

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

DAYANA LEITE DE ARAÚJO

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLETINDO
SOBRE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO
EM SAÚDE**

FORTALEZA

2011

DAYANA LEITE DE ARAÚJO

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLETINDO
SOBRE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO
EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, da 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 de Título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Ms^ª. Alana Kelly Maia Macêdo Nobre de Lima

FORTALEZA

2011

DAYANA LEITE DE ARAÚJO

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLETINDO
SOBRE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO
EM SAÚDE**

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 de Título de Especialista.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms^a. Alana Kelly Maia Macêdo Nobre de Lima - Orientadora

Prof. Esp. Paulo Cesar Jorge Vieira dos Santos (1º Avaliador)

Prof. Ms^a. Milana Drumond Ramos Santana (2º Avaliador)

À Deus por tudo que me proporciona na
vida.

À minha mãe e meu pai, os quais amo
muito, pelo
exemplo de vida e família.

A meus irmãos por tudo que me ajudaram
até hoje.

AGRADECIMENTOS

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa,

auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis.

Agradeço, especialmente, à minha família, pelo apoio para que eu concretizasse essa pesquisa: minha mãe e meu pai, que entendiam quando muitas vezes aos domingos renunciei estar com eles para dar continuidade a esta pesquisa.

Às tutoras Alana Kelly Maia e Rosângela Rodrigues, minhas “orientadoras”, que possibilitaram-me

“aprendizagens únicas”, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos

durante essa jornada.

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

A amiga Samara Calixto pela amizade que se enraizou no decorrer desses anos de luta e por partilhar a construção do meu estudo.

A todos, muito obrigada.

“O correr da vida embrulha tudo. Ávida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa, quieta e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e amar, no meio da alegria. E ainda mais no meio da tristeza. Todo o caminho da gente é resvaloso, mas cair não prejudica demais, a gente levanta, a gente sobe, a gente volta”.

(João Guimarães Rosa em “Grande Sertão Veredas”, 1956).

RESUMO

A efetiva consolidação do SUS configura-se como possibilidade de mudança na forma com que os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a saúde enquanto expressão de cidadania. O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Objetivos: Relacionar os conteúdos apreendidos ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC com a prática profissional. Metodologia: Para atingir o objetivo geral desse estudo foi realizada uma revisão de literatura onde se procurou ao logo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC elaborar uma revisão narrativa a partir de pesquisas por artigos científicos no site da Biblioteca Virtual em Saúde. Resultados: O portfólio foi produzido através do condensamento de todas as atividades, fóruns, considerações pessoais e reflexões de cada aula da disciplina. Em cada aula, eram utilizadas diversas fontes para estruturação do portfólio como: a própria internet, informações primárias (registros da Unidade, Sistemas de Informação – SIAB), fontes secundárias (conversa com pacientes e membros da Equipe, informações obtidas na Secretaria de Saúde). Sendo esta pesquisa um relato de experiência não é obrigatória a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Conclusão: Dentre os diversos aspectos que sinalizam para a mudança da prática profissional sem dúvida o Curso de Especialização em Saúde da Família NUTEDS/UFC veio a somar na experiência dos trabalhadores da saúde que trabalham na atenção básica, trazendo atualização e capacitação na Estratégia Saúde da Família..

Palavras-chaves: SUS. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Curso de Especialização em Saúde da Família.

ABSTRACT

SUS's Effective Consolidation it configures as change possibility in the form with which the health services and practices organize, redirecting focuses and ruling itself in paradigms geared to the health while citizenship expression. The family's Program Health (PSF) arises in Brazil as a model assistencial reorientation strategy from the basic attention, in conformity with the System principles Only of Health. Objective: Relate the contents apprehended along the Specialization Course in Family Health – NUTEDS/UFC with the professional practice. Methodology: To reach the general goal of this study was accomplished a literature revision where searched to the soon of the Specialization Course in Family Health – NUTEDS/UFC elaborate a revision narrative starting from researches for scientific goods in the site of the Virtual Library in Health. Results: Portfólio was produced through condensamento of all the activities, forums, personal considerations and reflections of each discipline class. In each class, they were used several sources for portfólio structuring as: The internet itself, primary information (unit Records, Information Systems – SIAB), secondary sources (talks to Team patients and members, information obtained in the Health Secretariat). Being this research an experience report is not compulsory the approval in the Ethics and Research Committee in Human beings (ZIP CODE). Conclusion: Among the several aspects that signal for the change of the professional practice without a doubt the Specialization Course in Family Health NUTEDS/UFC came to sum in the workers' health experience that work on the basic attention, bringing update and training in the family's Strategy Health.

Words-keys: SUS. Basic attention. Strategy family's Health. Specialization course in family's Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
3	METODOLOGIA	13
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	14
4.1	Disciplina 01 – Educação à Distância	14
4.2	Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde	17
4.3	Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	24
4.4	Disciplina 04 – Saúde Mental e Violência	27
4.5	Disciplina 05 – Saúde da Mulher	29
4.6	Disciplina 06 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	33
4.7	Disciplina 07 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	39
4.8	Disciplina 08 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	45
4.9	Disciplina 09 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	48
4.10	Disciplina 10 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	52
4.11	Disciplina 11 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	60

1. INTRODUÇÃO

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (Pinheiro & Luz, 2003), tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES, 2005).

A efetiva consolidação do SUS configura-se como possibilidade de mudança na forma com que os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a saúde enquanto expressão de cidadania. A reorganização da atenção à saúde no Brasil requer um acúmulo de forças capazes de reestruturar a produção de serviços e de conhecimento, submetendo-as ao bem comum. Sem perder de vista a complexidade dessa discussão, cabe ressaltar duas premissas integradas e inadiáveis: no âmbito da sociedade, faz necessário fortalecer o controle social sobre as ações governamentais e, no escopo da gestão pública, é necessário priorizar a oferta dos serviços a partir das necessidades de saúde da população. Cabe ressaltar que a articulação entre os níveis de atenção figura como ponto crítico a ser enfrentado, sob o risco de diminuição do acesso da população aos serviços de saúde (PIRES, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de

intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (LABETE, 2005).

A reorganização dos serviços é colocada como uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas essas estratégias, a educação permanente em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde (ALBUQUERQUE, 2004).

Há algumas décadas se acreditava que ao terminar uma graduação o profissional estaria apto para atuar na sua área para o resto da vida. Hoje, a realidade é diferente, o profissional, principalmente o que trabalha na Estratégia de Saúde da Família, deve estar consciente que sua formação é baseada numa educação permanente e integrada ao seu cotidiano. Cada vez mais o profissional é cobrado pelo fracasso na sua área de atuação profissional, dessa maneira, este busca se aprimorar fazendo cursos, capacitações, participações em Congressos e palestras, Cursos de Especialização, etc. Esse Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC na modalidade semipresencial forneceu meios para atender a demanda de profissionais da Estratégia de Saúde da Família que trabalham, mas não possuíam uma qualificação na mesma.

Na prática institucional se fazem necessários uma aprendizagem no processo de escuta e um permanente debate coletivo sobre os problemas de ordem político e questões profissionais. Atuo como enfermeira desde 2008 e desde 2009 no município de Lavras da mangabeira, particularmente gosto de trabalhar com as atividades de promoção e proteção da saúde do indivíduo e coletividade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relacionar os conteúdos apreendidos ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC com a prática profissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mostrar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC);

Refletir sobre as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC e as influências no crescimento profissional.

3. METODOLOGIA

Para atingir o objetivo geral desse estudo foi realizada uma revisão de literatura onde se procurou ao logo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC elaborar uma revisão narrativa a partir de pesquisas por artigos científicos no site da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online), que se relacionassem com os temas abordados durante o curso de Especialização em Saúde da Família.

O local de estudo deste trabalho foi o ambiente AVA, assim como a Unidade de Saúde e demais Sistemas de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, onde foram colhidas as informações para elaboração do portfólio. A Unidade de Saúde localiza-se no centro da cidade de Lavras da Mangabeira, CE.

O período de estudo foi compreendido entre os meses de agosto de 2010 a setembro de 2011, onde começamos com a disciplina de Educação a Distância, seguindo de Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental e Violência, Saúde da Mulher, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal, ABS Pessoas com Deficiência, Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade-práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde e Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde, totalizando onze disciplinas, todas estas com a elaboração de um portfólio para cada disciplina.

O portfólio foi produzido através do condensamento de todas as atividades, fóruns, considerações pessoais e reflexões de cada aula da disciplina. Em cada aula, eram utilizadas diversas fontes para estruturação do portfólio como: a própria internet, informações primárias (registros da Unidade, Sistemas de Informação – SIAB), fontes secundárias (conversa com pacientes e membros da Equipe, informações obtidas na Secretaria de Saúde). Sendo esta pesquisa um relato de experiência não é obrigatória a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Disciplina 01 – Educação a Distância

Educação a distância foi a primeira disciplina a ser ofertada. Teve início na data de 18 de agosto até o dia 15 de setembro de 2010. Dividiu-se em quatro aulas, dentre elas, Aula 01- O que é educação a distância? Aula 02- Autonomia e Autodidatismo. Aula 03- Interação na Ead Online. Aula 04- Avaliação na EAD Online. Na aula intitulada: ‘O que é Educação a Distância’ discutimos sobre os avanços tecnológicos advindos das Tecnologias da Informação e das Comunicações – TIC e as transformações que elas determinam na sociedade, tanto na educação, como na comunicação e saúde, alterando até mesmo o significado de espaço e tempo.

Estudamos sobre como surgiu a Educação a Distância (EaD), seu conceito e as gerações que a compõem. Entendemos o aluno online, as gerações da EaD online, e a Educação a Distância na modalidade semi-presencial.

O primeiro fórum foi de apresentação, tivemos a oportunidade de conhecer melhor nossos colegas, que até esta data, muitos eram desconhecidos. Fato que facilitou bastante a nossa interação durante o curso. No segundo fórum, fomos questionadas sobre o processo de mudança na educação à distância. Realizamos a leitura do texto “O que é Educação a Distância”, de José Manuel Moran, e trocamos ideias sobre as principais contribuições dos cursos na modalidade de educação à distância nos campos da formação de profissionais em educação em saúde.

Concluimos que EaD é uma forma de ensino/aprendizagem em que o foco principal é o aluno, onde o professor o auxilia na busca de conhecimentos, interatividade e troca de experiência.

A Educação a Distância, é um modelo educacional que se utiliza dos mecanismos tecnológicos disponíveis e pertinentes em cada época para alcançar uma determinada população. A educação tem buscado acompanhar as transformações sociais ocorridas ao longo dos anos, sem denegrir sua função social, que é, primordialmente, possibilitar o pleno desenvolvimento humano. Destarte, a modalidade a distância de ensino sugere um mecanismo plausível e inegável, pois atende às novas demandas socialmente impostas.

Infere-se, portanto, que a educação a distância no Brasil privilegia todos aqueles interessados em conquistar e construir sua autonomia na aprendizagem, além de não discriminar camadas sociais menos favorecidas.

O Ensino à Distância nasce sob o signo da democratização do saber. Trata-se de uma inovação educativa que tem por objetivo maior gerar condições de acesso à educação. (MONTEIRO, 2010). Basicamente, trata-se de um encontro virtual entre professor e alunos, onde ambos podem ter a oportunidade de organizar seus horários e decidir onde e quando devem iniciar seus estudos.

É o processo ensino aprendizagem que tem como método a separação física no tempo e no espaço, onde professores e alunos interagem por meio de tecnologias de comunicação. Essa Educação deve ser contínua e de formação constante. A interação e interlocução devem acontecer entre todos os envolvidos nesse processo.

Segundo Houaiss (2004, p.78) autonomia significa “capacidade de governar a si mesmo”. Nota-se que se um indivíduo é autônomo, ele é capaz de administrar seus compromissos e, neste caso, sua aprendizagem. Assim, a autonomia é uma conquista e se consolida com a maturidade, o crescimento e na convivência.

A autonomia na aprendizagem é algo que requer disciplina, decisão, organização, persistência, motivação, avaliação e responsabilidade. No que tange a educação à distância, ser um aprendiz autônomo é saber utilizar-se dos recursos tecnológicos que esta modalidade disponibiliza, adequando-os às reais necessidades individuais, o que significa dizer: flexibilidade de horário para o estudo, atendimento personalizado, inovação das metodologias de ensino, aperfeiçoamento e novas possibilidades de avaliação da aprendizagem, sem denegrir suas normatizações legais, assim como a ampliação de relacionamentos interpessoais. (KEOUGH, 1982).

O aprendiz autônomo pode aprimorar suas potencialidades cognitivas por intermédio de um planejamento rotineiro e eficaz e, quando necessário, flexível para o estudo. Ressalta-se tal ponto objetivando-se minimizar o conflito existente, na educação à distância, entre personalização e descomprometimento em relação aos períodos destinados para o aperfeiçoamento do intelecto. (PRETI, 2005)

Portanto, a autonomia do aprendiz é respaldada e respeitada na modalidade à distância, uma vez que reconhece as transformações ocorridas na sociedade e lhes fornece subsídios de atualização e práticas educacionais condizentes a esta nova realidade mundial. Sendo assim, o ensino a distância respeita os interesses e as

necessidades da população brasileira e descompromete-se com os desejos da classe dominante do país que se enriquece com a pobreza e a desvalorização de outrem.

A educação a distância também possui outros significados e dimensões na esfera social, haja vista seu papel crucial na elevação do índice de novas matrículas em instituições de ensino e na propagação do saber em diferentes e outrora, inalcançáveis, localidades como tratado anteriormente.

Portanto, no tocante à autonomia, percebeu-se que a autoaprendizagem é um mecanismo individual que requer posicionamento, comprometimento e responsabilidade para, então, desfrutar das possibilidades ofertadas pela tecnologia educacional. Entretanto, a mesma é constituída também coletivamente, pois depende de uma instituição educacional empenhada a cumprir de forma eficiente seu papel, fornecendo-lhe aparatos necessários. Os relacionamentos interpessoais e as trocas de conhecimentos também motivam e aceleram aprendizagens e, por isso, são indispensáveis.

Dessa forma, torna-se de suma importância a oportunidade de interação entre a necessidade da obtenção de conhecimentos e a prática de aprendizagem virtual, onde se têm a autonomia de saber desenvolver as atividades com disciplina podendo conciliar seus horários da melhor forma possível.

A modalidade de EaD é inovadora e pretende atingir vários alvos. Poderemos de vários locais do mundo estar nos comunicando através da internet, tirando dúvidas, fazendo colocações e aceitando opiniões onde juntos conseguiremos formar novos conceitos. No ensino online, estaremos separados dos colegas e professores, mas se utilizarmos os recursos tecnológicos da forma adequada e satisfatória estará mais próximo do que nas aulas presenciais.

Para nós profissionais da saúde essa nova forma de aprendizagem vai contribuir muito e facilitar as nossas aulas, já que não teremos de estar presentes em todas as atividades, somente em algumas ocasiões, o que facilita a nossa participação. Essa nova modalidade de ensino contribuirá muito para nossa prática profissional, na troca de experiências e compartilhamento de conhecimentos adequando nosso tempo disponível nesse processo.

Nos dias atuais, o conhecimento tornou-se a principal ferramenta em busca do crescimento profissional. Com a evolução da tecnologia, temos a necessidade de correr atrás de nossos objetivos, economizando tempo e dinheiros. E baseando-se nessa perspectiva, surge a Educação a Distância.

4.2 Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde

A disciplina de Processo de Trabalho em Saúde teve início na data de 16 de setembro a 17 de outubro de 2010. Dividiu-se em quatro aulas, entre elas: Aula 01- Introdução à Disciplina. Aula 02- O Processo de Trabalho em Saúde. Aula 03- O Processo de Trabalho em atenção básica de saúde. Aula 04- Modelos de determinação Social e Processos de Trabalho em Atenção Básicas de Saúde. Nesse módulo, estudamos sobre a prática dos trabalhos em saúde. Com ela, refletimos sobre experiências imaginárias de alguns pensadores do assunto.

4.2.1. Introdução

A Disciplina Processo de Trabalho em Saúde mostrou que o modelo de saúde há algum tempo atrás se baseava na prática médica, e com o passar do tempo está sendo substituída pela prática de uma equipe multiprofissional, que utiliza de todos os recursos disponíveis para prestar uma assistência de qualidade à população.

Existe uma gama de problemas que interferem intensamente na capacidade de resolubilidade dos serviços de saúde, tanto na demanda individual como coletiva dos usuários, e que influenciam na pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, causando insegurança e insatisfação tanto por parte da equipe como dos usuários desse sistema.

Tendo em vista todos estes entraves na saúde, a Estratégia de Saúde da Família surge para reorientar a atenção básica em saúde, baseando-se em alguns conceitos fundamentais como: humanização, integralidade, universalidade, entre outros que irão nortear a prática assistencial dos serviços de saúde.

4.2.2 O que se assemelha e o que se diferencia entre a Equipe Verde e a minha.

Achei muito interessante o que foi mostrado, de uma forma geral é o retrato da atenção primária em nosso país. A equipe verde foi bastante sábia em suas colocações e pôde em poucas palavras definir o perfil estrutural de uma unidade básica de saúde. A realidade de lá não é muito diferente da daqui. Claro que todo lugar possui as suas peculiaridades que nos tornam diferentes.

No quesito grande rotatividade de profissionais, em especial o médico. Acredito que essa seja uma realidade nas unidades de saúde pelo país afora. Os médicos migram para as cidades maiores em busca de mais oportunidades de emprego e capacitação, outro entrave é a falta de disponibilidade para o cumprimento da carga horária semanal de quarenta horas.

Podemos observar também que a atenção primária tem absorvido muitos profissionais, principalmente os recém-formados, que vão ali adquirir experiência e fazer um “pé de meia”, e em breve irão deixar as unidades.

Assim como na equipe verde, alguns profissionais pretendem mudar de área de atuação, e possuem outras atividades para complementar na renda mensal. Existem aquelas que trabalham pelo amor a profissão e, não somente pela remuneração.

Foi relatado um fato costumeiro na política interiorana: “o novo prefeito desativou o PSF que havia sido implantado por seu adversário político” esta colocação se diferencia da que ocorre em nosso município, aonde os interesses dos gestores vão de encontro aos da população, é uma política de inclusão.

4.2.3. Município de Lavras da Mangabeira

Lavras da Mangabeira se localiza na região do centro-sul do Ceará, distante aproximadamente a 430 km da capital Fortaleza, tem uma população estimada em 31 mil habitantes. O desenvolvimento local ocorre lentamente, a cidade não possui fábricas ou indústrias. A agricultura torna-se uma das principais fontes de subsistência, assim como a pecuária e o emprego da prefeitura. A política está bem dividida em dois grupos distintos, um deles passou doze anos no poder e o outro está a seis anos, cumprindo o mandato até 2012.

As festas religiosas, a festa do município e o São João são tradicionais. Na área da saúde, a cidade faz parte da 17ª microrregional sediada na cidade vizinha de Icó. Possui apenas um hospital filantrópico, tendo dois médicos fixos que são os diretores da instituição, ambos atendem toda a demanda municipal, inclusive das cidades e localidades circunvizinhas, motivo de reclamações constantes da população.

Há mais de 10 anos foi adotada a estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 10 equipes na zona urbana e rural cobrindo 60% da população. No município há um total de 8.250 famílias, sendo 4.586 na zona urbana e 3.664 na zona rural. Dentre os recursos humanos estão enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos,

atendentes, dentistas e auxiliares de limpeza. Além de profissionais responsáveis pelos serviços de farmácia, curativos, imunização e procedimentos.

4.2.4. Comunidade/área

A Unidade de Saúde da Família da Sede III foi criada desde 2002 e em 2008 foi transferida para uma casa alugada no centro da cidade. A casa é nova e foi adaptada para servir como uma unidade de saúde. Apesar da boa localização da unidade a demanda é pequena. A cobertura gira em torno de 1.472 famílias.

Não possui salas apropriadas para um bom funcionamento (não há salas para: imunização, dentista, reuniões, e a sala da enfermagem não está apropriada para realização do exame de prevenção do câncer de mama e do colo uterino). A sala do médico é nos momentos oportunos utilizada para reuniões, pois não há uma sala destinada para esse fim. O atendimento médico só é realizado três vezes na semana, de segunda a quarta-feira.

O exame de prevenção de mama e do câncer de colo uterino é realizado em outra unidade, a unidade antiga, que hoje funciona como um centro de saúde, desde a gestão anterior que assim é feito e continuou motivo de reclamação da população que às vezes precisa andar mais para ser atendida.

4.2.5. A Equipe

É formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Maria F.F., 50 anos, casada, tem três filhos, já é avó, agente comunitária de saúde da micro área 7, com 80 famílias cadastradas. Maria estudou até a 8ª série e trabalhava como doméstica antes de trabalhar como ACS.

Antonia M.S., 40 anos, casada, a agente comunitária de saúde da micro área 10, com 83 famílias cadastradas, mora na zona rural.

Maria C.L.S.G., 40 anos, casada, a agente comunitária de saúde da micro área 33, com 269 famílias cadastradas, fez o ensino médio completo, tem facilidade de falar em público e reivindicar seus direitos. Maria é uma pessoa bastante agitada.

Celi F.P.S., 55 anos, casada, a agente comunitária de saúde da micro área 36, com 294 famílias cadastradas. Celi estudou até a 7ª série, é hipertensa, cardiopata, apresenta a saúde bastante debilitada.

Cicera M.A., 35 anos, casada, a agente comunitária de saúde da micro área 65, com 282 famílias cadastradas. Cicera fez o ensino médio completo e antes desse emprego trabalhava como doméstica.

Laura S.C., 23 anos, solteira, a agente comunitária de saúde da micro área 72, com 182 famílias cadastradas. É o segundo emprego de Laura, trabalhava antes como atendente em uma farmácia, cursa serviço social e pretende mudar de profissão, assim que se formar.

Cícera S.P., 38 anos, solteira, a agente comunitária de saúde da micro área 73, com 282 famílias cadastradas. Antes de ser agente de saúde era comerciante e até hoje possui o boxe no mercado, atualmente sua filha de 17 anos é quem toma conta do estabelecimento.

Maria V.S.A., 30 anos, casada, auxiliar de enfermagem, possui um casal de filhos, o menino é diabético desde criança e hoje aos 12 anos inspira cuidados da mãe. Trabalha na unidade há um ano, se identifica com a profissão e não pretende deixar de fazer o que gosta.

Marinês M.M., 37 anos, casada, auxiliar de enfermagem, tem três filhas, trabalha a três anos na unidade, conhece todos os costumes da clientela, obesa, hipertensa, faz faculdade de enfermagem no período vespertino e ainda concilia outro emprego de plantonista no Hospital da cidade, no período noturno.

Ytallo S.A., 24 anos, solteiro, enfermeiro, recém-formado, este é o seu primeiro emprego, almeja cursar medicina e para isso está estudando para prestar vestibular, pretende ficar no município até o final do ano.

Manoel I.F.S., 53 anos, casado, médico, antes de ser médico foi bancário, já era casado quando cursou medicina, estudou com muito sacrifício, passou mais tempo que o esperado na universidade, trabalha de segunda a quarta na unidade e nas quintas realiza as ultrassonografias do município em consultório próprio, nas sexta faz vista aos pacientes acamados.

4.2.6. A Unidade

A unidade de saúde funciona de 08h00 às 16:30 horas. É mais movimentado quando há atendimento médico, as pessoas se aglomeram nas calçadas antes do dia amanhecer para pegar a ficha. Possuem duas auxiliares de enfermagem, uma delas faz faculdade no período vespertino na cidade vizinha e por isso, só trabalha pela manhã, a outra trabalha o dia inteiro. A população reivindica um dentista para a unidade*, para que assim a equipe fique completa e que o atendimento médico seja de segunda a sexta-feira, tendo em vista a carência de médico nas quintas e sextas-feiras e nos finais de semana. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a comunidade, porém até o momento não existe proposta de solução. A população também solicita melhores instalações para a unidade, e será solucionado até o final do ano, pois o município ganhou uma sede própria do Ministério da Saúde, que tem o prazo de seis meses para entrega.

*(DL) Sim, a falta de dentista não está relacionada a falta de interesse da gestão, mas sim na carência de profissionais no mercado, eles preferem trabalhar em cidades maiores pela maior oferta de oportunidades. No município das 10 ESF, apenas 06 possuem dentista. Não há coordenador de saúde bucal, o coordenador da atenção básica é quem se responsabiliza pela contratação dos profissionais de nível médio/técnico e superior. No concurso realizado há cinco anos, não foram preenchidas as vagas para o cargo de dentista, os classificáveis assumiram e mesmo assim renunciaram. Além do que já foi citado, a unidade não comportaria mais esse profissional, pois não há estrutura física para tal.

4.2.7. O Dia-a-Dia

O tempo da Equipe está ocupado em promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente, centrada na promoção da qualidade de vida, proteção à saúde e prevenção dos fatores que a colocam em risco. A maior parte do atendimento está relacionada à demanda espontânea, além dos programas como, pré- natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas, além das visitas domiciliares. Os idosos da área fazem parte do grupo do idoso que fazem atividades na praça da matriz três vezes

por semana, acompanhados por uma fisioterapeuta. Os idosos participam ativamente de todas as atividades do município, e para eles existem momentos específicos.

Nessas colocações, a equipe revelou quais as situações do cotidiano e como elas são enfrentadas. Essa atividade inspirou uma reflexão profunda por parte de todos os profissionais da unidade e qual o seu papel diante a sociedade.

4.2.8. Reflexões dos textos

O profissional que trabalha na ESF tem um grande desafio a ser enfrentado. Em cada lugar há as suas particularidades, mas acredito que quando se fala em escassez de recursos humanos, financeiros e materiais a linguagem torna-se universal. A falta de algum desses elementos, se torna um entrave para um bom desempenho do papel profissional.

Há ainda a diversidade da clientela. Esta geralmente é formada de pessoas carentes e com baixo nível de escolaridade. E neste sentido é necessário ser empático e usar a linguagem do usuário para que se faça entendido. Por outro lado, as pessoas ainda não entenderam qual é o intuito da ESF. Os usuários do SUS só procuram a UBS quando a patologia está instalada. O modelo de promoção e prevenção da saúde pouco funciona, o que impera é o modelo curativo. O que se planejou foi muito bonito, porém “a realidade é outra!”.

O nível local consegue identificar de maneira discreta quais as reais necessidades em saúde, o que falta mesmo acredito que seja a resolubilidade. Quando os profissionais, os gestores e os líderes comunitários fortalecerem os laços de parceria aí sim será mais fácil conseguir a saúde que queremos, o processo de mudança é lento, é um “trabalho de formiguinha” (devagar e sempre), que precisa ser continuado.

Corroboro com aquilo que anteriormente a colega Fabíola escreveu: “A idéia de saúde está associada com o sentir-se bem, feliz, trocar e compartilhar com os outros, aproximando-se das condições de bem-estar social e coletivo”. Antigamente a saúde era definida como a ausência de doenças, e ao longo dos anos esse conceito foi sendo reformulado e atualizado, até se acreditar que a saúde é o completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças.

O paciente deve ser avaliado no aspecto biopsicossocial respeitando suas crenças e valores, que deverão ser identificadas no momento da consulta, o profissional precisa ser perspicaz para interferir no momento certo. Saber ouvir e identificar o que o

paciente pretende nos dizer nas entrelinhas de uma conversa ou usando a linguagem não-verbal e a partir daí prestar uma assistência de qualidade.

Atender com uma postura humana e ética a todos os usuários para que estes se sintam valorizados e mantenham uma relação de confiança com o profissional. Os princípios do SUS devem nortear a prática profissional na atenção primária em saúde, e em todos os outros níveis de atenção.

As condições de vida e trabalho de uma população hoje analisada sob a ótica de determinantes sociais em saúde gerou um estudo generalizado para identificar o nível de saúde de uma população. Os fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais são fatores de risco para o aparecimento dos problemas de saúde na nossa população. O modo como as pessoas vivem e trabalham são objetos de estudos, pois influenciam sobremaneira no processo saúde/doença.

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA-FILHO, 2002).

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade, contribuindo com cerca de 30% de todas as mortes por causas definidas. Ao contrário do que se observa em outros países, onde a doença arterial coronária lidera mortalidade cardiovascular, a doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar entre as causas de morte de origem cardiovascular em nosso país (GUS et al,2004; LEMOS et al, 2006).

Apesar de já ter sido identificado quais as maiores causas de morte em nosso país, e quais os fatores determinantes de saúde em uma população ainda falta uma sensibilização por parte dos gestores para adequar a uma política pública de saúde resolutiva com o nível de vida de uma população. Os profissionais ainda estão pouco capacitados para atuarem prestando uma assistência preventiva, em detrimento da curativa, e coletiva, em detrimento da individual.

4.3 Disciplina 03 - Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Esta disciplina teve início em 15 de outubro e terminou em 14 de novembro de 2010, foi dividida em quatro aulas, entre elas: Aula 01- Modelo Assistencial em Saúde. Aula 02- Atenção Básica à Saúde. Aula 03- O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial. Aula 04- A qualidade na prestação do cuidado em saúde. Onde refletimos sobre os modelos assistenciais em saúde em diferentes contextos. Vimos o Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, entendida como projeto de reorganização da Atenção Básica e de implementação do novo Modelo Assistencial que está expresso na Constituição Brasileira, abordando o trabalho da equipe na reorientação da Atenção Básica em Saúde (ABS) e de mudança de Modelo Assistencial.

4.3.1. Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge no Brasil, como uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, baseando-se nos princípios do SUS.

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo hospitalocêntrico não atende mais a emergência das mudanças do mundo moderno.

Dessa forma o PSF se apresenta como uma nova forma de trabalhar a saúde, tendo a família como parte integrante, no centro da atenção e não somente o indivíduo doente. Onde, devem ser utilizados os conceitos de promoção, prevenção e proteção da saúde muito mais que os de recuperação e reabilitação. O novo modelo de atenção não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela.

4.3.2. O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial

No município que trabalho, ainda está bastante arraigado o modelo hospitalocêntrico, apesar de existirem dez equipes da Estratégia Saúde da Família e da mesma ter sido implantada há mais de 10 anos, a população procura o hospital para resolver seus problemas de saúde, inclusive para os cuidados mais básicos que poderiam ser resolvidos na ESF.

Na ESF a equipe sempre faz reuniões para tentar solucionar o problema, pois no hospital local, só há de plantão dois médicos para uma população de mais de trinta mil habitantes. Orientações são dadas as agentes de saúde para que elas expliquem qual o intuito da ESF, quais as ações que são desenvolvidas e como é a programação semanal da equipe.

Notamos que falta interesse das pessoas em promover os cuidados à saúde, as mulheres não vão fazer o exame preventivo do câncer de colo uterino e das mamas, talvez um dos entraves seja porque o profissional de enfermagem seja do sexo masculino.

Identificamos uma alta incidência de adolescentes grávidas e nesse contexto a equipe tenta se articular com outras instituições como o Centro de Referência da Assistência Social, as Escolas para tentar sensibilizar toda a sociedade a fim de ajudar as pacientes a enfrentarem essa gravidez da forma mais branda possível.

Outro entrave observável é com relação ao absenteísmo no tratamento da tuberculose, as pessoas dão pouca importância e não aderem ao tratamento da forma como deveriam, os familiares às vezes não estimulam o paciente ou este mesmo não acha relevante procurar o serviço de saúde.

4.3.4 A qualidade na prestação do cuidado em saúde

O planejamento é uma das etapas do processo de enfermagem. Nesta perspectiva o profissional de enfermagem irá utilizar todo o conhecimento que possui para prestar uma assistência de qualidade ao indivíduo e orientar os familiares para os cuidados que irão nortear tal prática.

O agente comunitário de saúde serve como elo entre a Equipe e a comunidade. Ele expõe a situação de saúde vivenciada pela população de sua área levando ao conhecimento dos profissionais da ESF para, a partir daí, ser tomada alguma providência.

A comunicação deve existir sempre como um meio facilitador do trabalho em saúde. Existe um canal aberto entre os membros da equipe que trabalham internamente na ESF, estes se relacionam muito bem e por vezes discutem a melhor forma de intervenção para os problemas expostos.

Com relação à comunicação externa sinto que há dificuldade, principalmente porque alguns agentes de saúde moram na zona rural, distante da ESF e onde moram

não há sinal para celular. Tentamos então mandar recados por vizinhos ou conhecidos dos ACS.

Porém, os que moram na sede do município são sempre assíduos na ESF, pois além de serem empenhados no trabalho, possuem vínculos de amizade com membros da Equipe.

Em se tratando da população, quando pretendemos nos comunicar, mandamos recados pelos ACS, ou por conhecidos ou ainda, colocamos avisos na rádio local para ser divulgado na hora do jornal do meio dia que tem atinge mais de 90% de audiência no município.

No mais como qualquer outra Equipe de Saúde da Família existe as dificuldades que sempre são enfrentadas com louvor, porque os obstáculos existem para serem superados e não para servir de escudo.

4.3.5. Descrição e Reflexão da temática proposta

O trabalho da Estratégia de Saúde da Família deve favorecer uma adequada ação assistencial, onde os atributos de qualidade devem estar sempre presentes. Além do tratamento do indivíduo em si, deve conhecer e compreender o meio em que ele está inserido, o seu modo de viver e os fatores que implicam na saúde/doença do mesmo.

Na Atenção básica, com a proposta de mudança no modelo assistencial, o trabalho se volta ao trabalho em equipe, onde juntos, os integrantes da ESF devem estar capacitados para enfrentar as dificuldades enfrentadas pela comunidade e estar aptos a encaminhar os tratamentos a outros níveis de assistência.

4.4 Disciplina 04 – Saúde Mental e Violência

Esta disciplina teve início em 12 de novembro e terminou em 19 de dezembro de 2010, foi dividida em quatro aulas, entre elas: Aula 01- Construções histórica, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil. Aula 02- A assistência e a clínica. Aula 03- Casos clínicos na comunidade. Aula 04- Estratégias em saúde mental. Nesta disciplina vimos que a violência está cada vez mais presente os casos de psiquiatria. Nos deparamos com a violência nos lares dos portadores de distúrbios mentais e nas instituições psiquiátricas.

4.4.1. Introdução

O conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: O seu meio interno e externo; As suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (MARTINS, 1989).

A saúde mental é tratada nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que são serviços de atenção diária, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Têm a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade. Estes serviços são regulamentados pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (MACHADO, 2007).

4.4.2. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: Um Serviço Criado Após a Reforma Psiquiátrica

Em virtude disso, surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial que é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicose, neuroses graves e demais quadros, cuja permanência/referência esteja relacionada ao quadro clínico do paciente.

É um serviço criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos. O tratamento pode ser intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, cuja realização se dá por

acompanhamento clínico e reinserção social, permitindo assim que os usuários tenham acesso a trabalho, lazer, exercício de direitos civis e convívio familiar e social.

Algumas atividades desenvolvidas no CAPS:

- Acompanhamentos terapêuticos grupais e individuais;
- Tratamento psiquiátrico;
- Assistência social e farmacêutica;
- Acompanhamento da enfermagem;
- Terapia ocupacional;
- Oficinas de arte-terapia;
- Terapias corporais;
- Grupos terapêuticos;
- Assistência a familiares de usuários;
- Visitas domiciliares de acompanhamento dos usuários;
- Sessões de vídeo;
- Celebração de datas comemorativas;
- Passeios culturais;
- Oficinas de arte e música, entre outras.

4.4.3 Reflexão da Temática proposta

Conhecer os motivos que podem predispor os adolescentes a se envolverem com o uso de drogas, bem como os responsáveis pela introdução dos mesmos nesse consumo, são dados relevantes que podem contribuir para o planejamento de programas preventivos em relação ao uso de substâncias psicoativas na adolescência, uma vez que esse segmento da população é considerado na atualidade como um grupo social altamente vulnerável no que diz respeito ao uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

4.5 Disciplina 05 - SAÚDE DA MULHER

Esta disciplina teve início em 14 de janeiro e terminou em 13 de fevereiro de 2011, foi dividida em quatro aulas, entre elas: Aula 01- Ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Aula 02- Assistência Durante a Gestação e o Puerpério. Aula 03- Assistência Ginecológica no período reprodutivo e no climatério. Aula 04- Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência. Nesta disciplina, refletimos sobre a atenção à saúde da mulher na perspectiva da estratégia Saúde da Família, o que implica pensar a mulher para além das suas dimensões biológicas. Nesse sentido, vimos à mulher como um ser social que sofre discriminações e violências e que luta para ser reconhecida.

4.5.1. Introdução

A manutenção da boa saúde da mulher exige uma série de cuidados e atitudes preventivas. Cada mulher tem uma história e uma bagagem hereditária que devem ser analisadas cuidadosamente com a supervisão de uma equipe multiprofissional, para garantir uma vida saudável.

Cada pessoa tem sua história e suas características. A cada profissional caberá o seguimento do protocolo de atendimento à mulher nas diversas fases de sua vida, sendo assim, esta prática irá nortear as ações da equipe interdisciplinar.

A disciplina de saúde da mulher no ciclo vital possibilitou aos profissionais a ampliação do conhecimento técnico-científico para assistir à mulher de forma ética, crítica, humanística e transformadora nas diversas fases de sua vida, de forma resolutiva, com competência e habilidade para o cuidado na Estratégia de Saúde da Família.

4.5.2. Síntese Local da População Feminina

A população feminina de mulheres residente no município é originária do próprio município, na considerada idade fértil (25 a 59 anos) pelo ministério da saúde, consta de 6.186 e de 50 a 69 anos, temos uma população de 2.496. A maior parte dessas mulheres trabalha no setor informal, ou seja, sem carteira assinada, nos mais variados serviços, como: doméstica da sua própria residência e em casas de família, vendedoras ambulante, costureiras, faxineiras, lavadeiras, etc. A renda das mesmas está baseada no

programa bolsa família e para aumentá-la, fazem “bicos”, mesmo com tanto esforço não chega a um salário mínimo (SIAB, 2010).

Muitas delas são chefes de família, geralmente são abandonadas com seus filhos pelo pai da criança, onde estes viajam em busca de mais oportunidades de emprego para a região sudeste e não voltam, nem mantêm contato com a família. A maior parte delas possui o ensino fundamental completo porque tiveram filho cedo e não concluíram os estudos.

4.5.3 Assistência à mulher grávida

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer (SILVA, 2003).

Segundo informações do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos mostra um aumento considerável no número de consultas pré-natal realizadas por mulheres que realizam o parto no SUS. O aumento mais importante ocorreu entre 1997 e 1998, em decorrência da inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família. No Brasil, a proporção referida de sete ou mais consultas de pré-natal foi de 47,8% em 2002 e 49,9% em 2003. Por sua vez, a razão entre o número de consultas de pré-natal e parto passou de 1,2 consultas por parto, em 1995, para 5,4 consultas por parto em 2005 (BRASIL, 2007).

4.5.4. Assistência Ginecológica no Período Reprodutivo e no Climatério

O conceito de “saúde reprodutiva” é incorporado ao discurso da Organização Mundial da Saúde, no sentido da capacidade das pessoas de se reproduzirem e regular sua fertilidade de maneira segura; do acesso das mulheres à maternidade segura; do

sucesso da gravidez quanto ao bem-estar e à sobrevivência materna e da criança e da segurança dos casais em ter relações sem medo de gravidez indesejada ou de doenças. (Galvão, 1999, p. 170) Ou seja, a Saúde Reprodutiva inclui a possibilidade de a mulher reproduzir ou não reproduzir de modo seguro, e integra a dimensão da sexualidade, como algo desvinculado da reprodução (MONTEIRO, 2005).

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 no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. O período reprodutivo constitui uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam (SILVA, 2003).

Já o climatério é o período da vida das mulheres marcado por diversas transformações e mudanças que caracterizarão o término do período reprodutivo. É exatamente este o seu significado - a transição entre a fase reprodutiva e a não-reprodutiva das mulheres³. No entanto, ainda que um fenômeno fisiológico, para algumas é percebido como uma fase natural e sinal de maturidade, enquanto para outras mulheres significa perdas, aproximação da velhice e sinônimo de doenças (SILVA, 2010).

O climatério não é uma doença e sim um momento na vida da mulher. Estudos têm mostrado que o aumento dos sintomas e problemas na mulher de meia idade reflete circunstâncias sociais e pessoais, não somente eventos endócrinos. A partir disso, o Ministério da Saúde, irá implementar nos serviços de saúde um acompanhamento sistemático das mulheres no climatério, com base em documento técnico-científico produzido e na perspectiva da promoção da saúde, do diagnóstico precoce, do tratamento imediato de agravos e da prevenção de danos, com a menor medicalização possível (BRASIL, 2007).

4.5.5 Violência Contra a Mulher

A violência contra a mulher constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, representando inaceitável violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Mas é igualmente necessário entendê-la como grave problema de saúde pública. Dados do Banco Mundial revelam que a violência contra a mulher encontra-se entre as principais causas de anos de vida perdidos por incapacidade, superando os efeitos das guerras contemporâneas ou dos acidentes de trânsito. As consequências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, produzem

danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. A violência exerce grande impacto para a saúde da gestante, com consequências que podem, também, comprometer a gestação e o recém-nascido (Brasil, 2006).

Nenhuma mulher merece ser espancada, sofrer abusos sexuais ou padecer de sofrimentos emocionais. Portanto, deve ser compromisso dos profissionais de saúde estimular a cultura de respeito entre casais, entre homens e mulheres, promover a saúde coletiva e buscar a paz num planeta saudável e feliz (BRASIL, 2004).

4.5.6 Reflexões sobre a Temática Proposta

De acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ((2004), as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Buscam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos, e muitas vezes são cuidadoras desses grupos.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho de casa. Outros fatores, como raça, etnia e situação de pobreza destacam essas desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, entretanto, adoecem com mais frequência. Essa vulnerabilidade frente a certas patologias e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. (BRASIL, 2004)

4.6 Disciplina 06 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

Esta disciplina teve início em 11 de fevereiro e terminou em 17 de março de 2011, foi dividida em quatro aulas, entre elas: Aula 01- As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde. Aula 02- Evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador. Aula 03- Importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil - Parte 1. Aula 04- Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia Saúde da Família. Nesta disciplina, entendemos que a Saúde Ambiental e a Saúde do Trabalhador são situações de risco presentes no ambiente de trabalho, que modificam o padrão de saúde, processos de produção e as condições ambientais.

4.6.1 Introdução

As relações entre ambiente e saúde são amplamente reconhecidas: “o ar que respiramos, a água que bebemos, o alimento que comemos determinam nossa qualidade de vida, a sobrevivência e a qualidade da vida na Terra dependem do funcionamento de uma série de ciclos e sistemas da Natureza, em última análise, a saúde do homem depende da capacidade da sociedade de gerir a interação entre as atividades humanas e o ambiente físico e biológico (RIGOTTO, 2003).

Quando tratamos de questões relacionadas ao meio ambiente não podemos deixar de mencionar a saúde coletiva e a saúde do trabalhador, uma vez que são conceitos inter-relacionados. A análise individual do tema “meio ambiente” é muito superficial, já que os reflexos oriundos da degradação ambiental são muito abrangentes. No atual estágio de desenvolvimento atingido pela humanidade, está comprovado pelos estudos ambientais que a saúde está intimamente ligada aos fatores ambientais como consequência da degradação dos ecossistemas. Por mais que os estudos avancem no sentido de traçar estratégias para a criação e o desenvolvimento de novas tecnologias e o aperfeiçoamento das já existentes, diversos mecanismos essenciais já criados e identificados pelo avanço das ciências jurídicas e sociais instrumentalizam as ações em defesa do meio ambiente e, conseqüentemente, da saúde ambiental (REI, 2009).

4.6.2. Saúde X Meio Ambiente

Pôde-se observar a estreita relação entre a saúde e o meio ambiente, e como ambas interagem com o trabalhador nesse capitalismo desenfreado. No sistema de saúde brasileiro, o setor de Saúde Ambiental procura identificar e intervir nos processos ligados diretamente ao meio ambiente e que determinam e condicionam a saúde e qualidade de vida humana, por exemplo, ao monitorar a qualidade da água, solo e do ar.

Já o setor de saúde do trabalhador serve como elo entre os processos produtivos, o meio ambiente e a saúde humana. Em seus primórdios no século XIX, seu principal objetivo era impedir a redução da força de trabalho pelas precárias condições de vida às quais os trabalhadores eram submetidos. Desde então, vem sofrendo mudanças em sua denominação e formas de intervenção (MINAYO-GOMEZ E TEDIM-COSTA, 1997) (LAWINSKY, 2001).

Como decorrência do grande crescimento da produção industrial e econômica já no século XIX, começava a se explicitar as primeiras consequências da nova forma de relação do homem com a natureza. Naquele século começaram a aparecer às primeiras provas que indicavam que o homem estava operando algumas transformações não desejadas na natureza. Florestas eram derrubadas com rapidez nunca antes vista, processo a que se seguia a erosão e perda de fertilidade dos solos; alguns autores, como o alemão Von Liebig, já destacavam o papel do homem como transformador da natureza e denunciavam os efeitos catastróficos do desflorestamento excessivo. O processo de degradação promovido pela expansão econômica começava a deixar marcas indeléveis no meio ambiente. Em seu livro “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, Engels (1988) já denunciava as precárias condições de vida dos trabalhadores e o ar poluído pelas fábricas da cidade de Manchester, berço da revolução (TAYRA, 2004).

A partir da década de 60 no Brasil, explodem os movimentos ambientalistas de várias naturezas e que a ecologia é transportada para o discurso público. A preservação da biodiversidade, a poluição da atmosfera, da água e dos solos, o uso de fertilizantes e pesticidas químicos, a depleção das reservas energéticas, o consumo exponencial de recursos naturais finitos e o problema da explosão demográfica tornaram-se a base da crítica ao modelo de desenvolvimento da sociedade ocidental por parte dos “ambientalistas”. É sobretudo, na década de 80, com o problema do buraco do ozônio devido às emissões de gases CFCs, que desperta a consciência de que estes problemas são globais e que as suas soluções também terão necessariamente de o ser. (BASTOS, 2010).

Na atual fase da modernidade, apresenta-se a necessidade de construir um paradigma novo e inovador, no sentido não da negação do anteriormente construído, mas da necessidade de ressignificar o homem e a natureza, de reposicionar o valor da revolução científica e tecnológica construída na modernidade e de devolver o homem ao seu espaço e aos seus vínculos naturais (PROSSER, 2006).

No âmbito das relações saúde x trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis". É um processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade. (ODONNE, 1986)

Nas palavras de Leff (2001:249), a educação ambiental deve ter como mote o desenvolvimento do pensamento reflexivo e crítico, pessoal e autônomo, vinculados aos saberes pessoais, valores culturais e sentidos subjetivos e não ser reduzida a um processo geral de conscientização dos cidadãos, à incorporação de conteúdos ecológicos e à fragmentação do saber ambiental em uma ligeira capacitação sobre problemas pontuais, nos quais a complexidade do saber ambiental permanece reduzida e mutilada (idem) (ROTHEN, 2004).

4.6.3 Acidentes de Trabalho

Auxiliar de enfermagem que contraiu o vírus do HIV no hospital onde trabalhava revela o drama dos profissionais de saúde que atendem portadores do HIV. Revista Época de 12.07.09

O acidente aconteceu no fim do expediente de 14 de outubro de 2004, no HMSL, em São Paulo mudou a vida da auxiliar de enfermagem Irene O.. Antes de ir embora, Irene notou que a mangueira do soro (equipo) havia escapado do braço de um paciente com Aids em estado terminal. Pediu a uma colega que a ajudasse. A amiga encontrou a veia e introduziu o tubo de plástico por onde passa o soro. Na retirada da agulha, a tragédia: o paciente moveu-se bruscamente, esbarrou na mão da ajudante e a agulha, infectada, perfurou o braço direito de Irene. Ao contrário do que recomendam as normas, nenhuma das duas usava luvas.

Registrado o caso, Irene fez teste anti-HIV em seguida. O resultado do exame saiu três dias depois: negativo. Na consulta médica, a auxiliar de enfermagem revelou detalhes sobre seu comportamento sexual, foi aconselhada a usar camisinha e informada de que faria novos testes. As febres e os primeiros gânglios começaram a surgir em

novembro. Apesar dos sintomas iniciais da doença, dois novos exames realizados em dezembro também foram negativos.

Um semestre depois daquele final de expediente, veio à confirmação. Irene abriu o envelope na frente das colegas, deparou com a informação de que estava infectada. Atônita, correu pelos corredores do hospital. E a vida começou a mudar. O caso não foi relatado ao Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde. Os infectologistas brasileiros também nunca ouviram falar dela. Irene mesma não queria se lembrar do que aconteceu. Daquela data até o começo do ano, vagou por muitos endereços. Não conseguia fazer amizades, afastou-se do namorado. A família não lhe deu apoio. Irene não queria ver ninguém.

Depois de constatada a infecção, ela continuou a trabalhar, mas com medo. Imaginava que os doentes descobririam sua condição e decidiu afastar-se. Rompeu o namoro, mudou-se para Itápolis, no interior paulista, onde o pai morava. Os moradores descobriram o segredo e passaram a evitá-la. Afastada por acidente de trabalho, Irene recebe dinheiro do INSS e aguarda a aposentadoria. "Foi uma fatalidade", diz: "O hospital agiu corretamente, mas o dinheiro não vai trazer minha saúde de volta." Naquela tarde de sexta-feira, a auxiliar de enfermagem entrou para um grupo muito pequeno e estigmatizado, o de pessoas que contraem Aids no trabalho.

Os números dos hospitais considerados referências no atendimento de pacientes com Aids em todo o país dão uma ideia do problema da falta de notificação. No Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo, cerca de mil acidentes com sangue de doentes foram relatados entre 1985 e 1999. A maioria dos profissionais era constituída de atendentes de enfermagem, médicos residentes e pessoal de limpeza, nessa ordem. Por sorte, nenhum se infectou. Mas imagina-se que o número de acidentes seja maior. "A falta de registro e de adesão ao tratamento preventivo é a nossa maior dificuldade", comenta o médico Nilton José Cavalcante, presidente da comissão de infecção hospitalar.

Os acidentes costumam destruir a vida dos profissionais. "Nunca mais tive uma relação sexual e não me sinto preparada para ter um novo companheiro", afirma Irene Ortinho. Tudo mudou também para a colega que a ajudava naquela tarde. Ela afastou-se do trabalho e foi internada numa clínica psiquiátrica. Irene toma o coquetel e remédios antidepressivos. Está sendo bem atendida por psicólogos e assistentes sociais na Baixada Santista, onde mora. Prefere o atendimento público oferecido no posto de saúde perto de casa a deslocar-se até São Paulo.

Estudiosos argumentam que os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem são os profissionais de mais riscos, por se tratarem dos que prestam assistência direta ao cliente, principalmente administração de medicação injetável, o que, devido sua natureza invasiva, predispõe à ocorrência de acidentes.

É lamentável saber que os profissionais não aderem ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e que precisam ver a condição de um colega de trabalho infectado para se prevenir. Entretanto, é necessário que a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e o Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador implementem medidas que tornem as condições de trabalho mais seguras e que fiscalizem a ação dos trabalhadores, o que contribui para a redução dos acidentes. Trabalhar a educação continuada e notificar os casos de acidente de trabalho, ajudam no controle do números de casos de acidentes com pérfuro-cortante.

Hoje, recomenda-se que os profissionais comecem a tomar o coquetel de medicamentos anti-Aids até duas horas depois do acidente e continuem durante 28 dias. O tratamento só deve ser interrompido se ficar provado que a pessoa não é soropositiva. Assim, evita-se que o vírus, recém-introduzido embaixo da pele da vítima, multiplique-se e caia na corrente sanguínea. A estratégia funciona, mas, como é muito agressiva (o coquetel provoca náuseas e vômitos), fica difícil convencer os médicos a aceitar o tratamento - justamente a categoria profissional que mais deveria segui-lo.

Para reduzir os riscos de ocorrência de infecção hospitalar, um hospital deve constituir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que é responsável por uma série de medidas como o incentivo da correta higienização das mãos dos profissionais de saúde; o uso dos EPIs, o controle do uso de antimicrobianos, a fiscalização da limpeza e desinfecção de artigos e superfícies, etc.

Além de manter arquivados documentos que comprovem a legalidade de sua existência, rotinas de sua funcionabilidade, protocolos que orientem o tratamento mais adequado efetivado ao paciente e sobretudo dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do hospital, para que, solicitados judicialmente, possam ser comprovados, mantendo estes índices de infecção dentro dos limites aceitáveis, comparativamente.

4.6.4 Reflexões sobre a Temática Proposta

Antes do SUS, o cuidado da saúde do trabalhador era desenvolvido pela Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, realizada pelos respectivos especialistas, em serviços próprios de empresas e em alguns sindicatos. Também alguns estados e municípios já desenvolviam algumas ações em Saúde do Trabalhador na perspectiva da saúde pública e da saúde coletiva. O Ministério da Previdência Social ocupava-se de atividades de perícia médica e de concessão de benefícios e o Ministério do Trabalho das ações de inspeções e fiscalizações dos ambientes e locais de trabalho. (SANTANA; SILVA, 2007)

A prevenção dos problemas de saúde dos trabalhadores era tímida e fragmentada, conduzida na perspectiva da Engenharia de Segurança, com pequena participação dos trabalhadores. A Reforma Sanitária incorporou a Saúde do Trabalhador nas suas propostas, dando lugar e voz a um movimento de reivindicações que ecoava tendências já em desenvolvimento em países industrializados, liderados pela Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial de Saúde.

De acordo com Ministério da Saúde, a política de saúde do trabalhador no Brasil começa a ser desenhada após a promulgação da Constituição Federal de 1988 no artigo 196 coloca que “a saúde é um direito de todos, e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90 também coloca no artigo 6º, parágrafo 3ºa “... saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. (SANTANA; SILVA, 2007).

4.7 Disciplina 07 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

Esta disciplina teve início em 18 de março e terminou em 05 de maio de 2011, foi dividida em seis aulas, entre elas: Aula 01- Políticas de Saúde Bucal. Aula 02- Processo de trabalho e organização da saúde bucal na Atenção Básica. Aula 03- Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: Gestantes e Bebês. Aula 04- Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: crianças, adolescentes e adultos. Aula 05- Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida. Aula 06 - Promoção da Saúde Bucal. A educação para a saúde bucal surge como um grande desafio aos cirurgiões-dentistas brasileiros, haja vista a necessidade de substituição de um modelo assistencial curativo, de alto custo e baixo impacto epidemiológico, que ainda é vigente em diversos municípios.

4.7.1. Introdução

A educação para a saúde bucal surge como um grande desafio aos cirurgiões-dentistas brasileiros, haja vista a necessidade de substituição de um modelo assistencial curativo, de alto custo e baixo impacto epidemiológico, que ainda é vigente em diversos municípios. Contudo, em detrimento de uma política de promoção da saúde bucal universalizada, tão almejada pelos profissionais que estão construindo o Sistema Único de Saúde (SUS), os programas educativos geralmente são voltados para certos grupos, como os pré-escolares, os adolescentes, as gestantes, os portadores de necessidades especiais e os idosos (FERREIRA, 2004).

Neste contexto, seria proveitoso inserir os adultos em atividades educativas, porque eles poderiam interagir não apenas como pacientes, que podem ser motivados por apelos de ordem funcional, estética ou psicológica, mas também como agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e os amigos.

A educação é fundamental para despertar nas pessoas o interesse em manter saúde, porém de um modo geral, a mesma ainda é muito negligenciada. Portanto é importante a introdução da educação em saúde e cuidados com a higiene bucal nos primeiros anos de vida escolar. Para isso é preciso motivar a criança para que ela se conscientize de sua participação no processo de promoção de saúde, pois o aprendizado só se realiza a partir do desencadeamento de forças motivadoras desde as crianças até os idosos (GARBIN, 2005).

4.7.2. Política Nacional de Saúde Bucal

Na última década, o Brasil avançou muito na prevenção e no controle da cárie em crianças. Contudo, a situação de adolescentes, adultos e idosos está entre as piores do mundo. E mesmo entre as crianças, problemas gengivais e dificuldades para conseguirem atendimento odontológico persistem. Para mudar esse quadro, o governo Federal criou a política Brasil sorridente, que reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as áreas (BRASIL,2006).

No município que trabalho não há cobertura completa em Equipes de Saúde Bucal, pesquisei como funciona a ESB de outra área que não a que resido, pois não há na minha, tendo o seguinte resultado: a saúde bucal na ESF funciona integrada com os agentes comunitários de saúde, através do agendamento dos pacientes e preenchimento de formulário especializado sobre saúde bucal na atenção básica para ter consciência das necessidades individuais de cada usuário do sistema, e assim ter uma visão geral da área.

A maior limitação é a não existência de um serviço de referência, ou seja, não se tem como encaminhar o paciente para um tratamento mais especializado como endodontia, cirurgia oral menor, atendimento a pacientes especiais e outras situações mais especializadas.

4.7.3 Processo de Trabalho com Gestantes, Puérperas e Bebês

No município onde atuo, faço parte da gestão, nunca trabalhei na ESF. Sinto falta de um coordenador em saúde bucal, das 10 ESF formadas, apenas 08 estão completas com ESB, como existe uma extensa área rural, foi adquirido um carro odontológico para este atendimento.

Na área onde resido, não há ESB, trabalhar a conscientização da gestante, desmistificando conceitos, esclarecendo dúvidas e orientando quanto à procura de profissionais de odontologia fica a cargo da enfermeira. Desconheço nas ESB uma demanda programada, e atendimento a grupos de gestante e crianças. O atendimento ocorre a uma demanda espontânea, às vezes a pedido da gestão ocorre palestra em escolas, creches, etc.

Diante de tudo que já foi muito bem explicitado pelas colegas Gilza, Geline e Luciana acrescento que faltam interdisciplinaridade e integração nas ESF (apesar de existir um bom relacionamento interpessoal), para que se possa trabalhar a educação em saúde com a população em geral. A saúde bucal dos lactentes e das crianças depende inteiramente da conduta dos pais, que são pouco orientados para tal.

4.7.4 Atenção de Saúde Bucal a Crianças, Adolescente e Adultos

Como atuo na gestão observo que a dificuldade em demanda programada está mais baseada na falta de interdisciplinaridade entre os profissionais da ESF. A modalidade de contratação é outro problema identificado, a rotatividade de profissionais. Na ESF os profissionais cooperam uns com os outros em alguns momentos, mas não se articulam necessariamente de maneira coordenada para uma atenção integral. Entretanto, este projeto interdisciplinar é prejudicado por fatores como o corporativismo profissional, que se preocupa mais com os espaços de atuação de uma respectiva categoria, em revelia às necessidades coletivas.

Neste sentido, para a implantação do trabalho em equipe numa perspectiva transdisciplinar, são bem-vindas concepções e práticas que estimulem uma real interação entre todos os seus constituintes, como reuniões de planejamento e outras ações onde todos os membros da equipe possam contribuir com sua criatividade e experiência própria na atenção ao usuário. A criação de um prontuário único, transdisciplinar, seria também um avanço na integração do saber e das ações dentro da ESF.

Para desenvolver ações visando à melhoria da saúde bucal da população, devem-se organizar ações programadas de assistência odontológica e atenção à saúde bucal, estimulando à incorporação da noção de autocuidado em saúde bucal e promoção da saúde.

4.7.5 Atenção de Saúde Bucal ao Idoso

Pela falta de educação em saúde principalmente, era um problema cultural, não havia promoção da saúde, nem prevenção de doenças. Além da escassez do profissional dentista. Antigamente só procuravam o dentista devido a algum processo doloroso, e

diante disso o procedimento era a exodontia, pois não havia mais como recuperar o dente.

Meu tio afirma que quando era jovem, na época das campanhas políticas a população extraía todos os dentes para ganhar as próteses dentárias móveis dos políticos. Minha mãe mesmo relata que começou a escovar os dentes por “achar bonito” o ato da escovação, mas não sob nenhuma orientação de saúde quanto ao hábito da escovação, métodos de prevenção e controle das doenças bucais.

Já a avó de uma amiga relata que morava num sítio, distante da sede e que só havia dentista na sede da cidade, e que para ir a cidade ver o seu paquera na época e hoje marido, inventava uma dor de dente. Mesmo sem nenhuma indicação para a exodontia, a mesma acontecia. Resultando em perda maciça dos dentes, pois toda vez que iria vê-lo, voltava com um dente a menos.

A cárie dental atinge em média 95% da população mundial. A presença do açúcar como componente da dieta, ausência de flúor na água de abastecimento e métodos de higiene bucais inadequados estão intimamente associadas ao alto número de cáries na população (OLIVEIRA, 2010).

Os últimos dados oficiais sobre a prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados, de acordo com o índice CPO-D, referem-se ao ano de 1996 e são da ordem de 2,34, valor considerado baixo pela OMS. Vale ressaltar ainda que no estado do Ceará, havia em 2004, 3.399 cirurgiões-dentistas e a relação entre o número de odontólogos por 1.000 habitantes era de 0,43 (LESSA, 2008).

A Política Nacional de Saúde Bucal proposta pelo Ministério da Saúde, em 2004, reforça a necessidade da reorientação do modelo de atenção em saúde bucal e aponta como pressupostos:

- Qualificação da Atenção Básica - AB;
- Articulação da rede de serviços, a integralidade da atenção;
- Uso da epidemiologia para o planejamento das ações;
- Acompanhamento das ações através de indicadores;
- Atuação centrada na vigilância à saúde;
- Incorporação da saúde da família na organização da AB;
- Definição de uma política de educação permanente;
- Política de financiamento;
- Definição de uma agenda de pesquisa científica em saúde bucal. (LESSA,

2008)

Segundo dados do SB Brasil 2010, os idosos entre 65 e 74 anos, mais de três milhões necessitam de prótese total (nas duas arcadas dentárias), outros quatro milhões precisam usar prótese parcial (em uma das arcadas). Necessidade de prótese total (dentadura) em uma arcada em 2003 foi de 24% em 2010 foi de 23%, já a prótese total dupla em 2003 foi de 16% e em 2010 foi de 15%.

No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral a redução no ataque de cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença. Entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”.

No Ceará, ressalte-se que, na composição do CPO-D dos 65 a 74 anos, os componentes cariado e perdido participam com os seguintes percentuais respectivamente: 3,64 e 95,8% (BRASIL, 2004).

Em meu município não há nenhuma pesquisa sobre este tema até os dias atuais.

4.7.6 Reflexão da Temática Proposta

Com base na realidade encontrada e o que relatava a literatura sobre a saúde bucal, foi possível concluir que:

- a equipe de saúde bucal deve estar suficientemente motivada e envolvida no processo educacional;
- as atividades educativas devem, necessariamente, considerar os determinantes sociais das afecções bucais e apresentar uma visão dinâmica do processo saúde doença, relacionando o autocuidado e a autonomia com a elevação da qualidade de vida;
- os educadores devem estar conscientizados de que a motivação contínua dos educandos é mais efetiva do que a imposição de técnicas padronizadas e a prescrição de materiais dispendiosos para a higiene bucal;
- o processo educativo deve acontecer de modo permanente, no decorrer do tratamento, e os profissionais podem conjugar a atenção individualizada às práticas em grupo;
- as metas a serem alcançadas devem ser realistas para que não causem frustração aos profissionais e sensação de incapacidade aos educandos;
- durante as atividades de educação para a saúde, é essencial que o profissional estabeleça um vínculo com o paciente e não haja fatores que deturpem a comunicação; e

- as formas de expressão devem ser claras e adequadas a cada pessoa ou grupo populacional

4.8 Disciplina 08 - ABS Pessoas com Deficiência

Esta disciplina teve início em 29 de abril e terminou em 05 de junho de 2011, foi dividida em quatro aulas, entre elas: Aula 01- A magnitude da PcD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde. Aula 02- Deficiência Visual . Aula 03- Deficiência Auditiva. Aula 04- Deficiência Física. A acessibilidade está cada vez mais presente em nossos estudos, revisões ou notas. Entretanto, ainda estamos com dificuldade de tira-las do papel e torná-la integrante de nossa realidade. Nossas ruas estão cada vez mais recheadas de cadeirantes ou deficientes visuais, que por muitas vezes estão impedidos de usufruir de seus direitos por autoridades ou até mesmo, pela própria sociedade.

4.8.1. Introdução

Como deficiência entende-se toda perda ou anormalidade de uma estrutura, função psicológica, fisiológica e/ou anatômica capaz de ocasionar incapacidade para o desempenho das atividades do ser humano. A deficiência física é particularmente compreendida como alterações completas ou parciais de um ou mais segmentos do corpo, causadoras de comprometimento das funções físicas, e apresentadas em forma de paraplegia, paraparesia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida. Excetuam-se, porém, as má-formações estéticas e as que não geram dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2005).

4.8.2 A magnitude da PcD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde

Fala-se tanto em acessibilidade atualmente, entretanto, ainda falta muito para torná-la integrante de nossa realidade. Nossas ruas não estão adaptadas para esse público e os deficientes físicos, visuais e auditivos, cidadãos comuns por muitas vezes estão impedidos de usufruir de seus direitos por falta de uma política pública vigente onde é assegurado o direito de ir e vir com devida adequação.

Na própria instituição que trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde, no primeiro andar de um prédio não está adaptado para este tipo de público, não há rampas, nem elevadores, apenas uma escadaria de acesso ao prédio. Acho a calçada inadequada,

o calçamento também não ajuda, ou seja, todo o percurso que o cadeirante possa enfrentar para chegar até esse local torna-se inviável impedindo-o de realizar sozinho, deixando-o com um sentimento de incapacidade diante da situação.

Mas se nosso município possuísse toda estrutura física adequada, os problemas de acessibilidade seriam resolvidos? E a sociedade, tem algum papel importante nesse contexto?

Será que já paramos para refletir e imaginar quantos de nós ocupamos e não cedemos um assento preferencial a um deficiente no ônibus ou em salas de espera? Já me deparei com situações onde o cadeirante tenta chegar à fila preferencial e tem a maior dificuldade, pois as pessoas não facilitam seu acesso, por falta de humanização até.

Portanto, a acessibilidade ainda não está totalmente inserida na nossa realidade, por mais relevante que seja o tema. A sociedade também precisa reeducar-se diante da situação e cabe a todos nós de alguma forma trabalhar a conscientização da população.

4.8.3 Deficiência Visual

O termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, por causas congênitas ou adquiridas.

A necessidade de serviços de atendimento à baixa visão depende da prevalência da deficiência visual no meio. De acordo com a OMS, da população com baixa visão, 50% estaria na faixa de deficiência visual moderada (desses, 10% precisam de suporte de serviços especializados); 25% estariam na faixa de deficiência visual grave (dos quais 50% necessitariam de algum suporte) e 25% na faixa de deficiência visual profunda (50% necessitariam de reabilitação e 50% de suporte de serviços de baixa visão). (SOBLEC, 2011)

O atendimento ao Deficiente Físico torna-se muito delicado, pois é sabido que o nosso sistema de saúde, apesar de demonstrar a prioridade no atendimento, não oferece atendimento adequado.

O deficiente visual passa por diversas dificuldades, pois acima de tudo, não tem a capacidade de ler, não conhece as letras e quando tem conhecimento do alfabeto em braille, não tem tanto acesso uma vez que nem toda leitura está adaptada. Mesmo desenvolvendo de maneira inigualável a audição e o tato os deficientes deparam-se com dificuldades que não são superadas por esses sentidos.

Por mais necessária que seja a independência, ela nunca é alcançada. O usuário do serviço de saúde sempre precisa da ajuda de familiares e cuidadores. E os perigos estão em todos os lugares, desde o acesso ao simples esbarrão acidental de uma criança.

Entretanto, em meio a tantas dificuldades, o acesso por mais que ainda encontre-se em deficiência, está melhorando cada vez mais. A cada momento, estamos com mais conquistas e a população está cada vez mais sensibilizada.

4.8.4 Deficiência Auditiva

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005 existiam cerca de 270 milhões de pessoas no mundo com perda auditiva moderada a profunda. Por essa razão, a deficiência auditiva é considerada um grave problema de saúde pública.

No Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas com deficiência auditiva e dissonha de um total de 130 unidades de Serviço de Saúde Auditiva habilitadas para oferecer atendimento ao deficiente auditivo na atenção básica, média e na alta complexidade. Mas quando não há unidades especializadas? O nosso serviço de saúde está capacitado para atender essas “especialidades”?

O auxílio na adaptação do uso de aparelho auditivo é um ponto que ainda deixa a desejar, principalmente no que diz respeito a adultos e idosos na média complexidade. Além disso, a capacitação profissional e a regulação do programa de autorizações de procedimento, seria a peça chave para um atendimento de qualidade.

4.8.5 Reflexões sobre a temática proposta

Em face da sua limitação, o portador de deficiência física pode se deparar com barreiras arquitetônicas, entre elas a ausência do rebaixamento do meio-fio; as obras no espaço público; as mesas e cadeiras de bar em calçadas; as jardineiras com saliências; as escadarias; a falta de corrimão nas escadas; a ausência de rampas; as ruas e calçadas estreitas; os declives acentuados; os pisos esburacados e/ou escorregadios; os desníveis nas calçadas; a vegetação em lugares inadequados; as placas e letreiros em locais inconvenientes; a falta de placas de advertência, de sinalização de pisos, de botoeiras nos semáforos; a altura inadequada de maçaneta, interfones e telefones; a falta de estacionamento privativo e sinalizado; a ausência de banheiros públicos e de transportes coletivos apropriados para deficientes físicos entre outras dificuldades (JUNIOR-LOPES & FARO, 2006; MASSARI, 2005;)

4.9 Disciplina 09 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

Esta disciplina teve início em 03 de junho e terminou em 01 de julho de 2011, foi dividida em quatro aulas, entre elas: Aula 01- Interdisciplinaridade Parte I. Aula 02- Interdisciplinaridade Parte I. Aula 03- Integralidade Atuando em uma Universalidade de Diferenças entre Famílias. Aula 04- Intervenções Profissionais e o Papel da Bioética. Acredito que a interdisciplinaridade está muito distante do que seria considerado ideal para a relação entre os profissionais de saúde, tentando unir o que está separado por diversos interesses pessoais. Entretanto, longe de desacreditar na interdisciplinaridade no atual quadro de desenvolvimento científico, ela deve ser mais uma bandeira de luta.

4.9.1 Introdução

A interdisciplinaridade surgiu no final do século XIX, pela necessidade de dar uma resposta à fragmentação causada pela concepção positivista, pois as ciências foram subdivididas surgindo, várias disciplinas. Após longas décadas convivendo com um reducionismo científico, a ideia de interdisciplinaridade foi elaborada visando restabelecer um diálogo entre as diversas áreas dos conhecimentos científicos (BOVO, 2005).

Interdisciplinaridade também é uma questão de atitude. “É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano”. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis, etc (MENDES, 2003).

Portanto, a prática da interdisciplinaridade estabelece o papel de processo contínuo e interminável na formação do conhecimento, permitindo o diálogo entre conhecimentos dispersos, entendendo-os de uma forma mais abrangente. O enfoque interdisciplinar constitui a necessidade de superar a visão mecânica e linear que a fragmentação dos métodos separou. Entretanto, essa unidade não é dada a "priori". Não é suficiente justapor-se os dados parciais fornecidos pela experiência comum para recuperar-se a unidade primeira. Essa unidade é conquistada pela "práxis", através de

uma reflexão crítica sobre a experiência inicial. É uma retomada em termos de síntese (SANTOS, 2004).

4.9.2 Evolução do Modelo de Saúde Vigente

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 como uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tem se revelado um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho em equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família tem exigido dos componentes das equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho exigem que os profissionais desenvolvam competências para a tomada de decisões, para desenvolver trabalho visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada. Essas competências se estendem ao campo da comunicação, uma vez que os profissionais de saúde devem ser acessíveis e receptivos na interação com os usuários e a comunidade; manter postura ética, além de habilidades para comunicação verbal, não verbal, escrita e leitura.

A atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, vem possibilitando aos profissionais de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. É positivo apontar o foco de atenção dos profissionais de saúde para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”. A compreensão da dinâmica, por diferentes profissionais e com visões de diferentes ângulos deste núcleo, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. Apartir da década de 70 começa a ficar em evidência a inadequação do modelo biologicista, conhecido como flexneriano. O biologicismo é coisa do passado e a visão generalista é que está em voga.

4.9.3 Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde emergiu como marco norteador da Saúde Pública a partir dos anos 70 e, desde então, vem evoluindo e consolidando-se como um modelo das

ações de saúde. No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida através de eventos internacionais, lançando novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nesta perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser empreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países (MACHADO, 2007).

Dentro dessa abordagem, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Neste sentido, incorpora na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo (MACHADO, 2007).

4.9.4 Aplicar o conhecimento Técnico numa prática humana

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida, mas tem como efeito adverso o incremento da desumanização. O preço que pagamos pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida a mera informação de anamnese.

Por exemplo, quando preenchemos uma ficha de histórico clínico, não estamos escutando a palavra, mas apenas recolhendo a informação necessária para o ato técnico. Este é indispensável, sem dúvida, mas o lado humano fica excluído. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva, e precisa ser reconhecida na palavra do outro.

4.9.5 Reflexões sobre Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade é uma necessidade para a prática de saúde em decorrência da crescente complexidade dos problemas da área. A interdisciplinaridade pode ser definida como integração de duas ou mais disciplinas diferentes, sendo indispensável para superar a atomização e a fragmentação do conhecimento em áreas circunscritas, colocando-a para serventia do saber em função da compreensão e da

busca de soluções às questões cada vez mais complexas da sociedade contemporânea (TAPIA, 2005).

As dificuldades para a construção da proposta interdisciplinar, na área da saúde, entre outras, 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, onde, 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 (MENDES, 2003).

4.10 Disciplina 10 -Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

Esta disciplina teve início em 01 de julho e terminou em 31 de julho de 2011, foi dividida em quatro aulas, entre elas: Aula 01- Práticas Educativas em Saúde. Aula 02- Bases teóricas de uma práxis educativa. Aula 03- Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade - Parte 1. Aula 04- Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade - Parte 2. Na disciplina de Práticas Pedagógicas refletimos sobre dois temas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde: as práticas pedagógicas em saúde e as tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

4.10.1. Introdução

A melhoria do sistema de saúde requer investimento na Atenção Primária (APS), porque se constitui pilar para um sistema de saúde que proporcione atenção à saúde de qualidade, resolutiva e de baixo custo. É nessa perspectiva que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ao reconhecer as iniquidades em saúde cada vez mais amplas, os sistemas de saúde permanentemente sobrecarregados e que colocam em risco a saúde da população, tem desenvolvido diversas estratégias para a renovação da APS (ROSALES, 2009).

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios: universalidade, integralidade e equidade, começou-se a investir mais profundamente na Atenção Primária Saúde, denominada Atenção Básica (AB) e definida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo voltadas para a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação e manutenção da vida, e que tem como os seus elementos essenciais: o foco na família, universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, orientação para a comunidade, capacitação profissional (ROSALES,2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para transformação do modelo de atenção, a partir da reorganização da AB, na qual é proposta uma nova forma de cuidar da saúde: para populações delimitadas em territórios adstritos, com ênfase na atenção a família, no trabalho em equipe multiprofissional, no planejamento local participativo e na parceria com outras instituições e outros setores, nas ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação (ROSALES,2009).

Entende-se que embora exista uma visão formalmente instituída é necessário que essa seja implementada. Para tanto é necessário reorganizar as práticas pedagógicas para que atendam ao atual processo de mudança contínua da estrutura, das funções e do papel social da família (JACOPETTI, 2005).

Nos últimos anos, movimentos importantes têm sido realizados em direção às necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde no Brasil. Esses movimentos, tanto no campo dos serviços públicos, em especial pela estratégia da “Saúde da Família”, como no campo dos serviços privados tem o objetivo de superar o modelo centrado no hospital e no consumo abusivo da tecnologia (JACOPETTI, 2005).

4.10.2 Reflexões sobre as tendências pedagógicas

A pedagogia de transmissão inicia-se no decorrer da consulta, onde o profissional mecanicamente joga todas as informações necessárias ao caso em geral, sem ao menos ter o cuidado de definir as reais necessidades apresentadas pelo usuário. Nesse momento, o cliente acaba respondendo passivamente a todas as perguntas e solicitações impostas pelo profissional. Muitas vezes por receio de estar errando, responde errado e se afasta cada vez mais com seu erro, outras vezes, não entende o que está ouvindo e acaba ignorando a importância de cada situação e assim, ocorre à pedagogia de condicionamento, onde também é o caso das campanhas de vacinas e até mesmo em palestras, onde o profissional se esforça para realizar uma comunicação prática, rápida e interativa, buscando informações sobre a realidade de cada participante e exemplificando casos reais para sensibilizar quem o escuta, e assim, realizar a pedagogia de problematização.

Entretanto, sabemos que todo esse esforço não é nem de longe produtivo, ora porque gestante vão às palestras em busca de uma cestinha de produtos de higiene materna e infantil, ofertada como brinde a quem participa, e assim, dando início novamente a todas as outras formas pedagógicas citadas, porém, sem muitos resultados positivos!

4.10.3 Reflexões sobre o acolhimento e o trabalho com grupos

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio,

abrigo, agasalho”. E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. No Dicionário Houaiss, o termo acolhimento não existe, porém acolher significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração ”.

O uso sistematizado do conceito e a produção científica a ele vinculada, em Atenção Primária à Saúde (APS), datam do início da década de 90, com os trabalhos do grupo de pesquisadores do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde - (Lapa/Unicamp). À época o conceito de acolhimento utilizado é o de uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/ responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção. Ou ainda, é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde (PEREIRA, 2006).

4.10.4 Reflexões sobre Visita Domiciliar e consulta

Na Estratégia de Saúde da Família, a conduta prioritária de trabalho é a visita domiciliar as famílias. Para Kawamoto et al. (1995: 35) “Visita Domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial”. A visita, como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde. “A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade” (MONEGO, 2004).

Para o sucesso de uma visita domiciliar é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. De acordo com Kawamotoetal (1995), as prioridades para a visita domiciliar incluem os recém-nascidos, crianças com patologias graves ou faltosas aos agendamentos das vacinas, portadores e comunicantes de doenças transmissíveis, gestantes de alto risco ou com VDRL positivo e/ou faltosas (MONEGO, 2004).

Do ponto de vista de dicionários da língua portuguesa, CONSULTA é uma palavra substantiva feminina que significa ação de consultar, de pedir uma opinião ou conselho; do ponto de vista da medicina, é um procedimento que, por muito tempo em sua história, foi quase o único recurso terapêutico utilizado. O primeiro contato do paciente com o profissional, a partir dali são estabelecidos vínculos para dar continuidade ao tratamento.

4.10.5 Reflexões sobre a temática proposta

A Atenção primária à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Faz parte integrante tanto do sistema de saúde do país... quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade... pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

4.11 Disciplina 11 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

Esta disciplina teve início em 29 de julho e terminou em 11 de setembro de 2011, foi dividida em cinco aulas, entre elas: Aula 01- Planejamento em Saúde. Aula 02- Planejamento Estratégico Situacional - PES. Aula 03- Diagnóstico Situacional em Saúde. Aula 04- Elaboração do Plano de Ação. Aula 05- Planejamento no SUS. O Planejamento é uma importante ferramenta que facilita a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes.

4.11.1 Introdução

O planejamento em saúde produz uma peça propositiva que é o plano. Este contém um projeto futuro de ação, sendo esta ação igualmente uma proposta para articular outras ações, isto é, uma futura organização e formas de gerenciamento do trabalho produtor dos serviços. E, de outro lado, através das propostas de gestão - que podem ou não pertencer ao plano - produz tecnologias de operar a organização do trabalho proposta. Tais tecnologias serão a gestão: um saber capaz de conduzir a planejada forma (organização) de realizar o trabalho em saúde (KON, 1999).

Se o plano é uma orientação para a ação, uma proposição de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador, essa modalidade de atuar é como se fosse um trabalhar sobre trabalhos, fundado na necessidade de racionalização do trabalho produtor direto dos cuidados, pois a finalidade do planejamento é instruir e a da gestão é processar tal instrução sobre processos de intervenção em saúde. Planejamento e gestão realizam ação estratégica quanto ao trabalho em saúde, através da avaliação dos indicadores (KON, 1999).

Planejar assume, desse modo, imediatamente as características de ação técnica, mais precisamente, estratégia racionalizadora e saber prescritivo, da perspectiva de tal ou qual política a realizar: ação estratégica para interesses do Estado, da empresa (KON, 1999).

4.11.2 Elaboração do Plano de Ação

O índice de gravidez na adolescência vem crescendo em todo o Brasil e principalmente nos municípios de pequeno porte, até porque estes não dispõem de

alternativas de lazer, entretenimento, oportunidades de trabalho e estudo que envolva o adolescente de forma ideal e por isso hoje nos deparamos com mais esse problema de saúde pública. Os índices em nossos municípios tem ascendência e acredito que em outros também.

Mas vejamos, nós temos governabilidade, ou seja, nós podemos modificar esses índices implementando estratégias factíveis e também podemos arranjar parceiros no projeto de intervenção, além do que se reduzirmos o número de gestantes adolescente, reduziremos também inúmeros outros indicadores como: prematuridade, mortalidade materna, redução do abandono da escola, prostituição, gravidez indesejada, aborto provocado, entre outras.

Fatores que favorecem ao alto índice da gravidez na adolescência: falta de informações sobre os métodos contraceptivos existentes, falta de planejamento e/ou difícil acesso ao planejamento, instabilidade da adolescência, falta de oportunidades para os jovens, amor, desejo de casar e sair da roça, desejo de liberdade, romantismo, insegurança, baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade, desestruturação familiar, falta de fé, forma de ganhar dinheiro e outras....

E então, o que poderíamos fazer para intervir neste emaranhado de fatores e causas que interferem de forma gritante na qualidade de vida dos adolescentes, principalmente da menina-mulher nesse momento de transição onde ocorrem consequências tanto na saúde física como mental?!...

Grande parte destas adolescentes vem de famílias desestruturadas, que tem baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade dos pais e muitos outros; precisamos trabalhar com esses adolescentes, utilizando oficinas onde a adolescente grávida passe suas experiências e capacite as outras adolescentes e também trabalharmos com uma das principais raízes do problema, o núcleo familiar, se não conseguirmos intervir neste núcleo, acredito que o nosso objetivo maior que é a redução do alto índice da gravidez na adolescência, não será alcançado.

Poderíamos usar alguma das estratégias que aqui estão sendo implantadas como:

- Adesão do município ao PSE/SPE;
- Sensibilização do Prefeito e Gestores, todos não só educação e saúde;
- Capacitação do núcleo gestor do SPE e Implantação dos GTLS, grupo gestor locais;
- Capacitação das Equipes de Saúde da Família;

- Capacitação dos ACS e Técnicos de Enfermagem;
- Capacitação da Coordenação da Atenção Básica, Diretores, Professores, Coordenadores, etc;
- Capacitação de grêmios, grupos de voluntários, alunados, etc;
- Implantar locais extra-posto de Saúde "BIGBRODS" para distribuição de camisinhas onde não precisa se indentificar;
- Realizar oficina, palestras, buscar o protagonismo juvenil;
- Ir a escola buscar os alunos que faltam,
- Acolhimento deste adolescente na família, escola e UBS;
- Trabalhar com prioridade a família de modo integral, na escola, unidade de saúde, etc;
- Introduzir temas transversais de cunho educativo "saúde na adolescência" nas escolas, palestras etc.
- Estimular o espírito e o protagonismo do Adolescente de forma ativa e permanente.

4.11.3 Reflexões sobre o Planejamento Estratégico Situacional - PES

Toda e qualquer atividade, seja na vida particular ou profissional deve ser orientada pelo planejamento das ações. Na equipe do PSF temos que planejar nossas ações de forma integrada, participativa e democrática através do planejamento estratégico. Para planejar antes de tudo precisamos conhecer o território em suas peculiaridades a isso chamamos diagnóstico da área, como: dimensões territorial, epidemiológico, cultural, geográfica, pontos positivos e negativos, ambiência interna e externa, possíveis cenários futuros, etc.

Após o diagnóstico da realidade, devemos analisar, planejar e buscar construir o cenário dos nossos sonhos, através de planejamento dos principais problemas que queremos modificar utilizando de uma ou mais intervenções, identificando os principais objetivos que não devem ser muitos, pois fica mais difícil para atingir o objetivo quando se traça muitos objetivos de uma só vez, devemos trabalhar um problema por vez; feito isso partiremos para quais as estratégias seriam melhor para solucionar determinado problema; quanto tempo levaremos para resolver e quem poderiam ser nossos parceiros na tentativa de solucionarmos o problema. É sempre importante a participação da população na identificação dos problemas e na construção das soluções, pois sem essa participação não existe compromisso e nem interação da

equipe e comunidade que participando passa a ter maior responsabilidade no projeto de intervenção.

Todo planejamento deve ser flexível, ou seja, passível de mudanças, nada é estático mais sim dinâmico, existem os conflitos de interesses, políticos, sociais etc. Devemos considerar todos e modificar nossas estratégias sempre que percebermos conflitos, tentar adaptá-los desde que isso não implique no nosso objetivo. Buscar sempre trazer as pessoas que exercem um certo poder ou confiabilidade da comunidade para nossa luta, fazer discussões com as comunidades, lideranças e outras pessoas que possam fortalecer nossos objetivos.

Não se muda nada sozinho, ou melhor, nada muda, apenas se transforma; precisamos que todos participem do processo, com debates, reuniões, re-planejando sempre e buscando a participação da equipe/comunidade.

4.11.4 Reflexões sobre a temática proposta

O planejamento é, pois, ele próprio também uma técnica, mas uma técnica que sabe sobre o modo de dispor, arranjar e processar outras técnicas. Quando na prestação direta dos serviços para a população em geral, o planejamento apresenta-se como um trabalho de gestão, trabalho que se ocupa dos outros trabalhos em saúde: organizando e processando essa organização de modo a que a assistência produzida para a população realize princípios ou pressupostos que instruem o agir, primeiro, políticos, e segundo, técnico-científicos. Por isso a esfera própria do planejamento e gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os diversos aspectos que sinalizam para a mudança da prática profissional sem dúvida o Curso de Especialização em Saúde da Família NUTEDS/UFC veio a somar na experiência dos trabalhadores da saúde que trabalham na atenção básica, trazendo atualização e capacitação na Estratégia Saúde da Família. Destaco os aspectos ligados ao perfil que o profissional deveria ter e os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de certas competências e habilidades gerais no ambiente de trabalho, que neste curso pude perceber.

Acredito que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;”

Meses a fio foram destinados para a construção deste trabalho. Ele foi elaborado junto com cada alegria e angústia por mim experimentada e desenvolvi maior capacidade técnica na atenção básica à saúde, em Lavras da Mangabeira. A Estratégia de Saúde da Família só tem a ganhar quando investe na qualificação dos profissionais. Agora chegou o momento final, apesar de saber que ele não existe, pois a educação continuada permeará dentro deste nível de atenção.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- BASTOS, A. **A crise ambiental e as crises sociais – o ultimato da natureza.** 2010
- BOVO, M.C. Revista Urutágua - revista acadêmica multidisciplinar. **Interdisciplinaridade e Transversalidade como Dimensões da Ação Pedagógica.** 2005.
- BRASIL. Decreto nº 3. 298, de 20 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/dec3298.asp> [Acesso em 5 jun. 2011].
- BRASIL. **Indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB.** Secretaria Municipal de Saúde. Lavras da Mangabeira-CE, 2010.
- BRASIL. **Manual Técnico, Pré-natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 05. 3ª edição revisada. Ministério da Saúde: Brasília. 2006.
- BRASIL. **Relatório de Gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 1ª edição. Ministério da Saúde: Brasília. 2007.
- BRASIL. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SB Ceará.** Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2004.
- BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Orientações em Saúde Bucal para o SUS no âmbito do Estado de São Paulo.** São Paulo: Coordenadoria de Planejamento em Saúde, Grupo técnico de ações estratégicas área técnica de saúde bucal. 2010.
- BRASIL. **Violência Faz Mal à Saúde.** Série B Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília. 2004.
- BRASIL.http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578.2006.
Acesso em 29/05/2011. As 12:00h.

- BUS, P. M., FILHO, A. P., PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93. 2002.
- FERREIRA R.I, JÚNIOR, M. M, MENEGHIM, M.C., PEREIRA, A.C. **Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência**. São Paulo. 2004.
- GARBIN, C.A.S et al. **Promoção de Saúde Bucal nas Escolas Municipais de Educação Infantil de Araçatuba - SP**. 3º Congresso de Extensão Universitária da Saúde. São Paulo – SP. 2005.
- GUS, I, HARZHEIN E., ZASLASVSKI C., Medina C, GUS M. **Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul**. ArqBrasCardiol. Rio Grande do Sul.v18.nº83: p.484/490. 2004.
- HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Sales. Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004, p.78.
- JACOPETTI, Sandra Regina; NEVES, Vilma Fernandes. **ATENÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 247 - 265, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- JUNIOR LOPES, M.; FARO, A. C. M. **Deficiências e educação inclusiva**. Mundo da Saúde, Brasília, v.30, n.1, p.45-51, 2006.
- KEOUGH, B. K. Children's temperament and teacher's decisions.Em Temperamental Differences in Infants and Young Children (orgs.R. Porter e G. M. Collins) Pitman, Londres, 1982.
- LAWINSKY, L.; MERTENS, F.; TÁVORA, R.; PASSOS, C. J. S. GUIMARÃES, J. R. D.; VAZ, C. A. **As abordagens ecossistêmicas para a saúde humana: integrando saúde do trabalhador e saúde ambiental**. 2001.
- LEMO, M. D.; FUNDÃO, N. L.; FERREIRA, L.V.M.; MILL, G. J.; MOLINA, B. C. M.; **Redução quantitativa do risco cardiovascular no tratamento da hipertensão arterial em unidade do Programa de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 13, abr/jun de 2006.
- LESSA, C.F.M. **“Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará: análise histórica documental e evolução temporal dos indicadores de saúde bucal”**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fortaleza. 2008.

MACHADO, M.S. MIELKE, F.B. KANTORSKI, L.P. JARDIM, V.M.R. OLSCHOWSKY, A. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2007.

MARTINS, M.C.S. **Fatores de Risco Psicossociais para a saúde mental.** 1989.

MENDES, I.J.M. VILELA, E.M. Revista Latino-americana de Enfermagem. **Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico.** São Paulo. 2003.

MFAS Machado, EMLM Monteiro e DT Queiroz, NFC Vieira MGT Barroso. Ciência & Saúde Coletiva v.12 n.2. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS.** Rio de Janeiro mar./abr. 2007.

MONEGO, E.T, PEREIRA, R.B.L, DUARTE, R.V.C, MARASQUIN, H.G. VISITA DOMICILIAR: O OLHAR DA COMUNIDADE DA QUADRA 603 NORTE. PALMAS (TO). REVISTA DA UFG - Tema FAMÍLIA. Órgão de divulgação da Universidade Federal de Goiás - Ano VI, No. Especial, dezembro de 2004. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/H_visita.htm

MONTEIRO, R. J. F. Sistemas de Formação 97/98. Disponível em: <<http://student.dei.uc.pt>> Acesso em: 29/08/2010.

MONTEIRO, W.V. S. Gênero e Saúde: **Programa Saúde da Família em questão.** São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.** São Paulo, Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, F.B.S. **Atenção a Saúde Bucal dos idosos do Programa de Saúde da Família de Tiradentes.** Montes Claros-MG. 2010.

PEREIRA, RPA. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família.** Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm [acesso em **/**/****]

PIRES Saude soc. vol.18 no.2 São Paulo Apr./June2009.**Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico**
Leila Bernardo Donato GöttemsI; Maria Raquel Gomes Maia PiresII, Walisete de Almeida Godinho RosaI; Renata Curi LabateII. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistencial
http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48284_5776.PDF

PRETI, Oreste. **Autonomia do Aprendiz na Educação a Distância: significados e dimensões.** Cuiabá: UFMT/NEAD, 2005.

PROSSER, E.S.; ROESLER, D.A.; CENCI, D.E.; **A crise da modernidade e a ética da vida na relação homem-natureza.** Paraná-PR, 2006.

REI, F.; SILVA, A.C.N.P.; ITANI, A. **Subsídios da legislação sobre saúde do trabalhador e meio ambiente: debate sobre instrumentos e responsabilidades.** São Paulo-SP. 2009.

RIGOTTO, R.M. **Saúde Ambiental e Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho.** Rev. Bras. Epidemiol. Vol, 06. Nº 04, 2003.

ROSALES, C; SHIMIZUL, H.E. **As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?.** Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 62. Número 3. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300014>

ROTHEN, L.P. **Qual educação ambiental? Discussões sobre “modernidade”, crises e possíveis soluções.** Paraná-PR, 2004.

SANTANA, V.S.; SILVA, J.M. **Os 20 anos da Saúde do Trabalhador no SUS: Limites, Avanços e Desafios**2007

SANTOS, S.R. GARRUTI, E.A. Revista de Iniciação Científica. **A Interdisciplinaridade como forma de superar a fragmentação do conhecimento.** São Paulo. 2004.

SCHRAIBER, L. B. L.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Volume 4. Número 2. Rio de Janeiro-RJ. 1999.

SILVA, A.R; FERREIRA T.F; TANAKA, A.C.A. **História ginecológica e sintomatologia climatérica de mulheres pertencentes a uma unidade de saúde pública do estado do Acre.** Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010.

SILVA, E.N. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher.** Reimpressão abril, Ministério da Saúde: Brasília. 2003.

SOBLEC. **Acesso da população com deficiência visual a serviços de reabilitação.** Sociedade Brasileira de Lentes de Contato, Córnea e Refratometria. 2011. Disponível em:

<http://publico.soblec.com.br/index.php?system=news&news_id=803&action=read&ei d=201> Acesso em junho de 2011.

TAPIA, C.E.V. Perspectiva Interdisciplinar na Prática do Cuidar das Criança. São Paulo. 2005

TAYRA, F. A crise ambiental e o papel das novas tecnologias da informação: além do domínio da técnica. Barcelona, 2004.