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

CRISTINA POLIANA ROLIM SARAIVA DOS SANTOS

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA
2011

CRISTINA POLIANA ROLIM SARAIVA DOS SANTOS

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA NA 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 de Título de Especialista.

Orientadora: Profª. Me. Márcia Oliveira Coelho Campos

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

S237e Santos, Cristina Poliana Rolim Saraiva dos.
Educação à distância na estratégia saúde da família/Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos. – 2011.
60f.

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: Profª. Me. Márcia Oliveira Coelho Campos

1. Educação em Saúde. 2. Equipe de Assistência ao Paciente 3. Saúde da Família. I. Título.
CDD 362.1

CRISTINA POLIANA ROLIM SARAIVA DOS SANTOS

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Aprovada em 07/10/2011

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Me. Márcia Oliveira Coelho Campos - (Orientadora)

_____

Profª. Me. Valquiria Vieira Camurça - (1º Avaliador)

_____

Profª. Me. Patrícia Maria Costa de Oliveira - (2º Avaliador)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me fazer forte frente à batalha diária da vida.

Aos meus pais pelo incentivo e amor.

Ao meu esposo Kamayura que tanto compreende minhas ausências.

Aos meus filhos Diogo e Laura por me fazer buscar sempre o melhor.

A minhas irmãs Juliana e Graciliana, pelas nossas lembranças no prédio do INAMPS, no centro da cidade.

A tutora Márcia Coelho que sempre esteve atenta às minhas dúvidas.

A tempestade vai passar, por sobre as ondas confiante andarei, tribulações vencerei, as aflições superarei, Deus provê eu sei que proverá.
(Pe. Reginaldo Manzotti)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi criado após a Reforma Sanitária com intuito de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, especialmente nas unidades básicas de saúde. Entretanto, não basta apenas melhorar a estrutura física. A capacitação dos profissionais de saúde precede tudo isso, e, na tentativa de qualificar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) - anteriormente conhecida como Programa Saúde da Família (PSF)- surgiu um curso de Educação a Distância (EaD) da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) com parceria do Ministério da Saúde e Universidade Federal do Ceará: Especialização em Saúde da Família, tendo o ambiente virtual de aprendizagem (AVA) para a realização dos estudos e das atividades. O período deste curso foi de abril de 2010 a julho de 2011, utilizando-se do modo semipresencial. As atividades foram realizadas através de fóruns de discussão, chats, experiências profissionais, além de dez portfólios individuais das disciplinas estudadas. Este tipo de atividade enfatiza a relevância do trabalho em equipe para a garantia de uma assistência completa com visão holística dos usuários dos serviços de saúde que procuram as unidades básicas de saúde. Enfim, esta pós-graduação mostra que a atenção primária a saúde deve percorrer todos os âmbitos que envolvem o ser humano em seus aspectos sociais, econômicos e culturais aos quais está inserido.

Palavras-chave: Educação em saúde. Equipe multidisciplinar. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) in Brazil was created after the Health Reform in order to facilitate people's access to health services, especially in basic health units. However, not enough to improve the physical structure. The training of health professionals above all this, and in an attempt to qualify the professionals who work at the Family Health Strategy (FHS) - formerly known as Family Health Program (PSF) - came a course of Distance Education (DE) the Open University of SUS (SUS-UNA) in partnership with the Ministry of Health and Federal University of Ceará: Specialization in Family Health, and the virtual learning environment (VLE) for the studies and activities. The period of this course was in April 2010 to July 2011, using semi-face mode. The activities were carried out through discussion forums, chats, professional experiences, as well as individual portfolios of the ten subjects studied. This type of activity emphasizes the importance of teamwork to guarantee full assistance with holistic view of health service users who want the basic health units. Anyway, this graduate shows that the primary health care must travel all fields that involve human beings in their social, economic and cultural rights to which he belongs.

Keywords: Health education. Multidisciplinary team. The family health strategy.

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**10**
2	**OBJETIVOS**	**12**
3	**ASPECTOS METODOLÓGICOS**	**13**
4	**RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS PORTFÓLIOS**	**15**
4.1	Disciplina 01 – Educação à Distância	15
4.2	Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde	15
4.3	Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência	26
4.4	Disciplina 04 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	31
4.5	Disciplina 05 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	33
4.6	Disciplina 06 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	37
4.7	Disciplina 07 – Saúde da Mulher	38
4.8	Disciplina 08 – Participação Social e Promoção da Saúde	43
4.9	Disciplina 09 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	45
4.10	Disciplina 10 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	47
4.11	Disciplina 11 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	53
5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**56**
	REFERÊNCIAS	**58**

1 INTRODUÇÃO

As relações sociais e os movimentos políticos nas décadas de 70 e 80 marcaram uma nova era pela prática de melhores políticas públicas de saúde. Brasil (2009) menciona que os movimentos sociais, a mobilização das universidades, organizações dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde, dos anos de 70 e 80 declararam a necessidade da organização do sistema de saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Ainda Brasil (2009), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1988, foi o reflexo desta tentativa de construção democrática e participativa das políticas públicas. No ano de 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do SUS.

O processo de construção do SUS definiu mecanismos de participação popular, controle social e as competências das três esferas de governo. Neste processo de mudanças, fez-se necessário a inclusão da saúde no capítulo da Seguridade Social na Constituição Federal Brasileira de 1988, como universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde (BRASIL, 2009).

Entende-se então que com isso, a Reforma Sanitária Brasileira deu um salto para que as políticas econômicas e sociais brasileiras fossem direcionadas para promover o bem estar da população a partir da responsabilidade do Estado em relação a proteção social, e que esta garantia veio a ser reafirmada no artigo 3º da Lei nº 8080 de 1990:

> A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (PORTAL SAÚDE, 2011)

A consequência desse processo de busca por um novo modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demanda da população, foi a implantação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual teve declarado como objetivo melhorar a qualidade dos serviços ao fortalecer o vínculo entre suas equipes e a população, humanizar o cuidado e resolver principais problemas de saúde (BRASIL, 2008).

O PSF, seguindo os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS, vem consolidando-se como modelo de saúde mais eficaz para o alcance do profissional a

comunidade, o que modifica o cenário da saúde daquele ambiente anteriormente desconhecido.

Não basta que sejam criadas políticas perfeitas e aplicáveis em nossa atual conjuntura política. Os profissionais necessitam de capacitações para este fim, porém encontramos resistências no que tange a questão do tempo, onde os profissionais referem não tê-lo para capacitar-se e atualizar-se em suas áreas.

A importância desta especialização foi de caráter singular para a autora do estudo em questão.

Com 11 anos de graduação em enfermagem, embora não atue diretamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), e sim em atividades hospitalares de atenção terciária, ficou mais fácil entender porque muitos casos passíveis a resolução ainda na atenção primária, não são resolvidos antes que se iniciem problemas graves, o que reflete em melhores orientações e condutas a usuários dos serviços de saúde, além do que mostrou que a atenção primária a saúde deve percorrer todos os âmbitos que envolvem o ser humano em seus aspectos sociais, econômicos e culturais aos quais está inserido.

Os dez portfólios das disciplinas estudadas foram confeccionados à medida que as discussões nos fóruns, chats e atividades ocorriam. Esta forma de avaliação é um método inovador e demonstra a habilidade de escrita do aluno, além de levar a auto reflexão da assimilação do conteúdo estudado e adaptação em seu campo de atuação profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Demonstrar através de portfólios o aprendizado alcançado sobre atenção básica de saúde através do ensino à distância.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar portfólios como avaliação dinâmica do conteúdo estudado.
- Realizar revisão bibliográfica das disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família UFC/UNASUS.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Com o intuito de qualificar os trabalhadores de saúde em serviço, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC) através da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) lançaram mão uma proposta pedagógica utilizando-se do ensino à distância (EaD), modalidade semi-presencial onde os alunos entram nos cursos *on-line* através do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para cursar uma pós-graduação intitulada Especialização em Saúde da Família.

No AVA, muitas ferramentas pedagógicas são utilizadas. Como exemplos de ferramentas síncronas citamos: aulas de videoconferência, teleconferência, webconferência, bate-papo. Como ferramentas assíncronas destacamos: correio eletrônico, fóruns, chats, bibliotecas virtuais, livros eletrônicos, etc.

Após discussões, leitura de materiais pedagógicos relacionados aos temas em questão, portfólios foram desenvolvidos a fim de avaliação da assimilação do conteúdo além de avaliações presenciais.

> Portfólio é uma forma de avaliação dinâmica em que o aluno expõe seu entendimento a respeito do assunto de forma pessoal, espontânea, utilizando os artifícios que optar (fotos, esquemas, textos). Este método pode ser entendido como indicador de trajetória de aprendizagem (ALMEIDA, 2010).

Para a realização do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), foram utilizados os 10 portfólios elaborados a partir das seguintes disciplinas estudadas: 1- Processo de Trabalho em Saúde; 2- Saúde Mental e Violência; 3- Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; 4- Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; 5- Tecnologias para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade- práticas pedagógicas em atenção básica à saúde; 6- Saúde da Mulher no ciclo vital; 7- Participação Social e Promoção da Saúde; 8- Saúde Ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família; 9- Atenção Básica da Saúde no contexto da saúde bucal; 10- Atenção Básica em Saúde do adulto, trabalhador, portador de deficiência.

Vale salientar, que a primeira disciplina estudada foi Fundamentos da Educação a Distância *online*, onde os cursistas tiveram a oportunidade de ambientar-se deste método tão

inovador com o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), além de intensificar a prática da autonomia e do autodidatismo.

O período desta especialização foi de abril de 2010 a julho de 2011, e por ser relato de experiência não é obrigatória a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

Após a leitura dos textos elaborados pela equipe pedagógica do curso, os cursitas realizaram debates entre si, postando comentários acerca do assunto no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) através dos fóruns, chats.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS PORTFÓLIOS

4.1 Disciplina 01 - Educação à Distância

A Educação à Distância (EaD) acompanha os avanços tecnológicos da educação ao passo que surge como oportunidade única de aumentar o contingente de aprendizes e massificar o ensino, mesmo com a distância geográfica e outras barreiras que impossibilitariam tal estudo caso não existisse.

O processo de aprendizagem exige interesse tanto do aluno como do professor, a partir da reconstrução da realidade atribuindo novos sentidos e significados para ambos. Assim, SIQUEIRA et al (2007), menciona que o processo que favorece a aprendizagem requer postura ativa e crítica.

Neste novo tipo de aprendizagem à distância, é importante lembrar que o acesso à informação é facilitado e o mais interessante é que o aluno pode fazer o seu próprio horário, assim como o tutor interage instantaneamente ao passo que percebe a dúvida do aluno e para pessoas tímidas que não gostam de falar em público é a melhor forma de estudar.

4.2 Disciplina 02 - Processo de Trabalho em Saúde

Mudança de hábito não deve ser imposta por ninguém, e principalmente quando envolve fatores sociais, culturais, religiosos. O que deve ser feito é a sensibilização humana e esclarecimento da importância de adoção de algumas práticas para manter-se saudável. Uma característica imprescindível é a empatia, se isso não ocorrer, a confiança do seu cliente acaba mesmo antes de começar uma conversa.

Quando você se coloca no lugar do outro, e passa a ver sob sua ótica, consegue compreender muitas indagações, dúvidas e anseios. Muitos dos pacientes que procuram as unidades de saúde querem apenas explicações detalhadas de coisas que já sabem. Porém precisam de um profissional capacitado para guiá-lo na tomada de decisão, e quando encontra alguém disposto a escutá-lo e ajudá-lo, é capaz até mesmo de mudar seu pensamento e comportamento, basta que sua mensagem seja captada a tempo e a hora pelo profissional.

O simples fato de esclarecer a importância das ações de promoção e manutenção à saúde torna o diálogo e contato mais fácil com seu cliente. Utilizar de forma adequada a linguagem também é um artifício para identificar onde está ocorrendo falhas.

No meu atual contexto profissional, que é a área hospitalar, também utilizo aconselhamentos muito importantes visto que oriento as parturientes e puérperas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida dos bebês, já que trabalho num hospital referência neste assunto, que é a Maternidade Escola Assis Chateabriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

O que falta para muitos profissionais infelizmente é a disponibilidade de ajudar, acolher, cuidar do outro como se fosse a si mesmo. Graças a Deus, eu penso muito: "se fosse eu, nesta situação?" E a partir daí consigo mudar o que está ao meu alcance.

O problema de desvio de função é o que mais atrapalha o bom andamento do serviço no PSF. Porém, mesmo com este problema crônico, que envolve interesses políticos (pode ter certeza), sensibilizar os profissionais para atender a comunidade, explicando-lhes os procedimentos e fluxo de atendimento, ainda é a mola mestre para se obter total satisfação mútua. Neste caso, sensibilizar não significa afeiçoar, chorar, compadecer, e sim, significa respeitar, esclarecer, resolver.

Oficinas e capacitações que envolvam temas como respeito ao outro ampliariam a dimensão do cuidar.

O primeiro passo na construção de um PSF é a territorialização do local, não basta atender os clientes e passar-lhes medicamentos, é importante conhecer os seus costumes, crenças.

Para o processo de comunicação ocorrer tem de existir o envio e o recebimento das mensagens. Caso isso não ocorra, não há comunicação.

Este processo é um componente vital no nosso trabalho, há diversos modelos de comunicação, por exemplo: OMCR (origem, mensagem,canal, receptor), sendo a forma mais simples de se entender que com estes componentes em perfeita sintonia, a comunicação existe de forma clara.

Para Smeltzer e Bare (1998), a comunicação ocorre de forma mais eficiente a partir do momento em que há empatia e confiança do paciente com a entrevistadora.

A interpretação da mensagem se dá conforme ocorre todo este processo. Nós, profissionais de saúde, por muitas vezes, fazemos papéis de atores na vida real dos pacientes, já que na nossa, somos os próprios autores.

A comunicação dentro da equipe deve proporcionar troca de vivências e opiniões, esclarecimentos de objetivos e metas, além de promover interação entre seus membros. A

partir daí, o processo de cuidado voltado para a comunidade torna-se mais fácil, pois todos estarão trabalhando com o mesmo intuito: promoção e manutenção da saúde.

Os choques culturais sempre irão existir, mesmo porque viemos de locais diversificados e tivemos educações distintas, porém, estas divergências não poderão atrapalhar o relacionamento profissional.

A via de mão dupla deve existir. Se por um lado, nós, profissionais de saúde temos que cuidar da comunidade, eles por sua vez têm que sentir confiança, empatia no cuidador, para que possamos juntos desenvolver a busca da melhora do processo saúde-doença dentro da realidade existente.

O PSF veio com o objetivo claro de atender e continuar este processo de saúde-doença utilizando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade.

A equipe bem orientada é capaz de atender todos estes princípios, além de tornar a participação popular alicerce para o alcance dos objetivos e para a busca incansável do bem estar social, físico, político e social, ou seja, a busca pela saúde.

Schneider (2009) enfatiza que a participação da comunidade tem papel fundamental para que o processo de regionalização (eixo estruturante da implantação do pacto pela saúde para integralidade do sistema) se efetue de acordo com os princípios do SUS, pois existem muitos gestores compromissados com o SUS, mas há também os que atuam contra.

Então, quando digo que a realidade é outra, quero dizer que mesmo com todos os esforços direcionados para a melhora da saúde pública brasileira, ainda há muitos que tendem a direcionar seus objetivos para o financiamento particular.

A responsabilidade de não deixar que isto ocorra é nossa, pois se escolhermos políticos honestos (se isso for possível) e cobrar das instâncias públicas em seus três níveis (estadual, federal e municipal), o seguimento das diretrizes traçadas por nós, profissionais compromissados com a saúde do outro, muitos problemas poderão ser evitados.

Depois da reestruturação (quando falo disso quero referir sobre a ideia do posto como unidade de saúde responsável pela comunidade e não só vista como local para vacinar as crianças e "dar" medicamentos a comunidade, pois é mais que isso, é responsável pela promoção e manutenção da saúde da comunidade, a partir do momento que compactua com seus ACS os problemas percebidos, e classifica os sujeitos sociais dentro do programa específico: hipertensão, diabetes, pré-natal, puericultura, etc.) percebi que os hospitais

parecem ter reduzido seus atendimentos de atenção primária em suas emergências, embora que sempre presentes, mas em menor número.

No entanto, para quem não sabe, uma estratégia bem interessante é realizada nas emergências de alguns hospitais públicos e particulares na cidade de Fortaleza, que é a classificação de risco, o que também pode ter inibido muito a ida aos hospitais de emergência em busca de atenção primária, levando o indivíduo à busca pela unidade básica de saúde, quando é pelo SUS ou consultórios médicos no caso de usuários de planos privados de saúde.

Algumas vezes enquanto estive de plantão na emergência atendi pacientes que vinham apenas em busca de receita especial para medicamentos controlados de tarja preta, vitaminas, "remédio pra pressão", porém se fosse fornecido, o acompanhamento sistemático já era.

Atualmente trabalho, por coincidência, com médicos lotados em unidades básicas de saúde (UBS) durante a semana e na emergência aos finais de semana. Sendo assim, o comportamento deste profissional frente as orientações aos problemas passíveis de resolução nas UBS são diferentes. Eles mesmos orientam os pacientes a buscarem o PSF quando o caso for pertinente.

Este final de semana trabalhei com eles e até discutimos sobre o tipo de atendimento realizado e fiquei bastante feliz por ele estar ciente que sua participação no PSF é de um profissional responsável por promover a saúde a partir da conscientização da comunidade e não apenas da prescrição de medicamentos.

É importante que entendamos que para promover a saúde do indivíduo e comunidade devemos atuar nos seus determinantes de maneira participativa e intersetorial envolvendo as políticas públicas disponíveis.

Para classificarmos os determinantes sociais da saúde os profissionais devem ter em mente o modo de vida daquela comunidade, e quando me refiro à comunidade quero enfatizar todos os componentes dela: idosos, crianças, gestantes, adolescentes, ou seja, aqueles que a compõem mesmo estando saudáveis no momento, mas que são potencialmente vulneráveis a agravos de saúde caso não adotem medidas saudáveis de manutenção à vida.

Desde os anos 70/80, o conceito sobre determinantes sociais da saúde vem ganhando relevância, a partir do entendimento de que intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e qualidade de vida de uma sociedade. (BRASIL, 2009)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais de saúde são condições e fatores que afetam a saúde do indivíduo em todos os seus âmbitos: caráter genético e hereditário, ambiente biológico, físico e socioeconômico, hábitos de vida (recreação, lazer) e recursos de atendimento a saúde.

O nosso país está dentro aqueles de maior desigualdade social refletindo em falta de serviços essenciais como saúde e educação. Dimensionando a saúde neste contexto encontrado, será necessário atuar nos determinantes destas desigualdades de forma coordenada entre os diversos campos da atenção à saúde.

No entanto, para promover a saúde**,** ações participativas da comunidade e equipe multidisciplinar são fundamentais a fim de englobar uma série de fatores condicionantes e determinantes para obtenção do objetivo supracitado.

As intervenções curativas isoladas não são suficientes para melhorar a qualidade de vida, e sim, a atenção primária em conjunto com a integralidade do cuidado, se trabalhados em sintonia, rendem frutos melhores. (BRASIL, 2009)

A criação do PSF, em 1994, consolidou as políticas públicas de saúde com efetivação do SUS como alicerce da democracia brasileira no contexto da saúde. A busca pela excelência do PSF na atenção primária visa consolidar o objetivo maior deste grande investimento, que mesmo após 15 anos, ainda engatinha visto que o número de profissionais envolvidos ainda não cobre por completo o país (BRASIL, 2008).

A frequente rotatividade de médicos deixa-nos incertos do futuro.

Infelizmente, muitos gestores investem mais em atenção secundária e terciária do que na primária, no entanto, nós somos responsáveis por mudar este estigma mostrando que a atenção primária vai bem mais além do que promover a saúde do indivíduo, pois já que ele está inserido em seu lócus familiar, a política deve ser direcionada para promover a universalidade, equidade e integralidade de toda sua família, respeitando o dito grupo social para que possam ser traçadas políticas que atendam suas especificidades próprias.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009), diz que o município de Fortaleza, tem mais de 2,5 milhões de habitantes. O número de equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) é de aproximadamente 320, porém não cobre toda a população necessitada, e sim, apenas 43% dos fortalezenses são contemplados.

O município destaca-se pela riqueza das belezas naturais, econômicas, culturais, sociais, mas deixa muito a desejar no âmbito da educação, saúde, segurança pública.

Estes fatores associados a divergências de objetivos tanto por parte da população como pelos políticos, gera uma série de insatisfação com via de mão dupla.

Rotineiramente a população exige mais atenção e respeito para o atendimento de suas necessidades básicas.

Maslow, psicólogo americano que descreveu sobre a hierarquia das necessidades do ser humano, exemplifica como necessidades básicas essenciais: fome, sede, amor, emprego, segurança. (WIKIPEDIA, 2010)

Se por um lado, os estudiosos conotam a importância da percepção do ser humano como ser holístico, pelo outro, o poder público defende seus interesses individuais, e como são estes que definem como será o emprego do dinheiro, a população torna-se "refém" da política e fica a mercê da vontade destes.

A área em que desempenho minhas atividades profissionais é ampla, com predomínio de pessoas humildes, que vivem até mesmo em condições sub-humanas. Pessoas que chegam em busca de atendimento na emergência para casos que daria tranquilamente para serem resolvidas em unidades básicas de saúde, se estas funcionassem como deveriam, tanto em horários maleáveis como disponibilidade profissional.

No entanto, antes era bem pior, vale salientar. Minhas colegas, que passam mais tempo neste hospital, já que meus dias são apenas aos domingos de 7 às 19 horas, relatam que após a implantação do PSF no município, pelo menos tem para onde referenciar estes pacientes após a triagem. Mas, muitos deles retornam ao hospital afirmando que a equipe de saúde da unidade básica não estava lá ou por algum motivo de ordem física (falta de água, energia elétrica, por exemplo) os atendimentos foram cancelados.

Sendo assim, nestes casos (que não são raros), o atendimento torna-se obrigatório, mesmo porque é até falta de consciência e solidariedade humana não atender aquele paciente que já vem de outros serviços nesta peregrinação.

Normalmente a equipe de saúde do hospital o qual faço parte consta de 2 enfermeiras (eu, que fico no atendimento de emergência e a minha colega Socorro que fica na classificação de risco – triagem), 6 auxiliares de enfermagem (1 fica na triagem, 1 fica na obstetrícia, 4 ficam na emergência e transferência), 2 médicos clínicos, 2 médicos pediatras, 2 profissionais dos serviços gerais, 1 maqueiro, 1 porteiro, 2 atendentes (preencher as fichas de admissão).

O atendimento é simultâneo a crianças e adultos (gestantes estão incluídas nesta classificação). Imagine quando duas ou mais emergências ocorrem. Infelizmente tenho que

dividir rapidamente os auxiliares de enfermagem e ficar na supervisão geral, ficando sempre mais presente com aquele paciente mais grave. Isso não é incomum.

O mais interessante disso tudo é que a equipe se dispõe acima de tudo a cuidar do outro, a se interessar pelo que está acontecendo mesmo com as limitações do serviço e de recursos humanos que é escasso.

O compromisso com a vida humana ocorre de forma preferencial a outros fatores, não importa se o salário não é satisfatório, nem mesmo se está na hora do almoço, paramos tudo se a situação clínica do paciente requer.

Isto é responsabilidade, isto é cuidar, como Boff (1999) descreve que isto é uma atitude singular que diferencia o ser humano, o ato de solidarizar-se com a dor do outro.

Enfim, cada profissional que trabalha na nossa equipe de domingo, sabe de sua importância e responsabilidade dentro dela, não precisa que eu, como supervisora de enfermagem, fique lembrando a toda hora seus deveres, porém, como nada é perfeito, seriam necessárias algumas mudanças de hábitos, principalmente entre os funcionários mais antigos.

Quando sobra tempo, tento conversar com eles sobre a importância da adaptação as mudanças, referindo sempre que entendo o quanto é difícil, mas que é importante para um bom andamento do serviço. Para Franco (2002), só é possível conseguir a adesão às mudanças se houver transparência dos objetivos, além do esclarecimento do tipo de mudança a ser realizada e acima de tudo, quando todas as partes estão envolvidas.

Meu trabalho se faz completo quando consigo aliar conhecimentos científicos, habilidades técnicas e vontade de ver os resultados satisfatórios com a melhora da clínica daquele paciente que confiou sua vida nas mãos daquela equipe.

O binômio saúde-doença vai bem mais além que estar com alterações clínicas, envolve o bem estar nos níveis sociais, espirituais, físicos. Requer dos profissionais de saúde humanização da assistência a partir de uma conversa franca e objetiva.

Intervenções profissionais	**Objetivos**	**Finalidade – metas**	**Meios materiais**	**Condições ou RH**	**Sujeitos**	**Objetos**
Sessões educativas e consultas de enfermagem direcionadas com o assunto	Orientar quanto ao risco de DST/AIDS	Sensibilizar para adoção de práticas sexuais seguras com redução dos casos de HIV/AIDS	Material educativo	Domínio do profissional com o assunto	Adolescentes, adultos jovens com ou sem iniciação sexual	Controle de doença sexualmente transmissível e Educação em saúde

Consultas de pré-natal	Identificar os paradigmas que atrapalham a assiduidade das gestantes ao pré-natal	Aumentar o número de acompanhamentos de pré-natal	Consultó-rio	Profissionais preparados	Gestantes	O tema
Consultas de pré-natal e puericultura	Esclarecer quanto importância da amamentação exclusiva até os 6 primeiros meses de vida dos bebês	Sensibilizar a família quanto a necessidade da amamentação exclusiva até os 6 primeiros meses de vida	Consultó-rio, sala de reuniões	Profissionais preparados	Gestantes, puérperas e sua família (mães, tias)	Educação em saúde
Consultas ao idoso	Identificar os problemas de saúde mais frequentes dos idosos	Melhorar a qualidade de vida dos idosos	Consultó-rio	Idosos e sua família	Idosos e sua família	Educação em saúde, tratamento de possíveis agravos
Consultas domiciliares aos idosos acamados	Identificar os problemas atuais de saúde dos idosos	Reduzir os riscos de agravos a saúde advindos com a situação atual	Visitas domicilia-res e acompa-nhamentos	Equipe multiprofis-sional evidencian-do o problema	Idosos e sua família	Educação em saúde, tratamento de possíveis agravos

Quadro 1: Sugestões de intervenções profissionais de sua unidade básica
Fonte: Próprio autor

Minha cidade de atuação é Fortaleza. Uma cidade marcada pelo cenário de ricos fatos históricos, berço de um dos mais renomados escritores da literatura brasileira, José de Alencar, conhecido por suas crônicas, romances e dramaturgia.

Outra personalidade também muito conhecida e que fez nossa cidade se encher de orgulho, foi o ex-presidente da República, o Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco.

Esta cidade desenvolveu-se as margens do rio Pajeú, na região Nordeste do país.

Céu claro e altas temperaturas são amenizadas pelas brisas marítimas que sopram do mar em direção ao continente. A umidade relativa do ar fica torno de 76%, caracterizando-se também por ventos não secos, tornando o clima agradável a qualquer turista que chega a cidade. (CAVALCANTE, 2011).

A temperatura anual média é 26°C, com a vegetação predominante de mangue e restinga, e com relevo com altitude média de quinze metros. Apesar de estar inserida no clima semi-árido, sua localização modifica esta realidade por estar entre serras próximas fazendo com que as chuvas de verão ocorram com mais frequência na cidade e entorno do que no resto do Estado.

A cidade de Fortaleza é considerada a cidade mais populosa do Estado do Ceará. De acordo com Silva (2011), atualmente somos uma cidade com mais de 2,5 milhões de habitantes.

Frente a este crescimento populacional de 2000 a 2009, atraiu consigo os problemas das grandes metrópoles: a falta de estrutura para lidar com a segurança, a saúde e a educação, além de outros setores, cujos direitos devem ser garantidos pelo Estado, já que isto implica em elevada pressão sobre a oferta de serviços e infra-estrutura urbana do município.

O núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Muncipal de Saúde de Fortaleza tem como papel a coleta de dados e a organização de sistemas de informação, objetivando a implementação de ações oportunas frente a problemas prioritários, que requerem intervenção imediata, como também, fornecer indicadores para a análise epidemiológica de tendências, possibilitando a tomada de decisão e o planejamento em saúde.

Retomando o assunto com vistas a situação epidemiológica da cidade, percebemos que características são alteradas a cada ano. Como por exemplo, se nossa população está ficando mais envelhecida, políticas públicas de saúde voltadas ao idoso deverão ser estudadas a fim de atender esta demanda cada vez mais crescente.

Problemas de saúde relacionados a esta faixa etária recheiam as estatísticas epidemiológicas. Citamos como exemplo, o mal de Parkinson, Alzheimer, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) mais frequentes neste segmento populacional.

Se por um lado, há mais mão de obra, por outro, as aglomerações de família as margens de rios, a falta de saneamentos, e pessoas vivendo em condições deploráveis em áreas de riscos, faz crescer os números de doenças entre a população.

Doenças como Influenza A subtipo H1N1 se espalha principalmente de pessoa para pessoa através da tosse e espirro de alguém contaminado. Algumas vezes, a pessoa também pode ser contaminada tocando algo que esteja com o vírus da gripe, e então tocando na boca ou nariz.

Recentemente percebemos os agravos advindos pela dengue, doença transmitida por um mosquito conhecido como *Aedes aegyptic*. Os períodos chuvosos preocupam visto o aumento de água acumulada em depósitos propícios a proliferação do mosquito.

Outro exemplo de patologia que afeta a comunidade é a tuberculose, doença causada por infecção pelo bacilo de Koch, cujo número de pacientes acometidos aumenta em aglomerações já que sua transmissão é por aerossóis de tosses, espirros, concentrando-se em maior número entre os moradores de rua.

No Brasil, a cada ano, são notificados 90 mil casos de tuberculose, tendo cerca de 50 milhões de brasileiros possivelmente infectados. E no Ceará, de acordo com a Secretaria de Saúde do Estado, nos últimos 10 anos, foram registrados cerca de 4 mil casos novos a cada ano e uma mortalidade acima da média nacional. (DIÁRIO DO NORDESTE, 2011)

As doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e HIV são notificadas em números sempre crescentes nas grandes metrópoles, pelo fato da iniciação sexual cada vez mais precoce sem uso de preservativos ou mesmo pela liberdade sexual, fato que preocupa as autoridades de saúde.

Trabalhos de educação em saúde devem ser focados para cada área. Após a territorialização de sua área de atuação, com devido mapeamento dos indicadores de saúde e determinação dos problemas de saúde com maior destaque, será possível traçar trabalhos prioritários.

Citarei alguns problemas de saúde mais frequentes na cidade de Fortaleza, em minha visão, correlacionado as intervenções necessárias através do quadro abaixo:

Problemas de saúde	**Intervenções necessárias**
Desnutrição infantil	Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, estado nutricional; Acompanhar o calendário vacinal e doenças mais prevalentes nesta faixa etária.
Dengue	Esclarecer sobre a doença, modos de transmissão, prevenção e riscos, por meio de oficinas educativas nas escolas, reuniões com líderes comunitários, passeatas; Informar sobre os locais possíveis de focos de proliferação do mosquito dentro da comunidade para enfrentamento do problema junto a população (conscientização); Fornecer telas de proteção para as caixas d'água que ainda não possuem, assim como para os reservatórios de água (potes).
H1N1	Realizar esclarecimentos com a população acerca dos sintomas, prevenção; Realizar busca ativa dos casos para evitar possível disseminação da doença na comunidade; Realizar campanha de vacinação maciça.
Tuberculose	Realizar buscas de possíveis casos na comunidade através do auxílio dos ACS; Iniciar ou continuar acompanhamento do tratamento com a busca dos comunicantes. Realizar palestras, oficinas, seminários com a comunidade.
Hipertensão e diabetes	Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos
AIDS	Realizar palestras educativas envolvendo adolescentes e adultos; Fornecer subsídio (através de um projeto bem estruturado com parceria do poder público) para a criação ou manutenção de uma casa de apoio ao portador da doença, e lá desenvolver atividades de cunho cultural, psicológico a fim de amenizar o desgaste após o diagnóstico e tratamento.
Hanseníase	Orientar a comunidade sobre os sinais da doença, locais de tratamento

	específico (se for o caso); Acompanhar o paciente em tratamento fornecendo apoio psicológico.
Leptospirose	Solicitar ao órgão responsável, a limpeza, saneamento e urbanização da área; Informar a comunidade os riscos da doença, sintomas, agravos.
Drogas	Otimizar a educação dos jovens da comunidade (já que esta faixa etária mais envolvida) realizando trabalhos educativos com eles onde haja o envolvimento e desperte o interesse, como gincanas, mutirões, oficinas educativas.

Quadro 2 : Quadro dos problemas de saúde mais comuns na cidade de Fortaleza e intervenções necessárias para resolvê-los.
Fonte : Próprio autor

Todas estas intervenções são direcionamentos que os profissionais de saúde devem atentar para sua comunidade, com apoio da Prefeitura Municipal, Governo do Estado e Governo Federal, afinal de contas, a política nacional de gestão estratégica e participativa do SUS objetiva a promoção, qualificação e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde, desfragmentando a ideia da centralização de responsabilidades, atribuindo aos três poderes públicos o dever de tornar a participação popular ativa como estratégia para promover o cuidado.

Quando o assunto é dependência química (drogas), envolvo neste contexto o alcoolismo, mesmo porque está associado diretamente a doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo (aposentadorias precoces), acidentes de trabalho e de trânsito, violência e suicídio.

Todos os dias os noticiários falam nem que seja uma vez sobre a violência. Ora dentro de casa, ora na rua. Muitas vezes por causa das drogas. Pais que matam filhos, filhos que matam pais, família se destruindo, criança se prostituindo, matando, roubando só pra sustentar este vício miserável que está levando muitas vidas inocentes.

Particularmente considero este problema de saúde pública, o mais sério hoje em dia, visto o seu alcance, pois não há distinção de sexo, cor, idade, cultura, profissão, enfim, arrasta qualquer um que atravessa seu caminho.

Diante disso, lembremos sempre que a promoção da saúde não é algo utópico, basta o envolvimento dos profissionais, da família, da comunidade e da gestão pública.

Dentro do processo de educação para a saúde todos deverão exercer seu papel. Nós (profissionais da saúde) como facilitadores deste processo, e eles (comunidade) como sujeitos ativos em busca da saúde, pois este é um recurso que lançamos à mão para viver bem.

4.3 Disciplina 03 - Saúde Mental e Violência

A tecnologia, a economia e a política vêm sofrendo ao longo dos anos, mudanças que afetam todo comportamento humano. Neste contexto a medicina também vem acompanhando a necessidade de mais aperfeiçoamento em suas ciências.

Inserido no panorama atual, a saúde mental arrasta consigo as vertentes as quais devemos observar: a primeira se refere às características do cliente a quem irá prestar cuidados, tendo um bom conhecimento acerca da doença mental que o acomete, e a segunda deverá ser a adaptação dos modelos terapêuticos que irá lançar no planejamento das atividades assistenciais (ESPINOSA, 2000).

O movimento sanitário nos anos 70, precisamente em 1978, foi marcado pelo início dos movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos e despertar da necessidade de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e produção de tecnologias de cuidado foi o que constituiu o grande objetivo disto tudo. Além de englobar todo um cunho político e social complexo que incluiu os três níveis de instância do poder público: federal, municipal e estadual, universidades, sociedade em geral (BRASIL, 2005).

Observando a ótica de Espinosa (2000), ao longo destes anos que sucederam o início da reforma psiquiátrica, muito se tem trabalhado para alcançar os objetivos das políticas públicas em saúde mental. A inclusão do paciente e sua família no processo terapêutico facilitando o seguimento das ações planejadas.

Dentro do contexto histórico, sabe-se que as doenças mentais são tão antigas como a vida. Filósofos como Hipócrates e Platão, pensavam que a doença mental dependia de vertentes orgânicas, éticas e divinas. Por outro lado, também defendiam a ideia da sobrenaturalidade destas.

Tratando deste tema, Espinosa (2000) diz que por volta de 30-90 a.C., Areteo defendia as doenças mentais como processos naturais exagerados e Galeno em 130-200 a.C., afirmava que poderiam ter uma origem orgânica ou psíquica, dependendo da saúde do equilíbrio entre o racional e irracional e a parte sensual da alma.

Ainda Espinosa (2000), na concepção humanística, o cliente mental é considerado como uma pessoa de interação, quer dizer, um ser que precisa de cuidados a nível biológico, psicológico e social. Sendo assim, defendiam um tratamento humanitário em vez de reclusão em cárceres. Porém, por volta do século 18, os "loucos" passaram a ser vistos com

embruxados, o que acendeu o modelo sobrenatual da doença, fazendo com que algumas execuções fossem realizadas.

Dentro das perspectivas recentes podemos ressaltar que a reforma psiquiátrica vem acontecendo ao longo dos anos, embora lentamente, vem ganhando espaço dentro da saúde pública.

De acordo com Botega (1997),

> A inauguração de enfermarias de psiquiatria em pequenos hospitais filantrópicos e a admissão de pacientes psiquiátricos em enfermarias de clínica médica são fenômenos característicos dos últimos tempos.

Isso pode estar relacionado aos esforços da equipe multiprofissional de saúde mental, que juntamente com os familiares e sociedade em geral, colaboram na assistência daqueles necessitados.

Atualmente o hospital psiquiátrico não é o único local, nem o mais válido para tratamento de clientes com doença mental, porém, ainda é preciso uma melhor interação entre estes serviços (CAPS, hospital-dia) com o PSF a fim de manter sob vigília aqueles clientes que necessitam do serviço. A reintegração social passa por diversas vertentes, desde o melhor acesso ao trabalho, até o fortalecimento de laços familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial – (CAPS), são serviços públicos de saúde mental, que atendem indivíduos com transtornos mentais em estado mais agravado. Esse serviço foi uma das conquistas adquiridas após a reforma psiquiátrica e veio substituir a única forma que existia de tratar os doentes mentais: as internações em hospitais psiquiátricos.

O objetivo do CAPS é cuidar da saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento á população, realizando o acompanhamento clínico, e além de tudo promover a reintegração social dos usuários.

Apenas três Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) existiam em Fortaleza até 2004. Com a estruturação da Rede Assistencial de Saúde Mental, seis unidades foram inauguradas - sendo duas infantis, nos bairros Vila União e Rodolfo Teófilo.

O principal objetivo é reduzir o número de internamentos psiquiátricos e prevenir o agravo dos transtornos mentais. Em todos os CAPS - gerais, infantis ou álcool e drogas -, os pacientes (mais de 30 mil cadastrados em Fortaleza) são assistidos em regime de atenção diária. Uma equipe multidisciplinar atua nesse processo, entre assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e, no caso dos CAPS Infantis, neuropediatras.

Em Fortaleza, o número de pacientes acompanhados, com até 15 anos, no primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) em funcionamento desde junho de 2006, chega a 1200. Em Janeiro de 2007, a prefeitura de Fortaleza inaugurou mais um CAPSi na cidade, demonstrando assim, que medidas de políticas públicas de saúde mental devem ser adotadas e direcionadas para tais fins.

O CAPSi do Rodolfo Teófilo, conta com uma equipe multiprofissional de 5 médicos (3 psiquiatras e 2 neurologistas), 4 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 enfermeiras, 2 terapeutas ocupacionais, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de escritório e 2 auxiliares de serviços gerais.

O CAPS oferece três modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo, e não intensivo), que variam de acordo com a necessidade do indivíduo. O **atendimento intensivo** trata-se de atendimento diário oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

O **semi-intensivo**, no qual, o usuário pode ser atendido até doze dias no mês, sendo que essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento. Más deve-se ressaltar que a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe do serviço para se estruturar e recuperar sua autonomia.

O **não intensivo**, que é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. **(**caps2vm.blogspot.com/2011/09/o-que-e-um-caps.html)

Diferentemente do serviço hospitalar, no CAPS é traçado um projeto terapêutico individual, construído de forma estratégica para atender as atividades de maior interesse para o usuário, respeitando o contexto em que estão inseridos, e atendendo também as suas necessidades.

Neste momento, o cliente também se compromete a cooperar com o tratamento, seguindo as prescrições médicas, participando de oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, oficinas expressivas (dança, técnicas teatrais, pintura, argila, atividades musicais), oficinas geradora de renda (marcenaria, cerâmica, bijuterias, brechó, artesanato em geral), e oficinas de alfabetização o que possibilita exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania, oferece atividade de suporte social, grupos

de leitura e debate, que estimulam a criatividade, a autonomia, e a capacidade de estabelecer relações interpessoais impulsionando-os a inserção social.

A política nacional do SUS vem incluindo em suas diretrizes para melhorar a saúde mental, estratégias que possibilitem a melhora da atenção nesta área, que são: reduzir os leitos hospitalares e aumentar a rede de saúde mental comunitária.

Enfatizando isto, a Lei 10.216/01, marca legalmente a Política Nacional de Saúde Mental do SUS, onde há reorientação do modelo de assistência e ações de saúde mental no país(BRASIL, 2005).

Enfim, o CAPS é um instrumento que viabiliza a relação entre a família e usuário e entre o usuário e a instituição, incentivando a participação dos familiares, profissionais, e da comunidade nos projetos propostos a fim de gerar uma parceria.

Uma das atividades desta disciplina foi a discussão de um caso clínico. Nesta atividade, foram formados grupos. Será descrito abaixo, o caso postado pela colega Cynthia, sobre adolescente com doença mental (gravidez indesejada):

"*Ano passado, me deparei com a seguinte situação:*

J. P. S., 16 anos, órfã de pai de mãe, estava com amenorréia há dois meses e devido a esse motivo havia sido abandonada pelo namorado. A mesma, não queria comparecer a unidade básica de saúde porque não queria aceitar a possibilidade de estar grávida e iria tomar algumas medicações para menstruar.

Diante dessa situação, realizei uma visita domiciliar com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da área para conversar com a adolescente. Após a visita, conseguimos fazer com que a mesma realizasse o teste de gravidez e desistisse da ideia de tomar medicamentos.

Após, a confirmação da gravidez, a adolescente foi encaminhada a Unidade Básica de Atenção a Saúde da Família (UBASF) para realização do pré-natal. No início, a mesma tinha uma postura apática diante da situação e rejeitava a criança ao informar que esta seria entregue a doação após o nascimento. Procuramos, então, prestar uma maior atenção a esta paciente durante a consulta do pré-natal dando-lhe todas as informações e orientações necessárias, além do apoio emocional. O mesmo era realizado pelo ACS no domicílio.

Aos poucos, a adolescente foi interagindo nas consultas e se tornando mais participativa. No final, da gestação ela já conseguia perceber a criança como um filho e desistiu da adoção após o nascimento.

Acho que a ACS e eu conseguimos realizar uma abordagem de qualidade a esta paciente ao modificar seus sentimentos de negação e rejeição para aceitação, diminuindo, assim o seu sofrimento psíquico".

Após discussões, o meu comentário foi o seguinte: "*De vez em quando recebo pacientes na emergência da qual trabalho, com suspeita de abortamentos, muitas vezes propositais, outras não. Normalmente a postura da equipe é de acolher, cuidar e informar as maleficências de um abortamento*".

Evitar o julgamento leva a uma maior confiança na equipe. Outro ponto será o acompanhamento psicológico desta adolescente, pois além da gravidez, uma DST também pode vir associada, já que o início da vida sexual ocorreu sem precauções e normalmente não há uso de preservativos, o que aumenta as estatísticas de gravidez não planejada com consequentes abortamentos e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) nesta faixa etária.

A parceria com as escolas proporcionam o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde por meio de ações articuladas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Neste caso específico onde a adolescente já se encontra gestante, as atividade são com focos ao incentivo para expor seus medos e anseios, esclarecer dúvidas, encaminhamento a consultas de pré-natal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003) foi constituída uma parceria com o Ministério da Educação e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações (UNFPA) para o lançamento do projeto saúde e prevenção nas escolas (SPE), com o intuito de desenvolver estratégias de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST's), promoção da saúde e educação sobre álcool e outras drogas. (BRASIL, 2009)

Atrelado a estas discussões, surge à necessidade de manter as políticas públicas de acompanhamento pré-natais mais acessíveis, visto que quanto maior o grau de dificuldade em ser atendido no serviço, maior o índice de evasão neste período, acarretando em números crescentes de mortalidade materna e fetal.

4.4 Disciplina 04 - Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Desde a idade média, no século XVI, o modelo de assistência à saúde baseava-se puramente sob a ótica do cunho religioso, passando a ser encarado como problema público a partir da observação que a melhoria da prática clínica influenciava no número menor de mortes, que neste tempo assolava os soldados que participavam da guerra, entre os séculos XVIII e XIX (PUCRS, 2011).

Ao longo de toda a guerra da Criméia, Florence, enfermeira corajosa de seu tempo, resolveu organizar o serviço de assistência a saúde com a utilização do modelo biomédico e uso de gráfico setorial, no campo da estatística, além de atentar para cuidados que envolvia limpeza do ambiente e pessoal, calor adequado, boa nutrição, repouso, para obtenção da cura. (PUCRS, 2011)

Mesmo sob inúmeras dificuldades, Florence conseguiu atingir seus objetivos imediatos que era reduzir o número de óbitos entre os soldados que se amontoavam em ambientes que imitavam hospitais.

Daí por diante, as ações de promoção e qualificação na saúde vem sofrendo grandes mudanças. Estratégias em políticas públicas tentam qualificar os serviços de saúde. Ora baseando-se nos modelos ou fórmulas idealizadas em países que as usam, ora em modelos e paradigmas que permeiam o assunto.

O SUS neste contexto surge como estratégia descentralizada para atenção e cuidado à saúde tendo como base os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade no intuito de formular e controlar as políticas públicas de saúde.

Os modelos de assistência a saúde devem incluir comunidade e profissional. Se por um lado há a competência de resolver os problemas de saúde, pelo outro, há o desejo de conhecer alternativas para melhora de sua saúde, de sua família e sua comunidade. Uma gestão participativa norteia as ações a serem traçadas.

Para que sejam definidas estratégias e ações, um dos primeiros passos a ser percorrido é o reconhecimento de sua área, relacionando tamanho, número de famílias a ser assistida, faixa etária, sexo, grau de instrução; esclarecer sobre este tipo de trabalho onde o principal objetivo é o entrosamento dos profissionais na comunidade para que a partir daí exista confiança no trabalho e nos profissionais; classificar os riscos de saúde que a comunidade está susceptível; realizar encontros com a comunidade onde ela mesma possa expor seus problemas de saúde e dúvidas mais frequentes, enfim, fazer com que a

comunidade se sinta realmente participantes ativos neste processo de educação para promoção da saúde.

A mudança de comportamento é algo muito difícil, quer dizer, o ser humano em sua totalidade se faz temeroso quando o assunto é mudança.

Para quem já teve a oportunidade de ler o livro: "Quem mexeu no meu queijo", de Spencer Jonhson (2004), há afirmações que só aceitamos as mudanças quando enxergamos que novos horizontes poderão nos fazer alcançar bem mais do que alcançamos quando percorremos o mesmo caminho todos os dias.

Portanto, a mudança de paradigma, a conscientização sobre a necessidade de ver a própria posição de uma forma diferente, envolve o compreender das coisas, o agir, o definir problemas, e acima de tudo as soluções e estratégias a serem adaptadas para cada problema identificado.

É crescente a população idosa a nível mundial. Silva (2009) refere que "as projeções indicam que no ano de 2020, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos, quando atingirá a cifra de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos".

Infelizmente nem sempre viver mais significa viver melhor. Isto porque mesmo com o aumento da expectativa de vida, os problemas de saúde de origem crônica degenerativas estão se tornando cada vez mais frequentes e aumentando as vítimas destas patologias.

No caso estudado de D. Maria, um grande e grave problema de ordem social abriu este leque de desamores em sua vida, que foi o êxodo rural em busca de melhores dias, o que certamente não foi uma opção prontamente e de bom grado aceita por ela.

Contando com isso (e sem o acompanhamento devido de sua saúde, já que a equipe do PSF poderia ter este controle de assiduidade e realizar busca ativa), a pressão arterial se elevou mais ainda, não foi tratada como deveria e ocorreu o Acidente Vascular Cerebral (AVC) consequência desta irregularidade em seu acompanhamento de saúde, por desinformação da importância de se manter um tratamento no seu caso específico, que é hipertensão arterial sistêmica.

A partir do momento em que a mesma sofreu este AVC, suas necessidades foram substituídas. Se antes ela era, mesmo com sua idade, responsável por trabalhar e ajudar economicamente sua família, agora é um membro que precisa de cuidados especiais e que no momento não faz parte da família como membro economicamente ativa.

Os problemas identificados são muitos, tais como:

1- dependência;

2- solidão;

3- comunicação prejudicada;

4- eliminações fisiológicas prejudicadas;

5- nutrição alterada com ingestão menor que as necessidade diárias;

6- lesões de pele;

7- falta de estrutura física e humana;

8- assistência familiar indevida;

Após identificação destes problemas, serão traçados planos de ações voltados para a sua resolução:

1- sistematização de cuidados necessários diariamente com base nas necessidades mais importantes, como no caso de eliminações, nutrição e higiene;

2- organizar o ambiente de forma a torná-lo mais funcional possível;

3- estabelecer um vínculo com a família a fim de que sintam-se amparados e protegidos para esclarecer dúvidas de como cuidar de D. Maria;

4- envolver a equipe multidisciplinar neste processo de reabilitação;

5- buscar parcerias com profissionais e/ou instituições que promovam reabilitação (fisioterapias, clínicas de reabilitação);

6- buscar junto a previdência social os direitos da paciente.

Enfim, ter um olhar holístico sobre o problema e seu sujeito.

4.5 Disciplina 05 - Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde

O ato de planejar é entendido como elaborar o plano de um processo de mudança. (CARVALHO, 2010). Entende-se que para um plano sair do papel e ser executado com resultados favoráveis, haja conhecimentos sobre o assunto.

Quando os conhecimentos práticos e teóricos são utilizados, as estratégias traçadas tendem a alcançar os objetivos propostos.

Em qualquer área, assim como na saúde, planejar traz otimização da produção, melhora no desempenho, redução da perda de tempo, eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

A escassez de água potável, o desemprego e a violência são questões importantes que devem ser trabalhadas com a comunidade através de redes de apoio.

No caso em destaque temos pacientes acometidos por diabetes mellitus e hipertensão arterial. Ambos têm que ser vistos com cuidado devido a necessidade de um acompanhamento preciso, pois no diabetes, o paciente pode apresentar hipoglicemias caso não siga as recomendações com o uso de hipoglicemiantes. Na hipertensão, há o risco de problemas graves advindos da falta de controle dos níveis pressóricos.

A cidade de Fortaleza, com seus 3.655.259 habitantes (IBGE, 2009) atualmente conta com 250 médicos, 291 enfermeiros e 238 dentistas em exercício na Atenção Básica. Com isso, o número de equipes do Programa de Saúde da Família em Fortaleza saltou de 102, em 2004, para 300 em 2006 e a cobertura da população pelo Programa, que era de apenas 15%, saltou para 50%.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de Atenção Básica, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Segundo Medeiros e Leite (2008), esta estratégia propõe uma assistência diferenciada, já que o profissional vê o indivíduo como um todo e prioriza as ações de promoção da saúde, contribuindo para o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais e clientes.

A experiência como enfermeira de emergência, não me deixa ser contemplada pelos muitos casos que meus colegas de turma percebem, e sim, quando recebo os pacientes eles já necessitam de atendimento secundário e terciário e quando voltam pra casa se deparam com uma nova realidade de vida, onde os profissionais do PSF desempenharão um papel fundamental na reabilitação dos indivíduos e na promoção da saúde, e é por isso que minha abordagem será um pouco diferente do que a tutora está acostumada a receber.

O processo de envelhecimento tem superado todas as expectativas das projeções demográficas, visto que a vida média da população tem aumentado a cada ano, não só no Brasil, como a nível mundial. Porém, viver mais não significa viver melhor, por isso, as políticas públicas de saúde voltadas para o idoso deverão sofrer modificações com base nestes altos índices de pessoas vivendo com mais de 65 anos de idade. (SILVA, 2009)

Devido a este número cada vez mais crescente de idosos, as doenças crônico-degenerativas vem sofrendo acréscimos nas estatísticas, o que preocupa o sistema de saúde pública no que diz respeito as infecções pela permanência nas instituições hospitalares, setor previdenciário, já que dependendo da sequela, o indivíduo pode aposentar-se, e limitações após a doença. Não podemos deixar de referir que os adultos jovens também fazem parte

deste triste cenário das doenças crônico degenerativas, só que são números ainda menores que a população citada anteriormente.

Doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica são os primeiros da lista.

Sob a ótica do sedentarismo, muitos são os artefatos que estão sendo utilizados, como por exemplo, as educações físicas promovidas pelo corpo de bombeiros nos bairros, junto a comunidade, assim como ciclismos e caminhadas pelos bairros podem ser vistos todos os dias.

Normalmente os clientes atendidos em emergências, tem cobertura de ESF em sua área, mas reclamam de demora pra conseguir vaga e assiduidade dos profissionais.

Quando o indivíduo chegam em busca de atendimento no hospital, normalmente é porque as medidas de prevenção falharam e necessitam ser atendidas imediatamente, pois podem estar com risco iminente de vida.

Após diversas colocações, pode-se perceber que as Doenças crônico-degenerativas lotam as unidades hospitalares, podendo ser evitadas com controle da hipertensão arterial, diabetes, além da adoção de práticas saudáveis de vida, incluindo atividades físicas.

Nó crítico	**Estratégia**	**Resultado esperado**
Doenças crônico degenerativas	Acompanhamento e controle periódico dos níveis pressóricos	Evitar descompensação clínica
Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial	Seguimento da dieta e controle medicamentoso	Redução de mortalidade e internações hospitalares
Sedentarismo	Inserção em programas de atividade física	Melhora do condicionamento físico

Quadro 3 - Quadro dos nós críticos e estratégias de ação em saúde para os problemas das UBS
Fonte - Próprio autor

Estratégias	**Recursos críticos**
Garantir as consultas de acompamhamento.	Área de abrangência com cobertura pelas as equipes do PFS e políticas públicas.
Incentivar a adoção de práticas saudáveis de vida com vistas a dieta, exercícios físicos, tomada correta de medicamentos.	Econômica – tecnologias de ponta e humanizada, e políticas públicas. Organizacional- equipe multiprofissional capacitada e inventivo as políticas públicas.

Acompanhamento dos usuários do serviço com freqüentes campanhas.	Econômico - aquisição de glicosímeros, esfignomanômetros.

Quadro 4 - Recursos críticos para resolução dos nós críticos em saúde
Fonte - Próprio autor

Ator que controla	Motivação	Operação/Estratégia
Equipe do PSF	Favorável	Promoção da saúde
Equipe do PSF	Favorável	Acompanhamento da equipe do PSF
Equipes de educação fisica do corpo de bombeiros	Favorável	Acompanhamento fisico

Quadro 5- Análise da viabilidade do plano traçado para resolver os nós críticos em saúde
Fonte - Próprio autor

Estratégia	Resultado	Sujeito	Responsável	Prazo
Garantir as consultas	Evitar complicações	Hipertensos e diabéticos	Equipe multiprofissional do PSF	Iniciar logo após o plano operativo e continuo

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo para resolver os nós críticos em saúde
Fonte - Próprio autor

Sujeito	Responsável	Prazo	Avaliação
Hipertensos e diabéticos	Equipe multiprofissional do PSF	Inicio após Análise de viabilidade do plano	Criação de um instrumento e mecanismo de monitoramento contínuo do plano de ação

Quadro 7- Gestão do plano operativo de ação em saúde
Fonte - Próprio autor

Uma equipe de saúde pode achar que os principais problemas de uma comunidade, por seu impacto no perfil de mortalidade e por suas complicações, são o diabetes e a hipertensão arterial. Mas essa comunidade se sente mais incomodada e afetada com a dificuldade de acesso a água e com o desemprego e a violência.

Os comentários nesta atividade giraram em torno da concepção de que nada adianta tentar resolver os problemas da comunidade sem que haja a intersetorialidade, multidisciplinaridade e da aplicabilidade dos princípios do de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por (MATUS, 1993) sugere um planejamento dinâmico em que as diferentes perspectivas dos atores sociais

são estudadas estrategicamente a fim de se resolver os possíveis conflitos e alcançar os objetivos propostos.

O caso em análise requer, para a otimização do trabalho da equipe e para o atendimento dos anseios mais urgentes da população, a participação de outros atores sociais, tais sejam: gestão municipal, líderes comunitários, associações civis, envolvidos nos conflitos sociais citados. Um planejamento estratégico que envolva ampla discussão com a participação de todos os sujeitos envolvidos talvez seja a forma de se resolver essa situação.

Vale ressaltar que para que o plano seja traçado, é importante numerar as prioridades de uma comunidade.

Maslow, psicólogo americano que definiu a hierarquia das necessidades humanas básicas, já enxergava que de nada adiantaria tentar resolver todos os problemas de um só vez, para tanto, definiu estudos sobre a pirâmide de necessidades humanas.

Para ele, as necessidades fisiológicas precisam ser saciadas para que se precise saciar as necessidades de segurança. Estas, se saciadas, abrem campo para as necessidades sociais, que se saciadas, abrem espaço para as necessidades de auto-estima. Se uma destas necessidades não está saciada, há a incongruência. Quando todas estiverem de acordo, abre-se espaço para a auto-realização, que é um aspecto de felicidade do indivíduo.

Em nosso contexto, o primeiro passo a ser dado é relativo a condições dignas de vida, como sistema hidrossanitário adequados a manutenção da saúde, para poder a partir daí direcionar soluções para os outros problemas de ordem biológica, que podem até mesmo ser reduzidas ou controladas a partir da adoção de práticas mais saudáveis de vida.

4.6 Disciplina 06 - Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – práticas pedagógicas em atenção básica a saúde

Para entendermos que quanto melhor nossas atividades educativas e pedagógicas, melhor o aprendizado sobre esta ou aquela informação, é importante ressaltar as maneiras de abordagem que podem ser mais diretiva ou mais dialógica, a depender das situações cotidianas que vivenciamos, de modo inconsciente, assistemático.

Infelizmente ainda se tem uma concepção errada sobre o que é educação, pois, além de ser um meio de compartilhamento de conhecimentos e informações, proporciona aprendizado mútuo, ou seja, é uma mão de via dupla.

O papel do educador em saúde reflete a necessidade de sua comunidade e área. Partindo do pressuposto que o SUS emprega sobre o acolhimento, humanização do

atendimento, integralidade da atenção e vínculo, é importante resgatar dos nossos clientes a ideia da responsabilidade de serem atores sociais de uma novela bastante conhecida no cenário da saúde brasileira.

A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde envolve entre outros, os saberes profissionais específicos. A soma dos saberes aumenta a perspectiva de prestar uma melhor assistência ao cliente assim como melhora o ambiente de trabalho a partir da integração de seus profissionais, já que neste momento, há mais interesse em participar do processo de educação em saúde.

Manter uma linguagem adequada facilita este aprendizado e possibilita maior sucesso nas estratégias de ação. O ambiente terapêutico também influencia todo o processo.

O não aprendizado pode gerar desconfortos, angústias, desencantos por parte dos profissionais e usuários do serviço. No entanto, a educação é um processo de formação, onde a transmissão de conhecimentos é a mola mestre para tal objetivo ser alcançado e não apenas o repasse de informações.

Objetivo este que engloba a adoção de práticas saudáveis de vida na promoção da educação na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

Para Espinosa (2000), a obtenção de uma boa relação com sua comunidade, o profissional deve procurar incessantemente aproveitar todos os recursos humanos e materiais disponíveis em sua UBS.

Enfim, a escolha da tecnologia apropriada para a realização de estratégias de ações visando a saúde do cliente, direcionando tais benefícios sob a ótica dos princípios do SUS, devem incluir atividades que contabilize envolvimento da equipe e cliente, tornando estes, participantes ativos na construção coletiva para a melhora de sua saúde.

4.7 Disciplina 07 – Saúde da Mulher

Para desenvolvermos uma análise sobre o papel atual da mulher na sociedade e o que isto representa frente a saúde pública, é importante sabermos, pelo menos, um pouco de sua trajetória.

Na Grécia antiga, as mulheres representavam tarefeiras de atividades domésticas, que em nada influenciavam nas decisões políticas.

Em cem anos, o papel da mulher vem se tornando mais amplo, por exemplo, durante a Segunda Guerra, a maciça inserção das mulheres no mercado de trabalho estabeleceu um novo campo de possibilidades para aquela que antes era vista como a "rainha do lar".

A partir deste processo de início de emancipação, muitas delas reivindicaram campos de conquistas nunca atingidos. Com o advento da pílula anticoncepcional na década de 60, houve uma libertação dos comportamentos sexuais antes restritos à monogamia e às relações matrimoniais, embora embutidos nos valores da sociedade da época.

Nesta ótica percebeu-se que o feminismo tomou conta das ruas, onde suas representantes buscavam faixas salariais equiparadas, assim como, integração em maiores movimentos políticos.

Contudo, as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres muito tem contribuído para melhorar as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, porém ainda falta contemplar muitos outros aspectos para termos uma sociedade verdadeiramente igualitária em termos de gênero, classe social, financeira, mas o primeiro passo já foi dado desde então.

Mesmo assim a mulher não para de surpreender com suas conquistas. Uma delas, a mais recente, me deixa perplexa e ao mesmo tempo orgulhosa por termos uma mulher como atual Presidenta da República Federativa do Brasil.

Resgatando um trecho do discurso de posse da Presidente Dilma Rousseff, em 1º de janeiro de 2011, ela deixou claro que nem o céu é limite para a mulher.

> "... venho para abrir portas para que muitas outras mulheres, também possam, no futuro, ser presidenta; e para que – no dia de hoje – todas as brasileiras sintam o orgulho e a alegria de ser mulher..."

A maternidade, processo específico no ciclo de vida da mulher, traz consigo inúmeras modificações, variando desde alterações no estado físico, em que há no mínimo aumento de peso, até mudanças no aspecto psicológico. Algumas mulheres passam por períodos de extrema ansiedade até conseguirem adaptar-se ao estado de gravidez. (WEDEL; WALL; MAFTUM, 2008)

Desde a descoberta da gestação até o pós parto, a mulher deve receber assistência voltada a manutenção e prevenção de agravos advindos deste período. O pré natal, ou seja, o período que antecede o nascimento do bebê deve ser bem acompanhado pelo profissional de

saúde, onde cordialmente receberá a futura mamãe cuidando desde as orientações para realização dos exames a fim de garantir o início de um acompanhamento correto até exames mais específicos que visam tratar alguma patologia.

Ultrassonografias, exames de sangue (VDRL, HIV, Toxoplasmose, Hepatite etc), urina, fazem parte da avaliação de rotina.

Dados do Ministério da Saúde dizem que a mulher quando acompanhada corretamente neste período, apresenta menores chances de apresentar problemas como pré-eclampsia, eclampsia, pois se detectadas alterações precocemente, poderão ser resolvidas sem que haja interrupção da gravidez ou problemas futuros como parto prematuro com posterior óbito fetal ou até mesmo materno.

A Lei 11.340/2006 de 07/08/2006 – Lei "Maria da Penha" cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e a Lei 10.778, de 24 de 23/11/2003, estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. (BRASIL, 2003 e BRASIL, 2006).

A violência em si, possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais, econômicos e culturais, o que reforça que este tema tem que ser incluído constantemente nas discussões que envolve a sociedade. Na mulher, por sua vez, adquire um caráter diferencial, por ser expressa nas relações domésticas, de trabalho, de gênero.

Agressões e homicídios compõem um triste quadro das principais causas de óbitos no Brasil dentre os adolescentes e jovens brasileiros. Neste contexto, as mulheres são as principais vítimas de violência doméstica. (BRASIL, 2009)

Alternativas podem fazer com que estes números possam decrescer: palestras, encontros, mutirões para a comunidade enfocando a questão dos direitos e deveres dos cidadãos, vinculados com profissionais da justiça, assim como implantação de cooperativas para enquadrar aquelas mulheres que não podem trabalhar fora por muito tempo (devido às crianças) com o apoio de iniciativas privadas, pois assim elas adquiriam independência e autonomia podendo se separar do possível agressor e tomar de conta de sua vida e de seus filhos, pois oportunidades foram geradas.

A análise da situação de vida das mulheres na perspectiva de gênero, o perfil da mulher brasileira e sua inserção no mercado de trabalho - Ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

Os Direitos Humanos são direitos fundamentais da pessoa humana. Esses direitos são considerados fundamentais porque, sem eles, a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida.

As necessidades do ser humano no que condiz o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão da sexualidade devem ser garantidos pelo governo.

Pode-se dizer que a Constituição Federal de 1988 foi o movimento popular e político de resistência ao poder autoritário, embora, ainda possamos encontrar muitas contradições internas no texto constitucional. Já em seu artigo 1º, é descrito que o Estado deve garantir a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. (BRASIL, 2003)

É inacreditável que até muito pouco tempo, 1988, os costumes colocavam a mulher em plano secundário, onde o marido controlava seus atos externos, seus hábitos, suas relações, enfim, sua vida. Com o advento da mulher no mercado de trabalho, seja na esfera privada, mas também na esfera pública, devido a revolução dos costumes com a liberação sexual e o acesso aos métodos contraceptivos, o papel da mulher na sociedade tomou outro rumo e passou a ter uma importância não mais limitada aos afazeres domésticos, sempre por de trás do marido, dando apoio a este e nunca como figura principal. A mulher conquistou um importante espaço, ao lado do homem, não mais atrás. Imperioso dizer que a maior revolução do século, foi a revolução das mulheres, ao lado dos fortes condicionamentos criados pela urbanização e industrialização do país. Hoje, a mulher trabalha pela integração na era tecnológica e globalizante.

A mulher, ser singular, tem em sua característica de ser humano, o que a diferencia do outro sexo: “o poder de engravidar”.

Mesmo com todos os avanços da medicina, o homem não conseguiu e provavelmente nunca conseguirá que o sexo masculino possa engravidar.

Este momento tão sublime e único na vida da mulher pode ser lembrado como uma fase de pura descobertas e mudanças, ou então, se não acompanhadas por profissionais de saúde gabaritados, lembradas com tristeza e temor, podendo representar até a morte do binômio mãe/ feto.

O Ministério da Saúde exerce um papel fundamental no que diz respeito a área técnica de Saúde da Mulher, onde a responsabilidade volta-se para ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução

da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras.

Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde. (BRASIL, 2009)

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS (BRASIL, 2008).

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuiu positivamente para assegurar a população brasileira gestante assistência de qualidade neste período do ciclo vital da mulher e de sua família, embora que ainda está em constante aperfeiçoamento.

As ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, até então exercida por uma equipe de profissionais incompleta e sem estrutura, desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, ou seja, há 17 anos, vem aprimorando suas atividades, incluindo, por exemplo, odontólogos nas equipes, para que a população possa desfrutar de inclusão em todos os níveis de saúde. (BRASIL, 2008)

Por outro lado, não pode deixar de ser mencionado o aumento da gravidez não planejada na adolescência, partos prematuros, agravos pertinentes a este período e mortalidade materna e fetal.

Mesmo que entre os anos de 2000 e 2004, o número de filhos de mães adolescentes tenha diminuído em 19%, ainda é um dado preocupante visto a liberdade sexual estar sendo encarada de forma irresponsável, daí o aumento do número de gravidezes não planejadas e doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2008).

O rastreamento da população feminina que tem possibilidade de apresentar o câncer cérvico-uterino parte do exame de detecção precoce durante o acompanhamento sistemático nas consultas ginecológicas e são aquelas que tem lesões pré existentes cancerosas detectáveis. Assim como o câncer de mama, que pode ser detectado precocemente e tratado com grandes chances de cura quando é feito a tempo.

A importância do climatério nas discussões em saúde pública é de caráter singular visto o aumento constante da expectativa de vida da população brasileira. Este tema é defendido por VIDAL (2009) como uma fase na vida da mulher que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo e que na maioria das mulheres, ocorre entre os 45 e os 55 anos de idade, em média aos 50 anos.

Por outro lado, os primeiros sinais do climatério, que são os ciclos menstruais irregulares, podem ocorrer vários anos antes da menopausa, ou seja, antes da última menstruação.

As orientações acerca destes períodos e as mudanças acarretadas por eles, podem ser esclarecidas pela equipe de saúde em uma conversa clara e objetiva.

A violência em si, possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais, econômicos e culturais, o que reforça que este tema tem que ser incluído constantemente nas discussões que envolve a sociedade. Na mulher, por sua vez, adquire um caráter diferencial, por ser expressa nas relações domésticas, de trabalho, de gênero.

As agressões e homicídios compõem um triste quadro das principais causas de óbitos no Brasil dentre os adolescentes e jovens brasileiros. Neste contexto, as mulheres são as principais vítimas de violência doméstica.

Alternativas podem fazer com que estes números possam decrescer: palestras, encontros, mutirões para a comunidade enfocando a questão dos direitos e deveres dos cidadãos, vinculdados com profissionais da justiça, assim como implantação de cooperativas para enquadrar aquelas mulheres que não podem trabalhar fora por muito tempo (devido as crianças) com o apoio de iniciativas privadas, pois assim elas adquiriam independência e autonomia podendo se separar do possível agressor e tomar de conta de sua vida e de seus filhos, pois oportunidades foram geradas.

4.8 Disciplina 08 - Participação Social e Promoção da Saúde

As mudanças políticas, sociais e culturais vêm ocasionando alterações significativas nos modos de viver da sociedade. Neste perfil, destacamos as questões sanitárias que são tão discutidas em campanhas políticas e ao mesmo tempo tão esquecidas quando este período de arrecadação de votos de encerra.

Inserida neste processo de transformação da sociedade, a saúde se no patamar de condicionante no processo de adoecer. Alguns aspectos relacionam-se com este processo, dentre eles: violência, desemprego, subemprego, fome, falta de saneamento básico.

Na perspectiva do pleno êxito da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, a saúde se declara como determinante e condicionante a depender da organização da atenção e do cuidado dispensado.

Entendendo a saúde como produção social de determinação múltipla e complexa, os sujeitos devem participar ativamente neste processo de busca incansável pelas melhorias de vida.

Tivemos a oportunidade de assistir um vídeo que mostrava uma cidade chamada de Ilha das Flores, em que a população escolhia entre o lixo, alimentos para sobreviver. Deste vídeo, foi indagado sobre as atitudes que poderíamos tomar.

O primeiro passo para tentar controlar todo aquele arsenal sub-humano é a tentativa de estabelecer os melhores locais para o despejo de todo o lixo (restos de alimentos etc.), só depois, é imprescindível controlar a entrada daquelas pessoas e seus despojos em cima de tais produtos inadequados a seus consumos.

Mesmo sendo uma comunidade paupérrima não significa que estas condições sejam aceitas e repetidas diariamente.

Outro passo importante condiz quanto a falta de instalações hidrossanitárias do local, assim como a manutenção de animais junto de seres humanos, a vigilância sanitária teria que entrar em ação no que diz respeito as normas sanitárias adequadas.

Este filme mostra, infelizmente, a realidade de muitos brasileiros.

Não basta educar estas pessoas, ou mesmo, tentar repassar questões relacionadas a educação e saúde, se elas nem sequer tem o que comer. Incentivá-las a exercer atividades das quais sabem, montando cooperativas agrícolas, por exemplo, cooperativas de trabalhos artesanais, incentivando as crianças de irem à escola, ao passo que se oferece alimentação, saúde e educação, através da integração deste sistema tão importante que é o binômio saúde-educação conhecido como Centro Integrados de Educação e Saúde (CIES).

Promovendo saúde se previne doenças. Para tanto, neste contexto, seria importante que houvesse uma ligação entre as unidades de atenção à saúde em todos seus âmbitos (primário, secundário e terciário), para que fossem traçados perfis de atendimentos por localidade e a partir daí, programas de saúde direcionados ao tipo de atendimento mais frequente.

Enfim, é um trabalho bem extenso que só a equipe de SF não pode resolver. O ponto de partida são as parcerias com outros setores a fim de direcionar as atividades de forma a adesão de todos da comunidade e a nova adoção de atitudes para a promoção e manutenção da saúde.

4.9 Disciplina 09 - Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

As questões ambientais são notícias diárias na mídia. Ora pelas catástrofes naturais que assolam o mundo, ora por tentativa de conscientização do ser humano na mudança de comportamento a fim de evitar ainda mais catástrofes ambientais.

Este assunto engloba uma gama de alterações que passam pelas questões de educação e saúde individual a coletiva.

A relação do homem com o meio ambiente vem desde os tempos da pré-história, em que vivíamos de forma mais natural que hoje. Naquele tempo, o único objetivo era manter-se vivo. No entanto, o homem cada vez mais se adaptava as tendências de seu habitat. Com a descoberta do metal, o mesmo homem tornou-se mais hábil e com seu instinto criativo, se tornou também mais ágil, o que o diferenciava dos outros animais.

Percebe-se que desde os primórdios, o homem sempre trabalhou aliado a natureza e tentando entender e lidar com todos os seus mistérios, melhorando sua qualidade de vida acima de tudo.

A necessidade de exploração de atividades de subsistência, como o plantio e a criação de animais, já fora iniciado com necessidade de destruição de florestas para a extração de lenhas e para fazer pastagens ou roças.

Apesar de não ser nem um terço do que acontece hoje, mas já demonstrava o que viria pela frente, um comportamento individualista e egoísta, que acarreta em devastações irresponsáveis do meio ambiente. (BENEDUCE, 2000)

A conservação ambiental ocupa na atualidade, uma significativa parcela dos investimentos e esforços administrativos de todos os segmentos econômicos.

Os sistemas de gestão ambiental surgiram para organizar o relacionamento entre as atividades produtivas e o meio ambiente e podem ser consideradas como garantia de competitividade ou mesmo fator de sobrevivência em função das inúmeras e dinâmicas exigências das variáveis macroambientais do mercado. (GRADVOHL, 2005)

Sob a ótica do risco ambiental o qual estamos inseridos, a partir do instante em que vivemos sob ambientes insalubres, periculosos e muitas vezes impróprios para o exercício de atividades laborativas dignas, acidentes naturais e artificiais estão mais propensos a ocorrer.

Sendo assim, a previdência social merece destaque por ser uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. Órgão responsável pelo seguro social para o cidadão que contribui.

A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho, seja pela doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão. (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2011)

A Constituição Federal de 1988 dentre outros projetos, instituiu direitos sociais para os brasileiros e criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo de integração de atendimentos igualitários entre a população a fim de cuidar e promover a saúde.

Este sistema constitui de um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

Uma atividade desta disciplina foi sobre a postagem de uma manchete de jornal ou revista que chamasse atenção sobre acidentes de trabalho no Brasil. A escolha foi fácil, já que não é difícil encontrarmos tal assunto na mídia.

A manchete foi: "Auxiliar de enfermagem corta parte do dedo criança em SP."

> "Uma menina de um ano de idade teve parte do dedo mínimo cortado em um procedimento médico no Hospital do Mandaqui, na zona norte de São Paulo, na manhã deste domingo. A auxiliar de enfermagem feriu o bebê quando retirava uma bandagem usada para imobilizar a mão da criança enquanto ela recebia medicação intravenosa. A criança foi levada ao centro cirúrgico do hospital, mas perdeu a ponta do dedo, e não houve possibilidade de reimplante. De acordo com a Secretaria Estadual da Saúde, a auxiliar de enfermagem trabalha no local há dez anos e não há registro de falhas.
> Ela foi afastada por tempo indeterminado e terá direito a defesa, mas pode ser exonerada caso seja constatada falta grave. Uma sindicância será aberta na segunda-feira." Da Redação, com Band SP (30/01/2011)

Infelizmente este caso envolveu uma profissional de enfermagem, que segundo o jornal, não tinha sequer falhas registradas em sua vida profissional.

A carga horária, o excesso de atribuições, a demanda e a cobrança faz com que muitas vezes o trabalho se torne mais exaustivo do que é.

Não basta dar subsídios legais como previdência, plano de saúde. Para conotar uma verdadeira preocupação com o trabalhador, deveria haver mais interesse em saber como o trabalhador vive, em que condições está trabalhando, se aquele salário é compatível com as funções exercidas (e não com o que realmente faz), conhecer a realidade de seu lar e família,

será que estão vivendo em condições dignas? Será que aquele que cuida do outro é cuidado por alguém?

As pressões ambientais geradas pelo crescimento dos agrupamentos urbanos fazem parte de um processo que é baseado no conhecimento, e expresso principalmente por meio da tecnologia.

Com isso, e com o aumento crescente da demanda por recursos e satisfação das necessidades da população, mais resíduos são gerados diariamente, o que resulta a poluição androgênica, ou seja, aquela causada pelo homem.

É dever de todo cidadão, manter e preservar o meio ambiente para as presentes e futuras gerações, no entanto, ações preventivas e remediais não estão sendo suficientes para debelar toda a poluição e devastação do meio ambiente.

A Carta Magna no Brasil já afirma isto, e observando-a, torna-se claro que todos nós somos responsáveis por tudo o que está acontecendo. (GRADVOHL, 2005)

A necessidade de exploração de atividades de subsistência, como o plantio e a criação de animais, já fora iniciado com necessidade de destruição de florestas para a extração de lenhas e para fazer pastagens ou roças.

Relacionando as manchetes dos programas da TV a nossa realidade e ao tema em questão, percebi que as questões ambientais estão mais próximas do que podia imaginar. Sentimos diariamente "na pele", que questões relacionadas ao aquecimento global, falta de controle dos recursos não renováveis (petróleo, carvão mineral, etc), destruição da camada de ozônio, perda da biodiversidade, contaminação e exploração descontrolada dos oceanos, superpopulação do planeta, uso e ocupação inadequada do solo, poluição e mau uso dos recursos hídricos, fazem parte deste triste cenário de catástrofes que estamos vivendo hoje, com desabamentos de terra, enchentes e inundações.

4.10 Disciplina 10 - Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

A partir do momento em que a saúde foi reconhecida como reflexo na qualidade de vida decorrente da situação política, econômica, social e cultural a qual a população está exposta, tentou-se interligar a responsabilidade deste "bem" ao Estado.

O artigo 196 da Constituição Federativa do Brasil de 1988 descreve que:

> [...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao

> acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2003)

Neste contexto, o SUS entra como estratégia descentralizada, financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, com o objetivo de oferecer a população políticas públicas de saúde atendendo aos seus princípios e diretrizes que incluem universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

A ampliação da atenção primária nos últimos 15 anos trouxe importantes conquistas para a efetivação dos princípios do SUS.

Dentre as políticas públicas de saúde, aquela direcionada a Saúde Bucal, desde dezembro de 2000 inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF), significou a criação de um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde. (BRASIL, 2008)

O trabalho em Saúde Bucal vem adquirindo um caráter diferente do que ocorria a décadas atrás, onde os procedimentos odontológicos não passavam de extração e restauração dentária.

A educação em saúde faz parte de um leque de atividades realizadas pela equipe de Saúde Bucal. No entanto, entre 2001 e 2003, uma destas equipes estava vinculada a duas equipes de ESF, condição esta devido a grande demanda de profissionais odontólogos para ações curativas, e assim havia o comprometimento das ações de promoção e prevenção.

Sensibilizado por esta atuação, o Ministério da Saúde passou a financiar equipes de Saúde Bucal vinculadas a apenas uma equipe de ESF, o que possibilitou um aumento destas equipes e consequentemente maior cobertura populacional, expandindo os atendimentos odontológicos. (BRASIL, 2008)

O resultado disso foi o decrescente número de extrações dentárias, a partir de ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

Apenas em 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal, traçando como diretrizes e principais linhas de ação:

1- Reorganização da atenção básica na Saúde Bucal, especialmente por meio da ESF,

2- Ampliação e qualificação da atenção especializada, principalmente por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias,

3- Expansão da cobertura de fluoretação da água de abastecimento público. (BRASIL, 2008).

A equipe de Saúde Bucal é composta pelo cirurgião dentista, técnico em higiene dental (THD) e atendente de consultório dentário (ACD). Cada profissional exerce suas funções conforme o que rege a legislação ao qual se insere.

A legislação em que o odontólogo está inserida dispõe sobre os seus direitos fundamentais e atribuições específicas em seu Art. 3º:

> "[...] diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional;
> resguardar o segredo profissional;
> contratar serviços profissionais de acordo com os preceitos deste Código;
> recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;
> direito de renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade do tratamento e fornecendo todas as informações necessárias ao cirurgião-dentista que lhe suceder;
> recusar qualquer disposição estatutária ou regimental de instituição pública ou privada que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício ou à livre escolha do paciente". (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006)

Especificamente dentro da ESF, cabe ao cirurgião dentista: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal, realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade, encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento, coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais

membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF, realizar supervisão técnica do THD e ACD, e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Os atributos técnicos do THD são: realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais, coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.(CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006)

O ACD realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde, procede à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados, prepara e organiza o instrumental e materiais necessários, instrumentaliza e auxilia o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos, cuida da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos, organiza a agenda clínica, acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006)

Neste primeiro fórum, foi mencionado por vários colegas sobre o entrosamento da equipe de saúde tradicional (enfermeiro, agente de saúde e médico), com os odontólogos.

A colega Fabiane descreveu o seguinte sobre a saúde bucal dos bebês:

> "Nas consultas de puericultura sempre oriento as mães sobre a higienização adequada da cavidade oral da criança, seja com a fraldinha com a gaze molhada, visto que em alguns casos a falta de higiene provoca candidíase oral. Outro fator importante é quando as mães estão iniciando o aleitamento misto. Gosto de desencorajar o uso da mamadeira e incentivar o uso da colherinha e do copinho, além do uso de alimentos amassados e pastosos, com pouco açúcar e sal. Desse modo se estimula a mastigação, a formação da dentição, e a criança aprende o sabor de cada alimento. Geralmente não encaminho os bebês ao dentista, a não ser se for identificado algum problema na arcada dentária ou na língua."

Saúde bucal das gestantes:

> "Quanto às gestantes, na primeira consulta investigo se há alguma queixa odontológica, como sangramentos, dores de dente, dentes cariados ou "estragados" e só encaminho ao dentista diante de alguma queixa. Quanto à sialorréia, oriento a deglutição da saliva. O problema na minha equipe é que contamos apenas com um odontólogo para duas equipes o que reduz o número de fichas e o profissional não quer atender sem ficha, mesmo que tenha encaminhamento do profissional médico ou enfermeiro. Recentemente atendi uma gestante que tinha queixas que todos os seus dentes estavam fraturando, a mesma fez a primeira consulta odontológica, porém foi orientada a retornar só com ficha, fato que me deixou chateada. Em um curso que fiz recentemente foi muito bem trabalhada a questão da periodontite crônica em gestantes e os malefícios que a mesma acarreta, muito bem citado no texto (parto prematuro e bebês de baixo peso) e a questão da transmissão ao bebê durante práticas errôneas de higiene entre outras. Estou achando muito interessante o enfoque dado nesta disciplina, pois ainda observamos no cotidiano que esta atenção por vezes é negligenciada no cuidado pré-natal e na puericultura, além disso odontólogo trabalha um pouco "distante" da equipe, e acabamos apenas entregando fichas aos ACS e nada mais".
>
> "Vale ressaltar que tive uma experiência exitosa com gestantes e crianças no município de Aracoiaba, quando trabalhei com uma dentista que valorizava muito esses grupos, não somente com o exame odontológico, mas mensalmente o assunto era discutido nos grupos".

Este comentário foi de suma importância para enfatizar sobre problemas odontológicos que acometem estes dois grupos, refletindo no estilo de vida, atrapalhando outros aspectos para a manutenção da saúde, o que nos faz acreditar cada vez mais que para se obter saúde, um leque de particularidades devem ser observadas já que lidamos com um ser holístico.

No segundo fórum, os colegas postaram sobre a sobrecarga de trabalho da equipe de saúde bucal, quando, por muitas vezes, são responsáveis por duas equipe de ESF, o que dificulta um atendimento de qualidade. O colega Erisvaldo menciona que as suas dificuldades giram em torno da falta de manutenção preventiva nos equipamentos odontológicos, com demora na realização dos serviços, Grande número de pessoas vinculadas a uma equipe de saúde da família, superlotando a demanda na saúde bucal, Dificuldade no cadastramento de alguns usuários, devido às áreas descobertas por ACS, Necessidade de aquisição de mais duas novas Unidades Móveis de Consultório Odontológico para atendimento em domicílio de pacientes especiais e idosos.

Durante a atividade foi solicitado que escrevêssemos sobre a saúde bucal dos idosos brasileiros. Minha análise crítica consistiu em descrever o seguinte:

A inclusão de ações de saúde bucal a nível nacional na estratégia de saúde da família (ESF) significou a criação de um espaço de práticas e relações a serem construídas com base na visão holística do usuário.

Mesmo regulamentada em dezembro de 2000, a equipe de saúde bucal não exercia seu papel como parte de uma equipe multidisciplinar na ESF. Apenas em 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal tendo como diretrizes e linhas de ação, a reorganização da atenção básica na saúde bucal, especialmente por meio da estratégia saúde da família, ampliação e qualificação da atenção especializada, principalmente por meio da implantação de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias, assim como a expansão da cobertura de fluoretação da água de abastecimento público. (BRASIL, 2008)

Neste último item, têm-se a intersetorialidade como grande aliada para o sucesso desta política pública de saúde.

Os idosos compõem uma grande parcela no segmento populacional brasileiro, o que trás consigo crescentes números de problemas de saúde. A expectativa de vida aumentou nos últimos 20 anos, o que acarreta maiores notificações nesta faixa etária.

Assim como todo o organismo, as estruturas orais sofrem ação do envelhecimento e os tecidos da cavidade oral refletem as alterações da idade. A mucosa oral reflete, com o tempo, numerosos processos de envelhecimento. Na língua, com a idade, costumam aparecer certas alterações nas estruturas básicas e as alterações na superfície por perda das papilas são facilmente identificadas. (SILVA, 2009)

Após este pequeno apanhado, verificamos que além da dificuldade de conseguir recursos para a saúde bucal, existe o fator de aumento populacional da terceira idade, o que impossibilita, infelizmente, uma política bucal perfeita e com abrangência integral.

Pesquisas do Ministério da Saúde garantem que desde 2001, cerca de 2 milhões de dentes deixaram se ser extraídos. Estatística esta explicada pela melhoria na qualidade de atenção bucal no país. (BRASIL, 2008)

No Nordeste, a implantação dos Centros Especializados Odontológicos (CEO) ganharam destaque devido a carência da região e grande demanda no serviço. Dados do Ministério da Saúde (2008) referenciam que 248 CEO's foram implantados em abril deste mesmo ano, demonstrando assim o investimento na área, diferentemente de tempos passados, em que a resolução era na extração dentária e não havia sequer a preocupação com o esclarecimento dos cuidados necessários de uma boa saúde bucal, já que isso pode afetar o

nível nutricional e o bem estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa. (BRASIL, 2008)

Com a dentição comprometida ou as próteses inadequadas, os idosos têm dificuldades mastigatórias, sobrecarregando órgãos como o estômago, fígado e rins, uma vez que a digestão começa pela boca com uma correta mastigação do bolo alimentar, "molhando-o" bem antes com a saliva para facilitar o seu ingresso no sistema digestivo.

4.11 Disciplina 11 - Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

É considerada deficiente visual a pessoa que é privada, em parte (segundo critérios pré-estabelecidos) ou totalmente da capacidade de ver.

A perda da visão pode ser decorrente de ferimentos, traumatismos, perfurações e vazamentos nos olhos. Durante a gestação, doenças como rubéola, toxoplasmose e sífilis podem causar a deficiência na criança.

Infecções em recém-nascidos também podem vir a provocar déficit visuais. Algumas doenças que ocorrem, na maioria das vezes, em adultos, se não forem tratadas, propiciam a ocorrência da deficiência.

Abaixo seguem algumas dicas de como se comportar com um portador de deficiência visual.

✓ Evite expressões que relacionem-se diretamente com a deficiência, como ceguinho, quatro-olhos e zarolho, elas são pejorativas;

✓ É importante que ao se dirigir a PcD fale diretamente com ela, espere para ajudá-la, pergunte se precisa de ajuda.

✓ Não é necessário evitar termos como "ver" e "olhar". Mesmo sem ter fisicamente a capacidade de fazer isso, os deficientes visuais podem entender a expressão metaforicamente sem se sentirem ofendidos. Não é necessário dizer "toque", "apalpe", "ouça só !";

✓ Toque no braço dele antes de começar a falar com ele para que o deficiente visual entenda que é o destinatário de suas palavras. Quando for deixar o ambiente avise a ele; é desconfortável saber que continua falando sem ter um ouvinte;

✓ Não se dirija ao portador de deficiência visual através de seu acompanhante, supondo que ele não pode compreendê-lo;

✓ Em um local estreito, onde só passa uma pessoa, coloque o seu braço para trás, de modo que ele possa continuar a seguir você;

✓ Algumas pessoas, sem perceber, falam em tom de voz mais alto quando conversam com pessoas cegas. A menos que a pessoa tenha também uma deficiência auditiva que justifique isso, não faz nenhum sentido gritar. Fale em tom de voz normal;

✓ Por mais tentador que seja acariciar um cão-guia, lembre-se de que esses cães têm a responsabilidade de guiar um dono que não enxerga. O cão nunca deve ser distraído do seu trabalho;

✓ No convívio social ou profissional, não exclua as pessoas com deficiência visual das atividades normais. Deixe que elas decidam como podem ou querem participar.

A audição, tal como os restantes sentidos, é muito importante para o nosso desenvolvimento como indivíduo, como parte da sociedade. Já antes do nosso nascimento, a audição é o primeiro sentido a ser apurado, através do diálogo da mãe com o seu bebê, dos novos sons, do conhecimento do mundo que nos rodeia.

É através desta que nos comunicamos com o mundo e este se comunica conosco, desenvolvendo assim a nossa identidade, os nossos sentimentos, a compreensão do mundo que está à nossa volta, os vínculos sociais, as interações intra e inter – pessoais e, não esquecendo, o modo como manifestamos os nossos anseios e necessidades.

A deficiência auditiva, trivialmente conhecida como surdez, consiste na perda parcial ou total da capacidade de ouvir, isto é, um indivíduo que apresente um problema auditivo.

É considerado surdo todo o individuo cuja audição não é funcional no dia-a-dia, e considerado parcialmente surdo todo aquele cuja capacidade de ouvir, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva.

A deficiência auditiva é uma das deficiências contempladas e integradas nas necessidades educativas especiais (n.e.e.); necessidades pelas quais a Escola tanto proclama.

Por vezes, as pessoas confundem surdez com deficiência auditiva. Porém, estas duas noções não devem ser encaradas como sinônimos. A surdez, sendo de origem congênita, é quando se nasce surdo, isto é, não se tem a capacidade de ouvir nenhum som. Por consequência, surge uma série de dificuldades na aquisição da linguagem, bem como no desenvolvimento da comunicação.

Por sua vez, a deficiência auditiva é um déficit adquirido, ou seja, é quando se nasce com uma audição perfeita e que, devido a lesões ou doenças, a perde. Nestas situações, na maior parte dos casos, a pessoa já aprendeu a se comunicar oralmente. Porém, ao adquirir esta deficiência, vai ter de aprender a comunicar-se de outra forma. Em certos casos, pode-se recorrer ao uso de aparelhos auditivos ou a intervenções cirúrgicas (dependendo do grau da deficiência auditiva) a fim de minimizar ou corrigir o problema.

A deficiência física é definida como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho motor de determinada pessoa.

As causas são diversas, podendo estar ligadas a problemas genéticos, complicações na gestação ou gravidez, doenças infantis e acidentes. Dentre as causas que mais ocasionam a deficiência física, destacam-se:

- ✓ Causas pré-natais: problemas durante a gestação (remédios tomados pela mãe, tentativas de aborto malsucedidas, perdas de sangue durante a gestação, crises maternas de hipertensão, problemas genéticos e outras);
- ✓ Causas perinatais: problema respiratório na hora do nascimento, prematuridade, bebê que entra em sofrimento na hora do nascimento por ter passado da hora, cordão umbilical enrolado no pescoço e outras;
- ✓ Causas pós natais: parada cardíaca, infecção hospitalar, meningite ou outra doença infecto-contagiosa ou quando o sangue do bebê não combina com o da mãe (se esta for Rh negativo), traumatismo craniano ocasionado por uma queda muito forte e outras.

Porém, não podemos deixar de ressaltar que as deficiências não são limitadas apenas as citadas acima, mas existem outros tipos de deficiências que não devem ser esquecidas, como a deficiência mental, a cultural, dentre outras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso Sistema Único de Saúde – SUS tem priorizado a reorientação da saúde nas unidades básicas de saúde (UBS). As questões políticas, econômicas, sociais e culturais são avaliadas dentro do contexto em que o usuário está inserido, e as propostas de educação e promoção da saúde devem revelar tendências para adoção das mesmas e adaptadas do modo de percepção das informações, ou seja, de como o processo de comunicação foi realizado.

A intenção da criação do Programa Saúde da Família em 1994, foi melhorar o modelo de atenção à saúde, tornando-a mais eficiente, equânime e mais próxima a realidade de cada usuário.

Logo, foi preciso modificar esta nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF), já que definia melhor o objetivo proposto pelo SUS.

Quando a Universidade Federal do Ceará abre espaços para qualificação de profissionais da saúde com a Universidade Aberta SUS pelo ambiente virtual de aprendizagem (AVA), proporciona maiores chances dos trabalhadores da área da saúde participarem e atualizarem-se nas áreas afins já que o tempo é um vilão nos dias atuais.

Na perspectiva de qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na ESF, no que condiz a empregar os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação comunitária, utilizando ações integrativas com o indivíduo, foi proposto um curso de pós graduação tipo especialização.

Nesta especialização, a atividade de avaliação sendo do tipo portfólio, facilitou a assimilação do conteúdo exposto, pois a partir do entendimento, preparou-se um material específico para cada disciplina e assim, foi exposto o assunto conforme o entendimento do mesmo.

A disciplina Processo de Trabalho em Saúde teve como objetivo traçar sobre uma dimensão antropológica, o saber profissional para a construção de novos paradigmas capaz de indicar meios de sustentabilidade ambiental para o bem estar dos profissionais da equipe de saúde da família e clientela assistida.

A disciplina Saúde Mental e violência retratou sobre os objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira e os seus reflexos no modelo de atenção a saúde mental preconizados pelo SUS.

A disciplina Modelo assistencial e atenção primária à saúde esclareceu os diferentes modelos assistenciais no Brasil.

A disciplina Planejamento e avaliação de ações de saúde retratou sobre todo o processo que envolve desde a identificação dos problemas de saúde até a elaboração de um plano de ação capaz de intervir na realidade.

A disciplina Tecnologias para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade, procurou apresentar várias formas de comunicação com o outro, através de práticas educativas em saúde.

A disciplina Saúde da mulher no ciclo vital promoveu uma reflexão sobre a atenção da saúde da mulher dentro do ESF e sua dimensão dentro da família e sociedade.

A disciplina Participação social e promoção de saúde descreveu sobre a importância da atenção primária para a promoção da saúde a partir do desenvolvimento de conceitos sobre autocuidado, *empowerment* e redes sociais como atividades importantes dentro da ESF.

A disciplina Saúde ambiental foi responsável por esclarecer sobre os impactos da ação humana sobre sua saúde e do ambiente, assim como despertou reflexões acerca da relação de trabalho, saúde e ambiente, contextualizando os principais cenários da realidade brasileira.

A disciplina Saúde bucal enfatizou os subsídios teóricos para a compreensão da saúde bucal dentro do ESF e as expôs as diretrizes para o enquadramento de políticas de saúde bucal mais estruturadas no cenário brasileiro.

A última disciplina foi Atenção básica em saúde aos Portadores de deficiência marcada por sensibilizar o profissional da saúde para o trabalho com este tipo de paciente, através do conhecimento da sua política nacional de atenção a saúde.

De tudo que foi exposto, podemos afirmar que a percepção ampliada do sujeito enquanto ser único demonstra respeito, divide responsabilidades, estreita a relação profissional-usuário, reforça o vínculo e a confiança entre os mesmos e estimula o usuário a compreender e participar mais efetivamente de sua promoção e manutenção da saúde através das políticas públicas disponíveis no país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.E.L. de. **O portfólio como instrumento do processo ensino-aprendizagem e avaliação.** Aula proferida na disciplina Saúde Coletiva II. Universidade Federal do Ceará. 2010.

BENEDUCE, F. **A sociedade energética e o meio ambiente**. Fortaleza: Simões, 2000.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**- compaixão pela terra. Petrópolis-RJ:Vozes, 1999.

BOTEGA, N.J. Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: III. Perfil das internações. Revista ABP-APAL, v.19, n.3, p.91-96, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição Federal do Brasil.** 20 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. **Temático Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. _____. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS-ParticipaSUS.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde. Painel de indicadores do SUS. n. 6, 2009.

_____._____.**Lei n º 11340 /2006.** Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm **>.** Acesso em: 04, dez, 2010.

_____._____. Ministério da Previdência Social. **Doença**. Disponível em: < http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php. Acesso em: 16, mar, 2011.

_____._____.Ministério da Saúde. **Lei 8080.** Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf. Acesso em 20, set, 2011.

CAPS II, Vila Mariana. Disponível em<http:// www.caps2vm.blogspot.com/2011/09/o-que-e-um-caps.html> Acesso em 10 set. 2011

CARVALHO, B. G. **Planejamento em saúde. Londrina**. 6 p. Disponível em: < http://www.ccs.uel.br >. Acesso em: 29, nov. 2010.

CAVALCANTE,T., AMORA, Z., SILVA, J.B. da, SILVA, A. C. da. Construindo o Ceará:geografia. 4. Ed. Reimpr. Fortaleza: edições Demócrito Rocha, 2011.188p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológica. Disponível em: < http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf >. Acesso em: 20, mai., 2010.

DIÁRIO DO NORDESTE. Exposição interativa alerta sobre tuberculose. Fortaleza, 16 jun. 2011. Caderno Regional. Disponível em:< http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=997549 > Acesso em: 20, set., 2011

ESPINOSA, Ana Maria Fernadez. **Psiquiatria.** Rio de Janeiro: MC Graw Hill. 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio do século XXI**: o minidicionário da língua portuguesa. 5 ed. rev. Ampliada, RJ: Nova Fronteia, 2001.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Enfermagem:** cuidando em emergência. 2 ed. rev. São Caetano do Sul- SP: Yendis Editora, 2006.

FRANCO, S. **Criando o próprio futuro**. 6 ed. rev. e ampliada. São Paulo: Futura, 2002.

GRADVOHL, A.B. **Gestão econômica ambiental**. Fortaleza: Gráfica Unifor, 2006.

MEDEIROS, F.A.L., LEITE, K.A.O. O ato de cuidar na perspectiva de profissionais do programa saúde da família. **Revista Nursing**. v.11, n.126, p. 518- 523, 2008.

PUCRS. Florence Nigthingale. Disponível em: <http://www.pucrs.br/famat/statweb/historia/daestatistica/biografias/Nigthingale.htm>. Acesso em: 20, set, 2011.

SCHNEIDER, Alessandra. **Pacto pela saúde** - possibilidade ou realidade? CEAP. 2 ed. Passo Fundo: IFIBE. 2009.

SILVA, E. Partidos precisam respeitar o fortalezense. **Diário do Nordeste**. Fortaleza, 31 jul. 2011. Caderno Política.

SILVA, J. V. **Saúde do Idoso e a enfermagem:** processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**.** São Paulo: Iátria. 2009.

SIQUEIRA, I.L.C.P. de. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova ferramenta educativa para enfermagem. **Revista Nursing**. v.10, n. 111, p.382-386, 2007.

SMELTZER, S.C., BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.

SPENCER J. **Quem mexeu no meu queijo?** 4 ed. Ed.Record:2004.

VIDAL, C.R.P.M. **Mulheres no climatério: desconhecimento, relacionamento e estratégias**. Fortaleza, 2009. 102 p. Tese (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

WEDEL, H.E., WALL, M.L., MAFTUM, M.A. Sentimentos da mulher na transição gestação-puerpério. **Revista Nursing**. v.11, n.126, p. 501- 506, 2008.

WIKIPEDIA. **Hierarquia de necessidades de Maslow**. Disponível em: < http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Hierarquia_de_necessidades_de_Maslow >. Acesso em: 20 mai. 2010.