

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.

**IMPACTO DA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
INFANTIL NA ESF DAS FRECHEIRAS**

Fortaleza – CE

2011

VALÉRIA PORTELA MOITA

**IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO ESF DAS FRECHEIRAS**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento.

Co-Orientador: Prof. Tutor Marcos Henrique Muniz de Castro.

Fortaleza – CE

2011

VALÉRIA PORTELA MOITA

**IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO ESF DAS FRECHEIRAS**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

BANCA EXAMINADORA

Mestre pela UFC – Marcos Dionisio Ribeiro do Nascimento

Prof. Especialista pela ESP-Ce Marcos Henrique Muniz de Castro. (1º Avaliador)

Prof. (2º Avaliador)

Fortaleza – CE

2011

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

M723i

Moita, Valeria Portela.

Impacto do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na ESF das Frecheiras /

Valéria Portela Moita. – 2011.

35 f.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde-NUTEDS, Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.

Orientação: Prof. Ms. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento.

Coorientação: Prof. Esp. Marcos Henrique Muniz de Castro.

1. Peso-Estatura. 2. Atividade Motora. I. Título.

CDD 362.1

Dedicatória

A minha mãe que me serviu e me serve de exemplo,
quando aos 89 anos, ainda folheia todos os livros
que encontra pela frente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de toda minha força, que me impulsiona quando penso em desistir...

Aos meus familiares que sabem me estimular a não desistir nunca!

À minha filha, fonte de toda minha energia, que por muitas vezes, chorava do meu lado, exigindo atenção, quando nos finais de semana ficava horas a fio digitando trabalhos e estudando.

A todos que compõem a EAD por nos dar esta grande oportunidade.

A todos os amigos que chegaram sempre com a palavra certa nos momentos difíceis.

Em fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste curso.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de organização do atendimento à criança, visando o conhecimento das causas que interferem de alguma forma, no retardo do crescimento e desenvolvimento infantil, pois a infância é uma fase da vida muito delicada, que requer das pessoas que de uma forma ou de outra, foram escolhidas para prestar-lhe cuidados, conhecimentos sobre a maneira adequada de manuseá-las, alimentá-las e dar-lhe total assistência. Assim, optei por focar a assistência prestada a essas pessoas envolvidas com crianças, analisando suas práticas de cuidados, bem como, a qualidade das mesmas, e da forma como refletiam-se sobre o adequado crescimento e desenvolvimento das mesmas.

Percebi ao longo do meu trabalho em ESF (14 anos) que muitos cuidadores estavam totalmente despreparados para lhe darem com situações de cuidados, principalmente de recém-nascidos, como o simples ato de amamentar, limpá-los e acalentá-los.

Os pais precisavam de encorajamentos, tanto da família, quanto dos profissionais de saúde, para assumir com amor e dedicação esta missão tão árdua e ao mesmo tempo gratificante que é criar um ser humano.

Na equipe de saúde da família das Frecheiras, população foco do meu estudo, a realidade relatada acima, também se faz presente de uma forma maior, por ser uma população carente, periférica e com grande número de adolescentes grávidas e multíparas (mulheres com mais de quatro filhos).

Observei também, um alto índice de falta de informações, principalmente em relação ao acompanhamento vacinal, suplementação do ferro e vitamina A (o que é pior, pelos próprios profissionais que trabalham nas salas de vacina e ACSs), sem falar na importância da detecção precoce de anomalias tratáveis e adaptáveis, com referências para profissionais especializados visando a melhoria da qualidade de vida da população alvo, tirando o maior proveito de suas capacidades motoras e intelectuais.

O importante é entender que, os verdadeiros determinantes de um atraso infantil, não estão na patologia do momento, e sim na captação precoce, e na capacidade de prever suas futuras conseqüências, procurando meios, juntos com todos os envolvidos: familiares, profissionais e comunidade para a melhoria da qualidade de vida

Palavras-Chave: Peso. Estatura. Motricidade (atividade motora).

ABSTRACT

This work presents an organization proposal of the attendance to the child, seeking the knowledge of the causes that you/they interfere in some way, in the retard of the growth and infantile development, because the childhood is a phase of the very delicate life, that requests of the people that one way or another, they were chosen to render him/her cares, knowledge on the appropriate way of handling them, to feed them and to give him/her total attendance. Like this, I opted to focus the rendered attendance the those people involved with children, analyzing your practices of cares, as well as, the quality of the same ones, and in the way how they were reflected on the appropriate growth and development of the same ones.

I noticed along my work in ESF (14 years) that many caretakers were totally despreparados for us to give him/her with situations of cares, mainly of newly born, as the simple act of breastfeeding, to clean them and to rock them.

The parents needed encouragements, so much of the family, as of the professionals of health, to assume with love and dedication such arduous and at the same time gratifying mission that is to create a human being.

In the team of health of the family of Frecheiras, population focus of my study, the reality told above, it is also made present in a larger way, for being a population lacking, outlying and with great number of pregnant adolescents and múltiparas (women with more than four children).

I also observed, a high index of lack of information, mainly in relation to the accompaniment vacinal, suplementação of the iron and vitamin THE (what is worse, for the own professionals that work in the vaccine rooms and ACSs), without speaking in the importance of the precocious detection of easy anomalies and you adapted, with references for specialized professionals seeking the improvement of the quality of life of the population objective, removing the largest advantage of your motive and intellectual capacities.

The important is to understand that, the true determinant of an infantile delay, are not in the pathology of the moment, but in the precocious reception, and in the capacity to foresee your future consequences, seeking means, together with all involved them: relatives, professionals and community for the improvement of the life quality .

Word-key: Weight. Stature. motricidade

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA	11
3. PORTIFÓLIOS	
3.1 - Processo de Trabalho em Saúde	12
3.2 - Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	13
3.3 - Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde	16
3.4 - Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde	19
3.5 - Saúde da Mulher no Ciclo Vital	23
3.6 - Saúde Mental e Violência	26
3.7 - Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia Saúde da Família	30
3.8 - Saúde Bucal na Unidade da Saúde.....	33
3.9 - ABS Pessoas com Deficiência	37
3.10 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral aos Processos de Saúde	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
6. ANEXO.....	50

INTRODUÇÃO

O crescimento é um atributo inegável dos seres jovens. O impulso genético para crescer aliado à higidez do organismo, especialmente dos sistemas nervoso e endócrino, bem como, da normalidade dos órgãos efetores, determinam a multiplicação e diferenciação celulares, indispensáveis para que o processo do crescimento, leve o indivíduo à idade adulta.

O processo depende, por sua vez, dos seguintes fatores ambientais:

- Dieta normal;
- Atividade física adequada;
- Ausência de agressões morbígenas de várias etiologias;
- Estimulação psicossocial; são os mais significativos.

Compreende-se pois, que poucas funções biológicas, dependem tanto do potencial genético, como o crescimento, mas a qualquer momento, desde o instante da concepção, o ambiente pode perturbar a ordenação, qualidade e quantidade do fenômeno.

O crescimento representa na verdade, um modelo de integração homem x ambiente.

Crescimento e vida, são funções correlatas e assim, como não há uma definição de vida que satisfaça plenamente, o crescimento encarado globalmente, é a somatória de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e morfogenéticos, cuja integração é feita, segundo um plano pré-determinado pelo ambiente.

Crescimento e desenvolvimento são processos paralelos mas com conceitos próprios e não obrigatoriamente, dotados de igual velocidade ou de igual sensibilidade aos agravos.

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, tratar-se-a do impacto da implantação da rotina de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na ESF de Frecheiras, Tianguá – Ce. . Embora o período total do crescimento englobe todos os fenômenos ligados à puberdade (não se cogitará, aqui, esta fase da vida). Sendo enfocado mais as faixas etárias de 0 à 5 anos

METODOLOGIA

O presente trabalho, relata a experiência da implantação e execução na rotina de trabalho da ESF de Frecheiras, o impacto causado na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil perante as famílias dos envolvidos e profissionais, mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial. O curso ocorreu no período de Maio de 2010 à Novembro de 2011.

As disciplinas ofertadas foram: Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade; Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Saúde Mental e Violência; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem integral dos processos de saúde.

O curso se efetivou por meio de atividades virtuais e encontros presenciais que foram muito importantes para a integração da turma com troca de idéias, debates, tais como, fórum de discussão, chat e troca de experiências no trabalho na Unidade Básica de Saúde, seja esta individual ou coletiva com a equipe multidisciplinar.

O curso, bem como suas atividades, levantaram reflexões sobre a rotina de trabalho de cada profissional, visto que a turma é composta por multiprofissionais e a reflexão sobre o modo de atuação e integração de cada um como membro do sistema .

No final de cada disciplina, um portfólio de fixação do conteúdo estudado, era cobrado como relato das práticas da vivência na unidade de saúde, e ao final do Curso, cada portfólio compunha um capítulo de um trabalho monográfico.

Como podemos observar, o assunto por mim abordado, foge da grade curricular, ou seja, nenhum módulo estudou especificamente o acompanhamento infantil, assunto preponderante na rotina da atenção básica, mas que pode ser extraído e adaptado nos módulos estudados aproveitando-se das metodologias e reflexões propostas em cada etapa estudada.

PORTIFÓLIOS ESTUDADOS

I. Processo de Trabalho em Saúde

O município de Tianguá está localizado no planalto da Ibiapaba no ponto de entroncamento entre os estados do Ceará e Piauí e sua distância para Fortaleza é de 322 Km, tendo como via principal de acesso a BR 222.

A Serra da Ibiapaba é composta de oito Municípios e possui uma população de 299.453 habitantes.

Tianguá está em primeiro lugar em termos populacional (68.591 hab.).

Está interligado aos outros municípios através da rodovia estadual CE 187, que é constituída de asfalto, sinalização e posto de polícia rodoviária federal e estadual, responsável pela fiscalização dos veículos que nela trafegam.

Os meios de transportes predominantes utilizados pela população são veículos automotores e de tração animal (em zona rural).

Possui 647,50 Km.

Clima : devido a altitude elevada, apresenta temperatura amena em torno de 23°C.

Vegetação : matas úmidas e agricultura.

Relevo : planaltos sedimentares e depressões periféricas úmidas e sub-úmidas (chapadas e pés de serra). Depressões sertanejas, semi-áridas (sertões).

Os terrenos sedimentares com relevo plano e suave ondulado, tornam as áreas físicas favoráveis a exploração agrícola. Cerca de 60% do município, apresenta-se coberto por vegetação carrasco, que ocupa o reverso seco da chapada da Ibiapaba.

Aspectos epidemiológicos :

Temos como principais agravos :

- mordidas de animais que podem transmitir raiva;
- Leishmaniose tegumentar;
- Dengue;
- acidentes por animais peçonhentos;

- Hepatites virais;
- Tuberculose;
- Hanseníase.
- IRAs.

Intervenções:

Baseiam-se na busca ativa de casos, na procura do paciente queixoso na UBS, nas notificações compulsórias e principalmente nas informações de saúde prestadas pelos profissionais nas unidades , nas visitas domiciliares, nas campanhas, principalmente de vacinas. Ou seja, as ESF procuram ficar em alerta à esses agravos, para serem tomadas as medidas cabíveis.

II. Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Neste Módulo vimos o modelo assistencial vigente e a probabilidade de mudanças, visando a melhoria na qualidade dos atendimentos prestados aos usuários, onde se discutiu os diferentes conceitos de modelos e as implantações dos mesmos ao longo da história, conhecendo sua evolução de uma forma geral e do SUS em particular.

Como reflexão, tivemos que analisar todo nosso processo de trabalho, os pontos positivos e negativos. Vimos que é de fundamental importância pararmos para análise dos modelos ideais e dos modelos concretos existentes com suas experiências exitosas, e vermos como e onde procuraremos fazer as adaptações necessárias dentro de nossa realidade.

Foram discutidos no fórum, conceitos para o modelo assistencial presente em nosso município onde o modelo ideal seria aquele em que o indivíduo assumisse a responsabilidade por sua saúde e da sua comunidade.

Na atenção básica, um dos pilares para o início do trabalho pela equipe é conhecer o território como local onde se constrói o cotidiano das pessoas, fazendo o diagnóstico de saúde, para traçar metas de atuação, que só se consolidará com o trabalho em equipe que é outro fator determinante no alcance dos objetivos, o que não é nada fácil.

Como o próprio nome diz, a estratégia saúde da família é um processo dinâmico de avaliações, diagnóstico e planejamento das ações à serem desenvolvidas para melhoria da qualidades nos atendimentos e na qualidade de vida da população.

No chat, pudemos refletir e trocar opiniões sobre a evolução dos sistemas de saúde no Brasil.

Vimos a importância dos trabalhos em equipe como forte instrumento no processo de mudanças...

Vimos a qualidade da atenção prestada no cuidado à saúde onde várias reflexões foram feitas como a seguir, nas tarefas solicitadas:

Uma estratégia que temos utilizado muito comum por sinal é na elaboração do cronograma mensal, depois da avaliação dos indicadores alcançados naquele mês ou nos últimos três meses. Vemos que indicadores estão caindo e traçamos estratégias para suas melhoras.

Exemplo:

A baixa cobertura no aleitamento materno de uma determinada microárea!

Planejamos reforçar as ações educativas sobre a importância do aleitamento materno;

Fazemos visitas domiciliares às puérperas, ajudando-as no enfrentamento das dificuldades dos primeiros dias do puerpério.

As dificuldades encontradas para o planejamento e execução das ações, está no desfalque da equipe (inclusive motorista disponível) e no número excessivo de transferências que vemos sofrendo nos últimos tempos.

Ex: Quando comecei este curso estava atuando na equipe das Frecheiras (composta por duas enfermeiras e dois téc. de enfermagem). Logo em seguida fui transferida para o PSF da Rodoviária (equipe completa) . Fiz até alguns trabalhos com a médica da equipe que

também está fazendo este curso. Dois meses depois fui transferida de volta para a equipe das Frecheiras, equipe incompleta e agora, só com um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Nesta transferência veio também um Dentista e um ACD. Continuamos sem carro disponível, o que tem dificultado as ações extra-muro como a planejada de visita às puérperas.

OBS: Neste íterim de transferências, uma ACS pediu demissão e agora também estamos com uma microárea sem informações e acompanhamentos.

Diante desses problemas, tem sido muito difícil, tentar elaborar mudanças no modelo assistencial desta equipe, visto que, a mesma tem sofrido com todas essas mudanças negativas. Então, como planejarmos ações com uma equipe deste tipo, se não sabemos quem irá executá-las! Ou se vão executá-las!

Espero providências concretas dos gestores, e por enquanto, vamos usando os pequenos recursos humanos e matérias que temos.

Tarefa 1 da aula 4: Estudo de caso:

Qualidades ausentes:

- Falta de ações educativas sobre alto cuidado, no caso, sobre hipertensão;
- Falta de visitas domiciliares com qualidade, feitas pelo ACS, identificando os doentes crônicos que não estão tomando medicação e se auto-cuidando;
- Faltando portanto, comunicação com a equipe para traçar plano de ação preventiva para doentes crônicos.
- Falta de comunicação com todos os membros da equipe, sobre pacientes internados, e que recebem alta, principalmente sobre pacientes prostrados, que precisam de cuidados específicos.
- Falta planejamento das visitas domiciliares.
- Faltou planejamento de ações com o paciente a longo prazo, como, visitas domiciliares e fiscalização dos cuidados prescritos.

Qualidades presentes:

Ao ser solicitada por familiares para visita, a Aux. de Enfermagem, foi logo fazer a visita domiciliar . Agiu tecnicamente e comunicou a Enfermeira que planejou e executou a visita para breve.

Nota-se que a equipe estava disponível para as ações, porém, devido a falha de comunicação, o caso foi-se complicando.

Bem, ao finalizar este módulo, vimos a importância da atenção do modelo assistencial vigente, que desde sua implantação no Brasil em 1994, apesar das falhas e dificuldades de assimilação de rotinas por muitos profissionais e população, vem dando certo e tem melhorado muitos indicadores de saúde como: cobertura vacinal e diminuição da taxa de mortalidade infantil , etc....Vale apenas abraçarmos a causa dos estudos para melhoria de aprendizado, visando a melhoria dos atendimentos baseados nos princípios do SUS.

III. Planejamento e avaliação das ações de saúde

O Planejamento tornou-se ferramenta fundamental no alcance dos objetivos tanto no trabalho quanto na vida profissional.

Na saúde de um modo especial, o planejamento é um passo fundamental para o desenvolvimento de um bom trabalho, alcançando objetivos e melhorando a qualidade de vida da população.

Mas para que isto ocorra, necessário se faz, o conhecimento do que significa “planejar”.

Discutir conceitos e métodos de planejamento é muito importante, pois segundo Matus, “o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação”.

Improvisar é o oposto de planejar :

O que vemos na rotina de muitas equipes, são atitudes e / ou ações improvisadas, o chamado “ apagar incêndios ” . A verdadeira causa dos problemas fica por “debaixo dos panos” podendo vir à tona a qualquer momento.

O Planejamento é um articulador entre o presente e o futuro, permitindo o melhor aproveitamento do tempo e dos recursos disponíveis.

Planejar é conhecer os problemas e calcular os objetivos à serem alcançados, com os pés no chão, vendo os recursos disponíveis para execução das ações.

Deve ser um processo contínuo.

A minha experiência sobre a construção do plano de ação, foi inovadora, pois vimos passo a passo como se deve elaborar um plano de ação, dentro de uma equipe de saúde, ou seja, como e por onde começar sem atropelar etapas. Também vi que estas etapas, podem ser utilizadas por qualquer área da gestão e porque não dizer, até de outras áreas.

Achei muito significativo a seleção dos nós críticos, abordando “pontos chaves” que se trabalhados a contento, não vão tomar dimensões exorbitantes, que é o que tem acontecido com a saúde pública no Brasil. Os “probleminhas” são jogados debaixo do tapete, e depois tomam proporções absurdas....

Também foi percebido que as avaliações dos indicadores e planejamentos de ações devem obedecer prazos, não se deve deixar sempre para depois, temos que cumprir tempos, termos metas à cumprir.

O Planejamento se torna fundamental ou mesmo vital para qualquer trabalho, principalmente na questão da saúde, que é uma área muito delicada , pois a saúde pública em nosso Brasil é sempre alvo de muitas críticas e reclamações, tanto de servidores quanto de usuários.

As estratégias que até então usávamos, era a de elaboração de um cronograma mensal, quando nos reunimos para colher os dados estatísticos mensais e avaliar os indicadores atingidos observando em que aspectos deveríamos trabalhar naquele mês.

Ex:

- Baixa cobertura de aleitamento materno em determinada microárea: trabalhar mais as ações educativas, visitas domiciliares nas primeiras semanas do puerpério etc.

- Frequência das crianças nos retornos das avaliações do crescimento e desenvolvimento infantil.

Quanto as dificuldades encontradas para enfrentamento dos problemas mais freqüentes, está no desfalque da equipe, falta de carro disponível para ações extra-muro e na transferência excessiva dos profissionais, pois o que um planeja, ao chegar o outro, se faz outro planejamento, dando descontinuidade aos trabalhos iniciados

Ex: Quando comecei este curso, estava na equipe das Frecheiras (equipe composta por: Enfermeiro, dois téc. enfermagem) Fui transferida para o PSF da Rodoviária em que a equipe estava completa (fiz até alguns trabalhos com a médica da equipe que também está fazendo esta especialização). Dois meses depois, voltei para a equipe das Frecheiras, novamente sem médico e no momento apenas com um téc. de enfermagem. O Dentista e ACD também voltaram, menos mal!

Neste período de transferência uma ACS pediu demissão e também temos uma área de risco descoberta, pois estamos em período eleitoral e não se pode contratar outra para seu lugar.

Tem sido muito difícil elaborar mudanças no modelo assistencial, quando a equipe está passando sempre por mudanças negativas em sua estrutura . Como podemos planejar ações com uma equipe com tanta instabilidade?

Mas, mesmo assim tentamos trabalhar e dar o melhor que podemos, os interesses e conflitos da população são sempre levados em conta, avaliados e muitos deles, levados aos gestores, quando não nos compete providências maiores Ex: falta de médico, transportes, matérias etc.....

Voltando ao assunto dos fóruns anteriores aula 2, vimos que a HAS e DM eram as causas mais frequentes da morbi-mortalidade de uma comunidade, mais o que mais as preocupavam ,eram : a violência, falta d'água e desemprego, o que trabalhar primeiro? Como diz o ditado: "A voz do povo é a voz de Deus". As intervenções devem ser voltadas para o que

mais aflinge no momento, a população, pois a preocupação, a raiva, a tristeza pode afetar o estado de saúde desencadeando e ou agravando seu estado de saúde.

O ideal será elaborar dentro dos passos vistos, um plano de ação, envolvendo gestores e secretarias afins para a resolução dos problemas comunitários. Depois de agir neste sentido, fazer outro plano para tentar envolver a população na prevenção e controle das doenças crônicas degenerativas em questão.

IV. Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade.

Práticas pedagógicas em Atenção Básica.

Foi muito válido o tema estudado neste módulo, pois cada aula estudada, serviu para vermos o quanto precisamos aperfeiçoar-nos na questão do repasse de informações, na troca de saberes e no alcance de objetivos. Pois vimos que ainda há um grande déficit de conhecimentos para o profissional que trabalha em At. Básica; como é difícil este equilíbrio entre equipe (trabalhar de forma dinâmica) e seu relacionamento com o paciente e com a comunidade.

Refletimos sobre a forma de melhorar através de práticas pedagógicas exitosas e da receptividade da comunidade em questão. Trocamos idéias no fórum. Foi muito enriquecedor sabermos as opiniões dos colegas. Pois, somente através de estudos, treinamentos em educ. em saúde, é que conseguiremos como responsáveis que somos, pela transmissão de conhecimentos em saúde, conseguir quebrar paradigmas e fazer a absorção de práticas saudáveis em saúde.

Vimos também que em nossa formação curricular, não temos formação pedagógica, o que tem dificultado em muito nosso trabalho principalmente para os iniciantes em At. Básica, bem como, os muitos veteranos com formação tecnicista e verticalizada:

- O profissional detentor do saber e o paciente, o recebedor da informação.

A busca do aprendizado já é um grande passo, a partir da necessidade que o profissional já reconhece ter, em resolver **os problemas detectados**.

Então, é necessário a união da equipe para discussão dos problemas e na forma de resolução dos mesmos, pois as opiniões são muito importantes.

No tema abordado neste trabalho vejo o quanto os pais e cuidadores das crianças estão sedentos de apoio e informações e o que é mais importante, passaram a analisar o acompanhamento de seus filhos e a cobrar da equipe um maior empenho em todos os aspectos.

Muitos profissionais verticalizam seus atendimentos de uma forma autoritária procurando barreiras e barreiras que os separe cada vez mais da comunidade.

Mudanças precisam acontecerem urgentemente na educação em saúde, abrindo espaço para que a população se expresse ou mesmo desabafe.

Essas reflexões me deixam feliz pois este é um ponto que angustia a todos nós que trabalhamos em at. Básica.

Conhecemos também, as bases teóricas de uma práxis educativa em duas vertentes de ensino, uma tradicionalista e a outra tecnológicas.

Achei interessantes os vídeos:

O primeiro, falando sobre um sistema educacional fechado, unidirecional em que o professor é o detentor da verdade, do conhecimento e dos valores morais. A violência emocional também vigora nesse sistema, pois se o aluno foge do tema em questão ou se dispersa, será penalizado com ridicularização perante os colegas. O aluno vem à escola mais como um local de correção, "educação" e não de descoberta e troca de conhecimentos.

Achei o cenário proporcional ao conteúdo do vídeo (caracterizando um quartel, presídio e cheio de regras preestabelecidas). Interessante que o corpo docente também recebeu a mesma formação, são também vítimas do sistema de ensino!!

Como em todo tipo de sociedade, o ser humano, não se adapta a este sistema e não o assimila por muito tempo, chegando a hora da revolução (quebram a escola) como uma forma de quebrar esta metodologia de ensino.

O segundo : Máquinas de ensinar:

Aborda um psicólogo explicando como funcionam as máquinas de ensinar e suas vantagens.

Este método com certeza é bem melhor e mais humanizado que o outro (THE WALL). O aprendizado acontece, desperta a curiosidade do aluno facilitando o aprendizado. Vimos também, a questão da consideração do ritmo de cada aluno. Mas, na minha opinião, a figura do professor não pode ser apagada do cenário, pois acho que o aprendizado verdadeiro, se dá quando há interação, discussão e verbalização dos sentimentos. Muitas respostas podem gerar questionamentos e discussões ao vivo.

O que se precisa é de preparo e treinamento dos profissionais educadores em tecnologias novas de abordagem assumindo o professor o papel de facilitador de aprendizagem.

Aprendemos sobre o uso da tecnologia e como funciona na aprendizagem, acolhimento e trabalhos com grupos.

Achei de uma riqueza ímpar, pois eu não entendia bem como deveria funcionar um acolhimento e depois de todos estes textos lidos e refletidos, vi a importância e principalmente, a inclusão do acolhimento como rotina na UBS.

Treinar os profissionais para executá-lo. É um assunto tão abrangente, que pode ser feito por todos os profissionais que trabalham na UBS, só precisam ser treinados. Entendendo como é importante para o paciente, não deixá-lo sair de mãos vazias, que é geralmente o que acontece no sistema atual. Existe uma reclamação geral sobre o "pinga-pinga" nas Unidades o que gera irritação e muitas vezes discussão dos pacientes com o profissional ou vice-versa.

O acolhimento inspira cuidado. O paciente se sente importante, valorizado, **acolhido**, quando não sai de mãos vazias!!!

Mais importante ainda, é quando conseguimos envolvê-lo nas discussões dos problemas vivenciados pela comunidade, o mesmo de acusador, passará a ser contribuidor dos processos de mudança.

O trabalho com grupos, também é uma tecnologia essencial para a educação em saúde, pois o próprio grupo serve de incentivador do parceiro, e muitas vezes, até do profissional, despertando-o para temas, trabalhos e até participações mais aprofundadas dentro da comunidade. A equipe cria um elo de confiança e trabalho maravilhoso quando trabalha com grupos. Este trabalho poderá se estender até para questões sociais humanitárias. Ex: Grupo de idosos, criar grupo de ajudas à idosos que moram sozinhos, etc...

O SUS deve ser contagiado por estas atitudes humanitárias e todos necessitam se envolver dentro de sua hierarquia (gestores, trabalhadores da saúde, usuários e todos os cidadãos).

Voltamos ao carro chefe do trabalho da atenção básica que é a **visita domiciliar**, feita diariamente pelo ACS e pela equipe de uma forma programada, dependendo do problema mais agudo do momento. Ela é tão importante que quando a equipe não a realiza o ACS serve de elo para trazer e levar informações e a equipe, mesmo de longe pode intervir de alguma forma.

Quando a ES tem condições materiais para visitar pacientes em seus domicílios, fica mais rica sua interação com a comunidade, pois ela quebra o gelo que fica na UBS entre profissional x paciente e passa a fazer parte da família comunitária.

A VD é uma das maiores tecnologias usadas pela atenção básica, pois o paciente se expõe totalmente aos profissionais, quando abre a porta de seu domicílio para a equipe e a partir daí fica mais fácil falar em educação e promoção de saúde.

Quando se visita, automaticamente a equipe passa a ser detentora dos dados daquela família, o que facilita na reunião de planejamento das visitas, trabalhar com os pontos-chaves dos problemas.

Nela, uma equipe pode alcançar vários objetivos, como:

- Adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social dos familiares;
- Planejar e prestar cuidados diferenciados, utilizando o princípio da equidade;
- Realizando busca de faltosos, etc...

Este instrumento tem sido a principal ferramenta utilizada pela ESF de Frecheiras para troca de dados e informações sobre as crianças em pauta.

Mas, para que ela atinja seus objetivos, a equipe não pode deixar de se reunir para programar as visitas, para que ela possa realmente ser usada como recurso estratégico e que a família não abra suas portas e se exponha sem resolução nenhuma.

Este módulo, como já falei, foi muito enriquecedor, porque quando agente houve falar em tecnologias, imagina logo (TVs, DVDs, DATA SHOW, etc) Mas , a tecnologia que funciona mesmo é o chegar no paciente e sua família, conhecê-los e fazer as trocas de informações!!!

O aprendizado através de uma máquina de estudo e um professor de Psicologia descrevendo suas vantagens.

Apesar da metodologia ser totalmente diferente, com certeza é um método bem melhor que o primeiro e mais “humanizado” que o outro.

O aprendizado acontece. Vimos a questão do ritmo de cada aluno. Um fato muito importante, pois as pessoas tem ritmos diferentes, sem serem inferiores umas em relação às outras.

V. Saúde da Mulher no Ciclo Vital

A realidade feminina da nossa cidade não difere muito, dos muitos outros municípios de pequeno porte, do nosso Brasil.

As mulheres sobrecarregadas de trabalhos fora do lar, para dar suporte financeiro para o sustento da família e muitas delas assumem toda responsabilidade sozinha, ou seja, sem ajuda de parceiros (esposo, namorados,etc.). Trabalho este que, vem associado ao trabalho doméstico, quando de retorno ao lar.

Nossa sociedade ainda é muito machista para divisão de tarefas domésticas, mas o que venho percebendo que na divisão financeira ,da manutenção da família, este “machismo” não tem se oposto nesta questão. Por outro lado, o fator financeiro por parte da mulher, tem-lhe dado certas autonomias, como decidir viver ou não com determinados companheiros!

Os baixos salários também tem sido uma constante, bem como a carga horária excessiva principalmente em serviços domésticos.

Na questão da desigualdade salarial de gêneros, não é uma realidade muito comum em nosso município, pois a maioria das trabalhadoras são funcionárias públicas, em que a discriminação salarial está na função hierárquica que cada um exerce; outras trabalham em comércios e ganham em percentual; outras são trabalhadoras rurais, domésticas e muitas tem empregos informais.

Não temos pólos industriais com contratações de executivos e com faixas salariais discriminatórias. Existe discriminação de Gêneros? Sim , mas não tão discrepantes como nos grandes centros.

Em diversas empresas, principalmente as que trabalham com produção, é comum solicitarem nos exames admissionais : o TIG (Teste imunológico para gravidez), visando a não contratação de gestantes por conta de possíveis complicações na gravidez gerando ausências ao trabalho e conseqüente queda na produtividade, como também a licença maternidade que hoje é de 6 meses.

Tudo isso, leva a um quadro de discriminação de gêneros, ficando o sexo oposto em privilégios na hora da seleção de candidatos às vagas propostas.

Abordamos a necessidade de se prestar a assistência à mulher grávida e puérpera com a utilização de protocolos, detectando as gestações de riscos para a mãe e o bebê, tomando providências para o desenrolar do parto sem riscos para os dois.

Foi muito importante esta reciclagem, porque a gestação é um período de grandes transformações físicas e psicológicas e a mulher precisa do apoio da família e dos cuidados dos profissionais de saúde, estes, fazendo as avaliações de acordo com a fase gestacional, procurando dar-lhes os cuidados necessários ao período gravídico puerperal, bem como, detectando precocemente, riscos que por ventura possa passar no desenrolar da gestação e ou puerpério, visando a proteção da mesma e da criança.

Só com esta consciência, o profissional de saúde, poderá atuar plenamente, objetivando a redução de complicações e principalmente as mortalidades maternas e fetais.

Achei interessante na discussão no Fórum, o elogio da Dra Cláudia em relação a cobertura do Pré-natal feita pelos enfermeiros no nosso município, acho que ela percebeu que estes profissionais se preocupam com o seguimento dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pois no geral, tanto as fichas peri-natais quanto os cartões, são preenchidos na íntegra e isso faz com que os profissionais passem a ficarem atentos aos sinais de risco e detecção precoce de complicações decorrentes da gravidez e conseqüentemente fazendo os encaminhamentos necessários.

Mas infelizmente, ainda existem profissionais médicos que não valorizam as rotinas do pré-natal, principalmente na questão burocrática, onde tudo que se faz ou se detecta na gestante, precisa ser anotado para futuras investigações e avaliações do Pré-natal.

Como melhorar um procedimento se não nos avaliarmos? Sem termos como nos avaliar?

Climatério:

Entramos num assunto que ao meu ver, **PRECISA MELHORAR MUITO**, e porque não dizer, praticamente implantar no programa de saúde da mulher a **ETAPA DO CLIMATÉRIO**. Esta ação, não é uma rotina rigorosamente acompanhada como as outras ações no PSF!

Pois com o aumento do tempo de vida, e número muito grande de mulheres nesta faixa (32% da população brasileira), precisa-se urgente equipar as equipes com insumos e treinamentos de profissionais para atender, dentro dos protocolos estabelecidos, esta demanda que se encontra à margem dos atendimentos.

Gostei dos protocolos, achei-os muito ricos e dependendo do estímulo de toda equipe, dá para se começar a atuar nesta área de acordo com a realidade existente.

A mulher no climatério passa por grandes transformações físicas e psicológicas e ao meu ver, muitas são leigas no assunto e muito pior, mais leigos ainda, são seus parceiros, principalmente na questão sexual.

A Equipe de Saúde precisa se equipar com materiais educativos (panfletos, cartazes, depoimentos gravados sobre dúvidas e insegurança das mulheres nesta fase, etc.) tudo de uma forma que sensibilize familiares e parceiros destas mulheres para acolhe-las nesta fase de sua vida. Paralelo a isso, os profissionais precisam engajar em seu cronograma o atendimento a este grupo. Dar importância a esta fase tão difícil da vida, é valorizar cada vez mais as mulheres.

Mas, para que tudo isso aconteça, os gestores precisam treinar os profissionais e sensibilizá-los para este grupo que está sendo atendido somente como hipertensas, diabéticas ou depressivas e não no contexto das transformações do climatério.

Violência contra a mulher:

Vimos como devemos lidar com casos de violência contra a mulher. Violência esta, que atinge mulheres de todas as classes sociais e raças. Vimos também que ela não parte só dos companheiros, ou seja, pode ser do filho com a mãe, com as irmãs etc... É realmente um problema de saúde pública, pois a mulher ao longo de milênios foi tratada como ser frágil , de

segunda classe, estando exposta aos mais diversos tipos de violência (social, cultural, doméstica, salarial...).

Como profissional, já fui abordada por pacientes que me relataram fatos graves de violência doméstica vivenciados por elas juntos com os filhos, mas isto foi antes da aprovação da Lei Maria da Penha. Fiquei em choque e só a orientei para procurar autoridade policial. Mas hoje, vemos que o cerco está fechando nesta questão e delegacias, centros de apoio e profissionais de saúde, estão se engajando nesta luta.

A violência contra a mulher chegou a proporções tão absurdas, que a sociedade resolveu entrar na luta para coibir este ato tão humilhante. Acho que além dos grupos acima falados, os municípios deveriam se equipar com centros de acolhimentos para muitas destas mulheres, pois após denunciarem seus companheiros, muitas delas, ficam expostas a mais violências e muitas vezes, são penalizadas com a própria morte.

Muito ainda temos à fazer, mas, o mais importante é que a sociedade acordou e resolveu enfrentar de frente o problema, e nós profissionais de saúde temos uma grande parcela de contribuição contra tudo isso, através dos registros dos casos e providências à serem tomadas.

Foi muito rico este módulo SAÚDE DA MULHER, me sensibilizou muito. Como nossos atendimentos estão sendo feitos, e de como precisamos melhorar para prestar serviços às provedoras da vida.

VI. Saúde Mental e violência

Conhecemos a história da evolução do tratamento da saúde mental.

O sofrimento mental é algo que nos atinge desde os primórdios da humanidade.

No princípio, as doenças mentais estavam ligadas à explicações mágico-religiosas, que atribuíam a uma força sobrenatural a origem dos transtornos mentais. A loucura era aceita como uma imposição divina, uma interferência dos deuses. Por conseqüência, o modo como a sociedade a encarava, tornava-se ambígua, pelo fato de que tanto poderia ser o enfermo um

portador ou intérprete da vontade divina, quanto um castigado pelos deuses ou um endemoninhado.

Foi Hipócrates médico grego que começou a tratá-los de uma outra forma, ou seja, deixando o misticismo de lado. Procurava achar a causa das doenças na disfunção somática.

No séc. XVIII surgiu na França Phillipe Pinel que desenvolveu uma corrente de pensamentos de médicos especialistas em doenças mentais, aprimorando as descrições detalhadas dos transtornos mentais.

Na Alemanha, Freud, inovou o tratamento psiquiátrico com a Psicanálise.

No séc. XIX, começaram a ser utilizadas determinadas drogas no tratamento psiquiátrico.

No Brasil, o tratamento encerrava-se no isolamento do doente mental em hospícios.

Só no fim da década de 80, a partir das transformações sociais e políticas que vinham acontecendo no campo da psiquiatria, em países da Europa e nos Estados Unidos, inicia-se no Brasil a Reforma Psiquiátrica.

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, profissionais de saúde avaliaram que o sistema de assistência ao doente com transtornos mentais era excludente, impedindo que os indivíduos ali tratados exercessem os seus direitos civis, políticos e sociais.

Os hospitais superlotados de doentes não dispunham de programas que os reintegrassem e os objetivos destas conferências, era a desconstrução do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos.

Na 2ª Conferência de Saúde mental em 1992 resgataram propostas de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços descentralizada, hierarquizada e diversificada nas práticas terapêuticas, pois a assistência ao paciente com transtorno mental precisava ser mais humanizada com a criação dos hospitais-dia , CAPS, NAPS etc.

A intenção era diminuir a quantidade de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos e não construir mais este tipo de hospital.

Fomos ao fórum, discutir sobre estudo de caso, onde vimos como uma equipe de saúde da família pode intervir nos fatores desencadeantes de um transtorno mental. Nossa equipe teve como tema: gravidez na adolescência não planejada.

Nosso problema, é um assunto corriqueiro em todas as equipes.

Além disso a gestante é solteira sozinha sem o apoio do companheiro e da família e cheia de problemas financeiros, sociais e familiares.

Todos da equipe interagiram muito bem; pois procuraram se esforçar o máximo possível para amenizar o quadro depressivo que a adolescente se encontrava dando sugestões, que podem ser viáveis fazer, dependendo do empenho de cada membro da equipe de saúde em questão.

Vimos à importância da interação com outras secretarias do município, pois seu problema é muito amplo: financeiro, social e mental.

As opiniões foram bastante diversificadas e percebeu-se que o problema da sexualidade entre adolescentes é muito grave, visto que os mesmos ,ou muito deles, estão sem se prevenir de gravidez ou pior, das DSTs.

Passamos para uma etapa muito interessante que é a estratégia em saúde mental, enfocando em primeiro lugar o auto conhecimento.

As reflexões sobre como estou me vendo no momento, ou, o que estou sentindo, foi de profunda grandeza.

Na correria do dia-a-dia pouco paramos para nos avaliar, e ao meu ver, só uma avaliação contínua, faz com que vejamos como "estamos vivendo" e como estamos direcionando nossa vida pessoal, afetiva e nosso trabalho .

Precisamos saber como vai nossa saúde mental....

Não podemos falar em saúde mental, se nosso físico não corresponde, ou vice-versa.

Relaxar a mente de forma que deixemos de lado as preocupações é de fundamental importância, pois não somos os responsáveis sozinhos para concertar o mundo ou até mesmo melhorá-los e procurarmos ser mais impessoais diante de determinadas situações para que os problemas não nos devore .

As técnicas para intervenções nas crises foram riquíssimas, pois quem afinal, não passou ou vai passar por uma crise?.

As crises existem para que hajam mudanças ou para melhor ou para pior, dependendo da capacidade de superação de cada ser humano.

Elas se manifestam quando passamos por mudanças bruscas ou perdas inesperadas.

Segundo o Psiquiatra Adalberto Barreto, quando passamos por um grande conflito seja ele de que tipo for , é porque chegou o momento da mudança, e só conseguimos crescer psicologicamente quando aprendemos negociar este conflito, tentando resolvê-los através das decisões à serem tomadas.

Conclusão, a Saúde Mental no Brasil está em fase de implantação através do novo modelo assistencial.

Ainda tem muito que progredir principalmente na formação de pessoal especializado nesta área.

Quanto aos profissionais que trabalham na ponta, detectando portadores de algum tipo de transtorno e referenciando para estes centros, estes realmente estão precisando de muito treinamento neste campo.

Percebi a dificuldade de todos para relatarem casos e se posicionarem, porque nossa experiência neste campo resume-se em fazermos levantamentos dos pacientes que tomam medicamentos controlados como mera fonte estatística, através do mapa mensal de saúde mental, mas, uma interação maior com os setores afins anda deixa muito à desejar.

Em Saúde mental, são possíveis ações de promoção e prevenção. Entretanto estas ações, devem se dar em torno de melhorar as condições de atendimento com medidas tais como:

- Aumentar o número de unidades ambulatoriais de atendimento;
- Capacitar melhor os profissionais, afim de que possam até diminuir o número de prescrições medicamentosas;
- Oferecer uma abordagem multidisciplinar;
- oferecer maior facilidade de acesso para quem necessite de ajuda psicoterápica.
- Na abordagem do crescimento e desenvolvimento, já avaliar a presença de distúrbios de comportamento na criança como: hiperatividade, comportamento depressivo, etc... Já pensando nos possíveis tratamentos preventivos já na infância.

Também pode-se pensar em várias ações informativas como:

- Palestras e grupos de reflexão.

Podendo serem feitas em unidades de saúde, hospitais, empresas, meios de comunicação, etc.

Mas o importante mesmo é dar o primeiro passo com otimismo e força de vontade.

VII. Saúde Ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família.

A importância e consequência da intervenção humana no meio ambiente e os reflexos sobre a saúde.

A saúde ambiental é diretamente proporcional à saúde do trabalhador e que o trabalho a que o mesmo se submete, muitas vezes, pode desenvolver doenças profissionais que varia de leve à grave, e que precisa de um monitoramento destas atividades, para que os dois, possam sair ganhando e tenha o mínimo de prejuízos possíveis : produção x lucro (patrão x empregado).

Também, vimos a grande importância das inter-relações entre trabalho x ambiente x saúde.

Como esta relação está acontecendo em nossa área de atuação?

Nós profissionais, estamos alertas para essas questões?

Quais nossos principais problemas de saúde como trabalhadores e quais as opiniões e sugestões para resolução dos problemas?

O crescimento de uma população pela visão capitalista, vê apenas o potencial produtivo e econômico sem se importar com a população que será atingida por seus investimentos, muitas vezes interferindo nos seus hábitos de vida e no cultivo de suas tradições, implantando modelos novos de vida como:

- Consumismo desenfreado, a descartabilidade (dos trabalhadores, das pessoas, dos sentimentos e dos afetos).

O que é mais marcante e preponderante nisto tudo, é a questão ambiental, motivo de preocupação universal.

Paralelo à discussão vista na aula anterior, sobre produção x ambiente x saúde desenvolveram-se conceitos e políticas de saúde voltadas para a saúde no SUS bem como, a vigilância em saúde ambiental.

Desde os primórdios da humanidade existiram preocupações voltadas para a saúde x trabalho.

Muito importante foi a evolução dos conceitos que passaram por várias etapas, como:

- Medicina do trabalho - séc. XIX - unicausalidade;
- Saúde ocupacional - séc. XX - multicausalidade (participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança).
- Saúde do trabalhador - déc. de 60 - (corpo de práticas teóricas, interdisciplinares e interinstitucionais).

Hoje, vejo que a saúde do trabalhador (principalmente os informais que estão a mercê das atitudes dos profissionais que trabalham em saúde pública) ainda está engatinhando, pois os mesmos ainda não amadureceram para atuarem nesta área, notificando e tomando providências quando cabíveis.

Os trabalhadores informais, ainda vão sofrer muito. Mas com dedicação, treinamento e cobranças, dos próprios trabalhadores, muito se tem à fazer para melhorar.

Nos anos 80 na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986):

- A Saúde foi vista como um direito;
- Construção do SUS.

Ainda este ano, aconteceu a " I Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador "

E já na Constituição de 1988, a saúde do trabalhador foi inserida no SUS, assim ficando :

Art. 200 ;

Ao Sistema Único de Saúde, compete; além de outras atribuições, nos termos da lei:

II- Executar as ações de vigilância epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

VIII- Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho
(Brasil 1988).

Bem, ao analisarmos todo processo histórico evolutivo da saúde do trabalhador, vimos que ficou tudo firmado com a Constituição de 1988, ou seja, o dever do sistema único de saúde sobre a vigilância em saúde do trabalhador, passou a ser obrigatório, só que, como já foi discutido, ainda muito tem a ser feito para a concretização desta lei.

Na aula 3, conhecemos mais especificamente os principais agravos à saúde dos trabalhadores e o principal objetivo da equipe de saúde, é saber reconhecer estes agravos no nosso meio, como:

DORT (distúrbio ósteo - muscular relacionada ao trabalho);

PAIR (perda auditiva induzida pelo ruído);

Intoxicações p/ chumbo e agrotóxicos;

Dermatoses ocupacionais;

Trabalho precoce.

Geralmente os trabalhadores : domésticos, autônomos, servidores públicos, trabalhadores informais (ou seja, a maior parte dos trabalhadores estão excluídos das estatísticas oficiais de acidente de trabalho).

Isto é muito preocupante, pois os mesmos existem e estão à margem das proteções trabalhistas, como:

- afastamentos, pensões ou até mesmo aposentadorias por invalidez.

Estes acidentes são classificados de acordo com seu tipo:

Acidentes típicos; de trajeto

Doenças relacionadas ao trabalho como lesões (situações de repetitividade);

longas jornadas, etc.

Interessante que hoje as DORT/ LER são as doenças mais notificadas no Brasil, acometendo anatomicamente os MMSS, região cervical. E os trabalhadores mais acometidos são os que trabalham com digitação.

OBS: quero ressaltar também os trabalhadores que precisam escrever muito, principalmente os da saúde que trabalham em atenção básica : nas anotações dos prontuários, prescrição de medicamentos, preenchimentos dos formulários dos programas de saúde pública (cada programa de saúde gera formulários para captação de dados). Este trabalho nas UBS são todos manuscritos, pois ainda não foram informatizados. Sem contar que a demanda por atendimentos diversos ainda é muito grande, não dando tempo para pausas durante sua jornada de trabalho. Sem falar na mobília incorreta para acomodação dos mesmos.

Na nossa área de atuação, não nos deparamos com perdas auditivas devido a ruídos, pois não existem áreas industrializadas com maquinários potentes, já que estes problemas

estão mais ligados para quem trabalha nestes ambientes. Somente a categoria que trabalha com música eletrônica que pode sofrer estes distúrbios.

Das intoxicações mais prevalentes, as que se dão por manuseio de agrotóxicos é a que faz parte da nossa realidade e que tem sido causa de depressões, tentativas de suicídios e mortes súbitas em agricultores que os manuseiam.

Dentre as Pneumoconioses, a silicose é a que se faz presente em nossa região devido as escavações de poços. Esta atividade já foi abolida de nosso meio com o funcionamento da adutora do Jaburu inaugurada à 17 anos. Mas os silicóticos estão em nosso meio, sequelados após esta forma de sobrevivência, sem contar com os que faleceram.

Ainda temos a questão ambiental, a destruição de matas e invasão de áreas ecológicas que tem refletido em grandes acidentes ambientais, como enchentes, deslizamentos.

Após tudo que foi visto nas três aulas anteriores, compreendemos que diante de tantos fatores desencadeantes de distúrbios na saúde do trabalhador, só podemos pensar em melhoras, depois da mudança de atitude dos profissionais que trabalham em estratégia em saúde da família, já que a equipe está em contato direto com a população trabalhadora e recebendo suas queixas relacionadas ao trabalho que exercem.

Mas para que tudo isso seja feito, precisa-se primeiro fazer uma territorialização da área de atuação para identificação dos principais fatores de risco e agravos que a população atingida venha a sofrer. Traçar metas e estratégias para erradicar ou mesmo melhorar estes problemas. Daí a importância da vigilância ambiental e da notificação dos agravos.

A equipe precisa trabalhar a intersetorialidade e o envolvimento comunitário, estabelecendo em primeiro lugar a ordem de critérios dos agravos.

VIII. Saúde Bucal

Os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil parte de uma trajetória histórica muito precária, de um passado recente, em que cuidar da saúde bucal era extrair dentes ou obturá-los quando tinham acesso financeiro para fazê-lo.

Na década de noventa, o Brasil passou por uma grande transformação social com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde o país tenta mais uma vez se reestruturar na saúde, desta vez, embasado nos documentos elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde promulgada pela Constituição de 1988.

Como a Saúde engloba todos os aspectos do ser humano, todos os grupos etários passaram a ser prioridade dentro do novo contexto de saúde e também todas as doenças passaram a ser foco de atenção e atendimentos.

Dentro deste contexto a Saúde Bucal passou a ser vista com outros olhos e ser tratada de outra forma, pois o país tinha e ainda tem uma dívida imensa com a população neste quesito.

Em 2002, o país começou a incluir a equipe de saúde bucal na ESF e a partir de então começou-se um processo de mudança lento e bastante promissor.

As transformações ao longo destes oito anos são notórias, que o diga os indicadores de saúde, mas uma dívida de cinco séculos, não pode ser paga em tão pouco tempo.

Os próprios profissionais (odontólogos, médicos e enfermeiros, etc.) ainda não assimilaram o real papel ou compromisso que cada um tem dentro da equipe ao qual pertence.

A maioria dos odontólogos, vive dentro da US fechados em seus procedimentos, fazem seus cronogramas individuais,(é como se eles próprios se excluíssem do principal objetivo da atenção básica que é o trabalho em equipe interdisciplinar).

Vimos ao longo da história da saúde bucal, a evolução da odontologia, que parte da odontologia sanitária na década de 50 onde se priorizava a faixa etária de 7 a 14 anos, havendo um aumento de restaurações, mas sem nenhum impacto sobre o nível das doenças bucais, até a saúde bucal coletiva na dec. de 80 em que a SB se organiza com base no processo de trabalho na equipe de saúde da família.

A primeira conferência em Saúde Bucal aconteceu em 1986 e priorizou o indivíduo em toda sua amplitude de vida, ou seja, um ser que deve ser visto como produto do meio ou do contexto em que vive, como : condições de moradia e renda, escolaridade, trabalho, etc...

Na segunda conferência de Saúde Bucal ocorrida em 1993, viu-se a necessidade de reordenação de novas práticas para a construção de novos modelos:

A família como centro;

Vigilância à saúde;

Atenção integral;

Visita domiciliar;

Trabalho em equipe interdisciplinar.

Observando os modelos assistenciais à saúde bucal implementados no Brasil ao longo dos anos, constata-se que as ações realizadas no passado assumiram caráter assistencialista e tecnicista, curativo, reparador e individual centrado na doença.

No PSF em que trabalho, existe algumas características propostas pelo PNSB, ou seja, uma ESB para uma ESF, consultório montado, mas não há integração entre odontólogo e equipe e ainda assim, o mesmo passa a maior parte do tempo parado por equipamentos quebrados ou por falta dos mesmos, não faz visita domiciliar e só vai às escolas quando tem carro.

Acho que em tudo isso, falta mais empenho dos gestores tanto para apoio logístico quanto nos treinamentos dos profissionais para aprenderem a importância de cada um na questão da saúde bucal.

O processo de trabalho e Organização da Saúde Bucal na Atenção Básica deve ser pautado nos princípios do SUS.

A equipe deveria tirar um tempo para relê-los e procurar traçar estratégias para atingi-los, utilizando os recursos disponíveis e ouvindo as opiniões e sugestões de todos. Pois educação em saúde não se faz sozinho, precisamos do apoio de todos.

O cronograma é o ponto de partida da equipe, ou seja, como atingirmos objetivos em comum se no dia em que médico e enfermeiro está atendendo gestante, o dentista está atendendo demanda livre?

Além dos atendimentos sincronizados não esquecer das atividades extras como:

- Educação em saúde;
- Levantamento das necessidades;
- Assistência domiciliar
- Ações coletivas.
- Ver os casos que requerem atendimentos específicos e referenciá-los para, no caso,

o CEO.

Devemos começar os atendimentos pelas gestantes e bebês obedecendo a ordem cronológica dos grupos: crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Para gestante, se faz prioritário o atendimento por conta de muitos tabus em relação a tratamentos dentários pois é um grupo que tem muitas queixas odontológicas. Precisa que a equipe trabalhe a educação em saúde já preparando-as para cuidarem da dentição de seu filho. Precisamos esclarecê-las sobre alimentação saudável e informá-las sobre práticas

higiênicas durante a gestação, além de tratar os problemas encontrados durante o exame individualizado que cada uma deveria ter.

Quanto a prevenção de cáries na infância, as informações de cuidados deverão começar no pré-natal, e após o nascimento, fechar as informações sobre cuidados nas consultas de puericultura com a limpeza da gengiva do bebê após as mamadas, e no desmame a introdução de alimentos saudáveis, ensinar e acompanhar as primeiras escovações do filho etc..

Na passagem da infância para a adolescência, se este grupo fez parte de um trabalho preventivo, feito por toda equipe de saúde, obviamente que as doenças bucais serão bem menores e os mesmos serão multiplicadores de saúde para as futuras gerações.

Mas, quanto aos adolescentes de hoje, percebemos em seus sorrisos, que já não são como os de oito anos atrás quando víamos mutilações e muitas restaurações em suas bocas na maioria dos adolescentes.

Mas, infelizmente ainda nos deparamos com pacientes cheios de cáries principalmente nos filhos de pais com baixa escolaridade, que por sua vez, também são mutilados ou possuem muitas cáries.

O trabalho da Saúde Bucal já é sentido pelos indicadores atingidos, e pela análise de sua estética dentária principalmente nos adolescentes de classe média e alta, que está diretamente ligado ao grau de escolaridade dos pais. Por isso, temos muito a fazer.

No grupo de adultos que poderemos classificá-los em jovens e maduros, vimos que os que chegaram a ser atendidos pelas equipes de PSF (1994) antes da implantação das ESB, quando os pais já passaram a receber orientações sobre higiene corporal e alimentares, o número de cáries e extrações são bem menores do que a geração de adultos mais velhos que não tiveram acesso a nenhum tipo de informação.

Neste último grupo, é triste sua saúde bucal, pois a maioria tem vários dentes mutilados e o que sobrou já passou por várias restaurações.

Quanto aos idosos, 90% deles usam próteses e estão precisando também de atendimento dentário para acompanhamento de seu uso e verificação da mucosa oral e de um trabalho preventivo de câncer bucal.

Enfim, aprendemos muito sobre as peculiaridades de cada grupo e da importância do atendimento a todos, pois a cada um, cabe a sua vulnerabilidade.

Daí a necessidade, de primeiro, fazer um diagnóstico de saúde da população, planejar junto com toda a equipe as ações, e traçar planos interventivos que inclui:

- Educação
- Promoção
- E tratamento de saúde.

SAÚDE BUCAL ESTÁ DIRETAMENTE LIGADA À PREVENÇÃO!!!!

IX. Deficiências visuais, auditivas e físicas.

O Paciente com deficiência é um paciente especial e precisa ser tratado de uma forma especial, porque temos que ver toda a gama de prioridades que o cerca.

O paciente com deficiência visual pode ter uma vida normal?

Sim, mas com uma série de detalhes que tanto a família quanto os profissionais que vão conviver com ele, precisam aprender para chegar ao paciente, de uma forma que o mesmo seja tratado o mais normal possível, ou seja, sem excessos, nem com super-proteção e muito menos com desleixo.

Procurar adaptar o ambiente para que o mesmo possa transitar sem riscos é uma forma de respeito.

Esta deficiência pode também vir associada a outro tipo de deficiência, ex: a surdez.

Outro fato interessante, é que 75% dos deficientes visuais são idosos e esta deficiência muitas vezes é parcial, o que limita muito a qualidade de vida do idoso. Cuidados redobrados devem ser feitos para prevenir pancadas e quedas que nesta faixa etária aumenta o risco de fraturas, em conseqüência, o sofrimento dos mesmos, e de seus cuidadores.

As origens da deficiência visual podem ser várias, como:

- Seqüelas de infecções;
- Doenças crônicas e degenerativas;
- Traumas;
- Doenças nutricionais
- Doenças hereditárias;
- Senilidade.

Vimos que em muitos casos, podemos trabalhar para que estas infecções sejam prevenidas com vacinações, ou tratando-as a tempo. As decorrentes de acidentes, são bem mais abrangentes, pois temos que ver que tipo de acidentes as provocou!

Se podemos trabalhar para preveni-las com educação em saúde, e também com prevenção das def. visuais causadas por deficiência de Vitamina A (através da administração da vitamina A dos 6 meses aos quatro anos) aplicadas nas salas de vacina. Também temos a administração do Ferro para diminuição das deficiências nutricionais na infância, gestação e nos casos diagnosticados de anemia ferropriva.

Na consulta de puericultura já devemos investigar a presença de queixas como:

Cefaléias freqüentes associadas a problemas visuais, referenciando ao oftalmologista os casos encontrados.

Nos adultos com doenças crônicas, ver a educação em saúde, como:

- Referenciar para exames de vista periódicos;
- Dieta adequada ao tipo de doença;
- Ingestão correta dos medicamentos;
- Prática de atividades físicas diárias;
- Utilização de óculos de proteção quando for manusear determinados materiais que prejudicam a visão.

Enfim, vimos que, para os problemas visuais, a maioria destes pacientes adquiriu a deficiência após o nascimento e o restante por problemas externos e que poucos são os que adquiriram por fatores hereditários. Isto aumenta a responsabilidade dos profissionais de saúde na questão da promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como, na captação precoce de casos suspeitos para dar segmento ao diagnóstico e tratamento.

Um fato interessante no paciente com deficiência visual é a sua tentativa de superação procurando melhorar os outros órgãos do sentido, como : audição, tato e olfato.

Por isso, não precisamos falar alto ou gesticular de maneira exagerada quando nos dirigimos a ele, pois o mesmo não ver, mais sua audição é mais apurada que a de uma pessoa normal. Há casos em que o deficiente visual grava a marcha das pessoas que ele convive e já fala seu nome ao perceber que está por perto.

É importante a alfabetização do deficiente visual e a inserção do mesmo no mundo digital.

Vimos nos dados estatísticos, que ainda são poucos os que tem tido acesso à esta assistência. Precisamos portanto, referenciá-los para os órgãos competentes que prestam esta assistência, daí a importância da intersetorialização.

Os passos para lidar com o deficiente visual é de fundamental importância, sendo necessário gravá-los para evitar que ao tentar ajudá-los assumamos uma postura superprotetora que de certa forma passa a ser discriminativa e muitas vezes errada.

Na Deficiência auditiva vimos que as pessoas que lidam com este paciente, ou aprendem a se comunicar pela vivência ou através de gestos ou sinais. Ex: mãe e filhos, sendo uma forma quase instintiva de comunicação, uma forma de sobrevivência.

Quando este paciente chega à US, muitas vezes a mãe ou o cuidador, serve de interlocutor entre profissional e filho.

Na nossa realidade, são poucas as pessoas com deficiência auditiva que aprenderam a falar na língua de sinais, ou seja, também são muito poucos os profissionais que dominam este alfabeto, facilitando sua comunicação.

Para se classificar uma surdez e o grau da incapacidade, verifica-se aumentando o som, até que a pessoa passe a ouvir. Esta amplificação se mede em decibéis.

As causas da deficiência auditiva não se diferem muito das outras deficiências, ou seja, podem ser de origem congênita ou adquirida.

Muito se tem a fazer na At. Básica em relação a esta deficiência, já que a maioria dos deficientes auditivos, passaram a adquiri-las devido a fatores que poderiam terem sido evitados.

Outro dado de grande importância, é que o maior número destes deficientes, se concentram nos países em desenvolvimento. Sendo que a maioria destes deficientes se concentram na velhice. O que se faz repensar em ampliar o número de atendimentos especializados para os idosos.

Existem algumas doenças que podem trazer como seqüela a surdez, como é o caso da Rubéola e Varíola, ambas doenças preveníveis por vacinação.

No pré-natal, ao se fazer os exames de rotina, pode-se ser detectado determinados vírus que atingem a barreira placentária, daí a importância do pré-natal precoce, e o tratamento adequado destas infecções, que podem causar surdez, como é o caso da Toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, etc. Não podemos esquecer a incompatibilidade sanguínea, outro fator de risco.

Também será de muita importância o controle do uso de antibióticos pela gestante.

Já nos outros grupos: crianças, adolescentes e adultos, a surdez pode ocorrer como seqüela de algumas infecções graves ou por acidentes que traumatizem o aparelho auditivo.

Prevenção:

- Incentivar a todas as mulheres em idade fértil a se vacinarem pelo menos três meses antes de engravidarem, contra (sarampo, caxumba e rubéola).

- Orientar as gestantes não vacinadas ou que não tiveram estas doenças acima descritas, a evitarem contato com pessoas contaminadas.

- Investigar incompatibilidade sanguínea entre gestante e companheiro (no caso de incompatibilidade, tomar a vacina adequada).

Nas sessões educativas, explicar o quanto é perigoso o uso de medicamentos e/ou drogas durante a gestação; evitar a auto medicação.

As prevenções deverão ser feitas nos três níveis:

- Primário : (Já descrita acima);

- Secundário : já se deve ao ato, de referenciar os pacientes com surdez confirmada, para tratamentos que atenuem as conseqüências da surdez, Ex: próteses (ap. auditivos) e atendimentos com fonoaudiólogos.

- Terciário : referem-se às ações que limitam as conseqüências do problema de surdez melhorando seu desempenho: "Educação Especial".

Obs: Quando o bebê nasce já se pode fazer também o " teste da orelhinha".

Atualmente, este exame é tão obrigatório quanto o teste do pezinho.

Comunicação: a comunicação desde paciente se dá através de :

- LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais);

- Alfabeto Manual (Datilologia);

- Leitura Labial;

- Escrita.

As línguas de sinais (L. S.) são as línguas naturais de comunicação das comunidades surdas.

Durante a consulta, observar o meio de comunicação que o paciente deficiente mais utiliza, o ideal é que o mesmo, tenha acesso aos três métodos acima, e cabe ao profissional ter paciência , se comunicar lentamente ao gesticular as palavras ao se dirigir ao mesmo, e se o profissional tiver tido alguma experiência no assunto, será bem mais fácil.

Minha sugestão :

Que os profissionais de saúde sejam treinados para lidar com os pacientes deficientes, principalmente os auditivos, pois às vezes, gritamos muito desnecessariamente por falta de conhecimento e treinamento adequados.

Deficiência Física:

Na UBS em que trabalho e nas UBS em que trabalhei anteriormente, o único avanço ao acesso de deficientes, foram, a construção de rampas de acesso aos cadeirantes e a largura das portas dos mictórios.

Segundo a resposta que dei no Roteiro de Observação, muitas questões deixei de responder, ou pela inexistência total do item investigado ou por não ter conhecimento do item avaliado.

O que percebo é que, a Lei existe, as verbas existem e são destinadas à tais finalidades como: reformas adaptativas, mobília adequada, banheiros apropriados, etc. Mas nada de concreto está sendo feito para ampliar este acesso ao deficiente.

Nas UBSs não tem nem cadeira de rodas para conduzirmos um paciente que passa mal, ou com dificuldade de deambulação!

Acho que os órgãos federais competentes, junto com seus auditores, deveriam fiscalizar mais as verbas públicas destinadas a tal ação.

Pois os deficientes, apesar de sofrerem com suas limitações para realização de simples atividades da vida diária, deveriam ter acesso a todos estes recursos para facilitar sua mobilização, como manda a lei.

E nós, como profissionais de saúde, deveríamos abrir mais o leque de nossas ações educativas e junto aos órgãos competentes, trabalharmos a prevenção de lesões adquiridas.

Enfim, a cada módulo estudado, abrimos ainda mais os horizontes de nossas observações e responsabilidades.

X. Interdisciplinaridade, Bioética e abordagem integral dos processos de saúde.

Vimos neste conteúdo a questão da interdisciplinaridade, a integralidade atuando em uma universalidade de diferenças e as intervenções profissionais e o papel da bioética.

Interdisciplinaridade, termo atual em saúde que vem abrindo leques de oportunidades para diversos profissionais o que muito tem enriquecido os atendimentos em saúde.

Os pacientes tem sido os principais beneficiados, diante de tão ampla atuação, pois hoje, a sociedade está consciente de que todas as evoluções em saúde hoje conquistadas, aconteceram devido a abertura dos setores e à união para o alcance de objetivos comuns.

Nos princípios as divisões dos conhecimentos, iniciaram-se com a divisão dos diversos temas que abordam os seres vivos. Esta divisão de assuntos em campos ou áreas, passaram a chamar-se de disciplina.

Vimos que desde os povos primitivos, a religião e a magia se misturavam para explicar e tratar as doenças.

A medicina chinesa e indiana, já via que a doença surgia pelo desequilíbrio entre:

- Astros;
- Clima;
- Insetos e outros animais.

A cultura grega abriu os caminhos em busca da ciência.

Associavam a chegada da doença pelo desequilíbrio do:

- ambiente;
- a sazonalidade;
- o trabalho;
- posição social.

Não havia doença, mais doentes.

Descartes em 1596, (Estocolmo): "O uso disciplinado da razão " como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade. "Modelo cartesiano".

Séc. XIX, consolidação das especializações o que deu muita ênfase na era industrial, pois as empresas necessitavam de especialistas.

Esta visão cartesiana permitiu o desenvolvimento científico - tecnológico, ainda presentes nos dias atuais.

Voltando para o profissional de saúde, os mesmos ainda são formados com uma visão tecnicista e com pouca vivência comunitária o que em muito, tem dificultado o seu entrosamento para atuarem em prevenção e solução de problemas na comunidade em que atua, muito menos se ver atuando de uma maneira integrada com outras áreas do conhecimento como: - educação;

- ação social;
- secretaria de infra-estrutura, etc.....

O modelo cartesiano nos trouxe o avanço da ciência, mas hoje se vê a necessidade da interdisciplinaridade para ampliar nossa visão do mundo, de nós mesmos e da realidade no intuito de superar a visão disciplinar.

Para entender o que significa interdisciplinaridade, é preciso que a pessoa esteja aberta para absorver e usufruir de todo este leque de oportunidades, por isso, o profissional precisa de algumas ferramentas para melhor usufruir dos benefícios que ela trás, como:

- confiança;
- flexibilidade;
- intuição;
- capacidade de adaptação;
- sensibilidade;
- aceitação, etc....

Ela corresponde à uma nova etapa do desenvolvimento do conhecimento.

É uma filosofia de trabalho.

As décadas de 60, 70 e 80 foram marcadas pela necessidade de mudanças de comportamentos. Viu-se a necessidade de experiências voltadas à comunidade (Estados Unidos).

Na dec. de 70 começou-se à ver os causadores de doenças no contexto econômico, social e histórico.

Na dec. de 80 marcou-se por fortes movimentos sociais gerando mudanças radicais no saber. Daí, saíram a idéia de atuação de uma forma coletiva no processo saúde x doença.

(se volta para grupos, comunidades).

Para consolidação do SUS, necessário se faz a prática dessas mudanças, envolvendo a todos para alcance dos objetivos, que é, a educação em saúde bem gerando mudanças de comportamentos.

Ponto chave da interdisciplinaridade:

Necessário se faz, no decorrer do processo, a união de todos os profissionais que trabalham em comunidades, ou seja, o envolvimento com a coletividade, visando a geração de mudanças e melhorias na qualidade de vida da população como um todo.

A interdisciplinaridade veio para ficar, porque cada um vai contribuir com seus conhecimentos e ao mesmo tempo, aprender com os outros.

Na aula 2 (Interdisciplinaridade), aprendemos sobre o histórico do condicionamento da metodologia abordada nas escolas e universidades em que o aprendizado estava sendo repassado individualizado, de forma que os profissionais jogados no mercado, no caso, saúde, atendiam o paciente e, ao esgotar seus conhecimentos, repassavam-no para outro profissional, no caso, especialista, e daí pra frente.....Sem haver um feed-back, aproveitando os conhecimentos que cada um possui e atendendo o paciente de uma forma integral e humanizada em que todos os profissionais pudessem atuar com ele.

Hoje, a conclusão que se tira é que na metodologia acima, todos perdem, profissionais e pacientes, pelo simples fato de não sentarem e discutirem sobre os problemas encontrados no paciente, tanto de ordem física, emocional e social.

Vendo-o desta forma, todos ganham, tanto em troca de conhecimentos, tanto na melhora em todos os contextos, do paciente.

Desta forma, todo potencial da equipe, vai ser utilizado para o bem comum, onde todos vão lucrar. Ao meu ver, esta troca de conhecimentos e opiniões, em que todos tem algo para oferecer e ao mesmo tempo receber, tanto paciente quanto profissional de saúde, está o ponto-chave da questão.

Na aula 3, estudamos a integralidade, um dos princípios norteadores do SUS.

Princípio este, que precisa ser posto em prática pelas ESF. Por sua vez, estes profissionais precisam serem treinados e os novatos já receberem em suas formações curriculares a prática deste princípio.

Os profissionais que atuam nesta área precisa ter estas características :

- afinidade;
- compromisso;
- visão e disponibilidade.

Tudo isto, para que o processo de acolhimento dentro da unidade aconteça de uma forma humanizada e integral, ou seja, o paciente deverá ter acesso às todas as tecnologias disponíveis da UBS.

Este acesso também inclui a intersetorialidade, a promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação da população adscrita.

O ponto-chave que eu encontrei é que, o usuário deverá ter acesso tanto a parte curativa e preventiva nos mesmos locais, ou seja, sem precisar se deslocar para receber atendimentos e informações fragmentadas.

A contra-referência, também é outro ponto-chave, para dar continuidade a todo este processo. As atividades de educação e saúde se torna fundamental devendo ser feita de forma sistêmica na rotina da UBS.

Bioética (disciplina que estuda as condutas relacionadas à vida, fazendo juízo de acordo com o costume da sociedade, se tal ação, é correta ou não).

A Bioética tornou-se fundamental nas intervenções profissionais. Pois, esta ciência veio para desmistificar a idéia de que o profissional de saúde, é o detentor de todo conhecimento e de toda autoridade sobre o livre arbítrio do paciente, ou seja, o paciente nesse novo contexto, tem direito a todas as informações positivas ou negativas sobre sua patologia, bem como as opções de tratamento, viabilidade e custos.

A sociedade evoluiu junto com a tecnologia científica e social, as pessoas passaram a ter mais conhecimentos ,principalmente de seus direitos como cidadãos e usuários do sistema de saúde.

Hoje, o profissional só poderá atuar com o paciente se o mesmo, após receber todos os esclarecimentos, der autorização para determinado procedimento.

Diante de tudo estudado neste módulo, sentimos o quanto foi especial reciclarmos alguns conceitos antes estudados, e percebermo-nos como co-autores de mudanças que já estão ocorrendo em todas as ciências e principalmente na saúde, em que o paciente, passou de mero espectador para ator principal, onde sua dignidade de pessoa humana, deve ser respeitada.

Impacto da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil no PSF das frecheiras

Refletindo sobre a grande demanda da população infantil nos serviços de saúde, e a angústia gerada sobre a quantidade de vagas para o atendimento, resolvi intensificar as ações de saúde voltadas para este grupo, planejando e organizando esta demanda, percebi que o fluxo diminuiu, que o agendamento se fez valer através da participação e envolvimento de

todos, as barreiras foram muitas, pelo próprio desconhecimento por parte de muitos profissionais e usuários, que só traziam a criança à UBS para tomar vacinas ou quando estavam doentes.

Muitos profissionais que atuam na atenção básica, desejam melhorar a qualidade do atendimento prestado às crianças e a troca de informações tem sido muito rica.

O que tem motivado os profissionais e pais para melhorar a qualidade da assistência através de subsídios como técnicas de acompanhamentos e monitoramentos do desenvolvimento infantil que o próprio cartão de vacina oferece, como também, instrumentos do Ministério da saúde como, cadernos da atenção básica que nos trazem informações ricas sobre o assunto.

O grupo infantil é o mais vulnerável, pois o seu sistema imunológico está em fase de formação, portanto, despreparado para as intempéries do clima, da desnutrição e à exposição à condições desfavoráveis à sua saúde.

Temos no PSF de Frecheiras em torno de 400 crianças na faixa etária de 0 a 5 anos. Há dois anos e meio que venho intensificando as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para este grupo e vê-se a aceitação tanto dos profissionais quanto dos familiares:

- Primeiro, pela organização da demanda ;
- Segundo pelo acesso à informações de saúde;
- Terceiro pela descoberta precoce de problemas de saúde;
- Quarto, pela referência e contra referência prestada.

Ainda não estamos ótimos, mas caminhamos em frente procurando melhorar a cada dia e os impactos maiores serão no futuro destas crianças, quando chegarem em outras etapas de suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do curso estudado, tudo me foi enriquecido ao serem abordados temas tão relevantes, veteranos e atuais.

Refletimos sobre o amplo contexto em que a Estratégia Saúde da família está envolvida e que só com muito planejamento, estudo e assimilação dos papéis que cada um exerce, tanto dentro da UBS quanto na comunidade em que está inserida, conseguiremos atingir nossas propostas.

O papel que abraçamos neste trabalho, tem como foco a saúde da criança, ser em desenvolvimento constante, física e intelectualmente, precisando de cuidados e atenções redobradas para que tudo se processe dentro dos parâmetros da normalidade, precisando portanto, de cuidados e cuidadores preparados e monitorados para acolhê-los e cuidá-los.

Todos precisam se envolver, e que, os olhares fiquem mais atentos para todo processo de crescimento e desenvolvimento das crianças nas prevenções:

- De doenças imunopreviníveis;
- De xeroftalmias
- Anemias ferroprivas
- Retardo do desenvolvimento psicomotor
- Hipo e hipertireoidismo, etc...

Concluo portanto, que esta especialização muito nos enriqueceu e envolveu no quesito sensibilização, para a diversidade de problemas e temas que precisam urgentemente serem aperfeiçoados nos atendimentos da Atenção Básica, diminuindo em muito os internamentos hospitalares quando se trabalha prevenção e promoção de saúde.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. C

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. D

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Brasília: Ministérios da Saúde, 2005. E

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do hiv e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Atenção básica especializada aos povos indígenas. 2007

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

BRASIL, Ministério da Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL BRASIL SORRIDENTE.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578. Acessado

em: 24 de Agosto de 2011-09-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA SAÚDE BUCAL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de, Horácio Pereira de Faria, Max André dos Santos. Planejamento e avaliação das ações em saúde, - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira and COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2001, vol.17, n.3.

ESPÍNDOLA Michely Aline Jorge, Desenvolvimento sustentável no modo de produção capitalista. Revista Visões 4ª Edição, Nº4, Volume 1 - Jan/Jun 2008.

AVELLO, Isabel M. Sancho; GRAU, Carme Ferré. Enfermagem, fundamentos do processo do cuidar. São Paulo: DCL, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Desenvolvimento Global e atividades da criança até 3 anos. 4ª Ed. Coordenação Materno Infantil. Brasília, 1996.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado. Manual de Normas para a saúde da criança na atenção primária. Fortaleza; SESA, 2002.

NETTINA, Sandra M. Prática de Enfermagem, 7 ed., Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2003.

SCHMITZ, Edilsa Maria (Cols) . A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. Rio de Janeiro / São Paulo; Livraria Atheneu, 1989.

A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE. In: Brasil. Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p. 65-74.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2), p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, S. A vivência no grupo: a experiência de pessoas diabéticas. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: . Acesso em: mar. 2008.

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

MEIRELES, A. J. A. . Danos socioambientais na zona costeira cearense. In: Herculano S.; Pacheco, T.. (Org.). *Racismo Ambiental*. 1 ed. Rio de Janeiro: FASE, 2006, v. , p. 73-87.

LEROY, J. P.; SILVESTRE, D. R. Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais. Populações litorâneas ameaçadas: carcinicultura, pesca industrial, turismo, empreendimentos públicos e poluição. [S.I.]: Relatório Nacional para o Direito Humano ao Meio ambiente, 2004.

RADICCHI. Antonio Leite Alves. LEMOS. Alysson Feliciano. *Saúde ambiental – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 76p. : il., 22x27cm*

CEARÁ. Levantamento epidemiológico em saúde bucal no Estado do Ceará-SB Ceará: resultados finais. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2004. 47p.

CURITIBA. Secretaria da Saúde de Curitiba. Protocolo Integrado de atenção à saúde bucal. Centro de informação em saúde, 2004. 100p. il.

COLARES V; FEITOSA S. O desempenho na pré-escola de crianças portadoras de cárie severa. *Acta Sci Health Sci.* 2003; 25(2):129-34 il.

BAPTISTA, R; PAGLIUCA, L. Pessoa com deficiência numa perspectiva evolucionária: análise de conceito. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v. 8, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2762/616>.

Acesso em: 27 abr. 2011.



Universidade Federal do Ceará
 Universidade Aberta do SUS
 Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde
 Curso de Especialização em Saúde da Família



Curso de Especialização em
 Saúde da Família

Impacto da avaliação do crescimento e desenvolvimento Infantil no PSF das Frecheiras

Valéria Portela Moita
 Tianguá- T101
 Marcos Henrique Muniz de Castro
 Enfermeiro, especialista em saúde da família

Introdução

O tema em questão, foi prioridade pro meu trabalho por sentir necessidade de um envolvimento maior em prol da criança. Percebi uma gama de dúvidas e desconhecimento por parte dos cuidadores e profissionais em relação ao aprofundamento do atendimento à criança que vai além das vacinas e tratamentos patológicos agudos.

Observei o vácuo deixado pelos envolvidos e a necessidade dos retornos da criança, de uma forma sequencial e avaliativa .

Objetivos

Reduzir o número de doenças imunopreveníveis e detectar fatores de risco , implantando uma rotina de trabalho, já padronizadas.

Metodologia

Levantamento desta população;
 Cronograma de atendimento;
 Grau de satisfação dos usuários.

Resultados e Discussão

Tivemos como resultado:

O fechamento do cartão vacinal, com registro dos acompanhamentos;

Deteções precoces de diversas patologias com devido encaminhamentos;

Muitos temas dos módulos estudados foram adaptados diante das situações encontradas.

Considerações Finais

Os objetivos deste trabalho foram principalmente a sensibilização e envolvimento de todos, visando a melhoria da qualidade de vida das crianças.

Percebemos a motivação e a vontade de nos aperfeiçoarmos cada vez mais.

Agradecimentos

Aos profissionais que se envolveram.
 Às crianças, causa da nossa motivação.
 Ao nosso Tutor e Sec. de Saúde pelo apoio.
 E a todos da UFC.

Bibliografia

(segundo as normas da ABNT 6023) APENAS AS CITADAS NO BANNER. Por exemplo:

1. PERRIN, D.M.; AHOSHI, V.; LARRAS, P.; PARIS, M. *Urgência em Odontologia*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 152 p.
2. FIGUEIREDO, I.M.B.; AGUIAR, A.S.W. *Situações Emergenciais no Consultório Odontológico*. 1 ed. São Paulo: Santos, 2007.
3. Banco de Imagens
1. CORRÊA, L. Hemorragia da cavidade bucal. *Disciplina de Patologia Geral do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo*. <http://www.fo.usp.br/lido/patoartergeral/banco_de_imagens/patoarteimagens1Circulatext16.htm>, acessado em: 01 out 2010.
2. <www.odontologia.com.br/diagnostico.asp?regid=28>, acessado em 01 ou

