

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)- NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIA EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE (NUTEDS)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NOBÉLIA MARIA DUARTE SAMPAIO

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA ÁREA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA.

FORTALEZA
2011

NOBÉLIA MARIA DUARTE SAMPAIO

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA ÁREA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA.

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

Prof^ª.Ms. Milana Drumond Ramos Santana

FORTALEZA
2011

Dedicatória

À minha família

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

Agradeço aos meus pais.

**Agradeço ao meu esposo pelo apoio integral em todos os meus projetos e
aos meus filhos pelo amor que dedicam a mim.**

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo é descrever a contribuição do curso de especialização à distancia em saúde da família para a prática do profissional de saúde. O curso foi desenvolvido em vários momentos, atividades didáticas realizadas a distância, em grupo e individuais, além de encontros presenciais e participações com os todos os integrantes sobre temas abordados no curso em debates em fóruns, pela internet. A tutoria foi compartilhada estabelecendo-se o desafio de realizar uma relação dialógica com os alunos. A partir da experiência conclui-se que EaD pode constituir-se em ferramenta pedagógica adequada para qualificar profissionais que não têm acesso aos processos convencionais de pós-graduação, viabilizando a qualificação de um grande contingente de profissionais, geograficamente dispersos, sem possibilidade de afastar-se do seu cotidiano de vida e profissional. Secundariamente o EaD contribuiu para a mudança na ótica da prática diária. Assim, frente à necessidade de formar os profissionais de saúde do país e qualificá-los para atuar como agentes de mudanças, a EaD apresenta-se como uma estratégia pedagógica eficaz e possível.

Palavras chaves: saúde da família; educação à distância; qualificação profissional

ABSTRACT

It is an experience report, whose purpose is to describe the contribution of the specialization course distance in family health for practicing health care professional. The course was developed in three stages: the distance didactic activities and face. The tutoring was shared by establishing the challenge of performing a satisfactory relationship with the students. From experience it is concluded that distance education can constitute adequate pedagogical tool for professionals who qualify do not have access to traditional graduate, enables the qualification of a large contingent of professionals, geographically dispersed, unable to move away from his daily life and work. Secondly in the DL contributed to the change in the perspective of daily practice. Faced with the need to train health professionals in the country and qualify them to act as change agents. The DL is presented as an effective teaching strategy and possible.

Keywords: family health, distance education, professional qualification

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS- Atenção Básica á Saúde

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

EaD- Especialização a distancia

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

NUTEDS – Núcleo de Tecnologia Digital aplicada à Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4.1 Disciplina 01 – Educação à Distância	15
4.2 Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde	16
4.3 Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	17
4.4 Disciplina 04 – Saúde Mental e Violência	19
4.5 Disciplina 05 – Saúde da Mulher	21
4.6 Disciplina 06 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	24
4.7 Disciplina 07 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	26
4.8 Disciplina 08 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	28
4.9 Disciplina 09 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde.	31
4.10 Disciplina 10 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	33
4.11 Disciplina 11- Interdisciplinaridade e Bioética	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A implementação do SUS foi desencadeou um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde e qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade.

Neste sentido, incorpora na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo. Entretanto, para constituir verdadeiramente uma proposta de ação renovada precisa que seus profissionais estejam em harmonia como o modelo de promoção à saúde, como também os gestores.

Em seus dez anos de existência, o PSF está sendo visto como modelo inovador, que se constitui como a porta de entrada do sistema, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida.

A Atenção Básica promove diversas ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

No entanto a realidade prática não acontece como deveria, mas isso não impede os profissionais almejar um trabalho e atuação diferenciada dentro de seu campo de trabalho. Porém, para ser possível modificar uma rotina, um método é importante ter conhecimento teórico sobre a realidade a ser trabalhada. Sem conhecermos os paradigmas que organizam o nosso sistema assistencial de saúde não é possível pensar criticamente, nem tão pouco ser instrumento de ação e reestruturação sólida e contínua na elaboração de uma meta dentro da práxis de saúde ou profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a contribuição do curso de especialização à distância em saúde da família para o profissional.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Demonstrar a relevância do curso à distância para a formação profissional.
- Relatar a contribuição do curso para a prática profissional.
- Apresentar os portfólios produzidos ao longo do curso de especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC)

3 METODOLOGIA

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

O curso foi desenvolvido em duas etapas principais: atividades didáticas realizadas a distância e presenciais. Ofertaram-se ao longo do curso as seguintes disciplinas: O que é educação à distância, Processo de Trabalho em Saúde, Saúde Mental e Violência, Modelo assistencial e Atenção Primária à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde, Saúde da Mulher, Participação Social e Promoção da Saúde, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.

As atividades realizadas consistiam em produção de portfólio a cada disciplina ofertada, realização de fóruns de debates, onde todos podiam interagir de forma aberta e colocar suas experiências e práticas sobre o assunto estudado, atividades em grupos e individuais. O curso transcorreu no período entre agosto de 2010 a setembro de 2011.

Para produção dos portfólios foram utilizados os materiais do curso de especialização em Saúde da Família, além de pesquisas em banco de dados, artigos, materiais acadêmicos e relatos de experiência.

A produção de todas as atividades de aprendizado era resultante, não apenas de materiais científicos, mas também da reflexão sobre como os temas se verificavam na realidade, sobre a vivência adquirida ao longo da experiência profissional, das expectativas referentes às mudanças possíveis da prática, dentro dos limites e das possibilidades que envolvem o dinamismo da saúde pública. Ao término do curso todos os portfólios foram reunidos e apresentados em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada.

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de

experiência. No entanto, foram respeitados os princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Educação a distância (EaD)

A educação a distância é uma modalidade de ensino, onde não é necessária a presença física do aluno e do professor, e processo de ensino aprendizagem é mediada através de tecnologias, uma delas é o ambiente virtual de aprendizagem (AVA), onde a interação acontece. (Oliveira & Godoy, 2010).

De acordo com Alves (2003, p. 2), Educação a Distância (EaD) pode ser entendida inicialmente como “qualquer modalidade de transmissão e/ou construção de conhecimento sem a presença simultânea dos agentes envolvidos”. Esta definição distingue a modalidade de ensino aprendizagem por não exigir que seus participantes estejam presentes nos mesmos tempo e local, fazendo uma oposição ao ensino presencial.

Esse tipo de ensino proporciona aos alunos maior flexibilidade de estudo, condições para que eles sejam sujeitos de seu aprendizado, novas maneiras de buscar a aprendizagem, sendo que o tutor norteia os mesmos a adquirirem conhecimentos necessários à construção de sua autonomia na busca formativa profissional (Oliveira & Godoy, 2010).

A educação a distância tornou-se uma possibilidade para a aprendizagem com flexibilidade, permitindo atualizar os profissionais sem impedi-los de desempenhar suas atividades e adaptar o estudo ao ritmo e características do aluno. Está associada a dois principais objetivos: uma alternativa educacional que se sobrepõe às limitações advindas da distância espacial e temporal e a democratização da educação, habilitando a inclusão daqueles que estavam marginalizados pelo sistema educacional tradicional. (Lopes, 2007).

É uma prática que permite um equilíbrio entre as necessidades e habilidades individuais e as do grupo - de forma presencial e virtual. Nessa perspectiva, é

possível avançar rapidamente, trocar experiências, esclarecer dúvidas e inferir resultados (Moran, 2002).

Este curso oferece aos indivíduos o poder de conciliar trabalho com o estudo, permanecendo em seu ambiente familiar, cultural ou de trabalho, enquanto acessa uma tele aula, por exemplo. Também proporciona um menor custo, pois não precisam gastar com locomoção, refeições, roupas. Além de atingir os diversos grupos sociais da população, tanto idade, quanto qualificação profissional e financeira (Garcia apud Oliveira & Godoy, 2010).

Segundo Behar (2007) o conhecimento é concebido como resultado da ação do sujeito sobre a realidade, estando o aluno na posição de protagonista no processo da aprendizagem construída de forma cooperativa, entre tutor, alunos, comunidade, vivência numa relação comunicativa renovada e reflexiva com os demais sujeitos. Neste paradigma, nesta prática pedagógica considera-se o processo e as ações mais significativas que o produto deles resultantes.

Assim, a educação a Distância vem ao encontro destas necessidades, proporcionando que o conhecimento seja construído independente de tempo e espaço e entra em cena para auxiliar o aluno na sua atuação dentro do seu campo profissional. Todos tendem a ganhar com uma educação que favorece a auxilia o desenvolvimento da autonomia.

4.2 Processos de trabalho em saúde

O conceito 'processo de trabalho em saúde' diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria

de análise da qual deriva o conceito de 'processo de trabalho em saúde' (Schraiber, 2009).

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A imanência das redes nesse processo traz a idéia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário (Franco, 2006).

4.3 Modelo assistencial e atenção primária à saúde

4.3.1 Modelo assistencial

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Por modelo entende-se: "um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia" (Rosa & Labate, 2005).

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende

mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (Rosa & Labate, 2005).

Assim, a estratégia de saúde da família encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde - enfermidade (Escorel et al, 2007).

4.3.2 Programa de Saúde da Família (PSF)

As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011).

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a

redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família.

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. PSF pode ser definido como: um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzidos em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (Rosa & Labate, 2005).

Portanto, pode-se concluir que se torna necessário oferecer atenção especial para a implantação das equipes do PSF nos municípios, qualificando os profissionais, visando o atendimento integral das famílias, mudando não apenas o local de atuação, mas principalmente a conduta dos profissionais e dos prefeitos e vereadores se, de fato, se quer mudar o modelo de assistência pautada no compromisso ético e político.

4.4 Saúde Mental e Violência

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma "carta fundadora" de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Menucci T. M. G, 2009).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (FREGONEZI, 2010).

Conforme o exposto, os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

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

4.5 SAÚDE DA MULHER

4.5.1 Assistência Integral à Saúde da Mulher

A melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional composta por: agente comunitário de saúde – ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e, adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade (UFC, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde são:

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.

- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque.

Acredito ser importante para os profissionais e gerentes locais conhecerem a situação epidemiológica da comunidade, suas demandas e sua condição de vida, no momento da organização das ações básicas que responderão às necessidades regionais.

Um fator que poderia ser realizado com maior continuidade e não de forma eventual dentro da assistência básica seria atividades educativas possibilitando às mulheres maior conhecimento de seu próprio corpo, facilitando o exercício da sexualidade, alertando sobre os problemas mais comuns de saúde e de como é possível prevenir doenças e promover a saúde como fator de melhoria da qualidade de vida. Por que embora existam palestras, as adolescentes têm receio de ir ao ESF, porque quando têm uma vida sexual ativa cedo, têm medo de seus pais saberem.

4.5.2 Assistência na gestação e puerpério

Durante a gravidez muitas mudanças acontecem no corpo da mulher. É importante que nesse período as futuras mães sejam acompanhadas por nós, profissionais da saúde. Com isso elas se sentem mais seguras, são informadas sobre sua gestação e quando há algum problema, a detecção precoce auxilia no tratamento para o não agravamento e tudo possa transcorrer normalmente.

4.5.3 Violência Contra a mulher

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2005).

Em 1993, as Nações Unidas – ONU realizaram a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos que reconheceu a violência contra a mulher como um obstáculo ao desenvolvimento, à paz e aos ideais de igualdade entre os seres humanos. Considerou também que a violência contra a mulher é uma violação aos direitos humanos e que esta violência se baseia, principalmente, no fato da pessoa agredida pertencer ao sexo feminino (HERMANN; BARSTED, 2000; MENEZES ET al., 2003).

A violência contra a mulher ocorre tanto na rua como em casa. Mas, ao contrário dos homens, as mulheres e as crianças são as principais vítimas da violência sofrida no espaço doméstico, praticada, sobretudo, por maridos, companheiros, pais e padrastos. Além de ser uma questão política, cultural, policial e jurídica, é também, e principalmente, um caso de saúde pública. Muitas mulheres adoecem a partir de situações de violência em casa (UFC, 2011).

Na experiência dentro da atenção básica, muitas das mulheres que recorrem aos serviços de saúde, com reclamações de enxaquecas, gastrites, dores difusas e outros problemas, vivem situações de violência dentro de suas próprias casas. Mas, infelizmente pouca coisa pode ser feita, visto que as próprias vítimas de agressão não fazem a denúncia, e alegam outros motivos para seus sinais de agressão. Então, precisamos respeitar a autonomia, mesmo nesses casos. Pois, nos caso que pude acompanhar a cliente nega agressão domiciliar.

A ligação entre a violência contra a mulher e a sua saúde tem se tornado cada vez mais evidente, embora a maioria das mulheres não relate que viveu ou vive em situação de violência doméstica. Por isso é extremamente importante que nós, profissionais de saúde sejamos treinados para identificar, atender e tratar as pacientes que se apresentam com sintomas que podem estar relacionados a abuso e agressão.

No município em que trabalho não há delegacia da mulher. O ideal é que seja implantada. Além disso, seria de grande importância à criação de outras organizações com o intuito de promover assistência a esse problema.

4.6 Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família.

4.6.1 Contextualização

A preocupação com os efeitos na saúde provocados pelas condições ambientais é evidente desde a Antiguidade, envolvendo problemas tais como os efeitos do clima no balanço dos humores do corpo, os miasmas, as sujeiras e os odores. Assim, sempre esteve presente nos diferentes discursos e práticas sanitárias que se constituíram como respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde (UFC, 2011).

4.6.2 Saúde Ambiental

A relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população define um campo de conhecimento referido como “Saúde Ambiental” ou “Saúde e Ambiente”. Segundo a Organização Mundial da Saúde esta relação incorpora todos os elementos e fatores que potencialmente afetam a saúde, incluindo, entre outros, desde a exposição a fatores específicos como substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo, até aqueles relacionados com aspectos negativos do desenvolvimento social e econômico dos países (OPS, 1990).

Os problemas ambientais são problemas eminentemente sociais, gerados e atravessados por um conjunto de processos sociais (Leff, 2000) e, como tais, só vieram à tona porque, como ambientes criados, não se encontram alheio à vida social humana, mas são completamente penetrados e reordenados por ela,

confundindo atualmente o que é “natural” com o que é “social” (Giddens, 1990; Beck, 1997).

A crise ambiental contemporânea vem intensificando as discussões e a percepção pública acerca dos efeitos dos processos de produção e consumo das sociedades industriais modernas sobre a saúde humana e a dos ecossistemas. Dentre outros fatores, podemos destacar a degradação ambiental em várias regiões do planeta e o reconhecimento científico dos riscos ecológicos globais, tais como o chamado efeito estufa, a redução da camada de ozônio, a destruição de florestas e da biodiversidade, a poluição atmosférica e marítima. Os riscos ambientais vêm fazendo com que as escalas espaciais e temporais para as análises dos riscos modernos tornem-se cada vez mais amplas e complexas, ao mesmo tempo em que intensificaram os imperativos éticos relacionados à ameaça da continuidade da vida no planeta, colocados anteriormente com a ameaça da guerra nuclear total (Porto, 2004).

As doenças transmissíveis, cujo sucesso no seu enfrentamento marcou a ampla institucionalização da saúde pública como uns dos pilares das sociedades modernas também vêm colocando novos desafios. Alguns exemplos recentes são o recrudescimento de diversas doenças endêmicas em áreas onde já se encontravam controladas; o surgimento de novos problemas como a Aids e a hepatite C; e o aumento da resistência de muitos agentes infecciosos aos antibióticos (Sabroza e Waltner-Toews, 2001). Tais fatos, além da persistência das desigualdades socioeconômicas em várias regiões, contribuem para romper com a ideia de que a transição epidemiológica – passagem de um quadro de morbimortalidade marcado pelas doenças do "atraso" e da "pobreza" para doenças típicas das sociedades modernas – ocorreria linearmente através da superação do "subdesenvolvimento" socioeconômico e da modernização institucional e técnico científica das sociedades (Possas, 2001).

Na Constituição Federal promulgada em 1988 enuncia-se no artigo 228 do capítulo VI (Do Meio Ambiente) todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público o dever de defendê-lo e à coletividade de preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

É de dever inerente do Estado, junto aos profissionais competentes, prover a saúde do indivíduo. Logo, do ambiente em que aquele está inserido. Tendo em visto que a saúde está diretamente relacionada à saúde (UFC, 2011).

Compreender problemas de saúde a partir de um enfoque ecossocial é fundamental para que propostas de desenvolvimento econômico e tecnológico possam resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dele decorrentes. Especialmente para o campo da saúde pública tal desafio é estratégico para desenvolver e implementar ações de promoção da saúde (UFC, 2011).

A necessidade de uma crescente internalização da problemática ambiental, um saber ainda em construção, demanda empenho para fortalecer visões integradoras que, centradas no desenvolvimento, estimulem uma reflexão sobre a diversidade e a construção de sentidos em torno das relações indivíduos-natureza, dos riscos ambientais globais e locais e das relações ambiente-desenvolvimento. A educação ambiental, nas suas diversas possibilidades, abre um estimulante espaço para repensar práticas sociais e o papel dos professores como mediadores e transmissores de um conhecimento necessário para que os alunos adquiram uma base adequada de compreensão essencial do meio ambiente global e local, da interdependência dos problemas e soluções e da importância da responsabilidade de cada um para construir uma sociedade planetária mais equitativa e ambientalmente sustentável. (JACOBI, 2003).

4.7 Atenção básica de saúde no contexto de saúde bucal

A saúde da família é a estratégia que o ministério da saúde escolheu para orientar o modelo assistencial do Sistema Único de saúde (SUS), a partir da atenção básica. Esta estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes incorporando a atuação dos agentes numa proporção média de u, agente para 575 pessoas acompanhadas (costa, 2004)

Segundo o Ministério da Saúde (2005), uma unidade da saúde da família (USF) hoje denominada de unidade de atenção primária à saúde (UAPS) se destina a realizar atenção contínua nas atividades de promoção, proteção e recuperação da

saúde, características do nível primário de atenção. Sob esta ótica do cuidado multiprofissional que o governo federal através do ministério da saúde por meio da portaria n 1.444, de 28 de dezembro de 2000 incentivou a inserção de profissionais de saúde bucal no programa de Saúde da Família (PSF).

Os princípios do SUS são amplamente conhecidos. O primeiro deles é a Universalidade, ou seja, deve constituir-se de maneira acessível a todos os cidadãos brasileiros. Da maneira como habitualmente pensamos organizar a clínica odontológica, as ações coletivas em saúde bucal; geralmente voltadas apenas para crianças em fase escolar, algumas vezes atendendo às gestantes, outras vezes oferecendo às demais faixas etárias acesso apenas a serviços de urgência e emergência.

Tão importante quanto o desenvolvimento de ações que visem à redução de indicadores de cárie na população infantil, a inclusão de ações que possibilitem a prevenção dos diversos tipos de câncer bucal e a detecção precoce de lesões suspeitas de câncer bucal são também importantes. Mas, é preciso vontade para realizar, organizar a agenda de maneira a compatibilizar ações intra e extraclínica, nos diferentes turnos de trabalho da equipe, por exemplo. (UFC, 2011).

A própria forma de se pensar a saúde bucal em saúde pública passa pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva. São visíveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no PSF (FILHO, 2002).

A ESF poderá avançar de forma planejada na cobertura de toda a população da área adstrita, buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade. Percebe-se que além de ser necessária a continuidade da expansão do número de Equipes de Saúde Bucal no PSF, é premente a melhor qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes, visto que o maior desafio está na mudança da atitude profissional em saúde bucal coletiva, que só se dará através da apreensão de conhecimentos necessários ao exercício desta nova prática.

4.8 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade. Suas principais diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiência; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços (Brasil, 2010).

4.8.1 Assistência às pessoas com deficiência

De acordo com a apresentação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde (Brasil, 1993), antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a assistência às pessoas com deficiência, na saúde pública, era limitada somente à área de prevenção de doenças infectocontagiosas. A reabilitação era entendida como nível terciário da atenção, sob a responsabilidade de instituições filantrópicas e de associações beneficentes; as políticas públicas funcionavam no modelo de repasse de recursos para a filantropia. Segundo este documento, o panorama era de uma assistência muito precária: recursos insuficientes, serviços concentrados em regiões de maior relevância econômica, modelo assistencial com baixa cobertura, pouca resolutividade e inadequação à realidade sociocultural da população.

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89, n.º 10.048/00, n.º 10.098/00 e n.º 8.080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde –, bem como os Decretos n.º 3.298/99 e n.º 5.296/04.

Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor: (1) a promoção de ações preventivas; (2) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; (3) a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; (4) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e (5) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências e desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2.º, inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destacam-se o relativo “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7.º, incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto n.º 3.298/99, que considera “deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida”. O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiência.

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas portadoras de deficiências significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade. (CUNHA, 2008).

As pessoas com deficiência possuem limitações físicas ou mentais que muitas vezes não os incapacitam, ou provocam desvantagens para determinada atividade, mas geram estigmas individuais e coletivos. Essas deficiências sociais apresentam como desvantagens, uma vez que estereótipos e discriminações impedem que as pessoas com deficiência tenham vida normal em sociedade. Uma das principais fontes de preconceitos é a desinformação existente acerca das potencialidades, desejos e dificuldades deste grupo da população. (NERI, 2003).

Pelo exposto, e baseado na vivência percebe-se que as pessoas com deficiência, independentemente de suas potencialidades, na maioria das vezes têm uma própria da sua incapacidade, que diminui suas possibilidades de realização no mundo (sejam materiais, afetivas, educacionais, políticas etc.), ou seja, a maior barreira a ser vencida e da própria visão de condição negativa, na sua relação com os outros e com os diferentes contextos.

No campo da saúde da pessoa com deficiência, é na relação do sujeito com seu meio sociocultural que se constata a existência das grandes barreiras a serem enfrentadas. Reitera-se a importância do papel da atenção primária no cuidado integral à saúde destas pessoas; no entanto, este ainda constitui um desafio, exigindo reflexão sobre as práticas atuais e sobre as possibilidades de construções futuras.

4.9 Tecnologia para abordagem do indivíduo da família e da comunidade em atenção básica à saúde

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (Pinheiro & Luz, 2003), tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a construção do SUS é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. Este modelo, resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial “sanitarista” (Paim, 2003), dicotomiza assistência e prevenção.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (Costa & López, 1996). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde.

Os serviços de atenção primária são caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Para Mendes (1996), os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde.

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos. (Brasil, 1997).

A estratégia da educação em saúde ao entendermos o seu percurso histórico nos mostra que sempre agiu de forma a regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e usos do saber estranhos a sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim do visto como sendo o melhor modo de andar a vida. (UFC,2011).

A despeito da emergência de um novo discurso no campo da educação em saúde, prevalecem as práticas educativas hegemônicas. Da convivência entre as práticas emergentes e hegemônicas é possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde, que podem ser referidos como modelo tradicional e modelo dialógico. Estes se encontram em pólos extremos, sendo possível reconhecer modelos intermediários (ALVES, 2005).

Pelo exposto, e baseado na experiência adquirida constata-se que o movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Pela potencialidade desta metodologia, Vasconcelos (2001) vislumbra as experiências de Educação Popular

como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida.

4.10 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

O desafio relativo à implementação do SUS exige a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Dessa forma, uma importante ferramenta é, sem dúvida alguma, o Planejamento. (UFC, 2010).

Segundo Santos et al (2004) planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. Sendo assim, pode ser entendido como a forma que um indivíduo age sobre algo de forma eficiente. No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos, unidades de atendimento ou ESF, como das pessoas que os utilizam. Dispõe-se de uma série de indicadores e técnicas que permitem estimar a qualidade do serviço prestado e eficiência das práticas de ação para recuperação de saúde dentro do nosso campo de atuação, e principalmente, através disso, possibilidades da equipe de saúde realizar mudanças significativas de forma a reverter problemas identificados (CARVALHO, 2009).

O planejamento estratégico situacional pode ser compreendida como uma forma de se antecipar aos possíveis obstáculos que surgirão quando se pretende

passar da situação existente para a desejada. Para avançar na situação desejada, ou seja, para alcançar o que se pretende (UFC, 2010)

Sendo assim, o planejamento é importante, envolve a identificação de um problema dentro do local de atuação da saúde. Pois é a partir dele que pode haver a compreensão de funções e objetivos dentro de um ESF, e assim toda a equipe pode trabalhar com um olhar central e direcionado, na busca de resolutividade para os problemas ou na prestação de serviço, ou seja, na prática profissional da saúde. Pode ser entendido como um obstáculo que dificulta a mudança da situação existente para a situação desejada. Ou seja, problema é o que impede o profissional de atingir seus objetivos, que é mudar a realidade. A realidade não é percebida igualmente por todos e, portanto, os problemas variam na perspectiva de quem os identifica. O que é problema para uns pode não ser para outros.

4.10.1 GESTÃO DO SUS

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS) é a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o PlanejaSUS deve ser entendido como estratégia relevante à efetivação do SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada uma das esferas de gestão, de modo a conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento que, vale reiterar, compreende o monitoramento e a avaliação.

O planejamento no setor saúde adquire maior importância a cada dia, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Os gestores do setor saúde vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

Assim, é importante traçar um planejamento estratégico das ações da ESF para possibilitar a melhor execução das mesmas e cada vez mais podermos aperfeiçoar a organização e as metas para as intervenções de saúde. Essa dinâmica é realizada também com a população, onde os interesses devem estar em constante avaliação. Temos que observar a comunidade, seus hábitos, suas necessidades e seus conflitos, para atingirmos objetivos comuns.

4.11 Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde.

A interdisciplinaridade pode ser vista como uma necessidade interna da ciência, a fim de resgatar a unidade de seu objeto e os vínculos de significação humana. Mas coloca-se também, segundo o autor, como uma necessidade imposta pelos complexos problemas que são colocados para a ciência e que não são respondidos por enfoque unidisciplinar ou pela justaposição de várias disciplinas (JAPIASSU, 2008).

Para que se avance na questão da interdisciplinaridade, é importante lembrarmos que essa não anula a disciplinaridade. Assim como não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber. Ela, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo. (UFC, 2011)

Portanto, a intercisciplinaridade pode ser entendida a partir da afirmação anterior como integração do conhecimento, buscando os limites e os elementos gerais e comuns de cada disciplina.

Segundo Botler e Molina (2003), a Bioética não busca a padronização de comportamentos, mas uma reflexão ponderada das relações que estabelecemos com o Outro, visto que a padronização aniquilaria a possibilidade do Outro.

É importante ressaltar que ela deve se tornar a peça chave em relação às ações políticas que envolvem os seres vivos, assim como a proteção do meio ambiente. Fato fundamental para sobrevivência e qualidade de vida de todos os seres. Ela busca o resgate da dignidade da pessoa humana, com ênfase na qualidade de vida dos seres vivos e na proteção do meio ambiente. Portanto, a Bioética é um chamado para nos tornarmos livres pensadores rumo à cidadania. (BOCCATTO, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, com a forte tendência de valorização de atenção básica percebemos que os princípios do SUS estão sendo praticados de modo mais próximo ao idealizado. Melhorias em vários setores sociais têm refletido na saúde da população a qual está usufruindo de um atendimento mais humanizado e resolutivo. Principalmente pela interação entre a equipe de profissionais.

Os investimentos em capacitação, em introdução de novas tecnologias e em educação em saúde também devem ser contínuos para que haja uma consolidação de fato do modelo assistencial e para que tanto a população quanto os profissionais de saúde encontrem-se comprometidos com a situação da saúde do município. A Ead trás ao aluno a possibilidade de ampliar seus conceitos e aperfeiçoar seus conhecimentos de uma forma reflexiva acerca dos problemas que constantemente encontramos na nossa prática diária.

O conhecimento teórico aliado a efetividade da ação resulta em qualidade, solidariedade e espírito público que vai produzir um profissional consciente que desenvolverá indispensável sentimento prático sem prejuízo do respeito e da tolerância com o usuário.

Ações efetivas e acima de tudo com um acolhimento ofertando melhor qualidade de vida a sua comunidade, torna-se primordial para acompanhamento dos indicadores nacionais de saúde.

Articular distintos aspectos não é um processo rápido e de um único grupo profissional; é necessário um esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis exista a integração de conhecimentos disponíveis no espaço de trabalho e nos espaços de formação, favorecendo a ação multiprofissional nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribua para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado.

O desafio do trabalho em equipe é pensar no cuidado à saúde como mais que uma atitude, uma relação de complementaridade e interdependência relativa com um saber próprio dos distintos agentes: médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, na Saúde da Família. A relação intersetorial deverá ser vista como uma parceria na solução dos problemas, assim

como, um importante ponto para o sucesso do trabalho em equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS

ALVES, L; NOVA, Cristiane. (Org.). Educação à distância: uma nova concepção de aprendizado e interatividade. São Paulo: Futura, 2003.

BECK, U. Risk society. London: Sage Publications, 1992. CARVALHO, I. A Invenção ecológica. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2001.

BEHAR, P. A. Modelos pedagógicos em educação a distância. Porto Alegre: Artmed, 2009. Disponível em:

http://downloads.artmed.com.br/public/B/BEHAR_Patricia_Alejandra/Modelos_Pedagogicos_Educacao_Distancia/Liberado/cap_01.pdf

BOCCATTO, M.A importância da bioética. Revista do centro de educação e letras da unioeste. Foz do Iguaçu v. 10 nº 1 p. 1º 2008.

BOTLER, A.H.; MOLINA A. O ensino e a vivência da bioética na UPE. In: MOLINA, A et al (org.). Bioética e Humanização: vivências e reflexões. Recife: EDUPE; 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção integral à saúde da mulher. Princípios e diretrizes, Brasília: DF 2004.

BRASIL. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Material disponível em:>
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1098.

Acessado em: 24/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: 2011. , Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.3 no. 1 Recife Jan./Mar. 2003

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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira - 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. A

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas / departamento de atenção básica. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, BRASÍLIA, DF: Ministério da saúde, nº 01,2003.

BRASIL. Planejamento em saúde. Brígida Gimenez Carvalho. O QUE É PLANEJAR. Material disponível em:>
<http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Txt%2019.pdf>. Acessado em: 24/09/2011.

CAMPOS GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. P.229-66.

COSTA, E. M. A, CARBONE M. E. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rubio p8-9, 2004

Economia da Saúde: conceito e contribuição para Gestão em Saúde (S.F. Piola e S.M. Vianna, org), Brasília: instituto de pesquisa econômica aplicada, 1995, pp 123-140.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. Material encontrado em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/viewArticle/4143>.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HERMANN, J; Barsted, L. L. Violência contra a mulher.

JACOBI, P. Cidade e meio ambiente. São Paulo: Annablume, 1999. Material encontrado em://www.beneditaazevedo.com/visualizar.php?id=1512883.

JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago. Material encontrado em: http://www.sinergia-spe.net/editoraeletronica/autor/069/cur_069.htm

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

MACHADO F. C. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. Fonte <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n1/a11v08n1.pdf>.

MARIA It amiralian et al. Conceituando deficiência. Rev Saúde Pública 2000;34(1):97-3

Material encontrado em: //http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf. Acesso em 07/08/2011.

Material encontrado em: http://www.cepia.org.br/Textos_online/cartilha2000.pdf.

MENICUCCI T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública vol.25 no.7 Rio de Janeiro July 2009.ISSN 0102-311X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700021&script=sci_arttext. Acesso em:

MOLINA, A. Bioética: uma abordagem para iniciantes.In: MOLINA, A et al. (Orgs.). Bioética e Humanização: vivências e reflexões. Recife: EDUPE; 2003.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 363-372. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232007000200012.

ONOCKO-CAMPOS et al. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.5, pp. 1053-1062. ISSN 0102-311X.

PELISOLII C. da L; Moreirall A. k. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.27 no.3 Porto Alegre Sep./Dec. 2005.ISSN 0101-8108

Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da saúde. Material encontrado em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acessado em: 08/05/2011.

PORTO MFS 1998. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD – Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. Ciência e Saúde Coletiva 3 (2):33-46.

PORTO, S.M. Justiça Social, equidade e necessidade em saúde. In:

POSSAS C.A. Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases. Cadernos de Saúde Pública 17(1): 31-41.

Retratos da deficiência no Brasil (PPD)/Marcelo Neri [et al.] Rio de Janeiro: FGV/IBRI, CPS,2003. 250p.

ROSA. W.A. G; Labate.R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no. Ribeirão Preto Nov./Dec; 2005. Disponível em:

>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016.

ROSA. W.A. G; Labate.R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no. 6 Ribeirão Preto Nov./Dec; 2005.Disponível em:

>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016.

SAUPE, R. et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Campanha de assistência integral à saúde da mulher. Brasília- DF. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6805. Acesso em :

SOUZA, E.R., ASSIS, S.G., DESLANDES, S.F. Pensando a violência na saúde coletiva: algumas reflexões a partir da epidemiologia e da sociologia. 1992. (Mimeo).
 TAMBELLINI; CÂMARA, V. M.A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Material encontrado :<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v3n2/7150.pdf>
 TEIXEIRA C F; PAIM J S; VILASBÔAS A L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. Disponível em:>http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf.

TEXEIRA.c.f et al. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. Disponível em:>http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf.

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/. Acessado em:> 23/09/2011.

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/index.php?p=01.php>. Acesso em: 07/08/2011.

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/. Acessado em:> 23/09/2011.

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família:

avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/. Acessado em:> 23/09/2011.

VIANNA A. L. A, DAL P. M. R. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. (RJ): Abril; 1998 Brasil. Ministério da saúde. Programa de saúde da família. Portal da saúde.
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149