

**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**

**SUELEN ALEXANDRE PINTO**

**SAÚDE DA FAMÍLIA CONHECIMENTOS, HABILIDADE E ATITUDES**  
**NECESSÁRIAS PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DA REDE DO SUS: UM**  
**RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**FORTALEZA**

**2011**

**SUELEN ALEXANDRE PINTO**

**SAÚDE DA FAMÍLIA CONHECIMENTOS, HABILIDADE E ATITUDES  
NECESSÁRIAS PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DA REDE DO SUS: UM  
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.

Orientador: Profa. Dra. Ismenia Osório Leite Viana.

**FORTALEZA**

**2011**

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

- 
- P731s Pinto, Suelen Alexandre.  
Saúde da família conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para atuação na atenção básica da rede do SUS: um relato de experiência / Suelen Alexandre Pinto. – 2011.  
83 f.
- Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde-NUTEDS, Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Profa. Ismenia Osório Leite Viana.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Educação à distância. I. Título.

---

CDD 362.1

**SUELEN ALEXANDRE PINTO**

**SAÚDE DA FAMÍLIA CONHECIMENTOS, HABILIDADE E ATITUDES  
NECESSÁRIAS PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DA REDE DO SUS: UM  
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.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ismenia Osório Leite Viana (Orientadora)

---

Prof. MSc Fernando André Campos Viana (1º Avaliador)

---

Profa. Lidia Eugenia Cavalcante (2º Avaliadora)

*Dedico essa monografia a minha mãe, meu pai,  
minha irmã. Minha família, meu porto seguro,  
minha fortaleza, meu refúgio.*

## AGRADECIMENTOS

Ao senhor meu Deus por toda fidelidade a mim que sou tua filha, tua serva e tua amiga, agradeço por tudo que tens feito em minha vida. Pela proteção, pela saúde e paz.

Aos meus pais, que me conceberam a vida, que tiveram calma e paciência, pela educação, as oportunidades, compreensão, amor.

A minha irmã, minha amiga, companheira, confidente, conciliadora. Estar sempre ao meu lado, não importa a situação.

À tutora online, Ismênia, por sua habilidade de conduzir-nos durante todo o curso, pela confiança, pela presença em momentos difíceis.

À tutora presencial, Verônica, pelo apoio, pelas palavras de ajuda, pela sabedoria, que nos elevou, pela calma e presença amiga.

Aos colegas de turma pelos belos momentos que compartilhamos.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Aos professores entrevistados, pelo tempo concedido nas entrevistas realizadas e pelas valiosas sugestões ao trabalho.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

À bibliotecária Norma de Carvalho Linhares, da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFC, pela correção das referências bibliográficas.

Algumas pessoas entram em nossas vidas e rapidamente se vão... Algumas pessoas tornam-se amigas e ficam... Deixando belos momentos em nossos corações... Então, nós nunca mais seremos os mesmos, porque nós fizemos bons amigos.

## RESUMO

Todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mas convém observar que tanto a comunidade como o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar o SUS. A atenção básica, como primeiro nível de atenção do SUS, caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde. A Saúde da Família é a estratégia para organização da Atenção Básica no SUS. Sendo a educação permanente em saúde, fator que pode levar a consolidação dessa estratégia. O presente trabalho teve como objetivo relatar a experiência, o conhecimento, as habilidades adquirida ao longo do curso de especialização de saúde da família. Apresentado os portfólios produzidos durante as disciplinas do curso. Este estudo consiste em um relato de experiência, cujo sua relevância está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem. Vivenciado por profissionais da área da saúde, que encontram-se inseridos na atenção básica. E participaram do curso de especialização em saúde da família, ofertado pela universidade aberta do sistema único de saúde UNA/SUS. No qual ao longo do curso construímos portfólios, após cada disciplina ofertada. Os portfólios foram apresentados em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada, sendo elas: Educação a Distância, Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal, Saúde Mental e Violência, Atenção básica de Saúde Pessoas com Deficiência, Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos processos de Saúde. A incorporação dos conhecimentos adquiridos nesta especialização é essencial à prática profissional, não só do enfermeiro, assim como também dos demais profissionais da saúde. Possibilitando estabelecer uma assistência integral, ou seja, sem diferença para nenhum dos usuários do SUS. Incorporando o conhecimento adquirido ao longo do curso ao nosso dia a dia profissional. Favorecendo resultados de saúde melhorada, dando maior credibilidade ao profissional da área da saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; Saúde da Família; Educação à Distância.

## **ABSTRACT**

Any Brazilian citizen has right of access to the Unified Health System (SUS). But it should be noted that both the community and the government are responsible for coordinating efforts to structure the SUS. The primary health care as primary care SUS, is characterized by a set of actions at the individual and collective, which includes the promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and aims the maintenance of health. Family Health is the strategy for the organization of primary care in the SUS. As the continuing education in health, a factor that could lead to consolidation of this strategy. The present study aimed at reporting the experience, knowledge, skills acquired throughout the course of specialization in family health. Presented portfolios produced during the course subjects. This study consists of an experience report, whose relevance is the relevance and importance of the problems it is exposed. Experienced by health professionals, which are embedded in primary care. And attended the specialization course in family health, offered by the university's open unified health system UNA / SUS. Where along the course build portfolios after each course offered. The portfolios are reported in chapters, each one corresponding to one courses taken, as follows: Distance Education, Work Process in Health Care Model and Primary Health Action Planning and Evaluation of Health Technologies of the Individual Approach, Family and Community – Pedagogical Practices in Primary Care, Environmental Health, Accident, Natural and Artificial Risks for Family Health Care in the Context of Oral Health Mental Health and Violence, Basic, Health Care, People with Disabilities, Interdisciplinarity, Integral Approach Bioethics and Health The processes of incorporation of knowledge gained from this expertise is essential to professional practice, not only the nurse, as well as of other health professionals. Possible to establish a comprehensive care, with no difference for any of the SUS. Incorporating the knowledge gained throughout the course of our day to day work. Fostering improved health outcomes, giving greater credibility to the professional health care.

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



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	A classificação do problema, quanto a sua importância.....	36
Tabela 2	Ações desenhadas para enfrentar as causas mais importantes.....	39
Tabela 3	Recursos críticos e execução da operação.....	40
Tabela 4	Atores que controlam recursos críticos para implementação de cada operação.....	40
Tabela 5	As operações com seus produtos, e resultados.....	41
Tabela 6	O tempo e os responsáveis por cada operação.....	41
Tabela 7	Modelo de gestão do plano de ação.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AU – Altura Uterina  
BHCG – Hormônio Gonadotrofina Cêrionica Humana  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos  
CESF – Curso de Especialização em Saúde da Família  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DDM – Delegacia da Mulher  
DEAM - Delegacias Especializadas de Atendimentos à Mulher  
DPP – Data Provável do Parto  
DUM – Data de Última Menstruação  
EAD – Educação à Distância  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
Fator RH – Um dos Dois Grupos de Antígenos  
H1N1 – Vírus da Gripe Suína  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IG – Idade Gestacional  
IPCC – Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará  
MEC - Ministério da Educação e Cultura  
MS - Ministério da Saúde  
NIC – Neoplasia Intra-Epitelial Cervical  
NOB – Norma Operacional Básica  
NUTEDS/UFC – Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde – Universidade Federal do Ceará  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCC – Plano de Cargos e Carreira  
PES – Planejamento Estratégico Situacional  
PNSB – Plano Nacional de Saúde Bucal  
PSF – Programa Saúde da Família  
SRT – Serviço Residencial Terapêutico  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão do Curso  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNA/SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde  
USO – Ultra Sonografia Obstétrica  
VD – Visita Domiciliar  
VDRL - Sorologia Para Sífilis

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS.....	17
4.1 Disciplina 01 – Educação à Distância.....	17
4.2 Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde.....	21
4.3 Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência.....	26
4.4 Disciplina 04 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde.....	29
4.5 Disciplina 05 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.....	35
4.6 Disciplina 06 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde.....	44
4.7 Disciplina 07 – Saúde da Mulher.....	52
4.8 Disciplina 08 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.....	56
4.9 Disciplina 09 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família.....	65
4.10 Disciplina 10 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.....	68
4.11 Disciplina 11 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	80

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo PHAS (2005) todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao SUS. Mas convém observar que tanto a comunidade como o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar o SUS. A descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde, é a estratégia ideal para que todas as instâncias responsáveis pelo sistema de saúde possam se articular nesse esforço. Não há dúvida de que a municipalização garante a atenção básica de saúde, trazendo lógica, racionalidade e controle ao sistema.

Sabe-se que os municípios brasileiros possuem condições de desenvolvimento e de assistência à saúde completamente diferentes, por isso mesmo, o SUS definiu várias formas de habilitação que indicam o grau de responsabilidade e autonomia da gestão municipal da saúde (PHAS, 2005).

A regionalização da saúde assegura referência ao atendimento de média e alta complexidade. Os municípios brasileiros foram agrupados em módulos de saúde, cada um deles com um município-sede, responsável pelo nível 1 de referência em média complexidade. Um ou mais destes módulos são agrupados pela Secretaria Estadual de Saúde em microrregiões, designando serviços de nível 2 de referência em média complexidade. Estas microrregiões, por sua vez, são agrupadas em macrorregiões, com serviços de nível 3 de referência em alta complexidade. A Secretaria Estadual da Saúde designa, também, os serviços de nível 4 de referência em alta complexidade (PHAS, 2005).

A operacionalização do SUS exige planejamento e articulação dos gestores municipais e estaduais. A articulação política entre as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde de cada microrregião é fundamental para que o cidadão brasileiro tenha condições de acesso à saúde básica em seu município, ocorrendo referência para serviços de média e alta complexidade apenas quando necessário. Quanto mais o planejamento desse sistema estiver articulado, mais garantias terão de que os serviços de saúde não vão estar sobrecarregados com uma demanda excessiva e não pertinente ao seu objetivo institucional (PHAS, 2005).

A participação comunitária, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, tem um papel importante: conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social (PHAS, 2005).

A humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações coordenado e descentralizado pelo SUS. Para que ela aconteça, na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais, os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. É imperioso implantar o SUS onde ele não existe. E é imperioso aperfeiçoar o SUS, permanentemente, onde ele já está implantado (PHAS, 2005).

Brasil/DAB (2011) 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. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL/DAB, 2011).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido

resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL/DAB, 2011).

Sendo a educação permanente em saúde, fator que pode levar a consolidação dessa estratégia. A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes, – às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde, – e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Sendo o curso de especialização em saúde da família parte de um desafio contemporâneo de formar profissionais da saúde no seu contexto de trabalho, com uma metodologia que permita a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de educação a distância, ao mesmo tempo em que visa manter a qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade (CECCIM, 2005).

Dentre os vários campos de trabalho do enfermeiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) merece destaque especial. Neste programa, além do enfermeiro atuar com mais autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas em nível institucional e em outros níveis, o seu trabalho tem maior visibilidade e é mais valorizado. O curso de especialização em saúde da família vem para acrescentar na valorização do profissional da saúde.

Sou enfermeira, trabalhei por dois anos e três meses, na atenção básica, na secretária municipal de saúde de Ibicuitinga, no posto distrital de saúde da família de Canindezinho. Do ponto de vista profissional, destaco a valorização, o sentimento de que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros são compensadoras a ponto de motivar-nos no trabalho, contribuindo assim para atingir os objetivos do programa saúde da família.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Relatar a experiência, o conhecimento, as habilidades adquiridas ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC.

### **2.2 Objetivo Específico**

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



### 3 METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência, cujo sua relevância está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence (LAKATOS, 2001). Vivenciado por profissionais da área da saúde, que se encontram inseridos na atenção básica. E participaram do curso de especialização em saúde da família, ofertado pela universidade aberta do sistema único de saúde UNA/SUS. No qual ao longo do curso construímos portfólios, após cada disciplina ofertada.

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

O CESF está constituído por disciplinas que integralizam 24 créditos, o que significam 384 horas, a serem cursadas em um período mínimo de 18 e máximo de 24 meses. A matriz curricular do curso é composta por disciplinas apresentadas sob a forma de módulos, que compõem as Unidades Didáticas, conforme apresentado a seguir:

A Unidade Didática I, com duração de 144 horas, correspondendo a 09 créditos, compreende quatro módulos/disciplinas obrigatórias: Educação a Distância, Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde. Esses módulos ou disciplinas obrigatórias oferecem os conteúdos estruturantes do modelo assistencial de atenção básica.

A Unidade Didática II tem duração de 240 horas, equivalendo a 15 créditos, compreendendo 03 módulos ou disciplinas obrigatórias: Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, Saúde Am-

biental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal, Saúde Mental e Violência, Atenção básica de Saúde Pessoas com Deficiência, Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos processos de Saúde.

Os portfólios foram produzidos após decorrida a disciplina correspondente, no qual eram utilizadas várias fontes pertinentes ao tema, fontes estas do: Ministério da Saúde, Teses de Mestrados, Livros, Periódicos, Artigos, sendo todos com bibliografia disponibilizada. A disciplina continha de 4 a 5 módulos, onde após um texto eram proposto fóruns de discussão, *chat*, trabalhos em equipe e ao final de cada um, tínhamos a construção de um portfólio, que deveria conter os assuntos abordados em cada aula, nossas reflexões e a relação entre a disciplina e a nossa prática profissional.

Os portfólios foram apresentados em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada, sendo elas: Educação a Distância, Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal, Saúde Mental e Violência, Atenção básica de Saúde Pessoas com Deficiência, Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos processos de Saúde.

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

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Serão abordadas as disciplinas ofertadas na ordem em que ocorreram, conforme o conteúdo programático do curso.

### **4.1 Disciplina 01 – Educação à Distância**

#### **4.1.1 Educação a Distância**

Segundo Belloni (1999) educação a Distância ou Ensino a Distância (EaD) é a modalidade de ensino que permite que o aprendiz não esteja fisicamente presente em um ambiente formal de ensino-aprendizagem, assim como também permite que o aluno estude autonomamente e em horários distintos. Diz respeito também à separação cronológica ou espacial entre professor e aprendiz.

A interligação (conexão) didática entre professor e aluno ocorre por meio de tecnologias, principalmente as telemáticas, como a Internet e em especial as hipermídias, mas também podem ser utilizados outros recursos de comunicação, tais como carta, rádio, televisão, vídeo, CD-ROM, telefone, fax, celular, iPod, notebook etc (BELLONI, 1999).

A EaD (o termo educação é preferido por ser mais abrangente) enfatiza o papel do aluno, que gerencia seu próprio aprendizado, deste modo desenvolvendo sua autonomia (BELLONI, 1999).

#### **4.1.2 Um Pouco da História de EaD**

A EaD, em sua forma empírica, é conhecida desde o século XIX. Entretanto, somente nas últimas décadas passou a fazer parte das atenções pedagógicas. Ela surgiu da necessidade do preparo profissional e cultural de milhões de pessoas que, por vários motivos, não podiam frequentar um estabelecimento de ensino presencial, e evoluiu com as tecnologias disponíveis em cada momento histórico, as quais influenciam o ambiente educativo e a sociedade (BELLONI, 1999).

A EaD também é considerado um recurso que contempla as necessidades de desenvolvimento da autonomia do aluno. O desenvolvimento da autonomia é considerado, por teóricos tais como Jean Piaget e Constance Kamii, peça chave do processo de aprendizagem, no qual o aluno é o foco e o professor possui papel secundário, pois apenas orienta o aluno que por sua vez escolhe o ritmo e a maneira como quer estudar e aprender, de acordo com suas necessidades pessoais (BELLONI, 1999).

No final da Primeira Guerra Mundial, surgiram novas iniciativas de ensino a distância em virtude de um considerável aumento da demanda social por educação. O aperfeiçoamento dos serviços de correio, a agilização dos meios de transporte e, sobretudo, o desenvolvimento tecnológico aplicado ao campo da comunicação e da informação influíram decisivamente nos destinos da educação a distância. Em 1922, a antiga União Soviética organizou um sistema de ensino por correspondência que em dois anos passou a atender 350 mil usuários. A França criou em 1939 um serviço de ensino por via postal para a clientela de estudantes deslocados pelo êxodo (BELLONI, 1999).

A partir daí, começou a utilização de um novo meio de comunicação, o rádio, que penetrou também no ensino formal. O rádio alcançou muito sucesso em experiências nacionais e internacionais, tendo sido bastante explorado na América Latina nos programas de educação a distância do Brasil, Colômbia, México, Venezuela, entre outros (BELLONI, 1999).

Após as décadas de 1960 e 1970, a educação a distância, embora mantendo os materiais escritos como base, passou a incorporar articulada e integradamente o áudio e o videocassete, as transmissões de rádio e televisão, o videotexto, o computador e, mais recentemente, a tecnologia de multimeios, que combina textos, sons, imagens, assim como mecanismos de geração de caminhos alternativos de aprendizagem (hipertextos, diferentes linguagens) e instrumentos para fixação de aprendizagem com feedback imediato (programas tutoriais informatizados) (BELLONI, 1999).

Segundo Maia, (2008) atualmente, o ensino não presencial mobiliza os meios pedagógicos de quase todo o mundo, tanto em nações industrializadas quanto em países em desenvolvimento. Novos e mais complexos cursos são desenvolvidos, tanto no âmbito dos sistemas de ensino formal quanto nas áreas de treinamento profissional.

A educação a distância foi utilizada inicialmente como recurso para superação de deficiências educacionais, para a qualificação profissional e aperfeiçoamento ou atualização de conhecimentos. Hoje, cada vez mais foi também usada em programas que complementam outras formas tradicionais, face a face, de interação, e é vista por muitos como uma modalidade de ensino alternativo que pode complementar parte do sistema regular de ensino presencial (MAIA, 2008).

#### **4.1.3 Gerações**

Segundo Belloni (1999) o desenvolvimento da EaD pode ser descrito basicamente em três gerações, conforme os avanços e recursos tecnológicos e de comunicação de cada época.

- Primeira geração: Ensino por correspondência, caracterizada pelo material impresso iniciado no século XIX. Nesta modalidade, por exemplo, o pioneiro no Brasil é o Instituto Monitor, que, em 1939, ofereceu o primeiro curso por correspondência, de Radiotécnico. Em seguida, temos o Instituto Universal Brasileiro atuando há mais de 60 anos nesta modalidade educativa, no país.
- Segunda geração: Teleducação/Tele cursos, com o recurso aos programas radiofônicos e televisivos, aulas expositivas, fitas de vídeo e material impresso. A comunicação síncrona predominou neste período. Nesta fase, por exemplo, destacaram-se a Telescola, em Portugal, e o Projeto Minerva, no Brasil;
- Terceira geração: Ambientes interativos, com a eliminação do tempo fixo para o acesso à educação, a comunicação é assíncrona em tempos diferentes e as informações são armazenadas e acessadas em tempos diferentes sem perder a interatividade. Hoje os meios disponíveis são: teleconferência, chat, fóruns de discussão, correio eletrônico, blogues, espaços wiki, plataformas de ambientes virtuais que possibilitam interação multidirecional entre alunos e tutores.

#### **4.1.4 Autonomia e Autodidatismo na EaD**

Em educação, o termo autonomia está ligado à condição do aprendiz, de organizar seus próprios estudos, buscando fontes de informação e conhecimento, e construindo um saber ligado aos seus próprios objetivos. Em educação à distância, o termo autonomia é usado

para evidenciar a independência do aluno em relação aos professores. Há uma liberdade na escolha dos caminhos e alvos da educação, o que significa também uma responsabilidade maior por parte do aprendiz (FREIRE, 2002).

Nunca paramos para perceber a verdadeira definição de autonomia. O conceito de autonomia confunde-se com o de liberdade, consistindo na qualidade de um indivíduo de tomar suas próprias decisões, com base em sua razão individual. Na educação a distância fica claro que cada aluno é livre para fazer seus horários, é responsável pelo seu aprendizado, devendo buscar e construir seu saber e conhecimento a cada interação com o grupo, a cada dúvida esclarecida. Os autores dizem que autônomo é aquele que é o principal agente de seu próprio processo de ensino-aprendizagem, caindo sobre os alunos peso da responsabilidade de aprender cada vez mais, para repassarmos com qualidade para cada paciente o que construímos. Nesse novo conceito de ensino o aluno é estimulado a pensar criticamente, cooperando com o grupo, tendo oportunidade de trocar idéias e experiências contribuindo para conhecimento geral. Temos a disponibilidade de nossos tutores que na EAD tem a função de estimular o aluno que será autodidata em sua aprendizagem, sendo nosso o papel de professor de si mesmo, buscando informações diálogos, curiosidades com os demais colegas (BELLONI, 1999).

#### **4.1.5 Interação na EAD Online**

Segundo Levy, (1999) interação e interatividade são dois destes termos, os quais, apesar de utilizados indistintamente para destacar qualidade ou característica positiva de algum produto ou serviço, para alguns autores das áreas da informática educativa e da EAD, caracterizam atributos diferentes. O termo interatividade ressalta, em geral, “a participação ativa do beneficiário de uma transação de informação”, afinal, um receptor de informação só será passivo se estiver morto.

Ciberespaço é um novo meio de comunicação que surge da interconexão mundial dos computadores. Especifica não apenas a infra-estrutura material da comunicação digital, mas também o universo oceânico de informações que ela abriga, assim como os seres humanos que navegam e alimentam este universo (LEVY, 1999).

Para Belloni (2003) a interação é definida como uma ação de reciprocidade entre dois ou mais atores onde há intersubjetividade, isto é, há o encontro de sujeitos, mais do que somente partilha de idéias, o que pode ocorrer direta ou indiretamente, com a mediação de recursos tecnológicos (interação mediatizada).

Interatividade, portanto, pode significar a potencialidade técnica disponibilizada por alguns recursos didáticos (CD-ROMs, hipertextos, websites, etc.) ou um ação humana, isto é, do usuário, sobre a máquina, para dar e receber dados e informações, em diferentes formatos (áudio, vídeo, texto, etc.) (BELLONI, 1999).

#### **4.1.6 Avaliação na EAD Online**

Na educação à distância, o centro do processo de ensino é o aluno, deste modo procura-se ampliar as possibilidades de escolha do aluno, oferecendo visões alternativas sobre o mesmo problema e materiais complementares que auxiliem na sua formação. A avaliação deveria ser um ato dinâmico, implicando na tomada de decisão, servindo para identificar habilidades dos envolvidos no processo de aprendizagem, visando proporcionar um *feedback* útil aos mesmos e informações proveitosas para a comunidade escolar (NUTEDS/UFC, 2010).

No contexto da EAD on-line existem instrumentos e procedimentos disponíveis para a implementação de avaliações tanto diagnósticas, quanto somativas e formativas, sendo muitas as maneiras de se avaliar os aprendizes em um curso on-line. Sendo essas: teses e exames, provas escritas presenciais, TCC (portfólio), auto-avaliação, chat, fóruns de discussões (NUTEDS/UFC, 2010).

### **4.2 Processo de Trabalho em Saúde**

#### **4.2.1 Município de Ibicuitinga**

Ibicuitinga é uma cidade com cerca de 12.000 habitantes, localizada há aproximadamente 280 km de Fortaleza a capital do Ceará, que ainda possui ares de cidade interiorana. A maioria da população ainda reside na área rural. Fazia parte do município de Morada Nova, de onde foi desmembrado em 11 de maio de 1988. O município está dividido em 5 unidades. A Sede e mais 4 distritos: Açude dos Pinheiros, Canindezinho, Chile e Viçosa. Sua

atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que se revezam à frente da administração municipal ao longo dessas duas décadas. Como em todas as cidades do interior do Ceará o problema da ascensão do tráfico de drogas (maconha, crack e cocaína), tendo como consequências desse fato: violência e o aumento do consumo de drogas. A cidade vive basicamente do comércio e agricultura.

Na área de saúde, a cidade conta com 02 equipes de PSF na zona urbana e 02 na zona rural cobrindo 90% da população. Um grande problema no desenvolvimento da estratégia de saúde da família é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos. Ainda deixamos muito a desejar para nossa população, pois nosso município possui apenas uma unidade mista, ou seja, o hospital divide o mesmo espaço físico com a UBS sede II, não sendo realizadas técnicas de média complexidade, tudo é referenciado para Quixadá município distante 46 km, exemplo disso são os partos (cesáreo ou normal), pequenas cirurgias e atendimentos de urgência. O laboratório de análises fica em outro município (Morada Nova), sendo todos os exames colhidos na unidade mista e encaminhados para o laboratório terceirizado (IVANA E SOUSA, 2005).

#### **4.2.2 A Unidade de Saúde da Família de Canindezinho**

A unidade de Saúde da Família de Canindezinho, foi inaugurada há cerca de 11 anos e está situada a cerca de 17 Km da sede do município. Trata-se de uma unidade com espaço físico muito pequeno. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (2.614 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Não existe sala de reuniões. As reuniões com a comunidade são realizadas na igreja, que fica ao lado da unidade de saúde. A unidade atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

#### **4.2.3 A equipe da UBS de Canindezinho**

É formada pelos profissionais apresentados a seguir:



Aparecida, 39 anos, casada, 2 filhas agente comunitária de saúde da micro área 1, com 194 famílias cadastradas. Aparecida concluiu o ensino médio, era Dona de casa antes de trabalhar como ACS.

Suzana, 41 anos, casada, 2 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 2, com 165 famílias cadastradas. Suzana também concluiu o ensino médio e era dona de casa antes de trabalhar como ACS.

Francisca, 54 anos, divorciada, 2 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 3, com 127 famílias cadastradas. 'Fransquinha' estudou até a 8ª série do primeiro grau.

Aldenir, 27 anos, casado, uma filha, agente comunitário de saúde da micro área 4, com 70 famílias cadastradas. Concluiu o ensino médio.

Lúcia, 47 anos, casada, 4 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 5, com 125 famílias. Lúcia não terminou os estudos, naquela época era tudo muito difícil e tinha que cuidar dos filhos e ajudar o marido na agricultura.

Maria, 32 anos, casada 3 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 6, com 81 famílias. Maria concluiu o ensino médio. Era agricultora antes de trabalhar como ACS.

Maria, 49 anos, viúva, 4 filhos, auxiliar de enfermagem. Trabalha há mais de 20 na área da saúde.

Daniele, 29 anos, solteira, médica. Formada há um ano. Trabalhou por seis meses no município vizinho, de onde saiu porque o novo prefeito não pagava em dia. Participa da atual equipe a dois meses substituindo o médico anterior, que saiu há cinco meses, para sede, pois não gostava de ter que sair para atender em outras localidades já que a área é geograficamente distante, são 10 a 27 Km de uma localidade para outra.

Suelen, 25 anos, enfermeira, solteira. Formada há dois anos. Trabalha na equipe há um ano e oito meses.

Eduardo, 32 anos, cirurgião-dentista. Eduardo é recém-formado e este é seu primeiro emprego após sua formatura.

#### **4.2.4 Funcionamento da Unidade de Saúde**

A unidade de saúde funciona de 07h30 às 17:00 horas. Por ser um município de pequeno porte em população só possui quatro equipes de saúde, por isso as equipes têm dificuldades nas grandes distâncias. A equipe do Canindezinho, por exemplo, se desloca cerca de 10 a 27 km para todas as outras localidades de atendimento, o que dificulta, pois as maiorias dessas localidades não possuem posto de atendimento, tendo a equipe (enfermeiro e

médico) que atender em casa de família. Levando medicamentos e insumos em cada deslocamento para atendimento.

#### **4.2.5 Dia a Dia da Equipe**

O tempo da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e a alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos, acompanhamento a crianças desnutridas, programa saúde nas escolas e o projeto municipal viva mais, que trabalha com os idosos. Apesar do tempo apertado, nossa equipe é unida e empenhada. Dentro da secretaria municipal de saúde sempre estamos dentro dos destaques. Foram realizados no ano de 2009, em mais de 90% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, exame citopatológico. Este ano de 2010 atingimos todas as metas de cobertura vacinal contra a gripe H1N1. Nossas crianças menores de ano, todas são vacinadas 100% de acordo com o calendário básico de vacinação. Realizamos visitas domiciliares. Nosso ponto negativo eu como enfermeira desde Janeiro de 2009, posso destacar que passei a grande maioria do tempo sem o profissional médico. Devido às grandes distâncias os profissionais são contratados, mas não gostam da locomoção diária para outras localidades de atendimento, e acabam se desligando da equipe após um ou dois meses de permanência. Ficando a população carente de atendimento médico. Mesmo com as dificuldades a população não reclama, os mais velhos lembram-se das dificuldades antes da implantação da UBS, quando tinham que enfrentar horas de viagem para vacinarem seus filhos, ou para atendimento odontológico. Podendo hoje nossa equipe resolver pontos essenciais na saúde da comunidade, tais como: a marcação de exames de maior complexidade como tomografia, mamografia, atendimentos de fisioterapia na própria comunidade, realizações de “mutirões” nas escolas. Há pouco líderes comunitários, apenas dois, sendo que cada um representa um lado político do município, sendo beneficiado apenas aquele que apóia o prefeito do momento. Quatro ou cinco pessoas fazem parte do conselho municipal de saúde. A rádio particular de um determinado lado político é a única voz do povo no município.

#### **4.2.6 Modelo Assistencial de Saúde e Atenção Primária à Saúde**

O modelo assistencial à saúde segundo os princípios gerais do SUS seria um programa de sucesso e que daria ótimos resultados para a população atendida se não estivesse o plano

fora da realidade, que encontramos nas comunidades, nas cidades, nos estados e no país. Cada comunidade tem sua realidade local, culturas diferentes, e suas problematizações. Na realidade encontramos uma clientela muito debilitada, pelo sistema, pessoas que não possuem condições para o básico, crianças abandonadas pelas mães, mal tratadas pelos cuidadores, adolescentes atraídos pelas drogas, adultos que muitas vezes não tem tempo para família se sobre carregando em vários trabalhos para colocar alimentos na mesa de suas casas, idosos mal tratados, humilhados ou esquecidos por seus familiares. Todas essas questões geram condições desfavoráveis a saúde. No nível local existe sim uma participação capaz de informar as reais necessidades em saúde, os índices de vacinação, os de infestações do mosquito da dengue, a faixa etária de maior incidência de gravidez na adolescência. Todos esses são exemplos das reais necessidades de saúde. Será que a população não estar acomodada demais, e por isso pouca coisa muda? As pessoas não sabem os seus direitos, e talvez por isso não os procurem e não fazem nada para mudar essa realidade. Infelizmente nós que estamos na ponta é que escutamos as dificuldades, os problemas, a realidade. A clientela espera práticas imediatistas, só a “cura” das doenças, sentiu isso quando muitas vezes ao final de uma educação em saúde onde trabalhamos o senhor levanta a mão e pergunta se vai demorar a começarmos a atender, pois tem que voltar ao seu serviço. Uma parte dos usuários ainda não entendeu que a prevenção é uma das melhores formas de cuidarmos dos agravos de saúde.

O trabalho em PSF é empolgante, o contato com cada cliente, ver a evolução saudável de uma criança, a gestante empolgada e ansiosa com seu bebê, o idoso carinhoso que a cada atendimento nos trata como seus netos, a alegria da família ao ver seu parente recuperado e de volta ao convívio diário. São pequenos exemplos que nos empolga e nos motiva a continuarmos nossa luta, para melhores e quem sabe próximos dias. A humanização no nosso processo de trabalho diário, de certa forma tende a ajudar a amenizarmos o sofrimento de nossa clientela. Em nossas reuniões semanais com nossos secretários de saúde e coordenadores da atenção básica, nos são cobradas metas, indicadores, sem lembrar de que estamos lidando com pessoas, e cada um tem seu tempo e suas respostas e ainda suas dúvidas. Ao final do mês se não atendemos aquela quantidade “x”, se não fizemos os indicadores subir, as metas serem alcançadas, somos chamados em particular e seremos lembrados de que estamos sem verba e precisamos de mais recursos. Esquecendo de que somos seres humanos lidando com outros seres humanos. Vários profissionais acabam se submetendo ao atendimento mais rápido e apenas curativo, pois a curto prazo esse tipo de atendimento é mais

barato e condiz com o que nos é cobrado, infelizmente quem mais perde com tudo isso é a clientela. Porém se nós enquanto profissionais nos acomodarmos também, o programa saúde da família perderá todo o sucesso que já possui. Uma ótima estratégia seria se todos falassem a mesma “língua” população e profissionais de saúde, nossos governantes teriam que mudar essa difícil realidade, não só no PSF, como também no SUS de maneira geral.

Segundo Lopes (2005) a comunicação é um processo social básico, importante em todos os setores da vida, do mais simples ao mais complexo. Filósofos e sociólogos servem-se hoje deste termo para designar o caráter específico das relações enquanto são ou podem ser relações de participação recíproca ou de compreensão. Sendo a comunicação a capacidade de transmitir idéias e significados para outra pessoa. A maneira de que é transmitida: o tom de voz, a escolha de palavras, a expressão facial e os gestos podem traduzir idéias e sentimentos que muitas vezes não são expressos pelas palavras.

Dentro do nosso processo de trabalho a comunicação é essencial, por exemplo, para se garantir a continuidade do cuidado, principalmente quando há várias pessoas envolvidas na assistência. A comunicação entre o profissional e seu cliente pode determinar a prevenção de doenças ou agravos na educação em saúde, esse tipo de comunicação pode atingir várias pessoas ao mesmo tempo. Uma boa comunicação entre profissional e cliente dar-se do primeiro contato entre ambos, no qual o cliente pode sentir-se retraído, caso o primeiro não passe confiança ao segundo. Devemos estar cientes da importância de nosso papel junto a nossa clientela, somos peças fundamentais na busca da melhoria de qualidade de vida das pessoas que atendemos muitas vezes carentes não apenas socialmente, mas pobres de informações essenciais e básicas (LOPES, 2005).

As pessoas já estão tão acostumadas com o profissional, que simplesmente cura os sintomas. Que se fizermos diferente todos reclamam (a auxiliar de enfermagem, os ACS's), os próprios pacientes entram em nossa sala já reclamando, e muitas vezes falando mal dessa “demora”. Nós temos que mudar isso, fazendo com que esses pacientes percebam o quanto o comunicar-se corretamente, o importar-se com cada problema irá fazer toda a diferença. De maneira inicial não nos custa nada ao chegarmos a nossos locais de trabalho, para mais um dia de nossa rotina, olharmos nos olhos de cada um de nossos clientes e darmos um cordial Bom Dia, esse simples gesto já faz parte do processo de cuidar.

### **4.3 Saúde Mental e Violência**

#### **4.3.1 Saúde Mental e um Pouco da História**

Segundo Alves (2010) a loucura nem sempre foi vista sob o olhar médico, antes, era concebida como modo de manifestação do homem. Um tema, hoje, tão controverso foi objeto das mais variadas explicações, passando desde o campo da Mitologia até o da Religião. Na Grécia Antiga, o “louco” era considerado uma pessoa com poderes diversos. O que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente. Não havia necessidade de seu controle e/ou exclusão.

Com a reforma psiquiátrica pretendeu-se modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade (ALVES, 2010).

O Ministério da Saúde explica que as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem um suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado (BRASIL, 2006).

Tais residências são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos serviços residências terapêuticas (BRASIL, 2006).

Além das residências, o de Volta para Casa é outro programa que contribui com a autonomia destas pessoas fora dos hospitais psiquiátricos. Atualmente 3.600 pessoas com transtornos mentais e que ficaram internadas ininterruptamente por pelo menos dois anos recebem um auxílio no valor de R\$ 320,00 (BRASIL, 2006).

A diferença básica entre os hospitais psiquiátricos e as residências terapêuticas estar na mudança de ambiente que estimula a reconstrução da convivência, a busca da autonomia e a volta de valores perdidos no anonimato dos hospitais psiquiátricos. Sendo a semelhança apenas no tratamento farmacológico dos pacientes inseridos nas duas formas da saúde mental (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde repassa R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de incentivo, para cada SRT implementado. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários. Para seu custeio mensal, os recursos originários das AIH's podem atingir cerca de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (sete a oito mil reais/mês), correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial. Infelizmente a falta de compromisso por parte dos gestores municipais, para a inserção dessas residências terapêuticas, é apenas mais um dos problemas que atualmente enfrentamos, para a implementação desse programa. Como vemos as pessoas que necessitam dessa atenção, não encontram esse serviço, sendo que o governo federal oferece o estímulo para cada município (BRASIL, 2006).

#### **4.3.2 Reflexões Sobre Saúde Mental na Atenção Primária**

A inépcia social é um aspecto proeminente do comportamento dos indivíduos com transtornos de pensamento. É comum que façam esforços externos para evitar situações sociais e atividades tais como encontros e equipes esportivas. Em vez disso, preferem

envolver-se em atividades solitárias que lhes possibilitam manter sua ansiedade em um nível manejável, mas que também aumentam sua inépcia social (SILVA & OLIVEIRA, 2002).

A incapacidade do cliente para manter um contato humano reflete um prejuízo nos processos interpessoais que devem ser, pois, planejados pela equipe. É altamente recomendável que a equipe desenvolva um relacionamento com o cliente no qual se transforme em pessoas importantes para ele. Mesmo que o relacionamento paciente-equipe seja um veículo através do qual muitas outras intervenções possam ser implementadas com sucesso, ele tem valor em si e por si mesmo, já que pode proporcionar uma experiência emocional corretiva na qual o paciente experimenta, com o tempo, a gratificação positiva incondicional de um outro ser humano que se comunica de um modo funcional saudável (SILVA & OLIVEIRA, 2002).

Segundo Silva e Oliveira (2002) a comunicação terapêutica pode contribuir para a excelência do atendimento, criando a confiança entre o paciente e a equipe, o que permitirá a ele experimentar a sensação de segurança e satisfação. A comunicação terapêutica consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto-realização para enfrentar seus problemas.

Fica evidente que o trabalho em rede é um desafio, é uma estratégia a se conquistar, é integração, interface e esforço na busca de um novo modelo de atendimento que dê conta da proteção, prevenção, promoção e inclusão social das pessoas (SILVA & OLIVEIRA, 2002).

A integração das ações é pressuposto básico dada à multidimensionalidade da exclusão social. A sinergia entre as diferentes ações permite potencializar os resultados individuais de cada um dos programas, ao perceber o cidadão como um todo, e não como alguém com apenas esta ou aquela parcela de necessidade.

Neste caso o que pode ser recomendado como ação para Equipe saúde da Família:

- Diminuir distância e afeiçoar o relacionamento entre profissionais e pacientes desenvolvendo habilidade de escuta;
- Desenvolver o conhecimento da equipe em relação às patologias psiquiátricas e seu tratamento, pois quanto mais informada maior a chance da equipe desenvolver ações adequadas para minimizar o problema do paciente, como ansiedade;
- Facilitar o acesso do usuário, permitindo a intervenção imediata e possibilitando assim a melhora do seu aspecto geral;
- Diminuir o sentimento de exclusão, fazendo inserção dos mesmos em oficinas e atividades da equipe de saúde;
- Informar o paciente e inseri-lo no sistema, encaminhando para acompanhamento psicológico, de modo que ele possa realmente ter acesso ao tratamento em tempo hábil;
- Integrar os diversos serviços que prestam atendimento e estar potencializando estes atendimentos. Cada situação deve ser única na proposição de acompanhamento, pois cada caso tem as suas particularidades, os seus sujeitos;
- Periodicamente a equipe deve fazer acompanhamento no posto, avaliar as contra-referências, para que se manter informada do andamento do tratamento;
- Solicitar aos gestores treinamentos e capacitações dos profissionais das diversas áreas da saúde; Assim como a operacionalização dos atendimentos necessários nas unidades básicas de saúde, nos Programas de Saúde da Família, nos hospitais e urgências e emergências;
- Desenvolver estratégias para minimizar os efeitos do trauma do acidente e da violência, dando mais suporte, capacitação e estrutura aos locais que recebem as vítimas de acidentes e violências, incluindo um trabalho com os familiares e as equipes de resgate (BRASIL, 2006).

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

Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de



sua demanda. Podendo ainda o modelo assistencial ser compreendido como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde numa dada área e num determinado tempo para uma dada população (BRASIL/DAB, 2011).

A análise do desenvolvimento das políticas de saúde e das suas repercussões sobre modos de intervenção nos problemas e necessidades de saúde, particularmente no que se refere à organização dos serviços e à utilização de tecnologias, permitiu identificar distintas formas de atuar sobre a realidade de saúde: as campanhas sanitárias que emergiram na Primeira República; o modelo médico-assistencial privatista que se conforma com o desenvolvimento da medicina previdenciária; os programas especiais, que se instauram diante da crise sanitária dos anos setenta e, nessa mesma conjuntura, os modelos de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, institucionalizados sob lógicas, legislações e estruturas distintas (PAIM, 1999).

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país, tais como: oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, etc. (PAIM, 1999).

A partir de 1980 dois grandes subsistemas foram configurados, o privado baseado no seguro saúde, ao qual estão referidos principalmente os empregados de grandes e médias empresas e as classes médias urbanas. E o subsistema público universalista – Sistema Único de Saúde (SUS) que deveria atender teoricamente aos não protegidos por modalidades de seguro-saúde (PAIM, 1999).

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

dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, efetividade e equidade (PAIM, 1999).

No modelo tecno-assistencial brasileiro o sistema de saúde deveria funcionar como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica. Na sua base estão as unidades básicas de saúde, distribuídas para atender os grupos populacionais, objetivando a atenção primária à saúde e funcionando como uma “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológicas: serviços ambulatoriais clínicos e cirúrgicos, serviços de diagnóstico e apoio terapêutico, unidades de atendimento de emergência e os hospitais. No topo da pirâmide os serviços hospitalares de maior complexidade, regionais e estaduais. Além da ineficiência do atendimento primário à saúde (unidades básicas), que tornam os prontos socorros e hospitais a porta de entrada para a assistência à saúde da população, a crítica a este modelo é a sua centralização no atendimento médico, com pouca ou nenhuma prática de prevenção de doenças e promoção de saúde (PAIM, 1999).

#### **4.4.1 Atenção Básica à Saúde**

A Estratégia Saúde da Família é entendida como proposta 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/DAB, 2011).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da estratégia de Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde” no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (BRASIL/DAB, 2011).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL/DAB, 2011).

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL/DAB, 2011).

#### **4.4.2 Um Pouco da História da Atenção Básica**

Segundo Maeseneer e Bilings (2008) em 1978, a OMS definiu o conceito de “Atenção Básica à Saúde” como uma estratégia e um conjunto de atividades para alcançar o objetivo de “saúde para todos até o ano de 2000”. Depois da declaração de Alma Ata, duas grandes escolas filosóficas dominaram o debate ao implementarem: aqueles que apoiavam a Atenção Primária à Saúde “seletiva” e aqueles que defendiam a Atenção Primária à Saúde “integral”. Esse debate prolonga argumentos anteriores sobre se o melhor método para prestar cuidados de saúde era o “vertical” ou o “horizontal”.

Após o período de Alma Ata, os países que assinaram a declaração adotaram diferentes estratégias. Na última década do século 20, tornou-se claro que o objetivo “saúde para todos até o ano 2000” não seria alcançado. Com exceção dos “fatores intrínsecos” (a ambição idealística levando muitos anos para se consumir, a falta de uma estratégia clara de implementação, a subestimação de importantes fatores poderosos, a falha em levar os clínicos em conta), muitos “fatores extrínsecos” contribuíram para o desenvolvimento: o foco na “atenção primária à saúde seletiva” e nos “programas verticais”, as desvantagens organizacionais e institucionais de trabalhar com recursos financeiros de agências doadoras,

agência de cooperação internacional e instituições de pesquisa; a diminuição de atratividade do generalismo versus a subespecialização; a falta de atratividade política da descentralização e a abordagem “ascendente”; o desgaste da “solidariedade” durante os anos 80 e 90, o valor fundamental da Declaração de Alma Ata (MAESENEER & BILINGS 2008).

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, a Estratégia de Saúde da família – ESF teve seu início com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ocorrida no Ceará no final dos anos 1980, e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Aconteceu, a princípio, em municípios com grande extensão rural e poucos recursos para realizar suas ações de saúde. Essa experiência permitiu maior veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do PACS em todo o território nacional (MAESENEER & BILINGS, 2008).

Em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o Programa de Saúde da família – PSF, que define uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa das Equipes de Saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidas (BRASIL/DAB, 2011).

A edição da Norma Operacional Básica do SUS, Nº. 01 de 1996 (NOB 96) enfatizou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS, ao adotar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica. Essa estratégia foi apoiada por meio de uma política de financiamento que, a partir de sua vigência, em 1998, criou incentivos fundamentais para o processo de sua implantação nos municípios em todo o território nacional (BRASIL, 1996).

Esse processo não se deu de maneira uniforme nos diversos municípios em que aconteceu, nem com muita clareza por parte dos gestores, quanto ao seu papel na gestão das

ações e serviços locais de saúde. Em grande parte dos municípios, essa situação se viu agravada pela tímida atuação da esfera estadual na organização dos serviços (BRASIL, 1996).

#### **4.4.3 Ações de Uma Equipe de Saúde da Família**

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (NUTEDS/UFC 2010).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL/DAB, 2011).

E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos – famílias – comunidade (BRASIL/DAB, 2011).

#### **4.4.4 As atribuições Básicas de uma Equipe de Saúde da Família são:**

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL/DAB, 2011).

#### **4.4.5 A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde**

Segundo Fekete (2000) o termo “cuidado em saúde” tem interpretação pouco precisa, tal como ocorre com o conceito de qualidade. Assim sendo, tratar da qualidade do cuidado em saúde constitui-se num grande desafio, na medida em que a compreensão de seu significado depende de um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais.

Neste sentido, a qualidade não pode ser avaliada ou julgada apenas em termos técnicos pelos profissionais de saúde. É preciso reconhecer as preferências individuais e sociais, buscando equacioná-las na garantia da equidade (FEKETE, 2000).

A qualidade no cuidado é um conceito que agrega muitos componentes, dentre os quais destacam-se: acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade (FEKETE, 2000).

Considerando-se que, no âmbito da saúde, estes componentes têm tido diversas interpretações, precisar-se á adiante seu alcance, sem pretender que o entendimento dado seja

aceito com única alternativa possível, mas deixando claro o significado dos conceitos emitidos (FEKETES, 2000).

O trabalho das equipes que atuam no programa de saúde da família implica na atenção direta aos indivíduos, famílias, grupos sociais e ambientes (natural e social), visando selecionar problemas e satisfazer necessidades prioritárias (FEKETE, 2000).

#### **4.5 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde**

##### **4.5.1 Definição dos Problemas:**

1. Demanda alta de pacientes
2. Falta de material e estrutura para realizar os trabalhos
3. Falta de medicamentos
4. Melhores salários para os profissionais
5. Ausência de um plano de trabalho (PES)
6. Desemprego
7. Falta de saneamento básico
8. Uso indiscriminado de pesticidas sem EPI's
9. Baixa escolaridade e renda da clientela
10. Falta de transportes para acesso à UBS – zona rural
11. Gestação na adolescência
12. Falta de compromisso dos profissionais da área
13. Questões culturais

##### **4.5.2 Priorização dos Problemas:**

Os problemas relatados possuem prioridades diferentes sendo, igualmente, importantes, pois visam a satisfação do profissional de saúde, bem como a do usuário para se ter um serviço de saúde da melhor qualidade.

A prioridade de maior urgência e relevância para a Equipe é a demanda excessiva da clientela, que possui diversos problemas relacionados entre si e ocasionam esse excesso na demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, apresentando um impacto

negativo relacionado à qualidade do atendimento a população e a resposta aos problemas de saúde da mesma.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfretamento	Seleção
Demanda Alta de Pacientes	Alta	7	Parcial	1
Falta de Material e Estrutura para realizar os trabalhos	Alta	6	Fora	4
Falta de Medicamentos	Alta	6	Fora	5
Melhores Salários para os Profissionais	Alta	6	Fora	3
Ausência de um Plano de Trabalho (PSE)	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	4	Fora	12
Falta de Saneamento Básico	Média	3	Fora	6
Uso Indiscriminado de Pesticidas sem EPI's	Alta	4	Parcial	10
Baixa Escolaridade e Renda da Clientela	Alta	3	Fora	11
Falta de Transportes para Acesso à UBS – Zona Rural	Alta	3	Fora	7
Gestação na Adolescência	Alta	4	Dentro	8
Falta de Compromisso dos Profissionais da Área	Alta	4	Dentro	9
Questões Culturais	Média	3	Fora	13

**Tabela 1:** A classificação do problema, quanto a sua importância

#### 4.5.3 Descrição do Problema Selecionado

Demanda de Saúde Elevada:

Demanda em saúde, considerada como prioridade número um pela Equipe, pode-se dizer que é a quantidade de serviços que a clientela deseja adquirir durante uma unidade de tempo. Acrescenta Arruda, (1998), que a demanda por saúde nem sempre será a expressão de necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas, pela sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados.

Para descrição deste problema, a Equipe não lançou mão de dados estatísticos ou especializados, mas somente aqueles produzidos e sentidos na faina diária de suas atividades



profissionais. Difícil seria, à Equipe, obter maiores informações (dados) em razão das deficiências de nossos sistemas de informação.

Do ponto de vista do indivíduo, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível. Isto é, a maioria de nós não sabe quando e com qual frequência vai necessitar de atenção para sua saúde. Além disso, a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal, ou seja, a doença, o que pode comprometer a racionalidade do indivíduo, o seu problema de saúde torna-se uma “urgência” que deve ser resolvida imediatamente a procura do profissional de saúde (ARRUDA, 1998).

A crescente demanda por serviços de saúde é atualmente um dos maiores problemas enfrentados, apesar de ser um problema terminal, ou seja, tem suas raízes em outros problemas intermediários, nós profissionais de saúde estamos trabalhando nos limites da capacidade de atendimento, gerando transtornos para a população e para o profissional de saúde.

#### **4.5.4 Explicação do Problema:**

O PSF é a porta de entrada para todos os serviços de saúde, com exceção de urgências e emergências, que podem ser direcionadas, diretamente, ao hospital mais próximo. Isso traz enorme procura aos serviços, pois todas as referências partem deste programa (PSF). Deve-se ressaltar que é destinado para ele, também a contra-referência, tendo-se que dar continuidade de tratamento e acompanhamento a todos os pacientes da área de abrangência, não sendo respeitado o número máximo de famílias para cada equipe e ACS. Trabalha-se com contingente excessivo de pacientes, muitas vezes de outros distritos e /ou até municípios, bem como de áreas conhecidas como “descobertas”.

O atendimento fica comprometido devido principalmente:

- 01) Ao tempo das consultas. A população espera que sejam todos atendidos naquele mesmo dia, independente do tempo e número de fichas disponíveis;
- 02) Ao comprometimento das ações de saúde que devem ser priorizadas no PSF;

03) A população não tem alternativas disponíveis para resolver os seus problemas, ficando tudo a cargo do PSF, inclusive consultas destinadas a outras instituições como é o caso de CAPS.

**A demanda dos pacientes é elevada.** Entretanto, é bom que se diga que este problema na odontologia torna-se, ainda mais agigantado, comparativamente à enfermagem e a medicina. Por quê? Em razão de que cada paciente não é um só paciente para o Cirurgião-Dentista. Ele é, por exemplo, oito, dez, vinte ou mais pacientes, em proporção direta com a quantidade de elementos dentários que possua. Assim registra-se uma demanda reprimida em altos índices, em virtude deste efeito multiplicador natural.

A população cobra atendimento de boa qualidade e a tempo de resolução dos seus males; a demanda espontânea fica ainda maior em períodos chuvosos ou em casos de epidemias, (como ocorreu em Quixadá – Ceará), surtos de dengue, aumento do número de casos de tuberculose e hanseníase, dentre outros. O difícil acesso das comunidades da zona rural faz com que não se possa “voltar” ninguém sem atendimento, ficando a critério dos profissionais “resolverem” o problema.

Não há como se oferecer dados estatísticos que possam oferecer maior conteúdo para a problematização da demanda elevada (excessiva) da clientela da UBS, visando atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem.

Por outro lado, é possível selecionar os seguintes pontos relacionados ao problema selecionado:

01) Demanda elevada, que associada à demanda reprimida, torna-se bastante alta, sendo que esta última é resultante da inexistência anterior dos serviços públicos de saúde nos moldes oferecidos nas UBS, atualmente;

02) Demanda (procura) relacionada ao item anterior, é fomentada por velhos paradigmas que exercitam práticas de saúde, exclusivamente, curativas, em detrimento de práticas preventivas calcadas, fundamentalmente, em educação em saúde.

03) Número de profissionais insuficientes para assistência à população, ou seja, a existência de uma dada população em território definido, acima da média preconizada no atendimento das equipes;

04) Utilização, em vários casos, de práticas de saúde não usuais no âmbito das equipes, a exemplo de ultrassonografia e atividades do CAPS, nos recintos das UBS, incrementando fortemente a demanda; e,

05) "Privilégios" oferecidos a alguns profissionais não compromissados e/ou por questões financeiras não operam, integralmente, as suas obrigações, com dias e cargas horárias parcialmente trabalhadas.

#### 4.5.5 Seleção dos "Nós Críticos":

A Equipe selecionou como "Nós Críticos", as situações relacionadas com o problema principal e que a mesma tem alguma probabilidade de ação mais direta e com impacto importante sobre o problema escolhido. Foram:

- 01) Nível de Informação (meios midiáticos e educação em saúde);
- 02) Melhoria da infraestrutura dos serviços em saúde; e,
- 03) Processo de Trabalho da Equipe em Saúde.

#### 4.5.6 Desenho das Operações:

A partir dos "Nós Críticos" identificados, a Equipe propôs operações / projetos necessários para solução, objetivando produtos e resultados, bem como os recursos necessários a sua execução.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>
Alta demanda no atendimento	Proceder agendamento	Diminuir significativamente a demanda reprimida
Velhos paradigmas (práticas curativas)	Manter práticas curativas, porém valorizando a prevenção com uso intensivo de Educação em Saúde	Sedimentar novos paradigmas, pensados em saúde coletiva com ênfase na prevenção
Número suficiente de profissionais	Lutar para que os gestores ampliem o número de equipes	Ofertar maior assistência a saúde coletiva, bem como reduzir drasticamente a alta demanda das UBS's
Não compromisso de profissionais e comprimento da carga horária, na prática. Com contraprestação compatível	Manter os profissionais em exclusividade efetiva, com a melhoria de suas contraprestações	Restaurar a satisfação profissional, reduzir os resultados da demanda elevada com resolutividade

**Tabela 2:** Ações desenhadas para enfrentar as causas mais importantes.

#### 4.5.7 Identificação dos Recursos Críticos:

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
Agendamento de prioridades observado a demanda alta	⇒ Funcionais: Reuniões da Equipe ⇒ Operacionais: Planejamento Permanente
Exercício de práticas curativas com valorização das preventivas	⇒ Políticos: Espaço na Rádio Local ⇒ Materiais e Equipamentos que facilitem a Educação em Saúde ⇒ Financeiros: Financiamento das ações educativas
Ampliação do número de profissionais multisetoriais (médicos, enfermeiros, dentistas)	⇒ Políticos: Decisão dos Gestores nesse sentido ⇒ Financeiros: Investimentos de Recursos financeiros para a ampliação da Rede Física da Saúde Local
Exclusividade na prática dos profissionais com salários adequados	⇒ Políticos: Tomada de Decisão de Gestores e Poderes Executivos e Legislativos ⇒ Financeiros: Adequação de Salários Dignos que Permitam a Exclusividade na Prática Diária

**Tabela 3:** Recursos críticos e a execução da operação.

#### 4.5.8 Análise da Viabilidade do Plano:

A Equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado no quadro:

Ator que Controla	Motivação	Operações Estratégicas
Setor de comunicação social	Favorável	
Secretaria de Saúde do Estado	Favorável	
Associações de bairros, planejamento, ação social, cultura e lazer, sociedades civis, organização não governamental	Favorável, algumas instituições são favoráveis, outras não	Apresentar projeto de apoio das associações
Prefeito Municipal	Favorável	
Fundação Nacional de Saúde	Favorável	
Secretaria de Educação	Favorável	
Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	

**Tabela 4:** Atores que controlam recursos críticos para implementação de cada operação.

#### 4.5.9 Elaboração do Plano Operativo:

A Equipe, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento definiu, por consenso, a divisão de responsabilidades por cada operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o quadro:

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas
Agendamento para demanda alta	Reduzir em 40% a demanda reprimida e em 20% a demanda espontânea	Não se Vislumbrar, a médio uma melhora significativa na demanda mas é a semente para soluções futuras	
Exercício de práticas curativas, porém com a prevalência de práticas preventivas	Elevação do índice de Educação em Saúde Aumento do índice de informações da clientela	Campanhas Educativas nas rádios locais ciclos de palestras, panfletagem e outros recursos positivos	Apresentar projeto das Associações
Ampliação do número de profissionais	Adequação da oferta de serviços, proporcionalmente à demanda	Maior número e mais agilidade no atendimento satisfação dos atores envolvidos	Projeto de Lei
Exclusividade na prática dos profissionais com salários adequados	Melhoria do compromisso dos profissionais maior tempo de atendimento aos pacientes	Qualificação do trabalho maior índice de satisfação dos atores envolvidos	Apresentar Projeto do PCC

**Tabela 5:** As operações com seus produtos e resultados.

Responsável	Prazo
Roberto Cunha e Roberta Morais	2 meses para o início do agendamento
Vivian Lima, João Neto, Martha Siqueira, Suelen Pinto e Roberto Cunha	Logo após ser posto em prática o processo de Agendamento
Secretaria Municipal de Saúde Coordenador de Atenção Básica de Saúde, Coordenador de Saúde Bucal e equipe	Médio prazo
Coordenador de Atenção Básica de Saúde e Suelen Pinto	Três meses para elaboração do projeto Oito meses para aprovação e contratação de recursos. Finalização em 2 anos
Secretaria Municipal de Saúde equipe	Apresentação de anteprojeto na Câmara Municipal do PCC e propor em Lei Ordinária a parte, índices de aumento salarial por etapas e parceladamente em 1 ano

**Tabela 6:** O tempo e os responsáveis por cada operação.

#### 4.5.10 Gestão do Plano:

O quadro abaixo sintetiza a situação do plano de ação da Equipe, 6 meses após o início do projeto.

#### PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DO PROJETO

(Avaliação após 6 meses do início do Projeto)

Produtos	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo Prazo
Ampliação do Número de Profissionais	Secretaria Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica de Saúde e equipe	Médio Prazo	Atrasado em discussão os quantitativos da Contratação	Resistência dos Gestores	Médio Prazo
Projeto de Reestruturação da Rede	Secretaria Municipal de saúde	Três meses para aprovação e contratação de recursos, finalização em dois anos	Atrasado	Falta resolutividade dos gestores	1 Ano
PCC Plano de Cargos e Carreira	Secretária de Saúde e Equipe	Apresentar o anteprojeto na Câmara Municipal com Proposta de aumento de salários antecipados por etapas pré-fixadas	Projeto em discussão com a Secretaria de Saúde	Resistência dos Gestores	4 Meses

**Tabela 7:** Modelo de gestão do plano de ação.

#### 4.5.11 Reflexões dos Fóruns:

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.

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

Para uma equipe de saúde atender as necessidades da população da sua área de abrangência, em primeiro lugar, todos os atores envolvidos nesse processo devem desenvolver um plano de ação, que contenha:

1. Definição de prioridades.
2. Identificação e planejamento de pesquisas consideradas necessárias ao processo.
3. Monitoração e avaliação.

Quando é feito o planejamento, os interesses dos envolvidos e os possíveis conflitos deveriam ser considerados, porém, isso não acontece na prática. Muitas vezes não são seguidos os devidos passos para o correto planejamento sendo assim, acontece o contrário de planejar é improvisar. A ação improvisada é aquela que não tivemos tempo de pensá-la previamente, pois fomos pegos de surpresa. Ou seja, são as ações voltadas para os imprevistos. É o famoso “apagar incêndios”.

A estratégia do Planejamento Estratégico Situacional seria nesse caso indicada, pois priorizar ações de conhecer melhor a comunidade pela qual a unidade é responsável, sua complexidade e heterogeneidade, tornando efetiva a qualidade dos serviços prestados, relacionando-os à valorização das atividades profissionais e do serviço de saúde como um todo.

Podemos lidar com as dificuldades problematizando, junto aos diferentes membros da equipe de saúde, quanto à relevância em atualizar adequadamente os dados e as informações visando à valorização de sua atuação profissional, bem como à qualificação dos serviços prestados. Solicitando informações técnicas especializadas no Núcleo de Informações da Secretaria de Saúde local sobre como deve ser realizada a adequação da atualização, e também buscando esclarecimentos de dúvidas da equipe. Desenvolvendo atividades informativas e educativas sobre como devem ser atualizados os dados e as informações, e sua importância quanto ao perfil da população da área de abrangência.

Observando quais questões demandam maior atenção para desenvolvê-las com o devido segmento profissional. Informando aos profissionais da equipe sobre o papel da atualização em cada segmento específico para, posteriormente, condensá-los, visando à compreensão holística do processo.

Reuniões seria uma maneira de avaliarmos se as estratégias estariam saindo da maneira como foram planejadas. Conclui-se que é importante a sensibilização e a conscientização das equipes no que concerne não só na estruturação, como na avaliação da execução do plano de ações. Atualizando os dados relacionados à população atendida e na formalização de todos os procedimentos realizados na unidade.

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

Segundo Bordenave (1999) o objetivo fundamental da ação educativa consiste em desenvolver a personalidade integral do indivíduo, sua capacidade de pensar e raciocinar, assim como seus valores e hábitos de responsabilidade, cooperação, etc. Sendo assim, para mudar a situação de saúde da nossa área, faz-se necessário utilizar métodos de ensino-aprendizagem que levem ao aumento da capacidade do indivíduo, como participante e agente da transformação social, para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas, ou seja, o indivíduo-aprendiz usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la.

Isso pode ser conseguido com a utilização da pedagogia da problematização. Esse processo de “ensino-aprendizagem”, quando relacionado com um determinado aspecto da realidade, deve começar levando os aprendizes a observar a realidade em si. Com seus próprios olhos, os aprendizes expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira leitura da realidade. Feito isso, identificam os pontos-chave do problema ou assunto em questão, ou seja, as variáveis mais determinantes da situação. Em seguida, os alunos passam à teorização do problema ao perguntar o porquê das coisas observadas. Para isso, eles devem apelar para conhecimentos científicos contidos no dia-a-dia e outras maneiras simplificadas e fáceis de comprovação. Depois, segue-se a formulação de Hipóteses de Solução para o problema em estudo, estimulando a originalidade e a criatividade, deixando a imaginação livre, para que se acostumem a pensar de maneira inovadora. Além disso, é



preciso conduzir o aprendiz a confrontar suas hipóteses de solução com os condicionamentos e limitações da própria realidade, de forma que obtenham provas de viabilidade e factibilidade das mesmas. Assim, o aluno pratica e fixa as soluções que o grupo encontrou como sendo mais viáveis e aplicáveis, aprende a generalizar o aprendido para utilização em situações diferentes e a discriminar em que circunstâncias não é possível ou conveniente a aplicação (BORDENAVE, 1999).

A utilização desse tipo de pedagogia gera um aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões; motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte em reforço. A aprendizagem é ligada a aspectos significativos da realidade; levando ao desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação, etc. Além disso, há intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo, superação de conflitos e o status do professor não é diferente do status do aluno (BORDENAVE, 1999).

Com isso, é possível fazer com que a população torne-se conhecedora de sua própria realidade; utilizando-se de métodos e instituições originais, adequados à própria realidade. Há também a cooperação na busca de soluções para problemas comuns e redução da necessidade de um líder, com elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, criação (ou adaptação) de tecnologia viável e culturalmente compatível e resistência à dominação por classes e países (BORDENAVE, 1999).

Segundo Alves (2005) educação em Saúde é um processo de trocas de saberes e experiências entre a população como um todo, incluindo usuários, profissionais e gestores de saúde. Cada pessoa é valorizada como dono de um saber, um aprendiz e um educador. Todos deveriam utilizar-se dessa prática visando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e promoção da autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sua sociedade.

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como as consultas nas residências das famílias em

ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família (ALVES, 2005).

A experiência oriunda da prática constitui uma vantagem do profissional que utiliza a educação em saúde como ferramenta de prevenção, promoção e reabilitação. Os profissionais, ao executarem a ação educacional, devem utilizar-se de mensagens passíveis de entendimento pela pessoa que está ouvindo. Fatores como o ambiente, abordagem e nível de interesse dos clientes são importantes (ALVES, 2005).

Na atuação em grupos terapêuticos, deve-se levar em conta a individualidade e, ao mesmo tempo, atentar para a reação do grupo aos conteúdos. O educador em saúde deve visar à qualidade da informação, sua recepção, forma e o quanto é compreendida pela clientela, traçando estratégias de ensino que resultem em ações transformadoras por parte dos clientes (ALVES, 2005).

Utilizando reflexão crítica sobre a estratégia empregada, ponderação de informações e meios didáticos propícios pode-se contar com a educação em saúde como instrumento de promoção à saúde e estímulo ao autocuidado. A atenção direcionada ao cliente, principalmente sobre as peculiaridades da clientela, pode proporcionar um acolhimento mais humanizado, receptividade e aceitação das informações, pois como ressalta Paulo Freire: *ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção*. O profissional deve possuir uma visão globalizante e crítica sobre as necessidades de saúde da clientela; e, sobretudo, estar envolvido com o sujeito, grupos e comunidade. Como os profissionais de saúde trabalham em equipe, ressalta-se a interdisciplinaridade, ao lidar com fatores ligados aos clientes que determinam seu estado de saúde: ambiente, biologia humana, estilo de vida e a própria organização dos serviços de saúde (ALVES, 2005).

De nada adianta criarmos estratégias para realizarmos educação em saúde, se não conhecemos a realidade de nossa sociedade. O profissional deve, juntamente com sua equipe e os gestores de saúde, conhecer a realidade das comunidades onde atuam as estratégias de saúde da família, pois como o próprio nome já nos repassa, para montarmos uma estratégia, devemos conhecer a realidade (os problemas), que norteariam os nossos planos.

#### 4.6.1 Base Teórica de uma Práxis Educativa

Segundo Pereira (2003) as práticas educativas são amplamente utilizadas na área da saúde, tanto na formação contínua dos profissionais que atuam nesta área quanto no campo da educação em saúde para a população em geral. A interseção destes dois campos de conhecimento humano se dá através do desenvolvimento de práticas educativas norteadas por um conjunto de representações de homem e de sociedade que se quer efetivar. Essas representações são demonstradas através da discussão dos processos de ensino-aprendizagem utilizados nas tendências pedagógicas mais dominantes em nosso meio: a pedagogia tradicional, renovada, por condicionamento e a libertadora. A partir dos princípios, métodos e consequências ao nível individual e social de cada pedagogia apresentada, concluímos que a pedagogia libertadora pode produzir melhores resultados que as demais correntes pedagógicas estudadas, por possibilitar a participação ativa do educando no processo da aprendizagem, propiciando o desenvolvimento contínuo das habilidades humanas tanto da clientela quanto dos trabalhadores da área de saúde.

Nos anos 70, proliferou o chamado “tecnicismo educacional”, inspirado nas teorias behavioristas de aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino. Esta pedagogia se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. A prática pedagógica é altamente controlada e dirigida pelo professor, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes. Nesta tendência, a escola funciona como modeladora do comportamento através de técnicas específicas. À educação escolar compete organizar o processo de aquisição de habilidade, atitudes e conhecimentos específicos, úteis e necessários para que os indivíduos estejam integrados na máquina do sistema social global. A escola atua no aperfeiçoamento da ordem social vigente (o sistema capitalista), assim, o seu interesse imediato é de produzir indivíduos competentes (no âmbito da técnica) para o mercado de trabalho. Os conteúdos de ensino são as informações, os princípios científicos, as leis, entre outros, ordenados em uma sequência lógica e psicológica por especialistas. É privilegiado no ensino o conhecimento observável e mensurável, advindo da ciência objetiva, eliminando-se qualquer sinal de subjetividade. Os métodos utilizados são os procedimentos e técnicas necessários ao arranjo e controle do ambiente da aprendizagem a fim de que seja assegurada a transmissão/ recepção das informações. A atividade de descoberta é função da educação, mas deve ser restrita aos

especialistas, sendo sua aplicação de competência do processo educacional comum (PEREIRA, 2003).

A ênfase nos procedimentos e técnicas de ensino trouxe distorções no processo ensino aprendizagem, como constata o MEC (1997): “A supervalorização da tecnologia programada de ensino trouxe consequências: a escola se revestiu de uma grande auto-suficiência, reconhecida por ela e por toda a comunidade atingida, criando assim a falsa idéia de que aprender não é algo natural do ser humano, mas que depende exclusivamente de especialistas e de técnicas. O que é valorizado nessa perspectiva não é o professor, mas a tecnologia; o professor passa a ser um mero especialista na aplicação de manuais e sua criatividade fica restrita aos limites possíveis e estreitos da técnica utilizada. A função do aluno é reduzida a um indivíduo que reage aos estímulos de forma a corresponder a respostas esperadas pela escola, para ter êxito e avançar. Seus interesses e seu processo particular não são considerados e a atenção que recebe é para ajustar seu ritmo de aprendizagem ao programa que o professor deve implementar”.

Ao assistir aos dois vídeos postados na aula pude concluir as consequências da pedagogia do condicionamento ou modelagem da conduta podem assim ser descritas em nível individual ao aluno ativo, emissor de respostas que o sistema o permitir, alta eficiência da aprendizagem de dados e processos, ou seja, o aluno não questiona os objetivos nem o método, tampouco participa em sua seleção, o aluno não tem oportunidade de criticar as mensagens (conteúdos) do programa, o tipo e a oportunidade dos reforços são determinados pelo programador do sistema, tendência ao individualismo salvo quando o programa estabelece oportunidades de co-participação, tendência à competitividade: o aluno mais rápido ganha em *status* e em acesso a materiais, tendência a renunciar à originalidade e à criatividade individuais: as respostas corretas são preestabelecidas.

#### **4.6.2 Tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade**

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Essa aproximação, sem dúvida, trouxe como consequência, na maioria das

Unidades Básicas, expressivo aumento da demanda espontânea. Assim, tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, dêem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção. A visita domiciliar e o acolhimento são bons exemplos de tecnologias que estão inseridas neste contexto (NUTEDS/UFC, 2011).

#### 4.6.3 Acolhimento

Segundo Brasil (2006) não é possível discutir acolhimento nos serviços de saúde sem relembrar princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Lei nº 8.080, tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Também não é possível discuti-lo sem que venha à tona o cuidado como ação humana fundamental. O *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* define acolher como: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Estamos falando de uma forma de relação em que o profissional de saúde, que se reconstrói em seu processo de trabalho, atua de forma a possibilitar que o usuário construa sua própria saúde, com autonomia. Para tanto, ele ouve com atenção, admite o saber do outro em seu mundo de saberes acadêmicos, leva em consideração o que o outro expressa, qualquer que seja o modo de comunicação.

Segundo Solla (2005) o acolhimento deve **garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde**, resolver efetivamente o problema do usuário. Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a idéia do acolhimento como diretriz operacional. Em uma sociedade impregnada pela lógica do modelo biomédico, os profissionais da atenção básica enfrentam o desafio de priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e, ao mesmo tempo, garantir o direito que todos têm de serem atendidos. Ou seja, a partir de um diagnóstico situacional, o profissional deve ter identificado vários problemas individuais e coletivos e planejado intervenções, junto com sua equipe. Para muitas dessas intervenções, deveremos pensar alternativas de abordagem, tais como: consultas agendadas, grupos operativos, visitas domiciliares, reuniões informativas, oficinas educativas, atendimento a pacientes que requerem cuidados especiais, atendimento

em comunidades rurais, criação de redes de solidariedade, desenvolvimento de atividades integradas com as escolas, construção de outras parcerias intersetoriais.

É na busca de resposta a esse desafio que o acolhimento se aplica à possibilidade de garantir atendimento aos usuários que vão aos serviços de saúde sem constarem nas agendas e contribuir com a viabilização das ações programáticas. Ou seja, entre tantas barreiras que, infelizmente, ainda vão continuar existindo, impostas pelas condições socioeconômicas e geográficas, o acolhimento possibilita a intervenção naquelas sobre as quais o profissional e sua equipe têm governabilidade para intervir. Organizar a atenção a essa demanda gera repercussões importantes, desde a possibilidade de evitar o risco potencial da automedicação, passando pela redução do deslocamento desnecessário a outra localidade, até a redução da procura desnecessária por níveis de atenção de maior complexidade. Todavia, o acolhimento não pode se restringir apenas a uma “saída” para organizar a demanda espontânea, que continuará acontecendo, mesmo depois de termos conseguido fazer a transposição do modelo assistencial vigente, que tem como foco a doença. O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento (SOLLA, 2005).

#### **4.6.4 Visita Domiciliar**

Segundo Egry e Fonseca (2000) a visita domiciliar (VD) é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente. Considerando, ainda, que a atenção básica bem estruturada pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a VD se insere nesta situação como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. Tem potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e o comprometimento com a proteção ao meio ambiente, por parte dos profissionais e dos usuários.

Além de seu papel de tecnologia, que possibilita conhecer a realidade do território e daqueles que ali vivem e sobrevivem, e de atuar de forma mais efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças, é necessário registrar, também, o seu potencial para mudanças na relação profissional de saúde-usuário. A VD coloca o profissional, necessariamente, no mundo do usuário e, portanto, pode ser um potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. No domicílio, a relação profissional-usuário tende a se tornar mais horizontal, pois evidencia o papel do usuário-sujeito em um espaço que é de seu domínio – o seu lar. A VD é fundamental, também, para a aproximação com o “não-usuário”, ou seja, aquele que não tem condições físicas para ir até a Unidade de Saúde. Neste caso, a VD é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde (EGRY & FONSECA, 2000).

Na Estratégia de Saúde da Família, várias são as finalidades das VD's, tais como:

- Realizar e atualizar o cadastramento das famílias, identificando as condições sociais e sanitárias;
- Avaliar as demandas exigidas por uma família, bem como o ambiente onde vivem e a dinâmica familiar, visando um diagnóstico da saúde da família e da comunidade, com avaliação de riscos e estabelecimento de prioridades, individuais e coletivas;
- Manter contato com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações, acompanhamento e intervenções;
- Identificar as possibilidades de articulação com equipamentos sociais existentes na comunidade para construção de redes de apoio e solidariedade e de trabalho intersetorial;
- Complementar orientações iniciadas na consulta ou em grupo, bem como adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do usuário-família;
- Planejar e prestar cuidados no domicílio ou orientar membro(s) da família para a prestação de cuidados e supervisão dos cuidados delegados, quando for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde sob o aspecto econômico, social ou psicológico;
- observar e orientar sobre saneamento básico, higiene, amamentação, controle de peso, controle vacinal, cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes e uso correto das medicações;
- Levantar dados que subsidiem intervenções no processo saúde-doença e o planejamento de ações visando a promoção da saúde e prevenção de doenças em ações no coletivo;

- Realizar busca ativa de faltosos acompanhados por meio de programas específicos (EGRY & FONSECA, 2000).

#### **4.6.5 A Visita Domiciliar e o Profissional que a Realiza**

Como membro da ESF, o ACS é o elo entre a comunidade e os demais profissionais da equipe, e a VD é a sua ação prioritária. Assim, considerando que o exercício das atividades de ACS “dar-se-à exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, Lei 11.350/2006), conclui-se que a VD é uma das tecnologias que caracteriza o modelo proposto. Considerando, ainda, a atuação em um território definido como outra característica do modelo e o potencial da VD para compreendê-lo em sua amplitude e profundidade de relações individuais e coletivas, a VD deve ser um instrumento imprescindível para o planejamento e a organização do processo de trabalho da UBS (BRASIL, 2006).

#### **4.6.6 A Visita Domiciliar e os Demais Profissionais da ESF**

Não há uma norma específica para as visitas que devem ser realizadas pelos demais profissionais da ESF, ou seja, quantas devem ser feitas e qual profissional deve fazer. É preciso que a equipe esteja atenta às demandas e às necessidades dos membros da comunidade e faça uma escuta qualificada das informações fornecidas pelos ACS's. Para tanto, é preciso estabelecer momentos formais e sistematizados em que essas informações possam ser discutidas, encaminhadas, e as visitas programadas. Considerando que a saúde bucal ainda não é um valor incorporado na cultura nacional, é importante que a Equipe de Saúde Bucal participe desses momentos, construindo um olhar de totalidade, de visão multidimensional do todo (homem e sociedade). A reconstrução social do conceito de saúde precisa ocorrer intra-equipe, com participação ativa do ACS, para que a comunidade perceba, em todos os seus membros, uma forma diferente de fazer assistência à saúde e assimile novos conceitos. O respeito ao domicílio e todos os aspectos éticos que envolvem a abordagem a seres humanos devem caracterizar o comportamento da equipe (TULLIO & STEFANELLI, 2000).

### **4.7 Saúde da Mulher**

#### **4.7.1 A Realidade Feminina Local**



Segundo levantamento realizado pela secretária municipal de saúde de Ibicuitinga, cerca de 80% da população feminina que se encontra no município nasceu e ainda reside no mesmo, tendo como fonte de recurso prioritário, a agricultura. Sendo um município de pequeno porte, no interior do Ceará, Ibicuitinga tem na sua grande maioria homens como chefe de famílias, com algumas exceções, as mulheres desdobram-se nos papéis de dona de casa, agricultoras e chefe de suas famílias. Poucas são as meninas que tem a oportunidade de seguirem com seus estudos, e fazerem algo diferente de suas mães e avós, muitas delas não terminam os estudos, casando-se e constituindo famílias ainda muito novas, grande parte dessas mulheres terminam financeiramente dependentes de seus companheiros. O que atualmente podemos perceber é que algumas mulheres estão lutando para mudar seu futuro, empenhadas em de alguma maneira tomarem as rédeas de suas vidas, estudando, trabalhando, investindo na educação.

#### **4.7.2 Assistência Durante a Gestação e o Puerpério**

Durante a gestação o papel da equipe profissional é acompanhar, assistir, e promover uma gestação saudável, auxiliando na adaptação materna às mudanças da gravidez. A palavra 'obstetrícia' vem do grego '*obstare*', que significa estar ao lado, estar a postos, prestar auxílio. Sendo esse um período de prevenção e tratamentos para possíveis complicações, por meio de uma assistência programada e sistemática durante o período gestacional e puerperal (BRASIL, 2005).

As ações predominantes na assistência de pré-natal envolvem: educação e orientação; preparação para a maternidade; diagnóstico e tratamento de distúrbios e patologias gestacionais. Podendo essa assistência de dividida em baixo e alto risco, de acordo com os fatores de risco possíveis ou já instalados que venham a afetar o equilíbrio entre mãe e feto. Ou seja, um pré-natal de qualidade pode evitar mortes maternas e perinatais (BRASIL, 2005).

O pré-natal é muito importante para que se tenha uma assistência também psicológica e emocional para a mulher, pois este é um período onde a mulher vive uma fase mais sensível, mais emotiva, onde surgem muitas dúvidas e medos. A assistência nesse período é fundamental para que possamos também orientá-las e ajudá-las a se situar de uma maneira equilibrada e tranquila, simplesmente voltada às sensações boas e novas que a gestante começa a apresentar. Através de um acompanhamento é possível assegurar maior equilíbrio à

mesma, lembrando que a mulher de hoje, considerando sua ascensão sócio-política e econômica, tornou-se mais exigente em termos de acompanhamento, cobrando um maior suporte e atenção no nível da saúde (BRASIL, 2005).

O pré-natal tem início após confirmação da gestação pelo exame de sangue (BHCG). Na primeira consulta que geralmente é realizado pela enfermeira, ocorre o preenchimento do cartão gestante, e do prontuário da instituição de saúde, o cadastramento no sisprenatal, sendo realizada a anamnese, que contém todas as informações pessoais da gestante (identificação, características culturais, sociais, matrimoniais), avaliação da mulher quanto ao número de vezes que engravidou, quantidades de partos, data da última menstruação (DUM), o cálculo da data provável do parto (DPP), avaliação da mulher quanto à sua história obstétrica (abortos, tipo de partos, doenças em gestações anteriores). Sendo verificados sinais vitais, realizado exame físico, encaminhando a gestante para o serviço odontológico, aprazamento de vacinação anti-tetânica, solicitações de exames de rotina (VDRL, anti-HIV, glicemia de jejum, sumário de urina, hemograma completo, tipagem sanguínea, fator RH, exame para toxoplasmose e USO), prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico. As consultas devem ser revezadas, com o profissional médico intercalando com o profissional de enfermagem. Nas consultas subsequentes é realizada a definição da idade gestacional (IG) e medido a altura uterina (AU) e realizado a ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Sendo avaliado o estado nutricional da gestante, deve-se realizar o exame físico completo, verificação de sinais vitais, e exame ginecológico (papanicolau), também deveriam ser avaliados os exames, realizando terapia medicamentosa, se necessário (BRASIL,2005).

Para melhorarmos o atendimento dessas gestantes precisamos primeiro reconhecer a sua individualidade, estabelecendo com cada mulher um vínculo, procurando perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo gravídico. Humanizamos o atendimento a essas mulheres, ao adotamos condutas que tragam bem estar e garantam segurança para a mãe e o bebê. Não apenas vendo a gestação, o parto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Precisamos entender que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial do universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e comunidades.

#### **4.7.3 Caracterização da Real Situação do Controle do Câncer de Mama e Cérvico - Uterino**

No ano de 2010 a equipe de saúde do PSF de Canindezinho, encerrou o ano com mais de 310 exames citopatológicos, sendo que desses 70% encontra-se na faixa etária de 25 a 59 anos. Todos esses exames são realizados pela enfermeira. Sendo que em 99% das mulheres foi realizado o exame de prevenção de câncer de mama. São desenvolvidos educações em saúde voltadas para os temas de prevenções, enfrentamento, e todas as etapas da realização dos exames. Possuímos três mulheres em tratamento de câncer inicial de mama, e cerca de 20% das mulheres que realizaram prevenção de câncer cérvico-uterino foram diagnosticadas com NIC I e II. Todos os exames citopatológico seguem os passos indicados nos protocolos do ministério da saúde, e em 2010 não houve nenhum exame com coleta inadequada. Após um acordo realizado entre os municípios vizinhos, o município de Quixadá, pólo de saúde, recebe toda a nossa demanda de exames de mamografia. Sendo indicadas mulheres que possuam casos de câncer de mama na família, preferencialmente após os 40 anos e também as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames. Enquanto os exames citopatológicos, não possuem restrições, sendo oferecido para as mulheres que procuram o posto de saúde, sendo trabalhado junto com os ACS's a faixa etária de 25 a 59 anos. As ultrassonografias são solicitadas pelo médico da equipe, e passam pelo médico auditor do município, que libera e já agenda com a paciente o dia da realização do exame. Após a coleta dos exames citopatológico, as lâminas são enviadas ao laboratório central, e após identificação de qualquer alteração no resultado a paciente é encaminhada ao ginecologista do município, que se caso não possa dar resolubilidade ao caso referência ao IPCC. As mesmas são orientadas a retornarem a UBS para acompanhamento do caso. Enquanto os exames de mamas após alguma alteração encontrada, o médico da equipe é informado e já solicita a mamografia. As estratégias que são utilizadas para a busca ativa de mulheres que estão sem cobertura ocorrem exatamente com a sensibilização de toda a equipe, que caso venha a ter algum contato com essas mulheres procurem encaminhá-las para a realização de todos os exames de prevenção. Todos os meses são repassados para a secretária municipal de saúde os dados da equipe, sendo analisados de perto pelo coordenador do PSF e conferido com todas as equipes uma vez por mês, na avaliação do ACS's. A secretaria envia esses dados consolidados para o banco de dados da 8ª Célula Regional de Saúde.

#### 4.7.4 Enfrentamento das Mulheres que são Vítimas de Violência Doméstica

A violência contra as mulheres é uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres que conduziram à dominação e à discriminação contra as mulheres pelos homens e impedem o pleno avanço das mulheres. A Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos (Viena, 1993) reconheceu formalmente a violência contra as mulheres como uma violação aos direitos humanos. Desde então, os governos dos países-membros da ONU e as organizações da sociedade civil têm trabalhado para a eliminação desse tipo de violência, que já é reconhecido também como um grave problema de saúde pública. Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), “as consequências do abuso são profundas, indo além da saúde e da felicidade individual e afetando o bem-estar de comunidades inteiras” (BRASIL, 2009).

As mulheres que sofrem violência podem procurar qualquer delegacia, mas é preferível que elas vão às Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), também chamadas de Delegacias da Mulher (DDM). Há também os serviços que funcionam em hospitais e que oferecem atendimento médico, assistência psicossocial. A mulher que sofreu violência pode ainda procurar ajuda nas Defensorias Públicas e Juizados Especiais, nos Conselhos Estaduais dos Direitos das Mulheres e em organizações de mulheres. Porém em nossos municípios sabemos que essa assistência é um pouco defasada, devido à despreparação das autoridades (policiais promotores). Muitas vezes nós atendemos essas mulheres, fazemos a notificação, mas as autoridades não ‘dão’ a devida importância a esses casos, alegando que as mulheres estão com esses companheiros e permanecem com os mesmos após a agressão (BRASIL, 2009).

Algumas estratégias de enfrentamento da equipe junto a essas mulheres:

- ✓ Identificar as situações de violência e acolher as vítimas;
- ✓ Garantir privacidade, confiança e respeito ao atendimento;
- ✓ Prestar os cuidados necessários;
- ✓ Atendimento prioritário;
- ✓ Incluir o tema violência nas ações educativas da unidade;
- ✓ Registrar informações do fato;
- ✓ Identificar a rede de apoio;

- ✓ Informar e encaminhar a vítima e o agressor para os programas de atendimento de saúde mental;
- ✓ Informar e encaminhar a vítima para o serviço de apoio social e jurídico se necessário, para registrar a ocorrência;
- ✓ Agendar retorno ou visita domiciliar (BRASIL, 2009).

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

Segundo Mendes (2008) interdisciplinaridade é a integração de dois ou mais componentes curriculares na construção do conhecimento, que surge como uma das respostas à necessidade de uma reconciliação epistemológica, processo necessário devido à fragmentação dos conhecimentos ocorrido com a revolução industrial e a necessidade de mão de obra especializada.

A interdisciplinaridade buscou conciliar os conceitos pertencentes às diversas áreas do conhecimento a fim de promover avanços como a produção de novos conhecimentos ou mesmo, novas subáreas. Tratando-se de um movimento, um conceito e uma prática que está em processo de construção e desenvolvimento dentro das ciências e do ensino das ciências, sendo estes, dois campos distintos nos quais a interdisciplinariedade se faz presente. Definir um objeto que está em construção, coexistindo com aquele que o estuda é uma tarefa difícil e até certo ponto parcial, uma vez que este objeto está se transformando e se alterando, assim, toda discussão sobre interdisciplinaridade é passível de análise comparativa com o material contemporâneo sobre o tema até que este esteja melhor desenvolvido e articulado, muito mais pela prática do que pela teoria, uma vez que a interdisciplinariedade está acontecendo, e a partir disso, uma teoria tem sido desenvolvida (MENDES, 2008).

Na prática a interdisciplinaridade é um esforço de superar a fragmentação do conhecimento, tornar este relacionado com a realidade e os problemas da vida moderna. Muitos esforços têm sido feitos neste sentido na educação. Na ciência, por sua vez, os esforços estão na busca de respostas, impossíveis com os conhecimentos fragmentados de uma única área especializada (MENDES, 2008).

Existem quatro palavras que são particularmente relacionadas entre si e todas delimitam uma abordagem científica e educacional: pluridisciplinaridade,

multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. O que há em comum nestas palavras é a palavra disciplinaridade/disciplina, que deve ser entendida como aquelas “fatias” dos estudos científicos e das disciplinas escolares, tais como matemática, biologia, ciências naturais, história. E de um esforço em superar tudo o que está relacionado ao conceito de disciplina. Assim, interdisciplinaridade é parte de um movimento que busca a superação da disciplinaridade (MENDES, 2008).

#### **4.8.1 Interdisciplinaridade e o Campo de Saúde Coletiva**

Segundo Vilela e Mendes (2003) etimologicamente, o termo “saúde”, em latim *salus*, significa são, inteiro; Em grego, o significado é inteiro, real, integridade. Desse modo, saúde como integridade não permite a fragmentação em saúde física, mental e social e, portanto, parte-se de uma visão holística que supõe entendê-la na interface de grande diversidade de disciplinas. Essa diversidade torna-se mais complexa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa para a esfera coletiva.

A interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho - a saúde e a doença no seu âmbito social envolvem - concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio históricas e culturais dos indivíduos e grupos. Embora haja dificuldades de construir uma proposta interdisciplinar, essa é vista como desafio possível e desejável na área da saúde, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe, a seu favor, ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte. Entre as dificuldades para a construção da proposta interdisciplinar, na área da saúde, destaca-se: o mito de que a ciência “pura e imaculada” conduz necessariamente ao progresso; o mito de que há verdade sem deontologia e ciência sem poder, os obstáculos de ordem psicossocial de dominação dos saberes, em que os processos de competição, de posição defensiva e de segurança econômica assumem papel fundamental. São também considerados obstáculos à interdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, os espaços de poder que a disciplinarização significa a estrutura das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes, sem nenhuma comunicação entre si, as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas. Na área da saúde, os

pressupostos da integração estão presentes há algum tempo e, nas últimas décadas, a interdisciplinaridade tem sido invocada para a criação de modelos pedagógicos e para a construção de um conhecimento partilhado por ciências biológicas e sociais (VILELA & MENDES, 2003).

São muitas as dificuldades para se trabalhar, numa perspectiva integradora de vários saberes, e o modelo vigente de formação profissional para a área da saúde reforça a formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia. As dificuldades não se limitam ao campo epistemológico, mas de vencer as barreiras que historicamente vêm privilegiando uma determinada maneira de formar recursos humanos (VILELA & MENDES, 2003).

#### **4.8.2 Interdisciplinaridade em Equipe de Saúde da Família**

Na esfera da atenção básica, o Ministério da Saúde implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família, que evoluiu para Estratégia de Saúde da Família a partir de 1998 e em 2006 instituiu uma política unificada para atenção básica, buscando efetivamente reorientar a estruturação dos sistemas municipais de saúde (Brasil, 2006).

Segundo Santos e Cutolo (2003) o Programa Saúde da Família tem sido apontado como estratégico para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, sendo que a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar é um de seus principais desafios.

O termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo 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 da atuação no PSF. Geralmente há uma dificuldade de interação entre o médico, o enfermeiro, o odontólogo e o pessoal de nível técnico, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existem em cada componente da equipe. Essa falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente a 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

conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum (SANTOS & CUTOLO, 2003).

A nova tendência à formação de profissionais generalistas, com formação mais ampla, sem ênfase na especialização, pode levar a uma modificação do perfil profissional de nossos acadêmicos e, em consequência, de nossos profissionais, os quais deverão aprender a atuar em conjunto dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde e concretizado pela estratégia de saúde da família (SANTOS & CUTOLO, 2003).

Ainda segundo Santos e Cutolo (2003) o saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Essa visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes sobre outros, como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde-doença.

A mudança do modelo de atenção à saúde ainda vigente no Brasil é uma tarefa gigantesca, do tamanho do próprio país e de sua população. Os desafios são imensos, e a luta contra o já estabelecido é o pressuposto básico desta mudança almejada por todos aqueles que lutaram e ainda lutam por uma nova sociedade mais justa. O momento é propício para a transformação do trabalho individual realizado pelas diversas profissões em um trabalho coletivo em saúde, de caráter interdisciplinar, o que poderá contribuir para uma redefinição dos rumos a serem tomados em relação à formação, à pesquisa e aos currículos de cada curso de saúde, procurando espaços possíveis de contato, visando uma troca de conhecimentos, técnicas e práticas que levem a um novo paradigma ético do trabalho em saúde (SANTOS & CUTOLO, 2003).

#### **4.8.3 Integralidade atuando em uma Universalidade de Diferenças entre Famílias**

Poderíamos dizer que integralidade, numa primeira aproximação, que é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em “atendimento integral,



com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz. A Constituição de 88, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos, e como um dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É nessa segunda perspectiva que a constituição reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, e delinea um sistema único (o Sistema Único de Saúde), integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. O que caracteriza esse Sistema Único de Saúde é seu financiamento público. Este sistema único de saúde estaria organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198).

Segundo Mattos (2006) esse arcabouço não refletia as posições que à época ganhavam destaque no debate internacional acerca de como deveriam ser as políticas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento. Pelo contrário, após quase uma década de propostas de ajustes estruturais, de avanço das idéias neoliberais, o debate internacional parecia sugerir fortemente a redução da presença governamental, tanto na economia como em algumas das questões sociais. Postura que ao final da década de oitenta chegava às propostas de redução da participação do Estado na saúde, revertendo as expectativas suscitadas pela conferência de Alma-Ata. Assim, em 1987, o Banco Mundial publicava um texto provocativo, no qual afirmava categoricamente que: *“a abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-lo como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem geralmente não funciona”* (MATTOS, 2006).

É, pois, evidente o contraste entre a posição brasileira e a posição defendida, por exemplo, pelo Banco Mundial. Mas não deixa de ser interessante registrar que, embora concebidas com perspectivas contraditórias, a proposta universalista expressa na Constituição brasileira e algumas propostas mais restritivas (como as defendidas pelo Banco Mundial nos anos noventa) partilham de algumas diretrizes comuns: a defesa da descentralização e da participação popular. O que nos leva a pensar que muitas das suas diferenças girem em torno

da adesão ou não ao princípio da integralidade. Exatamente por essa hipótese é que talvez seja oportuno refletir sobre os sentidos atribuídos à integralidade, com vistas a identificar quais as marcas específicas das políticas e das práticas que relacionamos à integralidade. E, desta forma, contribuir para o debate acerca da existência de uma certa especificidade na reforma sanitária brasileira e no projeto societário que a move (MATTOS, 2006).

Mas o texto constitucional não é senão um marco num processo mais amplo de lutas políticas travadas na arena nacional, pelo menos desde a década de setenta. A concepção de saúde como direito de todos no Brasil não é simplesmente uma abordagem tradicional, como parece insinuar aquele trecho do Banco Mundial. Ela, assim como o arcabouço institucional do SUS, deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de setenta, quando, no contexto da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa, um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e às práticas de saúde então hegemônicas. Crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas. Foi na tentativa de realizar esse sonho que foram forjados os princípios e diretrizes que mais tarde seriam acolhidos no texto da Constituição (MATTOS, 2006).

Voltando à pergunta inicial, diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2006).

Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, preta de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial — o que é integralidade — talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa (MATTOS, 2006).

Mas deve-se dizer de imediato que a luta pela construção de um sistema de saúde justo e que concretize o ideário expresso no texto constitucional não se encerrou. O SUS hoje é uma realidade. O acesso aos serviços e ações de saúde ampliou-se muito quando comparamos à década de setenta. Construiu-se um arcabouço institucional para dar conta da diretriz da participação popular, com a criação de conselhos e conferências de saúde, e a descentralização também tem avançado, embora gradualmente. Em geral, o processo político em saúde envolve hoje um conjunto de atores muito mais amplo do que outrora. E, mais recentemente, têm sido implementadas propostas que visam diretamente a modificar o modo de organização dos serviços e das práticas assistenciais (MATTOS, 2006).

Ainda segundo Mattos (2006) não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que sonhávamos, mas certamente há muito mais a caminhar, e ainda há riscos de que num futuro, pressionados pelo estrangulamento de recursos públicos e/ou pela difusão das idéias ofertadas desde algumas agências internacionais, os caminhos do SUS se afastem da concepção originária de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde. A luta, portanto, continua e é travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas reuniões de técnicos e gestores do SUS nos seus diversos níveis, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular.

#### **4.8.4 O Papel da Bioética nas Intervenções Profissionais**

Segundo Fernandes (2005) o termo Bioética foi cunhado pelo pastor evangélico alemão Fritz Lahr em 1927. Na década de 1970 o termo foi relacionado com o objetivo de deslocar a discussão acerca dos novos problemas impostos pelo desenvolvimento tecnológico, de um viés mais tecnicista para um caminho mais pautado pelo humanismo, superando a dicotomia entre os fatos explicáveis pela ciência e os valores estudáveis pela ética. A biossegurança, a biotecnologia e a intervenção genética em seres humanos, além das velhas controvérsias morais como aborto e eutanásia, requisitavam novas abordagens e respostas ousadas da parte de uma ciência transdisciplinar e dinâmica por definição.

Bioética é um neologismo construído a partir das palavras gregas bios (vida) + ethos (relativo à ética). Por ser a bioética um campo disciplinar compromissado com o conflito moral na área da saúde e da doença dos seres humanos e dos animais não-humanos, seus

temas dizem respeito a situações de vida que nunca deixaram de estar em pauta na história da humanidade (FERNANDES, 2005).

As diretrizes filosóficas dessa área começaram a consolidar-se após a tragédia do holocausto da Segunda Guerra Mundial, quando o mundo ocidental, chocado com as práticas abusivas de médicos nazistas em nome da ciência, cria um código para limitar os estudos relacionados. Formula-se aí também a idéia que a ciência não é mais importante que o homem. O progresso técnico deve ser controlado para acompanhar a consciência da humanidade sobre os efeitos que eles podem ter no mundo e na sociedade para que as novas descobertas e suas aplicações não fiquem sujeitas a todo tipo de interesse. Mais que uma metaética, a bioética transpõe-se a um movimento cultural: é neste humanismo que se pode englobar conceitos entre o prático biodireito e o teórico biopoder. É desta maneira que sua constante revisão e atualização se torna uma característica fundamental (FERNANDES, 2005).

Segundo Calvetti (2008) no âmbito da saúde, a bioética refere-se às questões relacionados a vida, a relação profissional-paciente e em relação a pesquisa com seres humanos. Além disso, aborda a ética das questões sociais e dos problemas ambientais. Desse modo, existem princípios básicos da bioética que devem nortear a assistência e a pesquisa do profissional da saúde diante das questões da vida humana: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

A beneficência é entendida como sendo a oferta da melhor assistência ao paciente, como prevenir, remover ou evitar o malefício. Avaliam-se vantagens, custos, riscos e benefícios. Já o princípio de não-maleficência salienta que os atos diagnósticos ou terapêuticos devem, além de não causar, evitar o dano em maior medida. O princípio da autonomia refere-se ao respeito ao direito da pessoa quanto a capacidade de decidir livremente sobre o consentimento ou a recusa de tratamento. Esse princípio pressupõe a capacidade de entendimento do outro e de comunicação do profissional. Já o princípio da justiça refere-se ao fato da população assistida não adquirir riscos desproporcionais, sendo a assistência também direito desta (CALVETTI, 2008).

O velho campo da ética médica é tradicionalmente marcado por uma ênfase quase exclusiva no relacionamento médico-paciente. Essa ênfase continua sendo fundamental na Medicina, mas não é suficientemente ampla para abraçar uma série de situações emergentes

no campo das ciências da vida. Sendo assim, o domínio da ética médica e o da deontologia são englobados pela bioética. Esta, por sua abrangência, também está ligada ao direito (NUTEDS/UFC, 2011).

Segundo Meira (2004) na realidade, a relação entre o médico e o seu paciente se faz por um processo de interação social, o qual ocorre dentro da sociedade através de um sistema que define o papel dos participantes, especifica o padrão de comportamento e fornece um conjunto de valores e orientação, em termos dos quais os membros interagentes são motivados para ação. O êxito dessa situação interativa traduz-se na eficiência da atenção médica e está diretamente relacionado com as atividades, valores, conhecimentos e expectativas dos participantes. Isso porque, apesar de leiga nos aspectos científicos da saúde, a população não é passiva e completamente receptiva às determinações médicas. Tem a população seus próprios valores e seus padrões, que inúmeras vezes, mesmo não atendendo o que, seria desejável em uma análise racional ditada pelos conhecimentos técnicos científicos da medicina, são por ela, população, reconhecidos como corretos e válidos.

Segundo Fortes (2009) a discussão e a reflexão sobre o comportamento ético em atividades de saúde não devem ser observadas, como uma rápida e apressada leitura poderia sugerir, como sendo apenas limitadas a relações e interesses meramente individuais. Ao contrário, devem ser compreendidas dentro do enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, pois, sem cidadania não há saúde.

Por afetarem pessoas, cada decisão, procedimento ou ação abrangidos na esfera dos cuidados da saúde, envolve princípios e valores diversos, às vezes conflituosos, podendo resultar em dilemas éticos para os profissionais de saúde. Aceitando como princípios éticos primários a autonomia, a beneficência, a não causação de dano e a justiça, escolhemos reter nossa reflexão sobre aspectos relacionados ao princípio da autonomia, por ser este princípio fundamental para guiar as ações no campo da saúde (FORTES, 2009).

O termo autonomia, de acordo com sua origem etimológica grega, significa autogoverno, referindo-se ao poder da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. A pessoa autônoma é aquela que não somente delibera e escolhe seus planos, mas que é capaz de agir com base nessas deliberações (FORTES, 2009).

Ainda segundo Fortes (2009) no campo das práticas que se relacionem com a saúde das pessoas tal assertiva significa que o indivíduo é quem, de forma ativa, deve autorizar as propostas a ele apresentadas e não meramente assentir a um plano diagnóstico ou terapêutico, por meio de uma atitude submissa às ordens dos profissionais de saúde. O consentimento esclarecido deve ser recolhido anteriormente à realização de todo procedimento sobre o organismo humano de natureza física ou psíquica.

O consentimento deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando vícios e erros. Não pode ser obtido mediante práticas de coação física, psíquica ou moral ou por meio de simulação ou práticas enganosas, ou quaisquer outras formas de manipulações impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal (FORTES, 2009).

Desde os seus primórdios na segunda metade do século XX até o presente, a bioética interage com múltiplos fatores circunstanciais na medicina. Por um lado, os desafios à vida no micro e macro universo em escala planetária e, por outro, o desenvolvimento tecnológico desenfreado levantam uma série de perguntas acerca da capacidade humana de sentir, julgar e agir adequadamente em relação a um patrimônio que vem dos primórdios da vida sobre o planeta. À luz dessa constelação, a bioética vai além de uma ética médica e herda boa parte das tarefas da filosofia ocidental no afã de monitorar a conduta humana (HECK, 2005).

À medida, porém, que o espectro temático se distende para fora da medicina, a bioética corre o risco de perder contorno, mascarar realidades e desentender seus agentes, razão pela qual importa explicitar seu caráter interdisciplinar, sua genuína demanda científica e seu desafio filosófico mais instigante (HECK, 2005).

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

### **4.9.1 Saúde Ambiental**

Falar sobre saúde e meio ambiente é um processo simultaneamente alegre e triste. Triste porque está aí o mundo, mostrando que aqueles pesadelos antigos dos nossos tempos de criança, cheio de personagens estilizados em imensa pobreza e cercados de nuvens de fumaça, já estão ao nosso redor. O planeta está sujo, e cada vez mais pobre. E alegre porque parte de nós quer sempre acreditar no possível. Atualmente podemos apontar três grandes aspectos

ambientais relacionados à saúde. O primeiro deles é o subdesenvolvimento. As desigualdades sociais e econômicas que fazem parte de muitos países e apresentam consequências como, a ausência de saneamento básico e infra-estrutura urbana. Essa ausência gera uma série de problemas relacionados à saúde, como diarreias infantis, infecção respiratória, entre outras. Grande parte da população brasileira ainda não tem acesso a saneamento básico adequado. O segundo elemento é o desenvolvimento, que apesar de gerar benefícios causa poluição, degradações ambientais, além do aumento de doenças respiratórias e crônico degenerativas, violência urbana e outros problemas enfrentados pela poluição. O último aspecto é a mudança climática. Segundo dados da OMS, revelam que 25% das doenças, no mundo, estão relacionadas aos problemas ambientais. No Brasil a estimativa é de 18%. Precisamos mobilizar a sociedade e outros setores para quem sabe possamos influenciar positivamente nesses aspectos que afetam o planeta. Apesar de atualmente a maior parte da população já estar ciente de que devemos mudar os hábitos, junto ao meio ambiente, a grande maioria nada faz para mudarmos essa realidade. Saúde Ambiental deve fazer a parte da rotina da equipe de saúde, procurando englobar os problemas resultantes dos efeitos que o ambiente exerce sobre o bem-estar físico e bem-estar mental do homem, como parte integrante de uma comunidade. Essa disciplina apenas nos trouxe um lembrete de que o planeta espera pela mudança de hábito dos seres humanos, essa reflexão mudou o meu ponto de vista, já que todos os dias tenho contato com uma parcela significativa da população de uma cidade, e acredito que com educação e diálogos posso realmente ‘embutir’ idéias que mudariam significavelmente a realidade ambiental atual (FREIRE, 2010).

#### **4.9.2 Saúde do Trabalhador**

O trabalho é uma atividade que transforma e/ou altera o estado natural dos materiais ou produtos para melhorar sua utilidade. Dessa forma, o homem partilha com as demais espécies a atividade e atua sobre a natureza, no entanto a faz de modo a transformá-la para melhor satisfazer suas necessidades oriundas da condição humana (SIVIERI, 1996).

Dessa maneira, podemos afirmar que o trabalho é um processo do qual participam o homem e a natureza, podemos compreendê-lo como um processo em que o homem com sua própria ação, impulsiona, age, regula e controla sua parceria com a natureza. Podemos definir de forma simples o processo de trabalho, como sendo todo aquele que é capaz de transformar uma matéria prima específica em um produto determinado, transformação essa efetuada por

uma atividade humana determinada, utilizando instrumentos de trabalho específicos (COSTA, 2007).

A saúde e o trabalho estão relacionados com as grandes transformações sofridas pela sociedade, relacionadas fundamentalmente com os processos de gestão e na forma de organização em que esse trabalho é desempenhado, deve-se destacar as novas tecnologias impactando de maneira significativa na saúde dos trabalhadores. Os sistemas produtivos antigos e ultrapassados coexistem com os processos modernos e tecnologicamente superiores. É dessa maneira que os agravos relacionados ao trabalho revestem-se de novos significados e determinações ao mesmo tempo em que indicam a necessidade de superar problemas antigos (BRASIL, 2011).

Do ponto de vista científico, a saúde e a doença referem-se a fenômenos vitais, sendo formas pelas quais a vida se manifesta. As experiências vivenciadas pelo trabalhador e as idéias dominantes do meio social são determinantes no processo de construção social da doença e da saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério Do Trabalho, acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (BRASIL, 2011).

O termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação de casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, que a maioria desses eventos é, em maior ou menor grau, perfeitamente previsível e prevenível. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos anos, tenha avançado muito em garantir o acesso do cidadão às ações de atenção à saúde, somente a partir de 2003 as diretrizes políticas nacionais para a área começam a ser implementadas.

Tais diretrizes são:

- Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores;



- Articulação Intra e Intersetoriais;
- Estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
- Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas;
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos;
- Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011).

Entre as estratégias para a efetivação da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, destaca-se a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, cujo objetivo é integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, além da notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho em rede de serviços sentinela (BRASIL, 2011).

#### **4.9.3 Acidentes na Saúde**

Os profissionais de saúde encontram-se suscetíveis a acidentes envolvendo materiais biológicos, que não se enquadram na definição legal de acidente de trabalho. Contudo, as suas conseqüências, a curto e médio prazo, fazem com que o seu registro junto aos serviços competentes da unidade hospitalar (Medicina do Trabalho, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e outros) seja fundamental. Muitas vezes, o acidente não gera nenhuma das situações previstas na definição de acidente de trabalho, nem tampouco, no momento ou muito próximo desse, ficando caracterizada a transmissão. Como legalmente, esse tipo de acidente não teria comunicação compulsória, realizada apenas quando a doença se desenvolve, precisamos seguir o protocolo, cuidando do ferimento imediatamente após o acidente. Deixamos o ferimento sangrar por um momento e então será limpo com água ou solução salina e desinfetamos a lesão usando uma boa quantidade de água e sabão seguidos por álcool a 70%. Em caso de contato com mucosas é importante lavar imediatamente com grande quantidade de água ou uma solução salina, não álcool. A notificação é importante, pois permitirá o registro e o gerenciamento adequados do evento. Uma amostra de sangue deve ser colhida assim que possível após o acidente. Ela serve como linha de base no caso de infecções e se torna necessária para determinar se a infecção por um dos três vírus ocorreu nesse acidente. A amostra pode ser analisada apenas para esse propósito particular. Outras amostras de sangue para pesquisa de Hepatite B, Hepatite C e HIV são coletadas após 1, 3, 6 e 12 meses. Podemos ainda relacionar uma série de fatores predisponentes devido às

peculiaridades das atividades realizadas na assistência ao ser humano. Dentre esses se destacam a violência ocupacional, os fatores físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos (SIVIERI, 2005).

Porém a palavra é prevenção. Nós como profissionais de saúde devemos elaborar educações continuadas, analisar processo interno e propor mudanças, fiscalizar e orientar nossa equipe, funções essas atribuídas a todos os profissionais de saúde, visando à prevenção dos acidentes com materiais biológicos tanto em um setor primário quanto a um secundário ou terciário. O impacto que é produzido ao prevenir os acidentes, dentro de um estabelecimento de saúde é visto de forma prioritária, uma vez que não ocorrerá afastamento de trabalho, e assim não irá gerar despesas desnecessárias ao serviço de saúde, podendo ser investido tal despesa em melhorias e inovações para a instituição.

As ações voltadas para as questões de saúde ambiental e de saúde do trabalhador devem buscar prioritariamente ações de promoção e prevenção, realçando, desta forma, o controle dos riscos ambientais e a melhoria das condições do meio ambiente e da saúde das pessoas.

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

##### **4.10.1 O Plano Nacional de Saúde Bucal**

O plano é uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. É a primeira vez que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um programa estruturado, não apenas incentivos isolados à saúde bucal. Apontando uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos

trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades (BRASIL, 2004).

#### **4.10.2 Pressupostos**

1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
6. Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
8. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS.

Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles;

9. Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção;

10. Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004).

#### **4.10.3 Saúde Bucal por Meio do Ciclo de Vida: Gestantes e Bebês**

A partir da primeira consulta de pré-natal a gestante, é orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto é fundamental a interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Grupos de gestantes é uma ótima forma para que as futuras mães recebam orientações de educação em saúde bucal. Ações coletivas de saúde do pré-natal e puerpério, nos quais deverão ser abordados os cuidados pessoais com relação à higienização, orientação de dieta, preparo do peito para a amamentação, aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento orofacial, dentição decídua, transmissibilidade da cárie dentária, dentre outros temas. As dificuldades são inúmeras, como por exemplo, muitas vezes o grupo de gestante é montado, e funciona de uma maneira muito simples, todos os profissionais realizam educação em saúde, tratando de assuntos relacionados a esse período (vacinação, aleitamento, consultas, entre outros). Só que não sei se devido a carência social dessas futuras mães muitas delas acabam ficando motivadas a frequentarem esses grupos pelos 'incentivos' que a secretárias de saúde em conjunto com a da ação social, fornecem ao fim desses grupos, só que muitas vezes esses incentivos (fraldas, banheiras, carrinhos) não são suficientes para todas as participantes. Ainda sobre esse momento tão importante a primeira visita da puérpera e do recém nascido é muito importante, o dentista deve fazer parte desse momento, e assim como os demais profissionais tem um papel fundamental na saúde das famílias-comunidade (BRASIL, 2005).

Os profissionais trabalham na mesma UBS e tornam-se distantes dos colegas, o que percebemos ser um dos grandes problemas das equipes de saúde. Sabemos que nossos afazeres diários são muitos, porém existem momentos que a equipe pode compartilhar informações, por exemplo na 'viagem' de ida e de volta, se a UBS for distante da sede do município, ou então na hora do almoço, ou até mesmo sairmos das nossas salas para combinar com o colega da equipe o atendimento prioritário, já seriam alternativas para uma melhor comunicação entre os profissionais da saúde. O trabalho em equipe é fundamental para a reorganização do serviço, pois a cada dia notando a descontentamento dos pacientes, nós como profissionais podemos reivindicar a precariedade do atendimento odontológico. Nas reuniões da atenção básica levávamos o descontentamento da comunidade para a coordenação. E marcávamos reuniões nas comunidades, para que a secretária de saúde e a coordenadora da atenção básica tivessem a oportunidade de conversar com as famílias, de escutar as reclamações, de ouvir sugestões.

Na Unidade de Saúde Da Família do Canindezinho, unidade essa em que tive oportunidade de trabalhar entre 2009 e 2011, a equipe tenta se enquadrar dentro das diretrizes do plano nacional de saúde bucal (PNSB), buscando não só a cura das doenças, mas sim promovendo e prevenindo as doenças. Porém, não fugindo a regra as dificuldades são imensas, na maioria das vezes faltavam insumos, a cadeira no consultório odontológico era tão velha, que poderia ser doada para o museu, não possuíamos um ambiente climatizado, o que era pior, havia um 'tufão' bem em cima dos pacientes e do dentista, o auxiliar de saúde bucal não havia realizado o curso. E a todo tempo faltavam material, ou a cadeira (ou o que restava dela) quebrava e isso foi acumulado uma demanda reprimida de pacientes odontológicos. Mas aos poucos conseguimos mudar essa realidade. Atualmente a cadeira é um pouco mais nova do que a anterior (não é nova não, é semi-usada), já foi colocado um ar condicionado no consultório odontológico, o auxiliar já realizou o curso e hoje é cadastrado no conselho de odontologia. Havia também a superlotação do posto. Tudo que o trabalho em equipe amenizava, porém as coisas já mudaram muito, antes não éramos uma equipe, por vezes faltava médico, outras a equipe não se encontrava centrada no trabalho da atenção básica, essas eram algumas dos impasses que tínhamos. Após o esforço comum e a dedicação de todos, as coisas mudaram, melhoraram e evoluíram muito. Nossa equipe sempre tinha o destaque nas reuniões da secretária de saúde.

#### 4.10.4 Saúde Bucal e o Ciclo Vital: Adultos

A expressão “saúde bucal” assume, de modo geral, um significado equivalente a um conjunto de condições, biológicas e psicológicas, que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento (MOREIRA & NICO, 2005).

A análise dos resultados de um levantamento epidemiológico nacional indica que a prática da mutilação dentária ao longo da vida adulta dos brasileiros tem como consequência final uma população de idosos, totalmente desdentados, com extensas necessidades reabilitadoras. Nos pacientes geriátricos, o impacto da perda dentária deve ser considerado, pois exerce grande influência na mastigação, digestão, pronúncia, estética e predispõe a doenças geriátricas. Mutilação dentária (perda de um ou mais dentes permanentes) é uma característica básica de muitas incapacidades bucais. O edentulismo (ausência total de dentes) é a expressão máxima da mutilação dentária (MOREIRA & NICO, 2005).

É fácil constatar que os idosos com uma classe sócio-econômicas menos favorecidas estão associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico, o que geralmente não aconteceu entre os idosos de melhor classe sócio-econômica. Nos primeiros, apesar de o fato de nunca ter ido ao dentista ter apresentado associação com maior necessidade subjetiva, ter tido a última consulta odontológica há três anos ou mais esteve associado à menor necessidade. O que sugere que os idosos que sofreram grandes mutilações dentárias foram expostos a um procedimento que era bastante comum em sua época, independente da condição sócio-econômica do indivíduo. Além disso, revela também o fato de que não ter mais dentes representa não precisar mais de cuidados odontológicos, segundo sugere a associação da menor necessidade percebida com a última consulta realizada há três anos ou mais, fato que muitas vezes coincide com a instalação da prótese total (MOREIRA & NICO, 2005).

Ainda sobre os possíveis fatores que estão associados ao edentulismo na população idosa esta na percepção de que as melhores condições bucais se encontram em usuários de serviços particulares que também apresentam maior percepção sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, tais diferenças estão mais atribuídas aos aspectos

sócio-demográficos e ao uso regular de serviços odontológicos do que simplesmente ao método de pagamento.

No Ceará há estudos, um deles foi realizado transversalmente em 160 idosos (95,2% da população alvo) idosos de 65 anos e mais, residentes em um asilo na cidade de Fortaleza. **Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará.** Havendo vários outros estudos, sendo esse um assunto importante para redefinição da saúde bucal no país (GAIAO & ALMEIDA, 2005).

No Brasil, a população de idosos está em crescimento contínuo, precisamos ter a consciência da necessidade dessa população, pois as mutilações dentárias constituem um problema grave de saúde bucal e remetem para a reflexão sobre a prática odontológica mutiladora e a iniquidade no acesso aos serviços, aos quais os idosos foram submetidos no passado. A grande necessidade de prótese evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltadas para este grupo. Levando em consideração a precariedade da situação de saúde bucal, faz-se necessário adotar medidas preventivas, curativas, educativas e reabilitadoras permanentes em idosos institucionalizados, por parte do governo.

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

Muitos consideram que a palavra ‘deficiente’ tem um significado muito forte, carregado de valores morais, contrapondo-se a ‘eficiente’. Levaria a supor que a pessoa deficiente não é capaz; e, sendo assim, então é preguiçosa, incompetente e sem inteligência. A ênfase recai no que falta, na limitação, no ‘defeito’, gerando sentimentos como desprezo, indiferença, chacota, piedade ou pena. Esses sentimentos, por sua vez, provocam atitudes carregadas de paternalismo e de assistencialismo, voltadas para uma pessoa considerada incapaz de estudar, de se relacionar com os demais, de trabalhar e de constituir família. No entanto, à medida que vamos conhecendo uma pessoa com deficiência, e convivendo com ela, constatamos que ela não é incapaz. Pode ter dificuldades para realizar algumas atividades, mas, por outro lado, em geral tem extrema habilidade em outras. Exatamente como todos nós. Todos nós temos habilidades e talentos característicos; nas pessoas com deficiência, essas manifestações são apenas mais visíveis e mais acentuadas. Diante disso, hoje em dia se

recomenda o uso do termo ‘pessoa portadora de deficiência’, referindo-se, em primeiro lugar, a uma pessoa, um ser humano, que possui entre suas características (magra, morena, brasileira, etc.) uma deficiência – mental, física (ou de locomoção), auditiva ou visual (BRASIL, 2011).

Desigualdades refletem a realidade social do Brasil de hoje. Há inúmeros problemas neste país, alguns muito simples de serem resolvidos, outros que já demandam um maior esforço, mas basicamente, todos podem ser superados. A situação atual das pessoas portadoras de deficiência. Vítimas de problemas congênitos, enfermidades ou causas traumatológicas, estes indivíduos são excluídos no Brasil. A sociedade ainda não conseguiu entender que o maior potencial humano está em sua mente, capaz de produzir os mais belos frutos, mesmo com limitações motoras. Para alguns, mais do que deficientes estes indivíduos passam a idéia de seres imperfeitos. Este conceito é errôneo porque não se leva em conta o que as pessoas deficientes fazem ou podem fazer e sim o que não fazem (BRASIL, 2011).

Felizmente, hoje, no Brasil, existe uma maior conscientização do respeito devido aos deficientes, haja visto a inclusão de vagas específicas para portadores de deficiências em concursos públicos. O deficiente tem direito a uma posição digna que o ajude a se habilitar e se integrar ao mundo, oferecendo-lhe condições e oportunidades de mostrar toda a sua capacidade. Esta integração junto à comunidade se configura quando lhe estão garantidos os direitos a uma vida digna, com educação, trabalho, esporte, enfim, com todas as oportunidades oferecidas a um cidadão comum, mas observando-se suas dificuldades e limitações (BRASIL, 2011).

#### **4.11.1 Deficiência Visual**

Segundo Gil (2000) os graus de visão abrangem um amplo espectro de possibilidades: desde a cegueira total, até a visão perfeita, também total. A expressão ‘deficiência visual’ se refere ao espectro que vai da cegueira até a visão subnormal. Chama-se **visão subnormal** (ou baixa visão, como preferem alguns especialistas) à alteração da capacidade funcional decorrente de fatores como rebaixamento significativo da acuidade visual, redução importante do campo visual e da sensibilidade aos contrastes e limitação de outras capacidades. Entre os dois extremos da capacidade visual estão situadas patologias como miopia, estrabismo, astigmatismo, ambliopia, hipermetropia, que não constituem necessariamente deficiência visual, mas que na infância devem ser identificadas e tratadas o mais rapidamente possível,



pois podem interferir no processo de desenvolvimento e na aprendizagem. Uma definição simples de visão subnormal é a incapacidade de enxergar com clareza suficiente para contar os dedos da mão a uma distância de 3 metros, à luz do dia; em outras palavras, trata-se de uma pessoa que conserva resíduos de visão. Até recentemente, não se levava em conta a existência de resíduos visuais; a pessoa era tratada como se fosse cega, aprendendo a ler e escrever em braille, movimentar-se com auxílio de bengala etc. Hoje em dia, oftalmologistas, terapeutas e educadores trabalham no sentido de aproveitar esse potencial visual nas atividades educacionais, na vida cotidiana e no lazer.

A visão é o canal mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior. Tal como a audição, ela capta registros próximos ou distantes e permite organizar, no nível cerebral, as informações trazidas pelos outros órgãos dos sentidos. Estudos recentes revelam que enxergar não é uma habilidade inata, ou seja, ao nascer ainda não sabemos enxergar: é preciso aprender a ver. Não é um processo consciente. Embora nem pensemos nisso, estamos ensinando um bebê a enxergar, ao carregá-lo no colo e ir mostrando: *Onde está seu irmão? Olhe o gatinho.* O desenvolvimento das funções visuais ocorre nos primeiros anos de vida. Graças a testes de acuidade visual recentemente desenvolvidos, hoje é possível fazer a avaliação funcional da visão de um recém-nascido, ainda no berçário (GIL, 2000).

A cegueira, ou perda total da visão, pode ser adquirida, ou congênita (desde o nascimento). O indivíduo que nasce com o sentido da visão, perdendo-o mais tarde, guarda memórias visuais, consegue se lembrar das imagens, luzes e cores que conheceu, e isso é muito útil para sua readaptação. Quem nasce sem a capacidade da visão, por outro lado, jamais pode formar uma memória visual, possuir lembranças visuais. Para quem enxerga, é impossível imaginar a vida sem qualquer forma visual ou sem cor, porque as imagens e as cores fazem parte de nosso pensamento. Não basta fechar os olhos e tentar reproduzir o comportamento de um cego pois, tendo memória visual, a pessoa tem consciência do que não está vendo (GIL, 2000).

- ❖ As causas mais frequentes de cegueira e visão subnormal são:
  - ✓ Retinopatia da prematuridade causada pela imaturidade da retina, em decorrência de parto prematuro ou de excesso de oxigênio na incubadora.
  - ✓ Catarata congênita em consequência de rubéola ou de outras infecções na gestação.
  - ✓ Glaucoma congênito que pode ser hereditário ou causado por infecções. Atrofia óptica.

- ✓ Degenerações retinianas e alterações visuais corticais. A cegueira e a visão subnormal podem também resultar de doenças como diabetes, descolamento de retina ou traumatismos oculares (GIL, 2000).

✓

O impacto da deficiência visual (congenita ou adquirida) sobre o desenvolvimento individual e psicológico varia muito entre os indivíduos. Depende da idade em que ocorre, do grau da deficiência, da dinâmica geral da família, das intervenções que forem tentadas, da personalidade da pessoa – enfim, de uma infinidade de fatores. Sendo nessa base do desenvolvimento do ser humano, que cabe a tarefa, aos profissionais de saúde de oferecer ao portador de deficiência visual condições para seu crescimento como indivíduo, tornando-o capaz de ser feliz e produtivo, dentro de sua realidade, de suas potencialidades e de seus limites. Embora nem sempre seja fácil, é preciso entender que o portador de deficiência é, antes de mais nada e acima de tudo, uma pessoa total, evitando focalizar a atenção na cegueira, ou na baixa capacidade visual. A primeira atitude importante consiste em acreditar nas potencialidades do indivíduo, considerando a capaz de estudar, de ser independente, de trabalhar, praticar esportes e tantas outras coisas que seus amigos fazem. Para muitos portadores de deficiência, a maior dificuldade está na falta de oportunidades (GIL, 2000).

#### **4.11.2 Deficiência Auditiva**

Segundo Fonseca (2000) a deficiência auditiva traz muitas limitações para o desenvolvimento do indivíduo. Considerando que a audição é essencial para a aquisição da linguagem falada, sua deficiência influi no relacionamento da mãe com o filho e cria lacunas nos processos psicológicos de integração de experiências, afetando o equilíbrio e a capacidade normal de desenvolvimento da pessoa. Quando a perda auditiva é detectada precocemente, o profissional se preocupa inicialmente em fornecer informações aos pais, para que eles saibam o que fazer e, principalmente, possam acolher esse filho e aprender a lidar com a situação inesperada. Idealmente, a surdez deve ser diagnosticada o mais cedo possível, mas não é o que acontece na maior parte das vezes. Com frequência a criança fica sem atendimento até o momento de ir para a escola. Quanto mais tempo se passa, maiores são as dificuldades de desenvolvimento – tanto no campo da linguagem quanto nos níveis social, psíquico e cognitivo. Quando há problemas, o diagnóstico precoce permite que a família seja orientada desde o primeiro momento, recebendo informações de profissionais da saúde, tendo apoio para cuidar do desenvolvimento da criança.

Em muitos casos, o diagnóstico médico consegue identificar a causa mais provável da perda auditiva, mas nem sempre isso é possível. A ocorrência de gestações e partos com histórico complicado, bem como a manifestação de doenças maternas no período próximo ao nascimento da criança, podem inviabilizar a identificação dessa causa. Por isso mesmo, em cerca de 50 por cento dos casos, a origem da deficiência auditiva é atribuída a ‘causas desconhecidas’. Quando se consegue descobrir a causa, o mais frequente é que ela se deva a doenças hereditárias, rubéola materna e meningite. O conhecimento da história de cada pessoa – época em que ocorreu a surdez e grau de prejuízo; tipo de atendimento reabilitacional recebido, oral ou oral com sinais/gestos; estimulação feita para a aquisição da linguagem; aproveitamento dos resíduos auditivos –, bem como o trabalho com a família, auxiliando-a a aprender a lidar com a diferença do filho, têm contribuído para que a pessoa com surdez ocupe seu lugar na sociedade (FONSECA, 2000).

Podemos evitar ou prevenir a perda auditiva, se todas as mulheres forem ser vacinadas contra a rubéola, que constitui uma das principais causas de surdez congênita em nosso País. E ainda a criança jamais deve tomar remédio sem receita médica; um antibiótico, por exemplo, pode conter aminoglicosídeo, substância que geralmente prejudica a audição de forma irreversível. Sendo esses alguns dos manejos que os profissionais da saúde devem manter em seus atendimentos diários. É de grande importância que a surdez seja diagnosticada o mais cedo possível. E que, assim que for constatada, se inicie o atendimento especializado, que não se resume ao trabalho com a criança — deve incluir também os pais. No trabalho de estimulação precoce, o primeiro aspecto a ser lembrado é que a criança surda, em seus primeiros meses de vida, é um bebê com necessidades peculiares, pois a ausência da audição, interferindo na aquisição da linguagem e na maneira de conhecer o mundo, deixará marcas para o resto da vida. Principalmente nos casos em que se pode suspeitar desse tipo de quadro – como nascimento de alto risco, casos de surdez hereditária na família, casamentos consanguíneos, ocorrência de rubéola na gravidez ou um quadro de meningite após o nascimento – é fundamental que o bebê seja encaminhado para avaliação médica o quanto antes (FONSECA, 2000).

Identificada a surdez, o primeiro passo consiste em dar apoio à família e orientá-la em relação às necessidades de seu bebê. A estimulação precoce realizada no ambiente doméstico, aliada ao trabalho educacional de profissionais, permitirá que a criança adquira condições de se comunicar da melhor forma possível, situando-se de modo adequado na sociedade. No

trabalho com os pais, não basta orientá-los em relação à melhor forma de estimular a audição dos filhos. Eles precisam ter a oportunidade de manifestar suas preocupações e receber esclarecimentos suficientes para que se sintam mais seguros. É importante que possam falar de suas angústias por ter um filho diferente do esperado (FONSECA, 2000).

#### **4.11.3 Deficiência Física**

Segundo Amiralian (2000) deficiência física é a característica de problemas que ocorrem no cérebro ou sistema locomotor, e levam a um mau funcionamento ou paralisia dos membros inferiores e/ou superiores e comprometimento de demais sistemas. A Deficiência física pode ter várias etiologias, entre as principais estão os: fatores genéticos, fatores virais ou bacterianos, fatores neonatal, fatores traumáticos (especialmente os medulares). Tipos e definições de deficiência física referem-se à alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparésia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Além do direito ao trabalho, à educação e outras atividades inerentes a qualquer cidadão comum, o portador de deficiência física tem garantido o seu direito de ir e vir, locomovendo-se para onde desejar. Entretanto, muitas vezes, este direito é barrado por um simples degrau, por exemplo. Quando da construção de edifícios públicos, há que ser observada a legislação que prevê o acesso adequado destes indivíduos nestes lugares, evitando-se de excluir o portador de deficiência de realizar desejos de sua vontade mais simples como ir ao banheiro, por exemplo (AMIRALIAN, 2000).

Os portadores de deficiências físicas tiveram muitas conquistas nos últimos anos. Na verdade, como em todos os segmentos sociais, as conquistas dos deficientes são resultados de seus próprios trabalhos, principalmente através das entidades que os representam, por meio de protestos e reivindicações das mais variadas. A sociedade precisa compreender que os indivíduos portadores de deficiências representam 10 % da população brasileira e, por este motivo, devem ser vistos como sujeitos passivos de direitos como qualquer outro cidadão (AMIRALIAN, 2000).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta especialização contribuiu para o meu amadurecimento profissional, possibilitando o desenvolvimento do conhecimento e das habilidades, adquirida ao longo do curso. Evidenciando a aplicabilidade na minha prática profissional, pautando a assistência no conhecimento científico.

Foi preciso superar algumas dificuldades, durante a especialização, como: a falta de amadurecimento, para lidar com uma nova modalidade de ensino. A EAD nos possibilita vários caminhos novos, o aluno deve ser dono de seu saber e procurar novas fontes de conhecimento, o que se torna bem diferente da forma de ensino tradicional, no qual muito de nós ainda estamos acostumados. Outra dificuldade inicial era criar horários de estudo, pois acabávamos sempre deixando todo o material, para última hora. Porém passado o primeiro momento, isso foi resolvido. E ainda a criação dos portfólios, os primeiros não foram muito satisfatórios, mas com a ajuda de nossos tutores, os subsequentes foram melhores produzidos.

A incorporação dos conhecimentos adquiridos nesta especialização é essencial à prática profissional, não só do enfermeiro, assim como também dos demais profissionais da saúde. Possibilitando estabelecer uma assistência integral, ou seja, sem diferença para nenhum dos usuários do SUS. Incorporando o conhecimento adquirido ao longo do curso ao nosso dia a dia profissional. Favorecendo resultados de saúde melhorada, dando maior credibilidade ao profissional da área da saúde.

A importância deste curso de especialização em Saúde da Família para a formação continuada dos profissionais que atuam na atenção básica é grandiosa, pois nos ajudou a somar habilidades e conhecimento, utilizando-os na assistência integral de nossos clientes. Atuando biopsiquossocialmente. Contribuindo para prevenção de transtornos que acometem a saúde integral do homem e não perpetuando um sistema que produz e reproduz pessoas doentes.

Novos cursos de especialização deveriam ser ofertados a fim de fortalecer a assistência de saúde, pautando a estratégia saúde da família em conhecimento científico, pois, somente

através de conhecimento fundamentado em teorias alcançaremos o sucesso da estratégia saúde da família.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **A Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52 2005.

ALVES, L. C. **O hospício nacional de alienados:** Terapêutica ou higiene social?/ Rio de Janeiro. 2010. Dissertação de mestrado. Fundação Osvaldo Cruz. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/dissertacao\\_lourencecristine](http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/dissertacao_lourencecristine). Acessado 15/ 12/2010.

AMIRALIAN, M. L. T.; PINTO, E. B.; GHIRARDI, M. I. G.; LICHTIG, I.; MASINI, E. F. S. e PASQUALIN, L. **Conceituando deficiência** Rev. Saúde Pública, 34 (1): 97-103, 2000. [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp). Acessado em: 28/05/2011.

ARRUDA, D. **Sistemas de Informações e Alocação de Recursos.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1998. BELLONI, M. L. Educação à distância. Campinas. SP: Autores Associados, 1999.

BORDENAVE J. E. D. **Alguns Fatores Pedagógicos.** Texto traduzido e adaptado do artigo 'La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor. Revista Interamericana de Educação de Adultos, v. 3, n. 1-2, 1999.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher.** Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.203 de 06 de Novembro de 1996. Disponível em: [HTTP://www.conasems.org.br/files/NOB96.pdf](http://www.conasems.org.br/files/NOB96.pdf). Acessado em 25/05/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientações para práticas em serviço. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em [HTTP://pt.www.saude.gov.br](http://pt.www.saude.gov.br). Acessado em: 06/03/11. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Disponível em [HTTP://pt.www.mte.gov.br](http://pt.www.mte.gov.br). Acessado em: 07/03/11. Ministério do Trabalho, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=19578](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578). Acessado em: 18/05/11. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=927](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=927). Acessado em: 01/06/11. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/portariams6482006> Acessado em: 27/07/11. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Emendas Constitucionais do Brasil de 1988, art. 198. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/4/constituicao-federal-\[4-110810-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/4/constituicao-federal-[4-110810-SES-MT].pdf) Acessado em: 16/09/11.

BRASIL. Lei nº 11.350/2006, de 05 de outubro de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>. Acessado em: 25/06/11. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL/DAB. **Departamento de Atenção Básica**. Saúde da família. 2011. Disponível em <HTTP://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acessado em: 16/09/11.

CALVETTI, P. U.; FIGHERA, J.; MULLER, M. C. **A bioética nas intervenções em psicologia da saúde**. Psic, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acessos em 29 jun. 2011.

CECCIM, R. B.; **Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário**. Comunic, Saúde, Educ, v 9, nº 16, p 161-77, set de 2005/fev de 2005.

COSTA, D. C.; MENEGON, N. L. **Condução de ações em saúde e segurança do trabalho em pequenas e médias empresas: análise de três casos**. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, v. 32, n. 116, p. 60-71, 2007.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. **A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva**. Rev. Esc. Enf. USP, vol. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/520.pdf>. Acesso em: 23/09/2011.

FERNANDES MS. **A bioética como proposta para implementar a interdisciplinaridade**. Revista eletrônica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética, n. 1, v.1, p.1-8, 2005.

FEKETE, M. C. **A Qualidade na prestação do cuidado em saúde**. In: Brasil Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS, p 51, 2000.

FONSECA, Maria Cristina. **Deficiência auditiva**. – Brasília: MEC. Secretaria de Educação a Distância, 2000. 64 p.: il. (Cadernos da TV Escola 1, ISSN 1518-4706).

FORTES, P. **Reflexões Sobre a Bioética e o Consentimento Esclarecido**. Revista Bioética, Brasília, v.2, n.2, nov. 2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view). Acesso em: 29 Jun. 2011.



FREIRE, W. Revista Sustentação Saúde e Meio Ambiente COSSEMS Ceará. Nº 26 Jan. Fev. Abr. de 2010, p. 08-14.

GAIÃO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L. **Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza**, Ceará. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2005, vol.8, n.3, pp. 316-323. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300013>. Acessado em: 24 de Abril de 2011.

GIL, M. **Deficiência Visual**. Brasília: MEC. Secretaria de Educação a Distância, 2000. 80 p. : il. - (Cadernos da TV Escola. 1. ISSN 1518-4692).

HECK, J. N. **Bioética: Contexto Histórico, Desafios e Responsabilidade**. Florianópolis, v.4, n. 2, p. 123-139, Dez 2005. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/ethic@/et42art3.pdf>. Acesso em 20 Jun. 2011.

IVANA, C. M. P.; SOUSA, F. J.; LIMA, K. A.; NASCIMENTO, M. M. S. Instituto de Pesquisa e estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Fortaleza 2009. Disponível em: [http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil\\_basico/pbm-2009/Ibicuitinga\\_Br\\_office.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2009/Ibicuitinga_Br_office.pdf). Acessado em: 19 de Setembro de 2010.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

LOPES, M. I. V. **Pesquisa em comunicação**. – 8. Ed. – São Paulo: Edições Loyola. 2005.

MAESENEER J. e BILINGS M.; **A Atenção Primária à saúde como Estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão literária**. Revista Brasileira saúde da Família. Jul. a Set. de 2008.

MAIA, C & Mattar, J. ABC da EaD. **Educação a Distância Hoje**. Pearson, São Paulo, 2008. 138p.

MATTOS RA. **Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**, 2006. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em: Saúde – LAPPIS. Disponível em: [http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os\\_sentidos\\_integralidade.pdf](http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf) Acessado em 28.06.11.

MEC (Ministério da Educação e Cultura), 1997. **A tradição pedagógica brasileira**. In: Parâmetros Curriculares Nacionais (MEC, org.), pp. 30-33, Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, MEC.

MEIRA A. R. **Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2004, vol.50, n.3, pp. 249-250. ISSN 0104-4230. doi: 10.1590/S0104-42302004000300028

MENDES J. M. R.; LEWGOY A. M. B.; SILVEIRA E. C.. **Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo**. Rev. Ciência e Saúde. v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index> Acesso em: 29 Jun. 2011.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. e RUIZ, T. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.6, pp. 1665-1675. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600013>. Acessado em: 22/06/2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família.** Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade. 2010. 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: 06 abr. 2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de Especialização em Saúde da Família.** Intervenções Profissionais e o papel da Bioética. 2011. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int\\_bio/aula\\_04/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_04/). Acesso em: 20 jun. 2011.

NUTEDS/UFC. **Curso de especialização em saúde da família.** Avaliação na EAD online. Fortaleza, 2010. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula\\_04/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_04/). Acesso em 21 Out. 2011.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. *Epidemiologia & Saúde*, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PEREIRA, A L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set - out, 2003.

PHAS. **Política de Humanização da Assistência à Saúde.** Rio Grande do Sul. 2005. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

SANTOS M. A. M., CUTOLO L. R. A. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família.** Arquivos Catarinenses de Medicina V. 32. No. 4 de 2003. Acessado em 28.06.11.

SILVA A. T. M. C.; BARROS S.; OLIVEIRA M. A. F. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto.** Rev. Esc. Enferm. USP 2002; 36(1): 4-9.

SIVIERI, L. H. **Saúde no trabalho e mapeamento dos riscos in: saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical.** São Paulo: FUNDACENTRO, 1996, p.79-87.

SOLLA, J. J. S. P. **Acolhimento no sistema municipal de saúde.** Rev. Bras. Saúde Materno. Infant. [on-line], vol. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-308](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-308) Acessado em: 20/07/2011.

TULIO, E. C.; STEFANELLI, M. C.; CENTA, M. de L. **Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo.** Fam. Saúde Desenv., Curitiba, vol. 2, n. 2, p.71-79, jul./dez. 2000. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4923/3749> Acessado em: 28/06/2011.

VILELA E. M.; Mendes I. J. M. **Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico.** Rev. Latino-am. Enfermagem 2003 julho-agosto; 11 (4): 525-31. Acessado em 28.06.11.