

**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**

MÁRCIO ARY MACHADO DE MORAIS

**DESAFIOS E REFLEXÕES NA CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

FORTALEZA

2011

MÁRCIO ARY MACHADO DE MORAIS

**DESAFIOS E REFLEXÕES NA CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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.

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

M828d Moraes, Marcio Ary Machado.
Desafios e reflexões na construção da Estratégia Saúde da Família / Marcio
Ary Machado Moraes. - 2011.
67 f.

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

Orientação: Prof^o. Me. Rubiane Diogenes Alves.

1 Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação a Distância. I.
Título.

CDD 362.1

MÁRCIO ARY MACHADO MORAIS

DESAFIOS E REFLEXÕES NA CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

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

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Rubiane Diógenes Alves - Orientadora

Sueli Fernandes C. M. Ferreira

Aline Tomaz de Carvalho Teixeira Cruz

“O conhecimento nos faz responsáveis.”

Ernesto Che Guevara

AGRADECIMENTOS

Às tutoras, Edlene Costa e Rubiane Diógenes, pela generosidade em dividir tempo e conhecimento.

Aos meus pais, M^a Socorro e José Ary, que me ensinaram a não temer desafios e a superá-los com dedicação e fé em Deus.

Aos meus colegas de especialização, que na construção do conhecimento compartilharam suas reflexões e experiências.

RESUMO

Após conquistas inegáveis do ponto de vista legal do sistema de saúde brasileiro, tem-se, atualmente, como questão central: fazer valer estes direitos. A Promoção da Saúde estabeleceu-se, definitivamente, na pauta da agenda nacional. Fez-se necessário criar condições para que o sistema de saúde se aproximasse mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A adoção da Estratégia Saúde da Família tem sido a resposta para esta necessidade. Adotar esta estratégia, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento das práticas sanitárias. É sob esta perspectiva que o Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial, buscou capacitar profissionais das equipes de Saúde da Família. A construção de um trabalho conjunto da universidade com os serviços de saúde e a comunidade, propicia espaços de parceria que possibilitam a solução conjunta de problemas vivenciados pela população. Este estudo se propõe a apresentar o resultado dessas reflexões, instigadas pela prática e fundamentadas na leitura crítica, que resultou neste Trabalho de Conclusão de Curso. O portfólio foi um instrumento que potencializou a reflexão das práticas, assegurando a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional. A proposta de qualificação profissional foi constantemente buscada e constituiu-se um canal privilegiado de interação profissional e desenvolvimento regional. A metodologia de ensino despontou em mim grandes desafios, perspectivas inovadoras que suscitaram mudanças na convivência com olhares diferenciados para a realidade e que motivaram a participação ativa no processo ensino-aprendizagem. A modalidade de educação a distância permitiu um ensino agradável, relativamente fácil, com possibilidade de adquirir conhecimentos de variados temas e troca de experiências, eficaz combinação de estudo e trabalho, formação teórico-prática relacionada à experiência profissional, comunicação freqüente, que possibilitou uma aprendizagem dinâmica e inovadora. As atividades de apresentação do processo de trabalho implicaram uma reflexão sobre limites e possibilidades, mas, sobretudo, sobre as responsabilidades. Quero ressaltar como esta experiência vivenciada, nesse curso de especialização de profissionais atuantes na Atenção Básica, demonstrou-se estimulante para esses profissionais sentirem-se participantes da construção do conhecimento, principalmente quando os temas de reflexão são frutos de suas experiências do cotidiano na unidade de saúde, temas esses que sempre se defrontam, sem oportunidades para refletirem e pesquisarem essas questões. Mas, sobretudo, ressalto a motivação e a satisfação de me assumir como profissional promotor de saúde e participante do processo de construção de um sistema de saúde garantidor de direitos.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Educação a Distância.

ABSTRACT

After undeniable achievements of the legal point of view of the legal system of Brazilian health has, currently, as a central question: enforce these rights. Health promotion established himself definitely in agenda of the national agenda. It was necessary to create conditions so that the health system to approach more of individuals, families and communities. The adoption of family health Strategy has been the response to this need. Adopt this strategy, as a proposal for a reorientation of health care, is facing the challenge of building new foundations for the development of hygienic practices. It is under this perspective that the specialization course in family health offered by the Federal University of Ceará in partnership with the Open University, SUS, sought to empower mode gives professional of family health teams. The construction of a joint work with the University of health and community services, encourages partnership spaces that enable the joint solution of problems experienced by the population. This study proposes to present the result of these reflections, instigated by practice and substantiated in critical reading, which resulted in completion of Course Work. The portfolio was an instrument that potentiated the reflection of the practice, ensuring the construction of knowledge, personal and professional development. The proposal for a vocational qualification was constantly sought and constituted themselves a privileged channel of professional interaction and regional development. The teaching methodology dawned on me great challenges, innovative perspective that caused changes in coexistence with different looks and reality that motivated the active participation in the teaching-learning process. The distance education modality has a nice education, relatively easy, with the possibility of acquiring knowledge of varied themes and exchange of experiences, effective combination of study and work, theoretical-practical training related to professional experience, frequent communication, which enabled a dynamic and innovative learning. Presentation of activities working process involved a reflection on the limits and possibilities, but, above all, about the responsibilities. I want to point out how this experience experienced in this specialization course of working professionals in basic care, demonstrated-if stimulating for those pros feel participating in the construction of knowledge, especially when the subjects of reflection are the fruits of their everyday experiences in health unit, these themes that always face, without opportunities to reflect and to search these issues. But, above all, bounce the motivation and satisfaction I take as a professional health promoter and participant in the process of building a healthcare system guarantor rights.

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS Atenção Básica à Saúde

ASB Auxiliar de Saúde Bucal

ACS Agente Comunitário de Saúde

AVC Acidente Vascular Cerebral

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CPO Média de Números de Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e Obturados(O)

ESB Equipe de Saúde Bucal

ESF Estratégia de Saúde da Família

PNSB Política Nacional de Saúde Bucal

PSF Programa de Saúde da Família

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.METODOLOGIA..... | 13 |
| 2.RESULTADOS E DISCUSSÃO: <i>PORTFOLIOS</i>..... | 14 |
| 2.1. Educação a Distância..... | 14 |
| 2.1.1 Conceituações..... | 14 |
| 2.1.2 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 16 |
| 2.2. Processo de Trabalho em Saúde | 17 |
| 2.2.1 O município..... | 17 |
| 2.2.2 A UBS São Pedro..... | 19 |
| 2.2.3 A equipe..... | 21 |
| 2.2.4 O dia a dia da equipe..... | 23 |
| 2.2.5 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 23 |
| 2.3 Saúde Mental e Violência..... | 23 |
| 2.3.1 Reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental no Brasil..... | 23 |
| 2.3.2 Os CAPs: A mudança de paradigma mais próxima..... | 25 |
| 2.3.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 26 |
| 2.4 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde..... | 27 |
| 2.4.1 O começo do caminhar..... | 27 |
| 2.4.2 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 28 |
| 2.5 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde..... | 31 |
| 2.5.1 O planejamento..... | 31 |
| 2.5.2 Plano de combate a enteroparasitoses..... | 33 |
| 2.5.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 35 |
| 2.6 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde.. | 36 |
| 2.6.1 Exemplos de tecnologias..... | 36 |
| 2.6.1.1 A visita domiciliar..... | 37 |
| 2.6.1.2 O acolhimento..... | 38 |
| 2.6.1.3 Trabalho com grupos..... | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 2.6.1.4 A consulta..... | 38 |
| 2.6.2 Atividade: leitura e reflexão..... | 39 |
| 2.6.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 39 |
| 2.7 Saúde da Mulher no Ciclo Vital..... | 40 |
| 2.7.1 Considerações sobre a saúde da mulher no contexto histórico brasileiro..... | 40 |
| 2.7.2 Caracterização das mulheres de Boa Viagem e projeto de intervenção..... | 42 |
| 2.7.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 45 |
| 2.8 Participação Social e Promoção da Saúde..... | 45 |
| 2.8.1 A promoção da saúde..... | 46 |
| 2.8.2 A participação social – um dever cidadão..... | 47 |
| 2.8.3 Instâncias legais de participação social..... | 48 |
| 2.8.4 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 48 |
| 2.9 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família..... | 48 |
| 2.9.1 Comentário sobre o filme Tempos Modernos..... | 49 |
| 2.9.2 A notícia..... | 50 |
| 2.9.3 O <i>portfolio</i> | 50 |
| 2.9.4 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 52 |
| 2.10 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal..... | 53 |
| 2.10.1 Algumas considerações sobre a atenção odontológica no setor público brasileiro antes do Brasil Sorridente..... | 53 |
| 2.10.2 Brasil Sorridente..... | 55 |
| 2.10.3 E em Boa Viagem..... | 56 |
| 2.10.4 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 58 |
| 2.11 Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência..... | 60 |
| 2.11.1 O atendimento às pessoas com necessidades específicas na UBS São Pedro..... | 61 |
| 2.11.2 Impactos da disciplina para a atuação profissional..... | 62 |
| 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 64 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 66 |

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde estabeleceu-se, definitivamente, na pauta da agenda nacional. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro para melhoria da qualidade de vida e para afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

Tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população. Fez-se necessário criar condições para que o sistema de saúde se aproximasse mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

A adoção da Estratégia Saúde da Família tem sido a resposta para esta necessidade. Adotar esta estratégia, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento das práticas sanitárias.

É sob esta perspectiva que o Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial, buscou capacitar profissionais das equipes de Saúde da Família. A construção de um trabalho conjunto da universidade com os serviços de saúde e a comunidade, propicia espaços de parceria que possibilitam a solução conjunta de problemas vivenciados pela população.

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira deveria contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a Estratégia Saúde da Família traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

Com a inclusão da Odontologia na Estratégia Saúde da Família viu-se a oportunidade de reverter as práticas reducionistas e fragmentadas, visando

contribuir com o princípio da integralidade, ou seja, visualizar o indivíduo como um todo e não por partes, oferecendo um serviço em todos os níveis e garantindo também a intersetorialidade, realizando ações destinadas à promoção de saúde, identificação, prevenção e o tratamento em si das doenças bucais, incentivando o auto-cuidado e a autonomia dos sujeitos.

Para isso, o cirurgião-dentista deve ser capacitado e realizar avaliações periódicas do seu trabalho. Deve agir de uma maneira ativa: indo ao encontro dos usuários; conhecendo o território, os problemas, as condições sócio-econômicas de cada indivíduo; mudando a maneira de atuar, sempre que houver a necessidade; e criando estratégias para atingir o resultado esperado naquele momento.

Este modo de agir-pensar produziu muitas reflexões e inquietações em minha vida. Ao atuar como dentista de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, em uma Unidade Básica de Saúde da zona rural de um município do Sertão Central do Ceará, vivencio as diferentes relações da comunidade com o processo de saúde-adoecimento. Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros às soluções conjuntamente trabalhadas para resolutividade dessas necessidades. Assim, a Unidade Básica de Saúde e o território se materializam como espaços de produção pedagógica.

Do encontro entre o profissional e usuários nos serviços de saúde surge a oportunidade de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

Este estudo se propõe a apresentar o resultado dessas reflexões, instigadas pela prática e fundamentadas na leitura crítica, que resultou neste Trabalho de Conclusão de Curso.

A forma de composição do TCC, em módulos originários das atividades desenvolvidas em cada disciplina do curso de especialização, possibilitou

compreender que a aprendizagem se aperfeiçoa através da prática explicativa e crítico-reflexiva da realidade, ultrapassando a simples descrição. Foi instigante e ao mesmo tempo inovador um trabalho de cunho científico onde houve a valorização de nossa trajetória pessoal num mundo de constante interação como é o campo da saúde.

O *portfolio* foi um instrumento que potencializou a reflexão das práticas, assegurando a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional.

A metodologia de ensino despontou em mim grandes desafios, perspectivas inovadoras que suscitaram mudanças na convivência com olhares diferenciados para a realidade e que motivaram a participação ativa no processo ensino-aprendizagem.

A modalidade de educação a distância permitiu um ensino agradável, relativamente fácil, com possibilidade de adquirir conhecimentos de variados temas e troca de experiências, eficaz combinação de estudo e trabalho, formação teórico-prática relacionada à experiência profissional, comunicação freqüente, que possibilitou uma aprendizagem dinâmica e inovadora. As atividades de apresentação do processo de trabalho implicaram uma reflexão sobre limites e possibilidades, mas, sobretudo, sobre as responsabilidades.

Quero ressaltar como esta experiência vivenciada, nesse curso de especialização de profissionais atuantes na Atenção Básica, demonstrou-se estimulante para esses profissionais sentirem-se participantes da construção do conhecimento, principalmente quando os temas de reflexão são frutos de suas experiências do cotidiano na unidade de saúde, temas esses que sempre se defrontam, sem oportunidades para refletirem e pesquisarem essas questões. Mas, sobretudo, ressalto a motivação e a satisfação de me assumir como profissional promotor de saúde e participante do processo de construção de um sistema de saúde garantidor de direitos.

1. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, fruto das reflexões e da vivência do cotidiano da Unidade Básica de Saúde, mediado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial.

O curso desenvolveu-se em forma de módulos de trabalho. Dentre as tarefas desenvolvidas, em cada módulo, foi construído um *portfolio*. O *portfolio* possibilitou o registro das evidências de aprendizagem, e promoveu reflexões sobre o processo de trabalho desenvolvido nas unidades de saúde.

Assim revisei os registros pessoais para rever minha trajetória de aprendizagem; o trabalho de conclusão de curso (TCC) assumiu a forma de releitura e re-significação da aprendizagem, por meio dos portfólios, sendo a síntese da transformação ocorrida, na co-responsabilização da construção do conhecimento e da transformação da realidade.

Os procedimentos utilizados foram: releitura dos *portfólios*, identificação das reflexões proporcionadas pelo curso e dos impactos de cada disciplina no processo de trabalho, ampliação do tema baseado no estudo do módulo bem como entre outros módulos e contextualizado com a experiência acumulada, assim buscou formar um profissional mais crítico, reflexivo e atuante.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO: *Portfolios*

2.1 Educação a distância

Este capítulo buscou apresentar e familiarizar o leitor com a experiência de Educação a Distância vivenciada neste curso.

2.1.1 Conceituações

A Educação a Distância (EAD) é uma modalidade de Educação que tem se apresentado como uma alternativa para o ensino convencional não só no Brasil, mas no mundo todo. A demanda por conhecimento se intensificou com a economia globalizada e os avanços tecnológicos alcançados. Em meio à transformação tecnológica e social, o processamento de informação tornou-se elemento vital para o desenvolvimento das sociedades e elevação dos padrões de qualidade de vida da humanidade.

A Educação a Distância surge como opção para atender à demanda de educação continuada. Também, em sintonia com os desenvolvimentos tecnológicos, esta modalidade de ensino apresenta sua evolução ao longo do tempo, usando destes mesmos meios tecnológicos para melhorar a qualidade de seus programas. Sendo a Wide World Web (www) apontada como a mais poderosa ferramenta da Internet para fins educacionais.

Para Aretio (1995), Educação a Distância é um sistema tecnológico de comunicação bidirecional, que substitui o contato pessoal professor/aluno, como meio preferencial de ensino, pela ação sistemática e conjunta de diversos recursos didáticos e pelo apoio de uma organização e tutoria, que possibilitam a aprendizagem independente e flexível dos alunos.

Prete (1996) assim define a EAD:

“A EAD é, pois, uma alternativa pedagógica de grande alcance e que deve utilizar e incorporar as novas tecnologias como meio para alcançar os objetivos das práticas educativas implementadas, tendo sempre em vista as concepções de homem e sociedade assumidas e considerando as necessidades das populações a que se pretende servir (...) Deve ser compreendida como uma prática educativa situada e mediatizada, uma modalidade de se fazer educação, de se democratizar o conhecimento. É, portanto, uma alternativa pedagógica que se coloca hoje ao educador que tem uma prática fundamentada em uma racionalidade ética, solidária e compromissada com as mudanças sociais”(p.27).

Os elementos centrais dos conceitos de EAD são: separação física entre professor e aluno, que distingue o EAD do ensino presencial; influência da organização educacional (planejamento, sistematização, plano, projeto e organização rígida), que a diferencia da educação individual; uso de meios técnicos de comunicação, usualmente impressos, para unir o professor ao aluno e transmitir os conteúdos educativos; comunicação de mão-dupla, onde o estudante pode beneficiar-se da iniciativa no diálogo; possibilidade de encontros ocasionais com propósitos didáticos e de socialização; e participação de uma forma industrializada de educação, potencialmente revolucionária (KEEGAN,1996).

A aprendizagem acontece nas relações sociais, interpessoais e coletivas, que desenvolve-se pessoalmente ou a distância. Os espaços de aprendizagem de adultos devem ser espaços onde as questões da comunidade envolvida podem ser problematizadas, na expectativa de se buscar a autonomia dos sujeitos nela atuantes.

As unidades de saúde, neste estudo, constituem o núcleo desses espaços. Assim, expande-se para compreender toda a extensão, em sua complexidade, do território e da comunidade, possibilitando a diversificação dos cenários de aprendizagem dos profissionais de saúde.

Ao trabalhar com adultos é fundamental atender a necessidade de respostas a problemas práticos que os sujeitos possuem e valorizam. A reflexão-ação deve propiciar aos adultos envolvidos a retomada de iniciativa capaz de produzir uma ação transformadora.

Freire(2002), afirma que a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática e que educação é instrumento de conscientização, libertação e transformação.

O desafio é, hoje, a necessidade de transformação dos serviços de saúde e da educação, formação e capacitação dos seus recursos humanos.

A crescente demanda por educação, devida não somente à expansão populacional como, sobretudo às lutas das classes trabalhadoras por acesso à educação, ao saber socialmente produzido, concomitantemente com a evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos está exigindo mudanças em nível da função e da estrutura da escola e da universidade (PRETTI,1996).

A EAD como estratégia de ampliação das possibilidades de acesso à educação aprofunda o compromisso com a qualidade da assistência no SUS. É importante perceber que a qualidade destes serviços está diretamente relacionada com a qualidade do pessoal que trabalha neles.

Linn (1996) ressalta que,

"o ambiente ideal para o aprendizado à distância combina recursos eletrônicos e humanos para criar estudantes autônomos. Para que estes tomem para si a responsabilidade de seu aprendizado é necessário que eles conheçam o suficiente a respeito da disciplina para que possam estabelecer metas realísticas, monitorar seu progresso, refletir sobre sua compreensão, reconsiderar idéias, e buscar ajuda com seus pares e professores. Também necessitam de atividades que permitam a eles praticar estas habilidades".

2.1.2 Impactos da disciplina para atuação profissional

Esta estratégia de educação permitiu uma interação efetiva entre ensino e prática profissional; a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; a integração ensino-tecnologia-trabalho-comunidade, possibilitando uma contribuição para esta última; a integração tutor-aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas; a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais de uma determinada estrutura social.

2.2 Processo de Trabalho em Saúde

Para fundamentar uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, inicialmente é apresentado um panorama do município no qual a equipe de Saúde da Família que atua está inserida; paralelamente, é feita uma apresentação das normativas que regem o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família.

2.2.1 O Município

O município de Boa Viagem localiza-se no Sertão Central do Ceará e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/2009, possui uma população de 56.236 habitantes; área geográfica de 2.836,774 km²; densidade demográfica de 18,4 hab/km².

A economia baseia-se praticamente na agricultura e na pecuária. Os principais produtos agrícolas são: arroz, feijão, milho, mamona e mandioca. O comércio apresenta uma variedade de empreendimentos, sendo responsável também por parcela significativa do Produto Interno Bruto municipal.

Nos setores político e administrativo apresenta graves problemas estruturais e de gestão. Predomina a postura centralizadora, corrupta e autoritária, invertendo o modelo de gestão democrática e participativa, com secretários sem autonomia e alguns sem capacidade técnica para o adequado desempenho da função.

Com relação ao Setor Saúde, Boa Viagem adota como modelo de gestão a Estratégia Saúde da Família desde 1994 e, atualmente¹ tem implantadas, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): 06 equipes do Programa Saúde da Família; 06 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 07 equipes de Saúde

¹ Informe de Jun/2010.

Bucal modalidade I (Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) que atuam na Atenção Primária.

Além dos PSFs o município disponibiliza: 01 hospital de médio porte (Casa de Saúde Adília Maria); 02 laboratórios de análises clínicas e 01 Centro de Fisioterapia.

No município em questão atuam apenas 06 equipes de Saúde da Família para atender a uma demanda populacional de aproximadamente 56 mil habitantes, perfazendo assim uma cobertura de PSF de apenas 32%; resultando em insatisfação da população usuária dos serviços e dos trabalhadores em saúde.

Esta relação indica uma deficiência na atenção à saúde e que esta, no âmbito municipal, ainda está baseada em uma visão arcaica e de priorização e valorização das ações meramente curativistas e hospitalocêntricas, ao invés da adoção de práticas de saúde baseadas nos princípios da Estratégia Saúde da Família.

Os princípios norteadores da Estratégia saúde da Família, segundo Duncan (2004), são: integralidade, acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação da comunidade.

Pode-se considerar que a Atenção Primária em Saúde deve ser o centro de toda rede assistencial, uma vez que esta é a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde. Portanto, deveria ser considerada como atenção prioritária.

Certamente se esta não é a opção, não poderão ofertar serviços qualificados baseados na promoção da saúde, prevenção de agravos, melhoria da qualidade de vida, humanização e integralidade da assistência. Um sistema de saúde comprometido com o bem-estar da população, eficiente e eficaz, deve ter resolutividade aproximada de 85% neste nível de atenção.

2.2.2 A UBS São Pedro

A Unidade Básica de Saúde do São Pedro localiza-se na zona rural, a uma distância de 10 km da sede de Boa Viagem. Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atende a uma população adscrita de 2.870 pessoas, sendo 1.479 do sexo masculino e 1.391 do sexo feminino. É dividida em 14 micro-áreas.

O horário de funcionamento é de 07:00h às 12:00h e no período da tarde de 14:00h às 17:00h, de segunda a quinta-feira. Às sextas-feiras, as atividades são desenvolvidas somente no turno da manhã na UBS.

Com relação à estrutura física a UBS possui 01 Sala de Recepção onde funciona também o Serviço de Arquivo Médico (SAME); 01 consultório de Enfermagem; 01 Consultório Médico; 01 Sala de Vacina e 01 banheiro. Observa-se também 01 sala para atendimento odontológico, sem equipamento e instrumental há pelo menos um ano.

Inadequações encontradas:

- Ausência de consultório odontológico em funcionamento; os atendimentos clínico-odontológicos são realizados em outra UBS na sede, o que dificulta o acesso dos usuários aos atendimentos, comprometendo assim os princípios da acessibilidade, da universalidade e da equidade.
- SAME - Devido à ausência do local adequado para guardar os prontuários, estes ficam expostos na sala de recepção sem a privacidade necessária e com riscos de perdas.
- Ausência de Sala de Espera e espaços para reuniões.
- Único banheiro (uso comum para ambos os sexos e funcionários e usuários).

- A infra-estrutura da UBS apresenta graves problemas de arejamento, além de uma infestação de morcegos.

Esse pouco espaço físico da UBS traz sérias dificuldades para as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, visto que impossibilita a realização de oficinas, palestras, grupos. Segundo Vasconcelos (2001), a Atenção Básica destaca-se como um contexto privilegiado para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde. A consideração do autor justifica-se pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Neste sentido, considerando as necessidades dos usuários participarem de atividades de educação para a saúde, todas as UBS deveriam ter uma sala multimeios (usada conforme programação das atividades: pode ser para recepção/acolhimento de usuários, reuniões, exposição de trabalhos comunitários, painéis, exibição de filmes), proporcionando uma melhoria na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a inter-relação usuário-sistema de saúde-trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanização do cuidado e participação comunitária.

De acordo com a Portaria Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), são itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

Outra questão que compromete os Serviços da UBS é o funcionamento da Sala de Vacinação; esta funciona junto com outros serviços e em local que não está de acordo com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, na qual define alguns parâmetros básicos a serem implementados no local destinado à administração dos imunobiológicos. Sendo estes:

É importante que todos os procedimentos desenvolvidos garantam a máxima segurança e qualidade, prevenindo infecções nas pessoas atendidas. Para isso, as instalações devem levar em conta um mínimo de condições, quais sejam: as paredes e o piso devem ser laváveis; deve ter pia em aço inox com torneira; deve ter interruptor exclusivo para cada equipamento elétrico; deve ter arejamento e iluminação adequados, evitando a incidência de luz solar direta; e deve ter entrada e saída independentes, se possível. Além disso, a sala de vacinação deve ser mantida em condições de higiene e limpeza e ser exclusiva para a administração dos imunobiológicos(BRASIL,2001).

2.2.3 A Equipe

A equipe é composta por 01 Enfermeira, 01 Auxiliar de Enfermagem, 01 recepcionista; 01 Auxiliar de Serviços Gerais; 14 Agentes Comunitários de Saúde. O cirurgião-dentista que comporia a equipe encontra-se de licença².

Enfermeira - L. R. N

Dentista - M. A. M. M

Auxiliar de Enfermagem - S. M. F. S

Auxiliar de Serviços Gerais - S. O

² Licença sem remuneração.

Recepcionista - J. A. S
Micro área 01 - A. B. M
Micro área 02 - A. V. S. F
Micro área 03 - M. S. M. M
Micro área 04 - L. L. S
Micro área 05 - S. R. N
Micro área 06 - M. L. M. N
Micro área 07 - J. D. M. M
Micro área 08 - V. F. S
Micro área 09 - J. V. O
Micro área 10 - M. G. B. P
Micro área 11 - L. F. S
Micro área 12 - E. P. M
Micro área 13 - E. R. R
Micro área 14 - M. F. S. M.

2.2.4 O dia a dia da equipe

Mesmo diante de muitas inadequações a equipe da UBS vem desempenhando de forma coesa e heróica a promoção da saúde realizando os programas básicos do PSF sendo estes: acompanhamento e controle dos pacientes com diabetes e hipertensão (Hiperdia); Saúde da Mulher (planejamento familiar, pré-natal e visita puerperal); Saúde da Criança (puericultura, vacinação de rotina e campanhas e atendimento clínico das crianças de 0 a 5 anos) acompanhamento dos casos e busca ativa de

portadores de tuberculose e hanseníase; saúde do idoso e visita aos acamados.

2.2.5 Impactos da disciplina para atuação profissional

Passados quase 17 anos de implantação do PSF em Boa Viagem, não se pode negar a expressiva ampliação da oferta de serviços básicos, abrindo acesso ao SUS a um grande segmento populacional, rural e urbano, antes excluído. Contudo, a Atenção Básica, com exceção de um número ainda inexpressivo de situações, pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população.

2.3 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

2.3.1 Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental no Brasil

Poderíamos dizer que a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso na década de 70, durante a ditadura militar, época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. A forte recessão, derivada da política econômica que obedecia a grupos de pressão internacionais, tinha como conseqüência a precariedade do trabalho, a acelerada baixa da renda familiar e o índice alarmante de miséria absoluta, o que exigia maior atenção da saúde. Paralelamente, percebia-se a falta de recursos especialmente no aparato dos serviços sanitários onde havia ainda, o clientelismo na esfera pública, o investimento da rede privada – favorecendo o desmonte da *coisa pública* – e o pouco interesse do poder legislativo em valorizar as políticas sociais. Todos esses são fatores que contribuíram para a ineficácia e a não resolução dos serviços (MERHY, 1997).

Neste contexto configurava-se a crise do setor saúde com graves conseqüências para a saúde mental. O hospital psiquiátrico passa a ser a resposta de intolerância social com aqueles que não podem administrar sua enfermidade por meios próprios, ou seja, a população de maior vulnerabilidade econômica e social. Nestes casos o diagnóstico muitas vezes é apenas a grande oportunidade para legitimar a exclusão social.

O início da Reforma é paralelo às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país. Ocorreu, pois, no contexto de reivindicações de mudanças políticas concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais, na conjunção da sociedade civil e do Estado, ante o fortalecimento da sociedade civil que Gramsci chamou de “*a hegemonia política e cultural de um grupo cultural sobre toda a sociedade, como conteúdo ético do Estado*” (citado por Bobbio,1999:56). Portanto, pode-se dizer que a Reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é uma resposta à ausência de políticas sociais no país, voltadas à Saúde com efeitos na política de Saúde Mental. O impacto dessa conferência tem sua raiz na participação de integrantes de vários setores e segmentos sociais, ampliando os espaços de participação e incluindo, na agenda do Estado, propostas que remodelaram o campo social. Isto significa que o fundamento técnico e ideológico na construção de novas formas de políticas públicas ressaltava a importância da conjunção Estado/Sociedade. A 8ª Conferência estabelece também as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Apresentam-se denúncias sobre a violência e os maus tratos a que estão expostos os internos dos hospitais psiquiátricos. Exige-se a Reforma Psiquiátrica.

Neste contexto, surge uma nova concepção de saúde mental, em que a saúde mental é tão importante quanto à saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das famílias, das sociedades e das comunidades; que a saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes; que como muitas doenças físicas, os

transtornos mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais; que avanços futuros trarão uma compreensão mais completa de como o cérebro está relacionado com formas complexas de funcionamento mental e comportamental; que as pesquisas mostram que existem dois caminhos principais pelos quais a saúde física e a mental se influenciam mutuamente, enfim; que o comportamento de uma pessoa em matéria de saúde depende muito da saúde mental da mesma.

As mudanças ocorridas na saúde brasileira com as Reforma Sanitária e a Constituição de 1988, que cria o SUS, atinge a política de saúde mental, que baseada na reforma psiquiátrica e apoiada na lei 10261/02, cria um modelo de saúde mental aberto e de base comunitária.

2.3.2 Os CAPS: A mudança do paradigma mais próxima.

Como estratégia para mudança do paradigma que tinha como base a internação em hospitais psiquiátricos, determina-se uma gradual diminuição dos leitos hospitalares e a utilização de vários mecanismos alternativos, onde surgem os CAPS- Centro de Apoio Psicossocial como elementos fundamentais no cuidar diário a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Seus objetivos são: atendimento à população, realizar o atendimento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Com os CAPS há uma superação do aparato manicomial, sobretudo, a desestruturação de velhos saberes sobre a loucura. Criam-se novas culturas para a convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, à liberdade, e à cidade, além de garantir assistência à saúde de qualidade. Apresentam-se diferenciados, pelo porte, capacidade de atendimento, e clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros em: CAPS – I ,CAPS- II, CAPS-III, CAPS – i, CAPS ad.

Inicia-se uma ruptura com um modelo hospitalocêntrico, que era isolacionista, sem respeito às individualidades, que privilegiava a atenção

privada em detrimento da pública, negando direitos básicos de convívio, afetividade, trabalho, lazer aos portadores de distúrbios mentais.

2.3.3 Impactos da disciplina para atuação profissional

A Estratégia de Saúde da Família, tendo como premissa básica a assistência à pessoa como um todo, dentro do contexto familiar, é responsável não só pela promoção da saúde mental, pela prevenção das doenças, bem como pelo reconhecimento de problemas na área mental e na dinâmica familiar, dando-lhes o devido atendimento e encaminhamento, quando necessário.

Assim, as ações de saúde mental desenvolvidas nas UBS/UBSF caracterizam-se como de atenção primária, integrando profilaxia (prevenção/promoção) e tratamento dentro do limite de atuação e complexidade. As Ações de Saúde Mental na Comunidade é uma modalidade de ação em saúde mental na qual o próprio ambiente comunitário é usado como intervenção terapêutica.

O ambiente físico, a clientela, a equipe e as políticas de saúde mental influenciam no desempenho dos indivíduos nas atividades cotidianas da comunidade. A ênfase maior é dada à interação social e de grupo.

É nesse contexto, que os profissionais de saúde deverão estar se inserindo, num movimento de ir ao encontro do que a comunidade e o serviço básico de saúde oferecem, integrando a saúde mental com a saúde geral do indivíduo, não se fazendo necessária a criação de ações específicas de saúde mental, mas, que as mesmas sejam integradas as demais, já desenvolvidas na comunidade. É desta forma, que espero ver a atuação do dentista.

2.4 MODELO ASSISTENCIAL e ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Partindo do princípio que a política brasileira de saúde busca a reorientação do modelo assistencial é apresentada uma reflexão sobre o tema. Vive-se o desafio da adequação do modelo assistencial, tornando-o mais humanizado, acessível e, sobretudo, resolutivo.

A atenção primária à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas. (MOROSINI, 2007)

2.4.1 O começo do caminhar

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (BRASIL, 1998).

A evidência científica demonstra que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na

prestação da atenção, é necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidiano (ALVES, 2005)

Esta proposta luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (COTTA, 1998).

O desafio que se coloca é a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário (MERHY, 2002).

A formação do profissional capacitado para atuar no PSF e alocação destes pelos gestores de saúde nos serviços públicos é de alta importância, dada a abordagem que este fará na reversão do modelo assistencial vigente, deslocando o foco de produção de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros) para a produção de cuidados (MERHY, 2002; MATUMOTO et al, 2005). Mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde serão necessárias para transformação de uma visão flexneriana da saúde em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde.

2.4.2 Impactos da disciplina para atuação profissional

Início esta reflexão, reproduzindo uma atividade, enviada por mim:

No atendimento realizado por uma equipe de Saúde da Família vários atributos são necessários para que se possa afirmar que se presta um serviço de saúde de qualidade. Dentre estes podemos destacar: a ética, a efetividade, a eficácia, a continuidade, a aceitabilidade das ações.

No caso apresentado no texto podemos identificar que o atendimento careceu de vários atributos, mostrando-se claramente ineficaz e de baixa qualidade.

Dona Maria procura o serviço de saúde com queixa de cefaléia no que prontamente recebe o diagnóstico de hipertensão e sugestão de tratamento. Como verificamos, obteve acesso e eficácia no primeiro momento, porém mesmo pertencendo a um grupo de risco (hipertensa, 65 anos), não apresentou aceitabilidade ao tratamento prescrito, o que a levou, oito anos após, ao diagnóstico de hipertensão a desenvolver quadro de acidente vascular cerebral (AVC). Podemos, dessa forma, identificar que não houve continuidade do tratamento, já que ela tomava a medicação de forma irregular, bem como foi perdida a oportunidade de sensibilizar a paciente oferecendo, no momento adequado, a informação que poderia mudar seu destino.

A sequência dos acontecimentos com hospitalização sem que o ACS de sua área tome conhecimento de imediato de sua moléstia; só acionando o restante da equipe três dias após a paciente ter saído de quinze dias de internação; mostra a clara falta de comunicação interna e externa da equipe de profissionais envolvidos no tratamento, elemento fundamental para que se consiga eficiência, efetividade e eficácia no tratamento desejado pelo paciente e pela equipe.

As complicações seguintes do caso como acamamento, escaras e infecção demonstram que o atributo da eficiência não foi respeitado já que um investimento em prevenção feito através de uma comunicação e intervenção poderia não só ter evitado muitas complicações do caso como teria um custo/benéfico adequado.

Retomo, agora, o diálogo com a literatura.

Almeida (1999) sugere que os profissionais atualizem, projetem, estabeleçam a oferta dos serviços de saúde a partir de uma concepção muito mais ampla, em que trabalhar a doença não seja prioridade e em que a promoção da saúde e a prevenção da doença proporcionem às comunidades ferramentas e tecnologias para sua participação no autocuidado. Um problema

de hipertensão arterial, por exemplo, tem de ser acolhido desde a orientação alimentar, com respeito às necessidades e possibilidades pessoais e dos locais de moradia, passando pela orientação e oportunidade de estar em grupo para abordar as questões subjetivas e do andar a vida até a cirurgia e recuperação de uma ponte de safena. Pensando nisto, alguns autores perceberam no espaço do cotidiano dos trabalhadores, em suas práticas e na organização dos processos de trabalho um potencial enorme de mudanças nos resultados das políticas de saúde.

Na dimensão micropolítica da atenção à saúde é onde pode ocorrer, com mais efetividade, a reflexão sobre o ato de cuidar e a relação com a população usuária. Muitos estudos e experiências vêm-se acumulando neste sentido. Centrar na lógica da produção do cuidado é outro desafio para o programa, visto que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, um curativo, uma consulta centram, nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (MATUMOTO,2005; MERHY,2002).

Remodelar a assistência à saúde implica modificar o processo de trabalho e estas são questões que foram colocados em pauta a partir da implantação e construção do PSF no cotidiano dos municípios e localidade. É fato que a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da Estratégia de Saúde da família.

É sabido que a maior parte das propostas tecnoassistencias desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde. Será que o hospital (digo profissionais que lá trabalham) não é responsável pela recuperação e manutenção da saúde de Dona Maria?

É necessário e urgente desenvolver práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da

presença de acompanhantes e familiares na internação; além de estabelecer uma rede de atenção onde os estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares formem um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

2.5 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

Este texto busca trazer à discussão questões relacionadas ao planejamento e avaliação. As questões apontadas são alguns dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços. Significam para os gestores desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, em seus enfrentamentos.

Sabe-se que a prática efetiva das ações de saúde não é tarefa fácil, considerando-se a elevada demanda pelos serviços de saúde e a falta de tempo, entretanto, considera-se importante, maiores esforços no sentido de se utilizar do planejamento e avaliação das ações. Faz-se necessário utilizar com racionalidade os conceitos e possibilidades oriundas do planejamento, traçar ações orientadas com base em cenários verdadeiros – o que certamente contribuirá para uma maior resolutividade no âmbito da saúde.

Apresento o resultado de um trabalho, feito em grupo, e o diálogo com a literatura recomendada.

2.5.1 O planejamento

Como sabemos a ESF possui uma abordagem centrada na família e com ênfase nas ações de promoção da saúde sendo que o atendimento na ESF deve ser, preferencialmente, realizado por uma equipe multiprofissional.

Dessa forma podemos afirmar que o planejamento das ações a serem realizadas deve estar pautado em alguns critérios tais como:

- Participação de todos os membros da equipe;
- Participação da comunidade a ser atendida;
- Enfoque nas ações de promoção da saúde;
- Análise do perfil epidemiológico da área;
- Articulação com as redes sociais e demais setores da administração pública para planejar uma política de saúde que vise a melhoria da qualidade de vida de todos;
- Planejamento deve ser sistemático, integral e contínuo;
- Flexível às necessidades da população;
- Trabalhar com metas de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e portarias em vigor;
- No planejamento já deve ser pensado o monitoramento e avaliação das ações.

Para Matus (1989), planejar é um preparar-se para a ação e encontra-se diretamente relacionado ao ato de governar. Segundo ele, para agir é fundamental investir no aumento da capacidade de governar.

Dessa maneira, ele propõe a formação de (por ele denominados) técnico políticos, os quais devem ser capazes de viabilizar, com competência, um modo de ser cotidianamente governo. Este governar cotidiano é focado por Matus(1989), em dois sentidos:

- Governar (maiúsculo) tem o significado de estar no poder de Estado, no exercício de algum cargo no aparelho do Estado.

- governar (minúsculo) tem o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções inteligentes sobre os fatos sociais.

Outros três aspectos enfocados por Matus (1989) e também importantes para uma melhor compreensão dos fundamentos teóricos do Planejamento Estratégico Situacional são:

- O projeto de governo refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;
- a governabilidade diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;
- a capacidade de governo diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano.

Estes três pontos devem ser vistos numa inter-relação dinâmica. E para representar graficamente essa inter-relação, Matus utiliza a ilustração de um triângulo, por ele denominado: Triângulo de Governo.

2.5.2 Plano de combate a enteroparasitose

A realização de um plano de ação de combate a enteroparasitose exige por parte daqueles que se propõem a fazê-lo conhecimento técnico, apoio governamental, conhecimento da área e da população atendida. Sendo fundamental a troca de saberes entre os profissionais envolvidos e entre estes e a população, para que assim tenhamos um plano economicamente adequado à realidade local, bem como sanitariamente eficaz.

Quando isto acontece de forma virtual num ambiente como o desta especialização, mesmo que seja apenas com o intuito de norteamento do saber, expõe alguns aspectos que também são barreiras que devem ser transpostas no mundo real: A importância do vínculo e do conhecimento da comunidade para realização de qualquer ação de saúde, a dificuldade de relação entre os profissionais de saúde envolvidos, a atitude ainda fortemente arraigada dos nossos profissionais de crer em ações puramente medicamentosas, fato que na minha visão é fruto de uma formação acadêmica deficiente e que pouco valoriza as ações coletivas e de promoção em saúde. Mesmo com muitas limitações e dificuldades efetuamos o plano de ação a seguir.

Apesar da alta prevalência de enteroparasitoses em crianças entre 2 e 5 anos, documentada em vários estudos, pouca atenção tem-se dado ao papel da educação higiênico-sanitária nas escolas, principal meio de combate a essas doenças.

Numa primeira etapa, deveremos saber o nível de informação das crianças e responsáveis acerca das enteroparasitoses: quase como regra em comunidades pobres temos um conhecimento muito superficial ou mesmo incongruente a respeito do tema.

A segunda etapa, deveremos, proferir palestras dialógicas aos pais ou responsáveis bem como a população assistida sobre enteroparasitoses e educação higiênico-sanitária, bem como distribuição de folhetos informativos e cartazes, implantação de jogos educativos, oficinas de lavagem de frutas e verduras e demonstração de vermes.

- Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para execução de palestras.
- Reunião com profissionais de ensino da rede pública da área e pais objetivando uma melhor participação dos mesmos no processo educativo das crianças.
- Sensibilização dos alunos e pais para a participação no projeto.
- Palestra de atualização do corpo de funcionários das escolas da área e discussões informativas para esclarecer dúvidas e ampliar os conhecimentos, principalmente, para despertar a importância das medidas profiláticas e de controle das parasitoses intestinais.
- Avaliação do trabalho operacional (método de amostragem, adesão ao projeto, instrumentos de coleta de dados, produtividade no processamento dos exames).
- Aplicação do questionário para caracterização da população amostrada.
- Coleta de fezes e diagnóstico parasitológico de fezes.
- Análise dos resultados dos exames de fezes e questionários.

TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES PARASITADOS

- Escolha de esquema medicamentoso.
- Dispensação medicamentosa.

Cronograma anual de atividades do plano de enfrentamento a enteroparasitose

| ATIVIDADES | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Envio do projeto ao CEP (condicionado a aprovação) | X | X | | | | | | | | | | |
| Cadastro das áreas | | | X | | | | | | | | | |
| Elaboração de questionário | | | X | X | | | | | | | | |
| Curso preparatório | | | X | X | | | | | | | | |
| Aplicação de questionário | | | X | X | | | | | | | | |
| Coleta de material e resultados | | | | X | X | X | X | X | | | | |
| Encaminhamento ao tratamento | | | | | | X | X | X | | | | |
| Análise dos dados coletados | | | | | | | | X | | | | |
| Atividades educativas | | | | X | X | X | X | X | X | X | | |
| Novos exames de fezes | | | | | | | | X | X | X | X | |
| Publicação dos resultados | | | | | | | | | | | | X |

2.5.3 Impactos da disciplina para atuação profissional

A prática do trabalho em equipe está relacionada a uma série de mudanças que vêm ocorrendo na oferta de serviços de saúde, tais como: o caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde; o valor ético e a diretriz política da atenção integral às necessidades de saúde da população.

Ressalto que o sucesso do trabalho, como processo produtivo e como interação, deve levar em conta as articulações entre as ações em saúde, pelo que representam de ações estratégicas para a produção de cuidados e

assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões.

O planejamento da integração entre práticas de trabalho em saúde propiciou o levantamento de questões (possibilidades e limites) tanto da interdisciplinaridade dos saberes especializados, quanto da interatividade na relação entre os usuários e o próprio serviço.

2.6 Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde

É por meio da educação que se dão a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente. Entretanto, só uma educação que vá além da função de transmissão das aquisições culturais humanas, transmissão de conhecimentos, poderá realmente formar cidadão com capacidade para se apropriar do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social. Na área de saúde, têm sido fundamentais para a mudança do modelo de atenção a valorização e a promoção da educação na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais, assim como são primordiais para a referida mudança as reflexões feitas. Isso porque a mudança de um modelo de atenção com foco na doença para outro voltado para a saúde requer muito esforço para a modificação de hábitos e costumes – incluindo o hábito de não reivindicar direitos.

Nesse texto, a reflexão sobre como algumas tecnologias para abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade são aplicadas no processo de trabalho diário nas UBS.

2.6.1 Exemplos de Tecnologias

No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. É feita uma discussão sobre a realidade do processo de trabalho na UBS e a literatura relativa às tecnologias: a visita domiciliar, o acolhimento, o trabalho com grupos e a consulta.

Essas estratégias possibilitam e garantem os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, portanto, dão resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuem com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção.

2.6.1.1 A Visita Domiciliar

Não há uma norma específica para as visitas que devem ser realizadas pelos demais profissionais da ESF, ou seja, quantas devem ser feitas e qual profissional deve fazer. É preciso que a equipe esteja atenta às demandas e às necessidades dos membros da comunidade e faça uma escuta qualificada das informações fornecidas pelos ACSs. Em muitos casos, a Visita Domiciliar (VD) é porta de entrada de usuários no sistema de saúde.

A Visita Domiciliar (VD) coloca o profissional, necessariamente, no mundo do usuário e, portanto, pode ser um potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Daí a importância que ela não seja somente nos momentos agudos de uma doença; é necessária uma programação, feita com os ACSs de cada micro-área, para que a população também identifique a mudança do modelo. A VD possibilita conhecer a realidade do território e daqueles que ali vivem e sobrevivem, e de atuar de forma mais efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Fato relevante, no âmbito da UBS São Pedro é a dificuldade de transporte para fazer esta atividade. Também, mesmo com o carro, por vezes

as condições das estradas impossibilitam que esta atividade seja desenvolvida com mínimo conforto para o profissional. É uma questão de má administração e de desconhecimento de direitos da população. É um momento para a equipe e a comunidade trabalharem a reconstrução social do conceito de saúde, de acessibilidade, de universalidade.

2.6.1.2 O Acolhimento

O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário (SOLLA, 2005). Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a ideia do acolhimento como diretriz operacional.

2.6.1.3 O Trabalho com Grupos

Mais uma vez, a boa vontade da equipe esbarra em questões estruturais que inviabilizam a execução dessa estratégia com a qualidade necessária e pretendida.

Como Zimerman (2007) ressalta um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse de todos eles. E, recomenda mais o tamanho de um grupo não pode exceder ao limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual, como a auditiva e a conceitual.

2.6.1.4 A Consulta

A consulta é mais uma estratégia que permite ao usuário perceber que uma mudança está em curso no sistema de saúde. A capacidade de escutar o usuário deve ser considerada elemento fundamental para o estabelecimento de laços de confiança e de vínculo e como uma forma de buscar soluções conjuntas para a necessidade que gerou a consulta.

É neste momento que as relações são construídas ou destruídas.

2.6.2 Atividade: Leitura e reflexão

No texto de Bordenave(1994) há a abordagem de três concepções pedagógicas: a Pedagogia de Transmissão, a Pedagogia do Condicionamento e a Pedagogia da Problematização.

A Pedagogia de Transmissão parte da premissa que o aluno no processo de ensino/ aprendizagem deve receber o que o professor ou o livro lhe oferece, ocasionando distância entre teoria e prática, passividade do aluno e falta de atitude crítica. Já a Pedagogia do Condicionamento não considera como mais importante no processo educativo as idéias e os conhecimentos, mas sim os resultados comportamentais, ou seja, a repetição da associação estímulo-resposta-reforço, na qual, o aluno é condicionado a emitir respostas desejadas. E finalmente, a Pedagogia da Problematização considera que o aluno – participante e agente da transformação social – pode detectar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas. Esta me parece ser a que melhor reflete o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O texto aborda também o método do Arco de Charles Maguarez: observação da realidade (problema), teorização, hipótese de solução e aplicação prática das soluções propostas.

2.6.3 Impactos da disciplina para atuação profissional

Com este módulo, tive a oportunidade de refletir e conhecer um pouco mais 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. Os conceitos foram apresentados a partir de situações já vivenciadas no dia-a-dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde.

A leitura de Freire (2004) despertou a importância da ética enquanto marca da natureza humana e me ajudou a perceber que ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo, ensinar exige liberdade e autoridade, ensinar exige saber escutar, ensinar é reconhecer que a educação é ideológica.

2.7 Saúde da Mulher no Ciclo Vital

A base de construção do presente texto é um conjunto de reflexões sobre artigos de literatura.

Sendo assim, esse texto apresenta um relato de observação crítica e reflexiva. A organização do texto ocorre em três momentos principais: considerações sobre a saúde da mulher no contexto histórico brasileiro; caracterização das mulheres de Boa Viagem e projeto de intervenção; contribuição para minha formação profissional.

2.7.1 Considerações sobre a saúde da mulher no contexto histórico brasileiro

As mulheres, na História da humanidade, sempre foram relegadas ao espaço doméstico, invisível e sem significação histórica ou política. Portanto, é fácil entender que, se para o conjunto da população já é difícil a partilha e correta aplicação dos recursos públicos, para as mulheres essas dificuldades são notórias.

Analisando as políticas de saúde da mulher, percebe-se que as mesmas sempre foram vinculadas à maternidade e à infância, expressas nos Programas “Materno-Infantil”.

Estas ações programáticas, e também pragmáticas, visavam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres, mas somente nos seus aspectos vinculados à gravidez, ao parto e ao puerpério. Uma vez nascida a criança, já se iniciavam as ações voltadas para o aleitamento materno. Nessa situação, nunca era considerada como autora e sujeito de sua própria história.

É indispensável atenção à saúde integral da mulher, assim como o direito de decidir pelo domínio de seu corpo, expropriado em muitos séculos de opressão política, econômica, cultural e religiosa.

Desde o início dos anos 80 a atenção integral à saúde da mulher é compreendida como promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos, durante todo o ciclo vital, incluindo o período reprodutivo e gestacional. Mas, na prática, e na história brasileira, grande parte da população feminina só é objeto de algum cuidado de saúde quando está no período gravídico-puerperal.

Em 1983 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi um grande avanço na formulação de políticas específicas destinadas às mulheres. Pela primeira vez foi preconizado o cuidado ao corpo das mulheres, de forma integral, durante todo o ciclo vital, incluindo as trabalhadoras, mulheres após a menopausa e agregando questões referentes aos direitos reprodutivos. Este programa teve grande dificuldade para ser implementado. Foi questionado por setores da esquerda, ligados ao movimento sanitário, que encobriam o preconceito mediante o discurso das ações integrais de saúde, alegando que o PAISM seria mais um programa vertical. Os setores religiosos, inseridos tradicionalmente no interior do aparelho de Estado, também investiram contra o programa qualificando-o de trazer implícita a possibilidade do aborto. Como era de se esperar, o PAISM não foi implementado em toda a sua abrangência, foi sendo abandonado aos poucos, perdendo força política e legitimidade técnica.

No entanto, ficaram suas idéias e práticas espalhadas nos municípios e em alguns estados da federação. (COELHO,2008)

Com isto, em 2004, sob o governo do Presidente Lula, o Ministério da Saúde pudesse formular a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, para o período 2004-2007 (BRASIL, 2004).

A formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004-2007 foi realizada a partir do quadro de morbi-mortalidade das mulheres, do perfil epidemiológico desse grupo específico e do tipo de serviço de saúde que é ofertado pelo SUS. Portanto, as políticas de saúde devem levar em consideração o universo pluralizado da mulher, rompendo a visão reducionista do papel social e da discriminação, fruto da construção histórica, cultural e política.

2.7.2 Caracterização das Mulheres de Boa Viagem e Projeto de Intervenção

As principais causas de morte das mulheres, segundo informe da Secretaria Municipal de Saúde, em 2009, foram:

1. Doenças Hipertensivas;
2. Infarto agudo do miocárdio;
3. Bronquite;
4. Enfisema.

Com relação ao perfil socioeconômico, a maioria vive de uma renda inferior a um salário mínimo, com baixo grau de escolaridade, alto índice de fecundidade.

A assistência as mulheres no âmbito da saúde pública do município de Boa Viagem está teoricamente baseada no modelo da Estratégia Saúde da Família porém é visível a prevalência de ações meramente curativas e centradas no atendimento hospitalar fazendo assim uma inversão do modelo

de saúde preconizado. Faltam enfoque na família e na comunidade, ênfase na integralidade da assistência que são os pilares da ESF.

Na Unidade Básica de Saúde do PSF São Pedro as ações realizadas no programa de saúde da mulher são: planejamento familiar, acompanhamento de pré-natal, consulta e visita de enfermagem no puerpério, realização de exame das mamas e citopatológicos. Os atendimentos são realizados na sede do PSF e nas micro-áreas de acordo com um calendário mensal que é feito com as Agentes Comunitárias de Saúde e divulgado para a população.

Durante a realização das ações supracitadas ainda existem dificuldades a serem sanadas dentre estas:

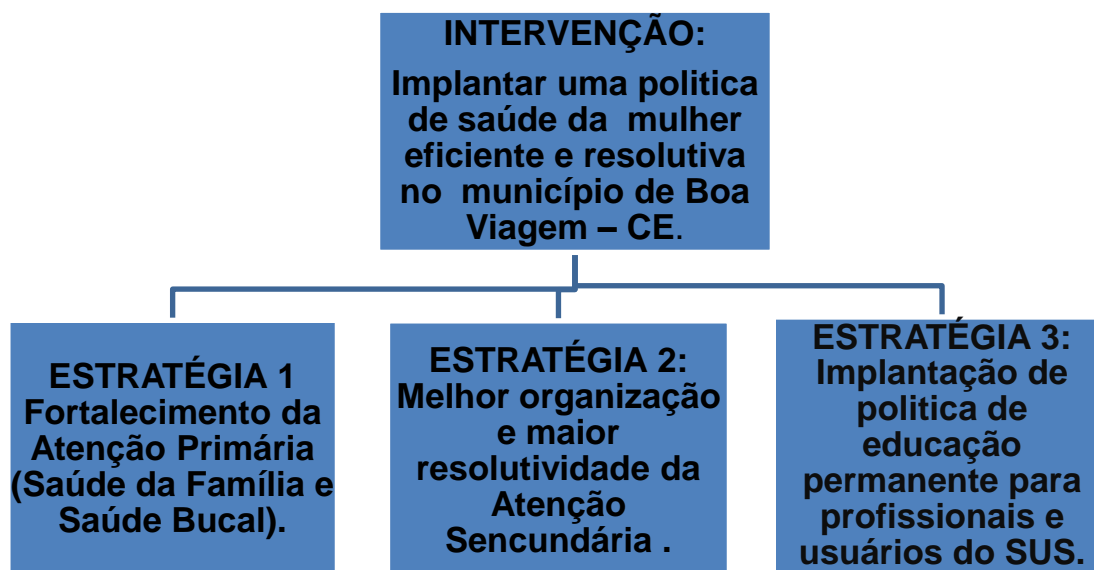
- Ausência de profissionais médicos na maioria das Unidades Básicas de saúde da Família-UBS ;
- Baixa qualidade do pré-natal, por ter um início tardio, não completar as seis consultas e todos os exames laboratoriais conforme recomendado pelo Ministério da Saúde;
- Falta de acompanhamento para as gestantes de alto risco no âmbito municipal e mais enfaticamente nas UBS que não tem profissional médico, uma vez que a Enfermeira só pode realizar acompanhamento às gestantes sem co-morbidades e sem risco obstétrico;
- Insuficiente e inadequado acompanhamento odontológico durante o pré-natal e puerpério, visto que as ações não acontecem de forma compartilhada entre os profissionais e existe uma ausência da participação da Odontologia nas intervenções de promoção da saúde;
- Difícil acesso das pacientes para o acompanhamento odontológico, devido ausência de consultório e equipamentos na UBS;
- Espaço físico da UBS inadequado, sem sala para realização de atividades de promoção da saúde tais como grupos de educação em saúde, como já relatado em outros tópicos;
- Difícil acesso às micro-áreas: a UBS é localizado em uma área geográfica pouco estratégica para as demais localidades do território;

- Dificuldades para a realização de visitas no período do puerpério, pois o carro nem sempre fica disponível na UBS; na maioria das vezes, apenas transporta a equipe e volta para a sede;
- Deficiência para as ações de prevenção do câncer de colo e exames das mamas, pois não é possível realizar o exame das mamas e os exames citopatológicos em algumas micro-áreas devido a falta de equipamentos como maca móvel e local apropriado com a privacidade necessária. Alguns atendimentos acontecem em escolas, casas, salões de associações, impossibilitando assim a realização do procedimento;
- Fragilidades referentes aos exames laboratoriais e exames de ultrassonografia: número de exames disponibilizados não é compatível com a demanda; atraso na entrega de resultados (exemplifico: resultado de anti-HIV geralmente não chega em tempo oportuno), e alguns exames, como o de sorologia para toxoplasmose, não são ofertados pelo SUS às gestantes do município;
- Sub-notificação das violências contra a mulher devido às deficiências (falta de capacitação dos profissionais) da Atenção Primária e Secundária no âmbito municipal;
- Ausência de uma política de educação em saúde com capacitações permanente para os profissionais que atuam na área da Saúde da Mulher.

Diante da identificação dessas dificuldades pautadas em uma fundamentação técnico-científica e na prática profissional propomos uma matriz de intervenção pautada em três eixos estruturantes, com objetivos definidos para o enfrentamento dessa realidade local.

Identificamos que os três nós críticos a serem solucionados para superar as fragilidades e conseqüentemente as deficiências advindas desta problemática exposta: Ineficiente Atenção Primária(Saúde da Família e Saúde Bucal), Inadequada Assistência Secundária e Ausência de Políticas Públicas de Educação Permanente.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO



2.7.3 Impactos da disciplina para atuação profissional

Este texto foi originário de minha reflexão e pesquisa na literatura, mas fundamentalmente construído na interação profissional visto meu limitado conhecimento da área em questão, fruto de uma formação acadêmica fragmentada e reducionista.

Neste módulo senti, realmente, a importância da Estratégia Saúde da Família e seus princípios no meu crescimento intelectual e o reflexo disto na minha atuação profissional.

2.8 Participação Social e Promoção da Saúde

Quando me reporto ao tema Participação Social e Promoção da Saúde, algumas questões significativas me desafiam a pensar a saúde sob a ótica do

desenvolvimento e da condição humana e da necessidade de estratégias e ações no campo da saúde, capazes de apontar para a construção de soluções dos problemas complexos que são vividos. Uma delas é o aumento da morbimortalidade por causas externas, o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis como causa de morte, o recrudescimento de antigas doenças com novas características - se configuram grandes desafios a serem enfrentados.

Quantas vidas ceifadas por acidentes com moto? E as seqüelas permanentes? Nessa perspectiva, é que penso que ações de promoção da saúde devem ser voltadas aos interesses e necessidades sociais, priorizando o princípio da equidade e da diminuição das vulnerabilidades sociais. Para tanto é necessária a participação social.

2.8.1 A Promoção da Saúde

A promoção da saúde em nosso país tem duas marcas de referência. A primeira delas a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1986, e outra, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá, que resultou na Carta de Ottawa, documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela Organização Mundial de Saúde (Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000, Bangkok, 2005).

Podemos dizer que produzir saúde socialmente é a razão de ser da promoção da saúde, o que implica reconhecer que a saúde reflete a qualidade de vida de uma população, traduzindo-se em bem-estar da sociedade.

A promoção da saúde pode se configurar em duas dimensões, a intersetorialidade, entendida como convergência de esforços de diferentes setores governamentais e não-governamentais, para produzir políticas que ofereçam respostas às necessidades geradas, e a participação social, que se dá em diferentes contextos, na construção de agendas sociais, na perspectiva

de formação de redes sociais promotoras de qualidade de vida. É por meio do diálogo democrático e participativo, com a diversidade de atores e sujeitos envolvidos em múltiplas ações de mudanças sociais, que se opera de fato a promoção da saúde.

No seu sentido mais amplo, portanto, promover a saúde significa promover a vida, o que se traduz em um conjunto de princípios, valores, atitudes, procedimentos e tecnologias dirigidas a aumentar a capacidade de indivíduos, populações e organizações para enfrentar os determinantes pessoais, sociais, ambientais e econômicos e melhorar a qualidade da vida.

Na perspectiva da promoção da saúde, onde o que se espera, é um compartilhamento de conhecimentos, ações e responsabilidades, entre gestores, trabalhadores em saúde e usuários, promovendo a intersetorialidade e a saúde em um conceito ampliado.

2.8.2 Participação social – um dever cidadão

Criado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) transferiu para o município a responsabilidade de organizar o setor saúde em âmbito municipal, conforme a realidade local. O SUS nasceu como instrumento para tornar o acesso aos serviços de saúde universal, integral, equitativo e descentralizado. Para fazer valer essas diretrizes é igualmente importante outro princípio, a participação popular, por meio das instâncias previstas na legislação: as conferências e os conselhos de saúde.

No entanto, a consolidação do SUS não depende apenas da legislação. Depende do poder de participação e fiscalização dos usuários do sistema de saúde, e também, do aperfeiçoamento da própria democracia brasileira já que o tema envolve vários segmentos (usuários, gestores, prestadores de serviços de saúde e trabalhadores em saúde) num processo de construção e de resgate da cidadania.

2.8.3 Instâncias legais de participação social

O controle público no SUS está regulamentado na Lei Federal Nº 8.142 que instituiu duas instâncias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais). A primeira de caráter consultivo realizada a cada dois anos e a segunda deliberativa e de caráter permanente. Contudo, a participação prevista na legislação não é, necessariamente, a garantia de participação no cotidiano do sistema.

2.8.4 Impactos da disciplina para atuação profissional

A baixa participação da comunidade na aceitação e desenvolvimento de projetos de promoção da saúde é percebida no município de Boa Viagem.

A equipe de saúde deve tomar como desafio a necessidade de mobilização, organização e reivindicação por parte da sociedade na tentativa de assegurar direitos sociais. Esta forma de expressar a participação parece revelar a fragilidade do reconhecimento das pessoas como cidadãos.

Tenho consciência que a participação social não pode ser forçada, mas como sujeitos atuantes no campo da saúde, devemos instigar o debate em torno da promoção da saúde. Creio que possibilitará o surgimento de uma postura crítica a medicalização da saúde, na sociedade e no interior do próprio sistema e uma adesão maior aos projetos de promoção da saúde.

2.9 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

A apresentação deste tema é iniciada pelo comentário a respeito do clássico filme “Tempos Modernos”, que possibilitou uma crítica à

“modernidade” e ao capitalismo representado pelo modelo de industrialização, onde o operário é engolido pelo poder do capital e perseguido por suas idéias “subversivas”. Em seguida apresento uma notícia a respeito de acidentes de trabalho, observando que o mesmo ocorre hoje, sem grandes diferenças. E finalizo por apresentar o portfólio e o impacto da disciplina na minha atuação profissional.

2. 9.1 Comentário sobre o filme Tempos Modernos

O filme começa mostrando um operário numa típica fábrica de linha de montagem. O processo repetitivo do movimento de apertar os parafusos das peças com uma chave de rosca faz com que o personagem fique estressado e passe a repetir aquele movimento o tempo todo. Chega, ao ponto de, em certo momento, ser sugado para dentro das engrenagens da máquina, uma clara advertência (e porque não dizer também, uma previsão) do que estava acontecendo com o homem, sendo sugado para dentro da máquina do sistema capitalista, se tornando parte dele, mas de uma forma desumana, robótica, como se fosse apenas mais uma de suas engrenagens.

Com a constante busca para aumentar a produtividade, surgiram diversos aperfeiçoamentos e inovações tecnológicas como no momento do filme em que o operário é usado como cobaia de teste de um aparelho que o alimenta durante o trabalho, eliminando horário de almoço e assim aumentando o tempo de produção. É a utilização da tecnologia pra sistematizar cada vez mais o tempo.

Enfim a divisão exagerada do trabalho ao mesmo tempo em que pode gerar um aumento na produção acaba tendo como consequência dessa especialização o emburrecimento de seus operários, impedindo o conhecimento de todo o meio de produção impossibilitando um crescimento e um estímulo pessoal estabelecendo assim o desinteresse pelo ofício e gerando a queda na produção.

Do filme, além de todas as outras qualidades, apreende-se que a temática transcende as épocas: essa questão do modernoXantigo e da relação do homem e da sociedade com o trabalho.

2.9.2 A notícia

Acidentes de trabalho crescem 68% no Ceará em dois anos

“Segundo o Ministério da Previdência Social, foram 10.025 acidentes em 2008

Entre os anos de 2006 e 2008, o número de acidentes de trabalho no Ceará cresceu 68%, segundo dados do Ministério da Previdência Social. Em 2006, o Estado registrou 5.965 acidentes de trabalho. Em 2008, o número de ocorrências saltou para 10.025. A tendência de crescimento já havia se verificado em 2007, quando foram verificados 8.333 acidentes (39,6% a mais que no ano anterior)”. Extraído de: Procuradoria Regional do Trabalho da 7ª Região - 27 de Abril de 2010.

Os acidentes de trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho provocam impactos sociais, econômicos e na saúde pública. Além dos milhares de casos que resultam em morte de trabalhadores, outros milhares são afastados anualmente de suas atividades, temporária ou definitivamente, provocando gastos que oneram a folha de pagamento de benefícios previdenciários.

São milhares de cidadãos vitimados pelo descumprimento das normas de saúde e segurança no trabalho num contexto econômico em que ainda prepondera a preocupação das empresas com a obtenção de maiores patamares de lucro, em detrimento do bem maior que é o bem-estar dos seus trabalhadores.

2.9.3 O Portfolio

O homem é o único animal que modifica a natureza, muitas vezes de forma irreversível. Faz isso desde que aprendeu a construir sua casa, cultivar os alimentos, domesticar os animais e explorar os minerais. A sociedade

moderna intensifica de forma tão alarmante este processo, que compromete a vida no planeta. O objetivo? Aumentar o lucro capitalista.

A Revolução Industrial acelerou a degradação da natureza, com o uso de combustíveis fósseis (inicialmente carvão, hoje petróleo e gás). O crescimento das áreas cultivadas e a extração mineral destruíram vegetações nativas e florestas. Em consequência, os rios foram afetados, com redução do seu volume e da qualidade de suas águas. Inúmeras espécies animais e vegetais foram extintas. Diariamente, é possível presenciar várias situações que nos revelam como a degradação ambiental causa problemas na saúde e nas condições de vida do homem residente em área urbana ou rural.

Quando se fala em questões ambientais e de saúde humana, não basta indenizar o vexame, a dor e as irreparáveis seqüelas causadas pelas doenças surgidas por conta da degradação da natureza. É preciso agir antes, empregando de forma efetiva o princípio da prevenção e, ser for preciso, o da precaução. Afinal preservar e conservar o meio ambiente se traduz na garantia de sobrevivência da própria espécie humana e, nesse sentido, a natureza não pode se adequar às leis criadas pelo homem, muito pelo contrário, o direito deve ser formulado em respeito às limitações naturais, submetendo às atividades econômicas às exigências naturais.

O desenvolvimento sustentável é o grande desafio do século XXI. Um desenvolvimento que atenda às necessidades do presente sem descuidar das necessidades das futuras gerações. Este termo foi consagrado no relatório “Nosso Futuro Comum”, elaborado pela Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1987, e parte de princípios como justiça social e preservação ambiental.

Porém, o modelo neoliberal de desenvolvimento, predominante hoje, segue as leis de mercado e estimula a expansão internacional do capital, sendo o maior responsável pela expulsão de populações rurais do campo e pela perda de direitos sociais adquiridos a duras penas pelos trabalhadores.

O que o atual sistema chama de “crescimento econômico”, na prática reduz empregos e direitos trabalhistas. As inovações tecnológicas e a reestruturação produtiva, que as empresas chamam de “modernização”, para os trabalhadores significa aumento do desemprego e da desigualdade social.

Os padrões atuais de desenvolvimento são injustos e antidemocráticos. Não atendem às necessidades da maioria da população e ainda ameaçam a sobrevivência das futuras gerações e do próprio planeta. É impossível generalizar os atuais níveis de consumo de recursos per capita nos países ricos para toda a população da terra. Ao mesmo tempo, nos defrontamos com o problema da crescente poluição provocada por esse alto, desnecessário e desigual consumo.

Devemos lutar por um modelo de desenvolvimento que seja socialmente justo, com valores éticos e respeito à soberania dos povos. Um modelo que se promova em harmonia com o meio ambiente. Precisamos cuidar do nosso planeta, para que ele dê sustentação às nossas reais necessidades. E dizer basta ao consumismo que nos vem sendo imposto, modificando os nossos hábitos e destruindo a nossa morada – a Terra.

2. 9.4 Impactos da disciplina para atuação profissional

A Saúde do trabalhador continua fragilizada, diante de uma sociedade em que a relação Empregador/Trabalhador é, em muitos casos, quase que servil.

A intervenção dos profissionais de saúde, em particular os que se dedicam a Estratégia Saúde da Família, que pode e deve melhorar a compreensão e mediação das relações das populações, meio ambiente e saúde, em muitos casos é afetada pela descartabilidade e dissociação em que então submetidos em suas relações com o trabalho e com os gestores municipais.

Neste cenário as intervenções humanas vivenciadas por nós no sertão cearense, são de extrema agressão ao meio ambiente. O corte da mata nativa de caatinga para produção de lenha, além de empobrecer o solo, leva quase que invariavelmente a danos à saúde da população trabalhadora desta atividade.

O tratamento e destino do lixo na grande maioria das cidades interioranas cearenses é ponto crítico na conservação de um ambiente saudável, pois na maioria destas, o que se tem são lixões a céu aberto, onde reina a proliferação de ratos, insetos e doenças. Além do chorume que contamina o lençol freático. Não esquecendo a miséria humana que permeia os lixões: homens, mulheres e crianças tirando do lixo alheio, literalmente, o alimento diário.

É necessário e possível trabalhar, na prática, se intersetorialmente, buscarmos nos integrar à promoção da gestão ambiental. Uma intervenção dos profissionais de saúde nestas áreas de risco, buscando a co-responsabilização de todos (gestores, trabalhadores em saúde e população), ultrapassando os limites estabelecidos internamente em nós.

2.10 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

Quero neste tema ressaltar a felicidade que tenho de viver este momento histórico da Odontologia. É o início da efetivação de direitos constitucionais, há muito aguardada pela população brasileira.

2.10.1 Algumas considerações sobre a atenção odontológica no setor público brasileiro antes do Brasil Sorridente

Constatamos que somente em 1940 se desenvolveram as primeiras ações de saúde bucal no setor público brasileiro, por meio da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Entretanto, o modelo de assistência adotado era o sistema incremental, que se voltava apenas para escolares na faixa etária entre 07 e 14 anos e o atendimento era cíclico, de acordo com o calendário escolar. Sendo claramente um modelo excludente que não atendia ao anseio de universalidade. Mesmo assim, tornou-se hegemônico nos serviços públicos brasileiros por mais de 40 anos.

Em 1986, no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tivemos a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e o 1º levantamento epidemiológico na área de saúde bucal.

As Conferências consolidaram a proposta de saúde como direito de todos e dever do Estado, propondo a reformulação do modelo vigente e a criação do SUS.

O levantamento forneceu dados da população urbana residente em 16 capitais. Mostrou uma alta prevalência de cárie dentária aos 12 anos, utilizando o índice CPOD, apresentando o valor de 6,65. Revelou também um aumento contínuo desse índice conforme a idade ia ficando mais avançada, em virtude do aumento progressivo da perda dos dentes. Isto é, quanto mais velho mais mutilado era o indivíduo (BRASIL, 1988).

Este estudo não contribuiu para a consolidação de uma política e nem para a mudança do modelo, mas houve um pequeno estímulo a fluoretação das águas de consumo público e a implementação da aplicação de flúor em escolares, vinculado ao Programa de Prevenção da Cárie Dentária (RONCALLI, 2006).

O Ministério da Saúde preparou em 1988 um documento preconizando uma política nacional de saúde bucal, intitulado Política Nacional de Saúde Bucal – princípios, diretrizes e prioridades.

Apesar do respaldo dos 03 Ministérios (na época: Saúde; Previdência e Assistência Social; Educação), das entidades da classe odontológica e dos coordenadores regionais de odontologia, ela não teve força política suficiente

para reorganizar as ações e serviços em saúde bucal. Pesaram como entraves para a sustentabilidade da política: as restrições financeiras, administrativas e políticas (ZANETTI, 1993).

Parece que tal proposta não teve realmente conseqüências relevantes, tanto que em 2004 é lançada, já no contexto do SUS, a Política Nacional de Saúde Bucal. Esta é apresentada sem qualquer menção àquela iniciativa de 1988.

2.10.2 Brasil Sorridente

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - conhecida popularmente de Brasil Sorridente - se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2004).

A melhoria do processo de trabalho na odontologia segundo a PNSB requer:

- Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo;
- Integralidade da Atenção;
- Intersetorialidade;
- Ampliação e Qualificação da Assistência;
- Condições de Trabalho;
- Ações de Promoção e Proteção da Saúde (fluoretação das águas, Educação em Saúde, Higiene Bucal Supervisionada, Aplicação Tópica de Flúor);
- Ações de Recuperação e Reabilitação; Ampliação e Qualificação da Atenção Básica (Prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto atendimento, inclusão de

procedimentos mais complexos, e de reabilitação protética e ampliação do acesso).

- Ações de Ampliação e Qualificação a Atenção Secundária e Terciária (Implantação ou melhoria dos Centros de especialidades Odontológicas-CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias).

2.10.3 E em Boa Viagem....

Em Boa Viagem estamos diante de uma realidade onde a política de Saúde Bucal não é prioridade, apesar da população apresentar um elevadíssimo CPOD, os setes profissionais disponíveis para uma população de quase 52.000 hab. fazem procedimentos apenas curativos e na grande maioria das oportunidades, são cirúrgicos (exodontias). É notório o descaso dos gestores, falta: manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; condições de climatização adequadas para atendimento; insumos para tratamento restaurador, dentre outras deficiências. Acrescido ao relatado, em termos de capacitação há, por parte dos gestores, entraves para sua realização.

A promoção de saúde acontece através da fluoretação das águas da população urbana; porém pouca é sua efetividade já que a população prefere, na sua maioria, consumir água de outras fontes (chuva ou poço), alegando gosto/cor desagradáveis.

Parcela significativa da população rural não acessa o sistema público de abastecimento e somente duas localidades possuem consultórios instalados, com as deficiências já citadas.

Na UBS São Pedro, a fragmentação do atendimento médico-enfermagem e odontológico é gritante, pois o dentista desenvolve suas atividades clínicas em unidade de saúde da sede; a interação resume-se a

encaminhamentos informais para atendimento. Devido às dificuldades de acesso geográfico há uma seleção natural entre os usuários que só procuram o serviço em situações críticas. Mesmo assim, a disponibilidade de atendimento clínico é insuficiente para a procura gerando espera no atendimento e adiamento das ações coletivas.

Quadro de Análise da implantação da PNSB no PSF São Pedro

| PRESSUPOSTOS DA PNSB | REALIZA | REALIZA PARCIALMENTE | NÃO REALIZA |
|---|---------|---|---|
| Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização; | | O município adotou a ESF como modelo, porém essa é muito deficiente. | |
| Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; | | A comunicação entre as unidades e profissionais de saúde é incipiente ou inexistente. | |
| Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; | | Difícil acesso ao serviço com poucas unidades e profissionais disponíveis. | |
| Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento - deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde; | | | Não são utilizados os dados epidemiológicos no planejamento de saúde bucal. |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território; | | | Não existe processo de avaliação e monitoramento das ações de saúde bucal. |
| Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica; | | Na atual gestão há uma inversão do modelo PSF com sucateamento do mesmo. | |
| Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. | | Somente os cursos ofertados pelo Estado ou União e com restrições aos profissionais interessados. | |
| Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção. | | | Estão ainda no modelo biomédico. |
| Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção. | | | Não tem valorização e incentivo para realização de pesquisas. |

2.10.4 Impactos da disciplina para atuação profissional

Traduzo o impacto dessa disciplina para minha atuação profissional no desejo de ver esta proposta realidade.

Percebemos por intermédio do conhecimento das Políticas Públicas de Saúde Bucal que a UBS do São Pedro não possui um serviço de Saúde

Bucal que esteja de acordo com as diretrizes e pressupostos da PNSB. E diante dessa análise apresentamos algumas sugestões de mudança com o objetivo de garantir aos munícipes o acesso a uma Saúde Bucal qualificada, sendo estas:

- Qualificação da Atenção Primária, com instalação de um consultório odontológico na UBS para melhorar o acesso aos usuários, pois o atendimento da população adscrita acontece na sede do município;
- Ampliar o número de profissionais, através de concurso público ou seleção para mais ESB, pois a ESB realiza o atendimento de dois PSFs (Boaviaginha e São Pedro) e a quantidade de atendimentos realizados não supre as necessidades da comunidade. O agendamento é feito, no caso do PSF São Pedro, com a distribuição de 5 fichas para cada Agente Comunitário de Saúde repassar para a população de sua sua micro –área;
- Garantir uma rede de Atenção Básica articulada com toda a rede de serviços. Através da criação de protocolos de fluxo municipal, pactuações para CEO (Centro de Especialidades Odontológicas);
- Alocar recursos financeiros e humanos para a execução das ações de Saúde Bucal de forma eficaz e com reorganização, ampliação e qualificação da assistência das ações da Atenção Básica. Exemplifico: acesso a laboratório de próteses, serviço de Raio-X, detecção precoce do câncer de boca;
- Realização de ações de Promoção da Saúde na localidade, como visitas nas escolas das micro-áreas para realização de oficinas e escovação;
- Maior integração das ações da ESB com a Equipe de Saúde da Família, pois como não atuam juntas, na mesma UBS, não existe interatividade nas ações.

2.11. ABS Pessoas com Deficiências

Vivemos num contexto onde, felizmente, a sociedade brasileira já despertou para as necessidades vitais das camadas sociais que compõem as minorias, neste sentido, entendidas como as que estão à margem da sociedade tida dentro dos limites da “normalidade”. Dentre os segmentos que compõem as minorias estão pessoas desempregadas, moradores de ruas, negros, prostitutas, portadores de doenças sexualmente transmissíveis e deficientes.

A forma integral e universal de serviços públicos de saúde é garantia constitucional. A Constituição Federal/88, em seu art. 196, prevê que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Esta deve ser garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004, p. 145). Para que este direito de assistência à saúde seja exercido plenamente, é necessário que os agentes públicos da área de saúde consigam se comunicar com todos os usuários (princípio da universalidade) e de forma isonômica, igualitária. Deve o Estado proporcionar a viabilização prática dessas políticas sociais que poderão formar profissionais aptos para agirem visando reduzir os riscos de doenças e outros agravos, de cidadãos com deficiências.

O conjunto integrado de ações e serviços de saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, popularmente conhecido como Sistema Único de Saúde(SUS), visa proporcionar à população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde.

A Lei nº 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, consolida a criação do Sistema Único de Saúde, reafirmando o texto constitucional que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1990).

Todavia, embora representem direitos legais, essas mudanças ainda não são percebidas na prática cotidiana dos serviços de saúde e na formação dos profissionais da área. Alguns fatores podem ser adequadamente indicados como determinantes de uma postura conservadora frente às mudanças que se impõem no contexto atual: forças políticas e corporativas, mercado de trabalho com valorização tecnicista, desarticulação dos docentes vinculados aos cursos de saúde, precárias condições de alguns serviços, entre outros aspectos (FEUERWERKER, 2002).

Considerando-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece que a unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa portadora de deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades (BRASIL, 2002); considerando-se, ainda, que estudos comprovam que, no nível de atenção odontológica a grande maioria das pessoas com deficiências não constitui, em princípio, uma clientela com necessidades de atendimento para além das unidades básicas de saúde, infere-se que a Unidade de Saúde da Família deve ser considerada a porta de entrada para a atenção à pessoa com deficiência na saúde bucal. Em vista disto, os projetos arquitetônicos devem prever esta necessidade e as adequações, quando necessárias, ser realizadas o mais breve e não aguardar que ocorram situações vexatórias para estes cidadãos.

2.11.1 O atendimento às pessoas com necessidades específicas na UBS São Pedro

Com a reorganização do sistema de saúde, maior ênfase foi dada ao nível básico de atenção, que tem como palco a Estratégia de Saúde da Família, com o recente incremento das ações de saúde bucal, expandiu-se significativamente em todo território nacional o acesso a assistência odontológica. O SUS, baseado no seu princípio da equidade, enseja que o

acesso da pessoa com deficiência às ações de atenção à saúde bucal, seja priorizado, condição esta que tem capacidade de propiciar uma grande melhoria em sua qualidade de vida.

O atendimento na UBS-São Pedro (Boa Viagem), apresenta muitos dos entraves enumerados para o pleno exercício dos princípios criados pelo SUS. O acesso ao serviço apresenta-se limitado, sem possibilidade de atender a contento a demanda, já que a área adscrita encontra-se além dos limites preconizados, tanto no padrão distância territorial, como no padrão de população atendida.

Os equipamentos são ultrapassados não permitindo assim atendimento em padrão adequado. A estrutura física não apresenta rampas de acesso para cadeirantes, nem sala de espera com adequada ventilação, não havendo banheiro com distinção de gênero e muitas vezes não há água, impedindo assim qualquer atendimento. As recorrentes reclamações da população e dos profissionais servidores são ignoradas pelos gestores, vivemos uma política de intimidação e desprezo.

Neste cenário onde os princípios de um atendimento de qualidade ainda engatinham, muitos são os desafios para o atendimento e ainda maiores para o atendimento a pessoas com deficiências.

2.11.2 Impactos da disciplina para atuação profissional

Na maioria dos casos, os portadores de deficiência requerem um cuidado preventivo odontológico acentuado, pois apresentam dificuldade na higienização, geralmente sua dieta é pastosa e/ou rica em carboidratos, ou fazem uso freqüente de medicamentos adocicados ou ainda apresentam uma diminuição do fluxo salivar, fatores que favorecem o surgimento da doença cárie.

A atenção à saúde bucal desses usuários deve ser iniciada antes da erupção do primeiro dente, a fim de que procedimentos preventivos possam ser incorporados aos cuidados diários, minimizando ou eliminando a necessidade de tratamentos odontológicos ao longo da vida como a aplicação tópica de flúor gel e o tratamento restaurador atraumático (ART).

Assim sendo, sua anamnese deverá ser feita como descrito na Primeira Consulta Odontológica Programática, porém, é importante que sejam feitas perguntas específicas a respeito de locomoção, tipo de comunicação (verbal, gestual, ausente), nível de compreensão, comportamento (tranquilo, medroso, agressivo, participativo), temores, acompanhamento com outros profissionais de saúde, história odontológica, informações sobre o último tratamento odontológico, uso de anestesia geral ou sedação, anestesia local, contenção física, reação ao tratamento odontológico, higienização bucal (dependência, frequência), Fazendo esta comunicação de forma direta ao deficiente sempre que isto seja possível.

O trabalho com os cuidadores dos usuários é extremamente importante, considerando-se que pessoas total ou parcialmente impedidas de exercerem suas atividades diárias, dentre elas os cuidados básicos de saúde, necessitam do apoio da família e/ou da instituição que freqüentam para terem garantidos os cuidados com a higiene bucal.

Nos casos de deficiência onde há movimentos involuntários dos usuários, a higiene bucal, muitas vezes, pode ser um desafio para os responsáveis.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988, foram determinantes para a criação do SUS. Esta política de Estado é responsável pelo resgate dos direitos de cidadania e por responsabilizar o Estado pela promoção e recuperação da saúde e pela prevenção de agravos e doenças.

Ao longo dessas últimas décadas, a consolidação do SUS implicou em mudanças no processo de trabalho em saúde e na reorganização dos serviços.

A capacitação permanente dos profissionais é uma realidade desafiadora. Colocar o cotidiano do trabalho em saúde em análise possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos nos serviços.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais e às práticas intersetoriais, implicando nas políticas e melhoria da qualidade de vida da população.

A implantação da Estratégia Saúde da Família em um município por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços neste contexto.

Essa vivência foi muito rica, pois me possibilitou um crescimento intelectual e humanístico intimamente relacionado com a problemática vivida no cotidiano da Unidade Básica de Saúde.

Nos relatos de experiência, destaco a relevância do portfólio como instrumento de maturação e amadurecimento de idéias e também esclarecedor de questionamentos ao longo do curso. Referir-se a própria prática é uma tarefa complicada e sempre desafiadora.

A elaboração dos portfólios foi muito significativa para mim, pois a partir da realização dos textos solicitados pela tutora, pude resgatar alguns aspectos da minha trajetória profissional, que me fizeram refletir e valorizar, ainda mais o meu trabalho enquanto promotor de saúde. O TCC foi a reunião de toda a produção do curso comentada e sistematicamente organizada e contextualizada no tempo, reveladora do percurso profissional enquanto profissional atuante na Atenção Básica.

Ao fim deste curso, compreendo as UBSs como instrumento de política pública de intervenção na realidade social, que devem colher da cidadania e da ética seus princípios e valores, constituindo um marco na política de saúde, ao revelar uma dimensão holística alinhada com um projeto cidadão.

Estas considerações finais objetivam reafirmar a idéia de que a mudança é possível. Construir novas práticas de saúde tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento dos serviços é assegurar direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M; FEUERWERKER, L; LLANOS, M. (org). **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec;1999.

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

BOBBIO, N. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de Sociedade Civil**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BORDENAVE, J.D. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: 1994. [**Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/supervisor da Área da Saúde** – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 33 ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos Técnicos e Administrativos da Atividade de Vacinação** FUNASA - agosto/2001 - pág. 51 disponível em WWW.saude.gov.br. Acesso em 21 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: 1998.

COELHO, C. C. R. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo **Saúde públ. Santa Cat.**, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008

COTTA, RMM; MENDES, FF; MUNIZ, JN. **Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real**. Viçosa: UFV – Cebes; 1998.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária**. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p.

MATUMOTO S, FORTUNA CM, MISHIMA SM, PEREIRA MJB, DOMINGOSNAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Rev.Interface-Comun Saúde Educ** 2005; 8(16): 9-24.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MERHY, E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). IN S. Fleury. (Comps), **Saúde e Democracia a Luta do CEBES** (pp. 125-141). Rio de Janeiro: Lemos. 1997

MERHY EM. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. **Rev SUS. vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil**. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>

MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41.

RONCALLI AG. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminho compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**. , v.11, p.105 - 114, 2006.

SOLLA, J.J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. [on-line], vol. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p id=S1519-382920050004000138 lng=pt&nrm=iso >

VASCONCELOS , E.M (org), **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde** .São Paulo : Hucitec, 2001.

ZANETTI, G.H.C; **As Marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde bucal no Brasil dos anos 80.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde Rio de Janeiro , 1993.