudança do paradigma da saúde se deu com a implantação do PSF, mudando o foco que antes era o indivíduo para a família e comunidade/coletividade. As Unidades de Saúde estão inseridas no primeiro nível de assistência, ou seja, atenção primária, a mesma deve estar vinculada a uma rede de serviços para garantir atenção de forma integral à população e assegurar referência e contra-referência a outros níveis de assistência (UFC, 2011)

Segundo Santos (2004) “o atendimento a nível primário deve ocorrer para todas as faixas etárias, de forma multiprofissional e interdisciplinar, respeitando os limites de conhecimento e atuação de cada profissional”.

O trabalho de equipe multiprofissional deve ter relação de caráter interdisciplinar. É preciso saber diferenciar multidisciplinaridade de interdisciplinaridade.

Japiassu (1976) refere-se ao multidisciplinar “como um agrupamento intencional ou não”, de conhecimentos, sem, no entanto, haver uma busca real de objetivos comuns.

A interdisciplinaridade é conceituada por Santos (2004) como um “... trabalho coordenado e com o objetivo em comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base de atuação de PSF”.

Nas nossas práticas profissionais, em nossas equipes temos dificuldade de desenvolver a interdisciplinaridade, já que na maioria das vezes os conhecimentos dos membros da equipe não se integram isso é consequência do que foi nos repassados em nossas universidades.

Essa dificuldade de integração do conhecimento entre a equipe, segundo Santos (2004), e devido “... cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existe cada componente da equipe”.

Santos, ainda afirma: “Essa falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimento e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum”.

E necessário que haja uma reformulação nas grades curriculares das universidades, deveria haver uma disciplina, ou melhor, um espaço que proporcionasse o trabalho em equipe, para que desde então aprendêssemos a colocar em prática o trabalho interdisciplinar, a troca de saberes com as demais áreas, buscando um trabalho coordenado com objetivos comuns (SANTOS, 2004).

Para se ter um bom êxito nas práticas interdisciplinares em uma equipe, é preciso saber respeitar ao próximo, as suas peculiaridades e limites, valorizar o saber de cada um, deve-se interagir de forma mais humana, aceitar sugestões na busca de uma construção coletiva, ter comprometimento com os princípios e diretrizes do SUS, saber ouvir, ter ética é fundamental, buscar um objetivo comum que melhore a qualidade da coletividade (UFC, 2011)

A interdisciplinaridade é um princípio a ser resgatado. O trabalho interdisciplinar em saúde é um processo de integração em construção que depende de cada um de nós profissionais, que fazemos parte da Estratégia Saúde da Família (UFC, 2011)

A prática interdisciplinar é a troca entre os saberes, é a mudança de um trabalho individual, realizada pelas diversas profissões, em um trabalho coletivo em saúde. E necessário somar saberes para conseguir respostas efetivas e eficazes para os diversos problemas da comunidade (UFC, 2011)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) deve atuar com práticas interdisciplinares voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de atender ao



indivíduo/usuário/comunidade de forma integral, dentro de um contexto sócio, político e econômico. Essa integralidade vai além da ausência de saúde e da assistência prestada nos serviços e saúde, pois as necessidades de saúde são permanentes e estão ligadas, relacionadas ao modo de vida de cada um. (SANTOS, 2004)

### **3.9.2 Bioética**

Para entendermos sobre bioética precisamos primeiramente conhecer o conceito de ética. A ética é uma palavra originada do grego “ethos” que significa o modo de ser, o caráter, essa palavra transferida ao latim “mos” significa costume, moral (UFC, 2011).

A ética é definida como a teoria, o conhecimento ou a ciência do comportamento moral, que busca explicar, compreender, justificar e criticar a moral ou as morais de uma sociedade. (UFC, 2011)

A Bioética é parte da ética, que enfoca as questões referentes à vida humana, incluindo saúde e morte. Trata de assuntos tais como: políticas públicas, eutanásia, aborto, engenharia genética, pesquisas em seres humanos, transplante de órgãos, reprodução assistida, clonagem terapêutica. (UFC, 2011)

A Bioética adotada no Brasil é baseada no modelo principalista, que estabelece três princípios fundamentais: 1. Benefício – princípio da beneficência e não-maleficência. A beneficência é a norma que orienta o exercício das profissões de saúde, tendo como objetivo buscar o maior bem estar dos pacientes e não causar danos aos mesmos. 2. Autonomia – esse princípio diz respeito ao livre arbítrio do paciente para decidir, e dele que se fundamenta o Consentimento livre e esclarecido. 3. Justiça – que se respeite com imparcialidade o direito de cada um. (UFC, 2011)

A relação de profissional de saúde e usuário deve ser de respeito mútuo, com base na bioética (normas, saberes teóricos e práticos) priorizando sempre a promoção da saúde. (UFC, 2011)

A bioética não deve ser vista como uma disciplina apenas para os profissionais da saúde, ela também é oferecida as populações, aos políticos, a classe medica e as famílias.

### **3.9.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional**

Essa disciplina veio mostrar o quanto é necessário saber trabalhar em equipe, que na área da saúde não basta estar em uma equipe, precisamos ser equipe. Devemos trabalhar de forma interdisciplinar, em busca de alcançar um objetivo em comum, sabendo sempre respeitar os limites e sugestões de cada membro da equipe.

É fundamental trabalharmos com ética, proporcionar o maior bem estar dos pacientes e não causar danos aos mesmos, acolhendo e respeitando cada um, com imparcialidade.

### **3.10 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade- Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.**

#### **3. 10.1 Atividades Educativas**

Devido à mudança no Modelo Assistencial da Saúde, que tinha como foco a doença e hoje o foco é voltado para a saúde, as praticas pedagógicas, as atividades educativas passaram a ser fundamental para alcançar o objetivo desse modelo que prioriza a promoção da saúde e prevenção das doenças, ou seja, a melhoria da qualidade de vida da comunidade. É através das atividades educativas que aos poucos conseguimos melhorar ou modificar os hábitos e costumes da população, sendo esses, um dos determinantes no processo saúde-doença. (UFC, 2011)

As interações entre profissional- usuário que pretendem ser educativas devem ser de forma consciente, baseada nas necessidades de cada um ou da comunidade, devemos primeiramente conhecer a realidade dos usuários, para realizarmos as praticas educativas voltadas para a solução das necessidades de saúde daquele território (UFC, 2011).

As práticas educativas que buscam a promoção da saúde e prevenção das doenças é uma estratégia para reorganização do SUS. Acredito que elas quando são realizadas da forma correta causam impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade e contribuem para a transformação social.

Para que se alcance bons resultados das práticas educativas é necessário compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de cada coletividade, deve fazer-se compreender, construir um relacionamento de confiança mútua e sabermos que estamos ali também para aprender e não apenas para repassar conhecimentos, devemos trabalhar juntos (a equipe toda, de forma interdisciplinar) na construção de um saber coletivo, baseado nas necessidades apresentadas pelos usuários e no conhecimento do território e dos fatores

culturais, políticos, sociais e religiosos que os influenciam e compreender todo o processo saúde-doença. Só assim alcançaremos respostas efetivas e eficazes para os complexos problemas da comunidade.

[...] a Prática pedagógica estar inserida em um projeto político que busca intervir na realidade e, conseqüentemente, contribuir para a transformação social, política e econômica do país. (UFC, 2011)

Todos os processos educativos têm por base uma determinada pedagogia, ou seja, uma maneira de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e com isso modifiquem os seus hábitos e comportamentos. Bordenave (1999) ressalta 3 opções pedagógicas, as quais são: 1. Pedagogia da Transmissão – como próprio nome diz, o conhecimento é transmitido, o aluno torna-se passivo nesse processo de aprendizagem, falta de atitude crítica; 2. Pedagogia do Condicionamento – o aluno é recompensado quando a resposta emitida por ele coincide com a resposta esperada, conseqüentemente não desenvolve a sua consciência crítica; 3. Pedagogia da Problematização – busca aumentar a capacidade do aluno, tornando-o um agente de transformação social.

Das opções pedagógicas relatadas por Bordenave (1999) acredito que a pedagogia da problematização é a mais bem aceita. A pedagogia da problematização é utilizada para aumentar a capacidade dos usuários, que são participantes e agentes da transformação social, para que esses detectem os problemas reais busquem para eles soluções originais e criativas. É necessário estimular esses usuários a desenvolver a capacidade de observar a realidade imediata e detectar os recursos que possam utilizar para a melhoria da qualidade de vida. Os usuários/comunidade têm que ser ativos nesse processo. A equipe tem que conhecer o território que atua, as reais necessidades dessa comunidade, a cultura, hábitos e valores para saber desenvolver praticas educativas que alcance respostas eficazes e efetivas para os problemas apresentados. Que essas praticas educativas sejam sempre avaliadas. Essa pedagogia desperta a busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o seu comportamento na busca da qualidade de vida.

Segundo Bordenave (1999) “[...] problematizar significa utilizar-se de elementos da realidade vivida, a fim de diagnosticar problemas do cotidiano e construir hipóteses, para, em seguida, aplicar uma solução viável, nos moldes de ação-reflexão-ação.”

Para que haja mudanças em nossa realidade, no quadro sanitário brasileiro é necessário que tanto nós profissionais da saúde quanto aos usuários, rompam com o modelo

de educação tradicional que é caracterizado por uma educação autoritária e diretiva, e que nos tornemos agentes ativos no processo de ensino-aprendizagem, e que para isso utilizemos de uma pedagogia crítica e transformadora.

### **3.10.2 Tecnologias para a abordagem do indivíduo, família e comunidade.**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é estruturante do SUS, é o modelo utilizado para reorganizar a atenção básica, tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade, mantêm coerência também com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1998)

Na ESF utiliza algumas tecnologias ou estratégias, que tem como base os princípios do SUS, para abordagem do indivíduo, família e comunidade, as quais são: acolhimento, trabalho em grupo, visita domiciliar e a consulta.

Deve-se compreender acolhimento como um processo contínuo de construção de vínculo com usuários, família e comunidade. Para que haja o acolhimento é necessário que toda a equipe esteja preparada para recebê-los, que o processo de trabalho realizados sejam planejados e avaliados pela equipe, para que possamos cada vez mais aumentar oferta de ações de saúde de modo integral, com prioridades para atividades preventivas, sem deixar de lado as ações assistenciais (integralidade), oferecendo a cada um segundo as suas necessidades (equidade), e o mais importante desse acolhimento é o de garantir ao usuário a resolubilidade dos seus problemas.

“[...] o acolhimento possibilita a intervenção naquelas (barreiras) sobre as quais você e sua equipe tem governabilidade para intervir”. E ainda afirma que “o acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para situação apresentada”. (UFC, 2011)

Como a ESF prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, a equipe utiliza-se de tecnologias tais como o trabalho em grupo para colocar em prática essas ações. Esses grupos são estratégias utilizadas para a educação do usuário/comunidade, onde toda a equipe deve participar desse processo. Todas as pessoas inseridas nesse grupo devem participar ativamente do processo de aprendizagem e que resultem na mudança de comportamentos e hábitos de vida e passem a ser ativos no processo para o autocuidado. (UFC, 2011)

Outra estratégia importante para a abordagem do indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário é a Visita Domiciliar, nos permite atuar de forma mais efetiva na promoção e prevenção. A visita domiciliar deve ser realizada por todos os membros da equipe, essa prática nos proporciona a conhecer a realidade do território, dos indivíduos e a situação sócio-econômica-política que estão inseridos. A partir daí podemos identificar situações de risco e elaborar um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF, e isso irá nortear o planejamento das ações de saúde daquela área. A visita domiciliar também favorece o vínculo entre os profissionais e os usuários e estabelece uma relação de confiança. (UFC, 2011)

A Consulta é um encontro entre o usuário e o profissional de saúde. É um momento privilegiado de acolhimento e de escuta qualificada, é o momento que temos para conhecer o paciente entendê-lo como um todo, vendo-o como ser humano singular. (UFC, 2011)

Na nossa prática, no dia a dia, é necessário trabalhar juntos, a equipe como um todo na busca de proporcionar um atendimento de qualidade, buscando resolver os problemas de cada um e da nossa comunidade, planejando e avaliando sempre as nossas ações. Buscando conhecer a realidade das famílias e juntos (equipe e família) através de práticas educativas nos tornemos agentes ativos no processo de transformação social.

### **3.10.3 Impactos da disciplina para atuação profissional**

Na disciplina nos foi mostrado às diferentes práticas pedagógicas, as tecnologias para abordagem ao indivíduo, a família e a comunidade. Discutimos sobre o acolhimento, consulta, trabalho em grupo e a visita domiciliar.

Essa disciplina proporcionou uma reflexão sobre como estamos atuando, quanto à promoção da saúde e a prevenção das doenças, e como realmente devemos atuar. Percebi que para causar uma mudança real na situação da saúde, ou seja, para modificar o quadro sanitário e epidemiológico do Brasil devemos dar mais ênfase as atividades de educativas nas UBS e que antes de realizar essas atividades possamos conhecer a realidade da comunidade, as suas necessidades para podermos desenvolver um ótimo trabalho. Deve-se utilizar de uma metodologia participativa onde toda a equipe e a comunidade/usuários participem nesse processo pela busca na melhoria da qualidade de vida. Percebi a importância da interação educação e saúde, é necessário que busquemos a educação permanente em saúde, para podermos acolher e desenvolver o nosso trabalho com mais qualidade.

### **3.11 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.**

#### **3.11.1 Planejamento: ferramenta importante para Saúde.**

O planejamento é uma ferramenta importante, utilizada para implementação do SUS. É através do planejamento em saúde que iremos identificar os principais problemas de saúde da nossa comunidade e propor ações, ou melhor, intervenções efetivas e eficazes para resolver esses problemas. (UFC, 2011)

O planejamento pode nos proporcionar melhoria nas nossas ações como profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois nos guiará e norteará o caminho certo para alcançarmos os objetivos reais e necessários daquela comunidade na qual trabalhamos (UFC, 2011).

Planejamento deve ser um processo permanente, segundo Universidade Federal do Ceará 2011 “planejar passa a ser uma necessidade cotidiana, permanente para que se possa garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar”.

Há vários modelos ou métodos diferentes de planejamento, o planejamento estratégico é o que mais se adéqua para nossa realidade na área da saúde, pois é um método mais flexível e participativo, nos permite ouvir e respeitar as diferentes opiniões e objetivos dos demais atores sociais envolvidos. Como já dito anteriormente é um processo permanente, aberto para avaliações, modificações e adaptações quando necessário. O planejamento Estratégico Situacional compreende cada problema ou situação dentro do ambiente social, econômico e político em que se encontra, por isso busca várias soluções para um determinado problema.

Como já relatado, para realizarmos um planejamento em saúde, precisamos conhecer a realidade vivenciada pela comunidade, identificar os problemas mais prevalentes, suas causas e conseqüências, para podermos elaborar o diagnostico situacional de saúde da área de abrangência da equipe. Após a identificação do problema iremos descrevê-lo e buscar definir prioridades e elaborar um plano de ação. As informações sobre a comunidade podem ser obtidas por um método chamado Estimativa rápida, que envolve toda a equipe, a população e outros setores e é feita através de observações, entrevistas e registros existentes sobre a população. É uma abordagem bastante rápida e eficiente nos custos e segundo a Universidade Federal do Ceará “... contribui para operacionalização dos princípios de equidade, da participação e da intersetorialidade” (UFC, 2011).

A estimativa rápida apóia o processo de planejamento participativo, envolve a população e os outros atores sociais na identificação das suas necessidades e problemas. (UFC, 2011)

O planejamento é uma ferramenta importantíssima para a Estratégia Saúde da Família, pois nos proporciona conhecer e atuar mais próximos da realidade vivenciada pela comunidade a qual faz parte da área de abrangência daquela equipe. Proporciona trabalhar de forma multiprofissional e interdisciplinar, fazendo com que saibamos utilizar os recursos disponíveis e que nossas ações sejam efetivas e eficazes, na busca pela resolubilidade dos problemas encontrados. Dar-nos a chance, como profissionais da saúde, de prestar uma atenção à saúde com maior qualidade, sempre avaliando as ações desenvolvidas e fazendo as modificações se necessárias. (UFC, 2011)

A construção do plano de ação foi boa para fixarmos melhor o que estudamos e aprendemos durante esse módulo, só que houve um pouco de dificuldade na construção do mesmo devido não termos nos encontrado pessoalmente para melhor planejarmos, mais foi interessante, pois foi de uma forma participativa, multiprofissional e interdisciplinar, respeitamos as opiniões de todos os envolvidos nesse processo. Senti um pouco de dificuldade, pois não temos a pratica na nossa Equipe de elaborar um plano de ação.

### **3.11.2 Impactos da disciplina para a atuação profissional**

Nessa disciplina nos foi mostrado o quanto é importantíssimo planejar, tanto na nossa vida profissional como na pessoal. Com o planejamento tudo flui melhor. Estou estimulada para começar a colocar tudo que aprendi nessa aula em prática, começar a planejar as minhas ações de saúde, pois vi o quanto é necessário para termos respostas eficazes e efetivas das nossas ações, para podermos dar resolubilidade aos problemas da nossa comunidade e não mais apenas alimentar sistemas de informações com números e indicadores, e sim realizarmos ações que busquem a qualidade de vida e saúde para nossa comunidade, pois iremos trabalhar em cima das necessidades reais da nossa comunidade e não com ações aleatórias.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de atualização permanente deve permear o percurso de todo bom profissional, especialmente os que assistem à saúde da população, que continuamente muda suas necessidades e estão expostos a novos riscos e novas tecnologias surgem para atender tais demandas. Nesse sentido, cursar essa especialização se configurou em um acréscimo na busca pela excelência no atendimento da minha clientela, considerando que aproximar a teoria com situações reais no território que assisto consistiu em um avanço no meu amadurecimento enquanto enfermeira, enquanto mulher e enquanto cidadã protagonista do processo.

Obviamente toda trajetória tem percalços, durante esse curso não foi diferente. O mesmo fator que hora foi vantagem também se apresentou outra hora como dificuldade ao passo que, nossa prática tem diversos obstáculos que fogem à nossa governabilidade, quando nos deparamos com entraves na gestão, limitação de recursos, precarização do trabalho.

Entretanto, o acesso a gama de informações e conteúdos explanados possibilitou uma visão mais ampliada dos processos que envolvem o ser humano em todos os seus ciclos, as políticas que regem a construção do SUS atualmente, lançando o desafio de utilizar o conhecimento adquirido com os recursos disponíveis. Assim, a assistência aos diversos grupos podem ser melhor planejadas, e as ações desenvolvidas com metas mais modestas, mas perfeitamente possíveis quando o gerenciamento dos recursos humanos e materiais forem bem aproveitados, tendo a participação social como aliada.

Tendo em vista, que a saúde e seus determinantes variam e ganham novas conformações constantemente, a educação permanente, especialmente na atenção primária é ferramenta fundamental para o sucesso do sistema. O Curso de Especialização em Saúde da Família UFC-NUTEDS representa uma alternativa de grande relevância no tocante à necessidade de fortalecer os programas de educação à distância, ou ainda aqueles que consideram o tempo escasso dos profissionais para capacitação. Essa alternativa possibilita o processo de educação continuada sem o ônus das muitas horas em sala de aula, estimulando a autonomia de explorar aspectos mais pertinentes à nossa realidade, incentivando o olhar crítico de pesquisador na saúde, enriquecendo o pensamento e prática profissional.



## REFERENCIAS

ARAÚJO, M. L. G.; SOUSA, J. R. M. Gênero e Origem. In: ASSOCIAÇÃO MULHERES EM MOVIMENTO E CASA LILÁS. **Desvendando o gênero, desvelando o cotidiano**. Fortaleza, 2002.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU**. Natal: Ministério da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN, 1999. P. 261-268.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº267, 6 de março de 2001. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 mar. 2011. Seção 1, p.67. Disponível em : [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32\\_Portaria\\_267\\_de\\_06\\_03\\_2001.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf). Acesso em: 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei de nº 8.080/90, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional em Saúde do Trabalhador do SUS. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministerio da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipe de saúde bucal**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: manual técnico**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são e para que servem.** Brasília, 2004.

CASTELLANOS, R. A. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 54, n. 2, p.107-10, 1997.

COSTA NETO, M. M. (Org). **A implantação da unidade de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOUCALT, S. **Vidas ao leu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

GARCIA-MORENO, C.; CLARO, A. Challenges for the women's health movement women's rights versus population control. In: SEM, G.; GERMAIN, A.; CHEN, L. (Ed.). **Population Policies Reconsidered: Health Empowerment and Rights.** Massachusetts: Havard School of public health, 1994.

IBGE. Cidades. **Dados referentes as cidades brasileiras, fornecidos em meio eletrônico.** Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em: 09 out. 2010.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?.** São Paulo: Rede CEDROS, 1992.

NICKEL, D. A. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (2): 241-246, fev, 2008.

NUNES, L. A. et AL. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2006.

OSIS, M. J. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n. 1, 1998.

PUCCA Jr., G. A. A saúde bucal do idoso: Aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter.com Odontologia**, abr. 2011. Disponível em: < <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5> >. Acesso em: 05 maio 2011

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arq. Cat. Med.**, v. 32, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/182.pdf> >. Acesso em: 02 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: modelo assistencial e atenção primária à saúde**. Fortaleza, 2010. Disponível em: < <http://www.medicina.ufc.br/moodle/course/view.php?id=218> > Acesso em: 24 out.2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: saúde mental e violência**. Fortaleza, 2010. Disponível em:< [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud\\_ment/aula\\_02/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_02/) >. Acesso em: 12 dez. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família**. Fortaleza, 2011. Disponível em: < [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud\\_amb/aula\\_03/index.php?p=01.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_03/index.php?p=01.php) >. Acesso em: 27 fev. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família**. Fortaleza, 2011. Disponível em: < <http://www.medicina.ufc.br/moodle/course/view.php?id=335> >. Acesso em: 12 fev. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: atenção básica de saúde no contexto de saúde bucal**. Fortaleza, 2011. Disponível em: < <http://www.medicina.ufc.br/moodle/course/view.php?id=368> >. Acesso em: 14 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: pessoas com deficiência.** Fortaleza, 2011. Disponível em: <  
<http://www.medicina.ufc.br/moodle/course/view.php?id=40>>. Acesso em: 05 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: tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade.** Fortaleza, 2011. Disponível em: <  
[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat\\_ped/aula\\_01/index.php?p=01.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/index.php?p=01.php)>. Acesso em: 07 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: tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade.** Fortaleza, 2011. Disponível em: <  
[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat\\_ped/aula\\_03/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_03/)>Acesso em: 23 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: planejamento e avaliação de ações de saúde.** Fortaleza, 2011. Disponível em: <  
[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan\\_ava/aula\\_02/.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_ava/aula_02/.php)>. Acesso em: 08 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: planejamento e avaliação de ações de saúde.** Fortaleza, 2011. Disponível em:<  
[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan\\_ava/aula\\_03/.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_ava/aula_03/.php)>. Acesso em: 15 ago. 2011.

VANZIN, A. S., NERY, M. E. S. **Enfermagem em saúde pública.** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1998.