



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E EAD EM SAÚDE – NUTEDS

GISELLE MARIA DUARTE MENEZES

PORTFÓLIO:

Reflexões e vivências em um curso semipresencial de Especialização em Saúde da Família

FORTALEZA – CEARÁ

2011

GISELLE MARIA DUARTE MENEZES

PORTFÓLIO:

Reflexões e vivências em um curso semipresencial de Especialização em Saúde da Família

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

Orientador: Dr. Luiz Roberto de Oliveira

FORTALEZA-CE

2011

M541p Menezes, Giselle Maria Duarte.
Portfólio: reflexões e vivências em um curso semipresencial de especialização em saúde da família / Giselle Maria Duarte Menezes. – 2011.
89 f. : il.

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.

Orientação: Prof. Dr. Luiz Roberto de Oliveira.

Coorientação: Profª. Maria Virgínia Tavares Cruz Vitoriano

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

CDD 362.1

GISELLE MARIA DUARTE MENEZES

PORTFÓLIO:

Reflexões e vivências em um curso semipresencial de Especialização em Saúde da Família

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

Aprovada em 08/10/2011.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Luiz Roberto de Oliveira
Universidade Federal do Ceará – UFC
Orientador

Maria Virgínia Tavares Cruz Vitoriano
Universidade Federal do Ceará –UFC
1º Membro Efetivo

Silvania Maria Maia
Universidade Federal do Ceará –UFC
2º Membro Efetivo

*À minha mãe, **Maria da Penha**, e à minha tia, **Maria de Fátima**,
flores colhidas por Deus para enfeitar o jardim que existe no céu,
pelo amor incondicional desde a minha concepção.*

*À minha saudosa avó materna, **Bela Mariano**, cujas lembranças
tornaram-se inesquecíveis, pela dedicação e amor à família*

*À minha filha, **Pietra**, meu sonho mais bonito, por ser minha razão
de viver.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo Dom da Vida e pela certeza do amor eterno

Ao meu amado esposo, Alexandre, pelo amor e incentivo desde a adolescência

Ao meu pai, Gilberto, por ter me proporcionado condições para uma vida feliz

Às minhas tias-mãe, Tia Socorro e Tia Goretti, pela presença constante na realização dos meus sonhos

Aos meus irmãos, Maria Isabel, Gilberto Júnior e Paulo de Tarso, pelos exemplos e ensinamentos

Aos meus sobrinhos, João Victor, Pedro Henrique, Gilberto Neto, Guilherme, Salomão, Henrique Neto e Maria Luísa, pela ternura e alegria no olhar que despertaram em mim o desejo de ser mãe

À minha prima, afilhada e comadre, Cibele Maria, pelas conversas e desabafos

À minha tutora e incentivadora, Maria Virgínia Tavares Cruz Vitoriano, por acreditar no meu potencial e ser minha fortaleza nos momentos mais difíceis

Aos professores virtuais do curso de Especialização em Saúde da Família, por compartilhar seus saberes de forma prática e didática

Aos meus companheiros de turma (Caucaia 03), pela amizade, companheirismo e ricas trocas de experiências presenciais e virtuais

A todos os profissionais que trabalham no CSF Casimiro Filho, pelas ideias durante a construção deste portfólio e por acreditarem nos resultados do meu trabalho.

RESUMO

Como proposta de reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Programa Saúde da Família (PSF) assume o importante papel de estratégia de atuação da atenção primária em saúde. Para isso, torna-se necessária a qualificação dos profissionais para atenderem à demanda dessa nova perspectiva de ações preventivas sem prejuízo das demais curativas e de reabilitação. Visando reforçar a política de recursos humanos na área de saúde com educação permanente, surgiu o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) através da modalidade de educação a distância *on line*, onde professores e alunos não estão fisicamente juntos, mas podem estar interligados por tecnologias, como a internet. Neste trabalho estão compiladas as atividades e reflexões da estudante, assim como a trajetória percorrida pela profissional enfermeira atuante há cinco anos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza-CE, através dos portfólios produzidos durante as disciplinas do curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade semipresencial oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC). Teve como objetivos revelar as vivências adquiridas ao longo da implantação da ESF na área de abrangência específica; aplicar as concepções teóricas da ESF à prática profissional; avaliar a melhoria na qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde da família através da troca de experiências práticas em um curso virtual; e apresentar os portfólios construídos ao longo de cada disciplina. Por se tratar de um relato de experiência, não foi necessária a aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa Científica. O anonimato e o sigilo das participantes que contribuíram com o estudo foram garantidos, bem como o livre arbítrio de se retirar a qualquer momento ou quando desejassem. Os resultados apontam que durante os dois anos do curso de especialização e construção do portfólio de cada disciplina cursada, a experiência vivenciada e a teoria aplicada em muito contribuíram para a melhoria das atividades profissionais da equipe de saúde da família a qual integro. Mas inúmeros ainda são os desafios a serem superados. Assim, observa-se a dinâmica entre maior qualificação profissional e aumento no comprometimento com as ações de atenção primária em saúde direcionada à área de abrangência da ESF preconizada pelo SUS.

Palavras-Chave: Atenção Básica em Saúde; Educação a Distância; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

As a proposal for reorienting the care model in Brazil, the Family Health Program (PSF) plays an important role in operational strategy of primary health care. For this, it becomes necessary professional qualification to meet the demands of this new prospect of preventative actions without prejudice to other healing and rehabilitation. Aiming to strengthen the human resources policy in the area of health care continuing education, came the Virtual Learning Environment (AVA) using the method of online distance education, where teachers and students are not physically together, but may be connected by technology, as the Internet. In this work are compiled and activities of the student reflections, as well as the trajectory for the professional nurse acting five years ago at the Family Health Strategy (ESF) in Fortaleza-CE, through the portfolios produced during the courses of the Specialization Course in Health Family semi-present in the form offered by the Open University (SUS UNASUS) in partnership with the Federal University of Ceará (UFC). Aimed to reveal the experiences acquired during the implementation of ESF in the specific area of coverage, evaluate improving the quality of care provided by family health team through the exchange of practical experiences in a virtual course, promote professional training for promotion the health of families assisted by the ESF and present the portfolios constructed the course in each discipline. Because it is an experience report does not require the approval of the Board of Ethics in Scientific Research. The anonymity and confidentiality of participants who contributed to the study were secured, and the free will to withdraw at any time or when desired. The results show that during the two-year specialization course and construction of each portfolio of courses taken, all lived experience and applied theory has contributed to improving the professional activities of the family health team which intact. But many are still challenges to overcome. Thus, we observe the dynamics between higher qualifications and increased commitment to the actions of primary health care aimed at the area covered by the ESF, as recommended by the SUS.

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde	PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde	PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem	PSF	Programa Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial	SER	Secretaria Executiva Regional
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social	SESI	Serviço Social da Indústria
CSF	Centro de Saúde da Família	SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
EaD	Educação a Distância	TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
ESF	Estratégia Saúde da Família	UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	UECE	Universidade Estadual do Ceará
OMS	Organização Mundial de Saúde	UFC	Universidade Federal do Ceará
ONG	Organização Não-Governamental	UNASUS	Universidade Aberta do SUS
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial		

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	14
3 PORTFÓLIOS	15
3.1 Disciplina 1 – Processo de Trabalho em Saúde.....	15
3.1.1 Determinantes Sociais da Saúde	20
3.2 Disciplina 2 – Saúde Mental e Violência	23
3.3 Disciplina 3 – Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde.....	27
3.3.1 Atributos da Qualidade do Cuidado em Saúde.....	29
3.4 Disciplina 4 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.....	32
3.5 Disciplina 5 – Tecnologias para abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.....	35
3.6 Disciplina 6 – Saúde da Mulher no Ciclo Vital.....	40
3.7 Disciplina 7 – Promoção da Saúde e Participação Social	45
3.8 Disciplina 8 – Saúde Ambiental	50
3.9 Disciplina 9 – Saúde Bucal.....	53
3.10 Disciplina 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.....	57
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICE A – QUADRO DE AÇÃO: PLANEJAMENTO TEÓRICO E PRÁTICO NO PROCESSO DE TRABALHO	63
APÊNDICE B – VISITA AO CAPS NISE DA SILVEIRA/SER I	64
APÊNDICE C – PLANO DE AÇÃO: UMA CONSTRUÇÃO EM EQUIPE	69
APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE PESQUISA UTILIZADO COM MULHERES	79
APÊNDICE E – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO: ACESSIBILIDADE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PD).....	80
FOTOGRAFIAS	86

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido incorporada aos discursos da saúde pública e adotada como um modelo por diversos países desde o início do século XX. Seus aspectos conceituais e suas formas de operacionalização no âmbito dos sistemas de saúde assumiram ao longo da história os contornos econômicos, políticos e culturais dos diferentes contextos, épocas e atores sociais envolvidos (PORTELA, 2008).

Em 1978, aconteceu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, Cazaquistão, quando a filosofia da atenção primária à saúde adquiriu expressão e compromisso internacional. Desta, surgiu a Declaração de Alma-Ata, assinada por representantes de 134 países e 67 organizações internacionais e não-governamentais, onde foram lançados os componentes e atividades fundamentais da APS: educação em saúde; adequada provisão alimentar e nutricional, assim como de água e saneamento básico; assistência materno-infantil; imunização contra doenças infecciosas; e terapias de doenças e traumatismos comuns a partir do fornecimento de medicamentos.

Foi nesse contexto de busca de diferentes propostas de reordenamento dos serviços de saúde que, em 1997, o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu, a partir da consolidação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e assumiu o papel de estratégia de atuação da atenção primária para a reorientação do modelo assistencial.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que deixou de ser chamada de “programa” para não dar a ideia de ações pontuais, se estabelece com o propósito de reverter o modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças, colocando-se em sintonia com os princípios do SUS e como uma alternativa para a organização de saúde. Baseada na demarcação de um espaço concreto de atuação (territorialização), a estratégia adota o núcleo familiar, captado a partir de seu ambiente físico e social, como base e unidade para sua ação, permitindo que as equipes de Saúde da Família compreendam sua dinâmica e suas relações com a sociedade e também avaliem quais determinantes sociais condicionam e determinam sua saúde (PORTELA, 2008).

Para que um modelo assistencial seja eficaz é necessário que o governo invista recursos para sua consolidação e que os profissionais estejam preparados para atuar nessa

nova perspectiva. Em 2006, com o concurso público para seleção de profissionais para atuarem na ESF do Ceará, assumi como enfermeira de uma equipe de Saúde da Família do município de Fortaleza, ficando responsável por sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com microáreas localizadas na Barra do Ceará.

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial-BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à Saúde no País. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, através de linhas de investimento que incluem ações de modernização institucional, adequação da rede de serviços, fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação e desenvolvimento de recursos humanos. Busca reforçar a política de recursos humanos na área de saúde com educação permanente e apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Para implementar a educação permanente através de cursos de qualificação dos profissionais atuantes na ESF surgiu o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) através da modalidade de Educação a Distância (EaD) *on line*. Esse é um modelo de ensino/aprendizagem que não exige que professores e alunos estejam normalmente juntos, fisicamente, mas podem estar conectados, interligados por tecnologias, principalmente as telemáticas, como a internet. Outros meios que podem ser utilizados são os Correios, o rádio, a televisão, o vídeo, o CD-ROM, o telefone, o fax e tecnologias semelhantes.

Foi nesse contexto de qualificação profissional dos trabalhadores do SUS, na Estratégia Saúde da Família do Estado do Ceará, que surgiu a oportunidade de fazer a Especialização em Saúde da Família, na modalidade semipresencial, pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC). Como enfermeira da ESF há cinco anos, graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), ainda não tinha tido oportunidade de sair da prática para cursar uma pós-graduação.

Minha primeira experiência profissional inserida na Atenção Primária em Saúde aconteceu ainda na graduação, durante os estágios supervisionados da rede básica, onde acompanhei por quase dois meses o desenvolvimento diário das atividades da equipe

multiprofissional do PSF do município de Maracanaú – Ceará. Porém, logo depois de formada, comecei trabalhando como enfermeira assistencial de hospital terciário e da assistência domiciliar, tipo HOME CARE, o que me aproximou do cuidado com o paciente e a família, mas com enfoque apenas curativo.

Após alguns meses, tornei-me enfermeira do PSF do município de Aquiraz – Ceará mediante aprovação em concurso público municipal. Desempenhei minhas atividades por dois anos quando veio a convocação para assumir o concurso de Fortaleza, município onde resido. Em Aquiraz, não tive oportunidade de aprimorar minha qualificação profissional, o curso introdutório para os profissionais do PSF só foi oferecido depois de um ano que estava na prática, e hoje vejo que muitas atividades profissionais de competências da enfermeira da ESF executava de forma aleatória.

Já no município de Fortaleza, a educação permanente já integra cotidiano da equipe de saúde da família, com oficinas, cursos, participação nos conselhos e nos planos locais. Todavia, nunca tinha ingressado em um curso diferente do modelo tradicional, em que estão sempre professor e aluno juntos na sala de aula. Esse curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade semipresencial, com ricas trocas de experiências no campo virtual, foi uma experiência inovadora em minha carreira profissional.

Na Educação a Distância, como não há o contato presencial frequente entre o professor (tutor) e seus aprendizes, outras ferramentas de interação utilizadas (chat, videoconferência, e-mail, fóruns) são relevantes. Ressalta-se, ainda, a costura textual em que todos os participantes (estudantes e professores) devem desenvolver uma linguagem lógica, com um domínio de leitura, associada a qualidade na produção escrita; outro aspecto a ser considerado é o contrato pedagógico, de forma que haja compromisso no relacionamento que se constitui *on line*. Estes são passos básicos que devem ser dados a fim de se construir uma comunidade virtual.

Paulo Freire (2004) afirma que a comunicação dá sentido à vida das pessoas. Por isso acredita-se que as diversas formas de interação e o diálogo que podem ocorrer em ambientes virtuais de aprendizagem sejam condições essenciais para a construção do vínculo entre as pessoas (tutores e aprendizes), favorecendo a permanência no curso semipresencial ou a distância.

O êxito do ambiente virtual de aprendizagem depende, em sua maior parte, da intensidade de interação entre as pessoas envolvidas. Muitas ferramentas oferecidas nessa modalidade de estudo contribuem para que se estabeleça um diálogo de reciprocidade. Ao se sentirem integrados no processo, construindo conhecimentos, tutores e aprendizes se motivam e seguem no curso da EaD até o final. A participação mútua permite um crescimento no aprendizado e uma menor evasão dos aprendizes.

O SUS tem se mostrado como grande estimulador do processo de EaD para os profissionais inseridos na sua área de atuação, buscando, assim, atingir a excelência na qualidade da assistência prestada. Percebo a educação permanente hoje como uma necessidade da atenção básica, para que os profissionais possam estar sempre realizando cursos, ampliando seus conhecimentos e melhorando a atuação profissional, numa evolução da anteriormente denominada educação continuada, em que os profissionais pareciam almejar apenas o acúmulo de títulos e informações, sem necessariamente buscar a aplicabilidade no dia a dia da sua prática.

A EaD tem construído um caminho cada vez mais sólido dentro da sociedade cotidiana, proporcionando qualificação profissional a pessoas de diversas ocupações e ampliando o acesso à educação como um todo. Neste trabalho estão compiladas as atividades e reflexões da estudante, assim como a trajetória percorrida pela profissional enfermeira atuante há cinco anos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza-CE, através dos portfólios produzidos durante as disciplinas do curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade semipresencial.

Por se tratar de trabalho de construção do portfólio, não se faz necessária a aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa Científica. Contudo, o anonimato e o sigilo das participantes que contribuíram com o estudo foram garantidos, bem como o livre arbítrio de se retirar a qualquer momento ou quando desejassem.

Portfólios são documentos personalizados do percurso de aprendizagem, ricos e contextualizados. Contêm documentação organizada com propósito específico que claramente demonstra conhecimentos, capacidades, disposições e desempenhos alcançados durante um período de tempo. Os portfólios são um meio de reflexão que possibilita a construção de sentido, tornando o processo de aprendizagem transparente e visível, cristalizando perspectivas e antecipando direções futuras (GONÇALVES e ANDRADE, 2006).

Existem alguns princípios pedagógicos estabelecidos para essa nova ferramenta denominada portfólio como uma nova perspectiva da aprendizagem, processo de desenvolvimento inovador, análise do desempenho e da aprendizagem, autoavaliação, seleção e reflexão contínuas sobre o trabalho e papel do professor como facilitador (GONÇALVES e ANDRADE, 2006).

O portfólio é uma ferramenta que auxilia no método avaliativo dos passos dados por um estudante durante uma proposta de aprendizagem, geralmente pactuada entre educador e educando. Ele é uma possibilidade de avaliar todo o processo pelo qual passou o educando, permitindo que ele próprio, assim como seus educadores, consiga acompanhar e perceber o amadurecimento conquistado durante uma disciplina, por exemplo. Bem diferente da frieza e da dureza da fotografia estanque das provas objetivas de múltiplas escolhas. O portfólio permite o sensível e o subjetivo, abre as portas para que os diversos universos que existem no indivíduo apareçam, desenvolvam-se e se tornem conscientes.

Com o propósito de revelar os passos dados ao longo do curso, os desafios superados, os conhecimentos adquiridos e as experiências trocadas, esse portfólio foi paulatinamente construído e condensado para ser apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

2 OBJETIVOS

- Revelar as vivências adquiridas ao longo da implantação da ESF em uma área de abrangência específica;
- Aplicar as concepções teóricas da ESF à prática profissional;
- Avaliar a melhoria na qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde da família através da troca de experiências práticas em um curso virtual;
- Apresentar os portfólios construídos ao curso de cada disciplina.

3 PORTFÓLIOS

Referente às disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família.

3.1 Disciplina 1 – Processo de Trabalho em Saúde

A disciplina provocou uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, em particular, sobre a atenção básica de saúde e discutiu sobre os elementos de processo de trabalho, através dos seguintes fóruns: “Artefato da sensibilidade humana” (mudanças de hábitos para a promoção da saúde), “Democratização de ideias” (percepção das reais necessidades em saúde), “Diferença das diferenças” (comunicação entre a equipe multiprofissional), e “Evidências das Determinações Sociais”; bem como das tarefas propostas: “Cenário Real” (descrição do município), “O Processo de Trabalho e os objetivos diante dos novos paradigmas”, e “A noção de território” (contextualização da comunidade).

Fortaleza é um município brasileiro, Capital do Estado do Ceará. Esta cidade desenvolveu-se às margens do riacho Pajeú, no Nordeste do País, a 2.285 quilômetros de distância de Brasília. Localiza-se no litoral do Atlântico, com 34 km de praias, a uma altitude média de 21 metros. Centro de um município de 313,8 km² de área e 2.447 409 habitantes, é a capital de maior densidade demográfica do País, com 8.001 hab/km². É a cidade mais populosa do Ceará, a quinta do Brasil e a 91ª mais populosa do mundo. A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.655.259 habitantes, sendo a sexta mais populosa do País, e a segunda do Nordeste. Em recente estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fortaleza aparece como metrópole da terceira maior rede urbana do Brasil em população (IBGE, 2010).

O Centro de Saúde da Família que descreveremos neste capítulo chama-se Casemiro José de Lima Filho e fica localizado numa extensa área litorânea da Capital, situada à Av. Francisco Sá nº 6.469, no bairro Barra do Ceará. Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde que oferta serviços de atenção primária e apresenta a Estratégia Saúde da Família (ESF) como base para implementação do SUS.

A Barra do Ceará é um dos bairros mais populosos e pobres da capital cearense. Tem 69.317 habitantes (censo oficial do IBGE/2010) distribuídos em 385 hectares, sendo o segundo bairro mais populoso de Fortaleza, perdendo apenas para o Mondubim.

O bairro é considerado o berço histórico do Estado do Ceará, por ter sido o local onde o Capitão-mor Pero Coelho iniciou a colonização do território construindo o Fortim de São Tiago, no ano de 1604. É o mais antigo bairro da Capital: em julho de 2009 completou 405 anos de existência. Localizado na região noroeste da cidade, possui duas praias ao longo de sua área costeira, a das Goiabeiras, e a Praia da Barra, que é notabilizada pela beleza do seu pôr-do-sol (Figura 1). Limitando-se com o município de Caucaia, o acesso à cidade vizinha é feito pela ponte sob o Rio Ceará, chegando-se ao litoral oeste do Estado (GIRÃO, 1967).

FIGURA 1: Pôr-do-sol da praia da Barra do Ceará, Fortaleza – CE.



Fonte: Disponível em: <http://meuslugares.com.br/images/Fortaleza/barra_ceara_oest.jpg>. Acesso em: 05 jun. 2010.

A Barra do Ceará é mais um bairro que convive com brigas de gangues pelo tráfico de drogas. Proliferam também grupos de crianças, adolescentes e jovens que se oferecem nas ruas por pequenas quantias de dinheiro, tendo uma área de prostituição bastante conhecida na cidade. Um bairro que sofre por uma ocupação desordenada que influencia na configuração da comunidade, caracterizada pela pobreza. Muitos moradores sobrevivem de trabalhos autônomos e atividades instáveis com renda escassa (pescadores, catadores de latas,

papelão, costureiras, domésticas, vendedores ambulantes). O bairro também possui grandes lideranças, associações comunitárias (quadro abaixo), igrejas católicas e evangélicas, indústrias e fábricas.

Quadro 1: Listagem das associações comunitárias do bairro Barra do Ceará, Fortaleza.

Associação dos Moradores da Colônia
Associação dos Moradores do Conjunto Polar
Associação dos Moradores do Riacho Doce
Associação dos Moradores do Jardim Iracema
Associação Jovem Feliz
CCDS – Conselho Comunitário de Defesa Social

O bairro é sede do Ferroviário Atlético Clube e do primeiro Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciência e Esporte, o CUCA de Fortaleza. Possui três hospitais: o Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará (Gonzaguinha da Barra do Ceará), o Pronto Socorro Infantil e o Hospital Fernandes Távora. Possui, também, o Serviço Social da Indústria (SESI), que tem como missão contribuir para o fortalecimento da indústria e o exercício de sua responsabilidade social, prestando serviços integrados de educação, saúde e lazer, com vistas à melhoria da qualidade de vida para o trabalho e ao desenvolvimento sustentável. A ONG Maria Mãe da Vida tem sua sede no bairro, que possui, ainda, o Centro de Referência da Assistência Social da Barra do Ceará (CRAS). Esses centros são espaços físicos localizados estrategicamente e prestam atendimento socioassistencial, articulando os serviços disponíveis em cada localidade, bem como potencializando a rede de proteção social básica.

Com uma área física de 576,7 m², a Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família (UBASF) Casemiro José de Lima Filho foi inaugurada em junho de 1996, pelo prefeito Antônio Cambraia. O nome da Unidade de Saúde foi uma homenagem a um grande comerciante da época. Assiste, em média, a 5.445 famílias, cerca de 19.427 pessoas. Sua área de abrangência são os bairros Barra do Ceará, Jardim Iracema, Colônia e Álvaro Weyne, todos localizados na área da Secretaria Executiva Regional (SER) I (Figura 2).

Figura 2 – Mapa de Fortaleza com área de abrangência do CSF Casimiro Filho.



Fonte: Adaptação e recorte do mapa de Fortaleza – Ceará. Disponível em: <http://maps.google.com.br/maps?pq=mapa+de+fortaleza>. Acesso em: 06 de jun. 2010.

O também denominado Centro de Saúde da Família (CSF) Casimiro José de Lima Filho é uma unidade básica vinculada à Prefeitura Municipal através da Secretaria Executiva Regional I (SER I), que presta assistência às famílias da Barra do Ceará com base na Estratégia Saúde da Família. Além da Barra do Ceará, a SER I é composta, ainda, pelos seguintes bairros: Pirambu, Jacarecanga, Jardim Iracema, Vila Velha, Jardim Guanabara, Carlito Pamplona, Cristo Redentor, Floresta, Monte Castelo, Álvaro Weyne e Moura Brasil.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, de 01/01/2010 até o dia 30/04/2010, a SER I registrou 42 casos confirmados de Dengue Clássica, revelando uma incidência de 24,9; nenhum caso de Coqueluche; 24 casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar; 01 caso de Meningite Meningocócica; 11 sorologias positivas para Sífilis Congênita; 01 caso de Tétano Acidental e 01 caso de Leptospirose. Em todas as unidades de saúde vinculadas à SER I, no mesmo período evidenciado acima, foram realizados 58 atendimentos antirrábicos, notificados 93 casos novos de Tuberculose e apenas 02 casos novos de Hanseníase. Os dados

epidemiológicos apresentados foram colhidos por meio de visita de campo realizada pela autora deste relato ao setor de Vigilância Epidemiológica da SER I, no dia 10 de junho de 2010, no período vespertino.

Percebe-se a real necessidade de intensificação na busca ativa aos agravos de saúde, pois pela densidade populacional existente na área de abrangência da SER I, algumas doenças parecem estar subnotificadas. Os profissionais da atenção primária devem ser sensibilizados a preencher a ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para todo atendimento antirrábico, assim como para os casos novos, os reincidentes ou os transferidos de todos os agravos de notificação compulsória, principalmente Tuberculose e Hanseníase.

Em 2010, o número de casos de Dengue registrado pela SER I apresentou-se bastante expressivo, daí a importância de realizar educação em Saúde dentro das unidades básicas de Saúde da Família, nas escolas, igrejas e entidades de bairro para esclarecer a importância da participação popular no combate a essa doença. Além disso, é preciso atuar com agentes de saúde e agentes sanitários (endêmias) na detecção precoce dos focos do mosquito transmissor da Dengue.

Falhas que porventura estejam acontecendo na assistência pré-natal devem ser solucionadas. Uma análise detalhada de procedimentos como resultados de exames laboratoriais e sorológicos, número de consultas por gestante, tratamento e confirmação de cura da Sífilis na gestante e em seu parceiro são imprescindíveis na busca pela diminuição dos casos de Sífilis Congênita.

Por ser um bairro praiano, a atenção à saúde na Barra do Ceará deve organizar com a população a coleta seletiva do lixo, cuidar do destino do lixo residencial, visto que todo o bairro é coberto pela coleta pública municipal de lixo urbano três vezes por semana. Assim, evita-se que entulhos se acumulem nas ruas, favorecendo possíveis alagamentos e enchentes, bem como a contaminação das águas abundantes no bairro e a proliferação de doenças.

Descrevo com propriedade as peculiaridades desse lugar, pois participei das atividades de implantação da Estratégia Saúde da Família nas microáreas anteriormente descoberta da assistência dos ACS, descobrindo, às margens do rio Pajeú, a riqueza de realizar a territorialização desse grandioso bairro.

3.1.1 Determinantes Sociais da Saúde

A última aula da disciplina Processo de Trabalho em Saúde abordou em seu conteúdo teórico os “Modelos de determinação social”, ao analisar os atuais determinantes sociais sobre saúde e doença, apresentando algumas diferenças no âmbito individual e grupal se levados em consideração os meios econômicos, educacionais e culturais.

Atualmente, são considerados Determinantes Sociais da Saúde (DSS) os diversos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde dos indivíduos dentro da sociedade. Aspectos como escolaridade, emprego, renda, lazer, higiene e condições de saneamento interferem na vida e na saúde de uma população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esses Determinantes estão inseridos na sociedade desde a sua própria criação, quando pessoas se unem e passam a viver em comunidade, mas refletir sobre esses conceitos e sua influência na saúde dos indivíduos tem sido algo bem mais recente. A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença.

Entretanto, na década de 50, com o sucesso da erradicação da varíola, houve uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas, com a aplicação de tecnologias de prevenção ou cura. A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Contudo, a OMS adota uma definição mais curta, segundo a qual os Determinantes Sociais da Saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Entende também que o próprio termo “saúde pública” já expressa seu caráter político e que sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população.

Percebe-se, a partir dos conceitos adotados, que a própria regulamentação do SUS como Sistema Único de Saúde, visa atuar nos Determinantes Sociais em todos os seus níveis. O direito à saúde deixou de pertencer a uma determinada estratificação social e se tornou acessível a todos equitativamente. Além da implantação da Estratégia Saúde da Família prioritariamente para as classes sociais menos favorecidas, muitas ações sociais, como programa do leite para crianças desnutridas, distribuição gratuita de medicação e cestas básicas, bolsa escola, bolsa família e auxílio gás já foram implementadas buscando melhoria para a saúde e seus determinantes.

Todavia, o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa e efeito (Figura 3).

Outro desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas.

Em outras palavras, não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde em nível da sociedade. Hábitos individuais de sedentarismo, exercício físico e dieta são importantes para identificar os indivíduos no interior de um grupo que estão submetidos a um maior risco, mas as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda, como por exemplo, a prevalência da Tuberculose e Hanseníase nos excluídos economicamente, de Acidente Vascular Cerebral (AVC), dentre outros.

Figura 3: Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead, 2001.



Fonte: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2010.

Quando se busca estudar os mecanismos através dos quais os Determinantes Sociais em Saúde provocam a iniquidade na sociedade, encontram-se várias abordagens teóricas. Uma delas privilegia os aspectos físicos e materiais de produção da saúde e da doença, entendendo-se que as diferenças de renda influenciam na perda da saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Outro enfoque privilegia os fatores psicossociais, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Porém, são mais discutidos os chamados enfoques ecossociais que buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

3.2 Disciplina 2 – Saúde Mental e Violência

A disciplina teve como objetivo principal interferir com ações básicas de saúde mental diante das mais variadas situações sofridas pela família, comunidade e sociedade de modo geral. No conteúdo teórico foi abordada saúde mental, a reforma psiquiátrica e seu papel para a saúde da família, bem como ações básicas de saúde junto às famílias que convivem com o paciente em sofrimento mental.

Foi o movimento sanitarista que deu início à reforma psiquiátrica no Brasil, buscando redirecionar a assistência à saúde hospitalocêntrica, centrada na doença e na violência dos manicômios, para uma nova visão de saúde como processo político e social focado na comunidade como o *locus* preferencial de intervenção, desconstruindo saberes e propondo novas formas de assistência.

A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005a).

Desde a Revolução Industrial, com o advento do capitalismo, passaram a ser considerados saudáveis os indivíduos capazes de participar do progresso econômico vigente. Com o passar no tempo, ficou comum as cidades realizarem um verdadeiro “saneamento”, excluindo os doentes mentais, incapazes de acompanhar o desenvolvimento da sociedade, tornando-os “moradores” dos hospitais psiquiátricos, criados geralmente em locais distantes, onde o indivíduo deixava de estabelecer qualquer interação com a civilização (comunidade, escolas e familiares).

A experiência italiana de desinstitucionalização e crítica radical ao manicômio revelaram a possibilidade de ruptura com antigos paradigmas. Mas foi no ano de 1989 que a

experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a reforma psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.

Ainda naquele ano deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no País. Foi o início das lutas do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativos e normativos (BRASIL, 2005b).

Apenas na década de 90, após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social, o Brasil, através da assinatura da Declaração de Caracas e da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passa a colocar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b).

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no País. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005b).

No intuito de se fazer cumprir a lei, linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos do hospital psiquiátrico. Novos mecanismos são criados para a fiscalização, a gestão e a redução programada de leitos psiquiátricos no País. Ao mesmo tempo, o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por longo tempo é impulsionado com a criação do Programa “De volta para casa”. Uma política de recursos humanos para a reforma psiquiátrica é construída, sendo também traçada a estratégia de redução de danos para dependentes de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005b).

Em 2004, foi realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. Existem em funcionamento hoje, no País, 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os

recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passaram a representar cerca de 64% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, 2005a).

Juntamente com a evolução da reforma psiquiátrica ocorreu em praticamente todo o território nacional a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), uma consolidação prática das diretrizes do SUS com fortalecimento da atenção primária em saúde.

Em linhas gerais, podem ser identificados no PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), os princípios da integralidade da atenção e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde e doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações que orientam simultaneamente o modelo psicossocial de cuidado e o PSF.

O PSF aparece como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007).

Na prática, no entanto, esses modelos entram em conflito. De um lado, os esforços de consolidação da política de saúde mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e da capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto ao PSF, além da incipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem. Pode-se supor que um dos principais limites dessas ações situa-se, ainda, na área relativa à clínica de saúde mental (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007).

O CAPS é classificado de acordo com a disponibilidade dos serviços para a população, sendo nível I aquele com funcionamento nos cinco dias da semana e nos dois turnos (8h às 18h); II, com implantação do 3º turno (até 21h); III, com funcionamento 24h, inclusive domingos e feriados; além desses, existe também o CAPSi (infantil) mais direcionado à assistência infanto-juvenil, e o CAPSad (álcool e drogas) (BRASIL, 2007).

O CAPS Geral NISE DA SILVEIRA, inaugurado dia 19 de junho de 2006 pela prefeita de Fortaleza Luizianne Lins, categorizado como nível II, pertencente à SER I é o que

fica localizado mais próximo ao CSF Casimiro Filho. Os 16 profissionais de nível superior que compõem esse serviço são distribuídos nas seguintes categorias: dois assistentes sociais, quatro psicólogos, três terapeutas ocupacionais, dois psiquiatras, dois clínicos, duas enfermeiras assistenciais e uma enfermeira coordenadora. Além desses, prestam serviço alguns profissionais de nível médio e outros voluntários como artistas, músicos e massoterapeutas. Tem-se uma descrição mais detalhada em entrevista gravada durante uma visita a este serviço e apresentada no apêndice B deste portfólio.

De acordo com a enfermeira atuante no CAPS e entrevistada durante visita de campo, o CAPS possui atualmente 8.000 pacientes cadastrados. Cerca de 20 pacientes recebem atendimento semelhante ao hospital-dia, ou seja, passam o dia na unidade, participam de grupos terapêuticos e terapias diárias, tomam café da manhã, almoçam e lancham à tarde antes de retornar ao domicílio. Muitos são atendidos com consulta clínica mensal ou a cada dois ou três meses, dependendo da necessidade.

Os pacientes chegam ao CAPS com encaminhamento da unidade básica de saúde ou da unidade hospitalar, mas alguns abrem o prontuário por participar da triagem que acontece segunda-feira, terça-feira e sexta-feira ou por estar em crise psiquiátrica. Além da triagem, organizada pela equipe em regime de escala, o CAPS realiza diariamente acolhimento, plantão psíquico e visita domiciliar para busca ativa de pacientes faltosos.

Os agravos que mais acometem os pacientes são Esquizofrenia, Pânico, Depressão (de moderada a grave) e Distúrbios de Personalidade. A maioria deles, além do atendimento psiquiátrico, recebe auxílio social como alimentação, vale-transporte para os retornos ao CAPS, incentivo financeiro mensal do Governo federal (Programa de Volta para Casa).

Não há dúvida de que o CAPS vem exercendo sua função dentro do que é preconizado pela reforma psiquiátrica, pois os pacientes mesmo em crise são atendidos apenas com medicação, sem usar força ou contenção, sem encaminhar à unidade hospitalar, incentivando a participação familiar. Os usuários têm toda liberdade de ir e vir dentro da unidade, os grupos acontecem em salas amplas, arejadas, respeitando a individualidade.

Com a minha vivência na Estratégia Saúde da Família, afirmo, contudo, que não há preparação dos profissionais para atuarem na clínica em saúde mental. As unidades básicas ainda não servem como porta de entrada para o sistema, não há articulação da UBASF com o CAPS que corresponde à área de abrangência, e ambos desenvolvem ações isoladas, apesar da

proximidade geográfica. A reforma psiquiátrica preconiza justamente o contrário, que deve haver parceria, continuidade da assistência e as ações entre esses principais elos precisam estar articuladas. Tanto o CAPS como a UBASF devem oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, à educação, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

3.3 Disciplina 3 – Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde

A disciplina teve como objetivo principal apresentar os modelos de assistência à saúde que historicamente surgiram no nosso país a partir da análise de sistemas de saúde em diferentes localidades. O conteúdo teórico abordou o fórum “Conceito” – Modelo Assistencial em Saúde; o chat – Evolução da organização dos Sistemas de Saúde no Brasil; e a tarefa “Estudo de caso: Dona Maria” – que abordou os atributos da qualidade em um caso específico.

No início da década de 90, o Governo federal elaborou uma nova forma de os municípios brasileiros atuarem na Atenção Básica em Saúde através da criação de um programa então denominado Programa Saúde da Família (PSF). O PSF aparece como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços primários em saúde e de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência, através da promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação.

O PSF traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados. Não é tarefa fácil consolidar um modelo assistencial em saúde que busca uma mudança do paradigma que orienta a atenção à saúde desde a década de 1970. Tal modelo era calçado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, induzindo ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado (BRASIL, 2010).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que este termo aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e

finalização. A estratégia de reorganização da atenção primária, ao contrário, não prevê um tempo para ser finalizado. A ESF é constituída pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

A organização da atenção básica em saúde de todos os municípios brasileiros deve ter como um dos principais fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Tudo isso deve acontecer mediante o cadastramento, a territorialização e a vinculação dos usuários.

Na minha realidade, são muitas as ações que temos buscado implementar visando à mudança do modelo assistencial. Achei relevante comentar aqui algumas, como realização de acolhimento diariamente dentro da unidade básica de saúde, rotatividade das agendas dos profissionais que compõem as equipes de saúde e articulação com entidades comunitárias, creches, igrejas, escolas para que algumas atividades da atenção primária aconteçam dentro de suas dependências.

Programamos a realização de acolhimento diário dentro da unidade de saúde na tentativa de receber e direcionar o usuário que busca espontaneamente a atenção básica. Como formamos uma unidade com cinco equipes de saúde da família atuando, cada equipe fica responsável por prestar acolhimento a qualquer usuário durante um dia da semana. Por exemplo, toda segunda-feira fica na responsabilidade a equipe amarela, terça-feira fica a equipe azul e assim sucessivamente. Dessa forma, nenhuma equipe fica sobrecarregada com a demanda espontânea e ainda dispõe do restante da semana para atender a demanda programada, bem como participar de outras atividades de planejamento e gestão.

A rotatividade das agendas dos profissionais que compõem as equipes de saúde foi outra estratégia que elaboramos, tornando o atendimento da unidade diversificado e dinâmico. Ao invés de criarmos uma sala para cada profissional, direcionamos uma sala da unidade para cada atividade que costumamos programar na atenção básica, já que somos cinco equipes e não teria uma sala exclusiva para cada um dos profissionais. Temos, por exemplo, consultórios de pediatria, de pré-natal, de adulto e idoso; salas para planejamento familiar, para realização de exames de prevenção de câncer do colo de útero e mama e inserção do DIU; temos espaço para dose supervisionada aos pacientes com Tuberculose e

Hanseníase; salas para acompanhamento do Programa Bolsa Família, para imunização, de curativos, aerosol e triagem, além do auditório e os espaços de espera. Dessa forma, todo dia tem profissional assistindo criança, idoso, adulto e gestante, realizando visita domiciliar ou promovendo atividade educativa nas salas de espera da unidade.

Formar parcerias com diversos órgãos da comunidade foi uma forma que encontramos para levar serviços de saúde para próximo dos indivíduos. Por exemplo, programamos de vacinação de idosos nas igrejas, durante os cultos ou missas; fluoroterapia e tratamento para verminoses nas escolas e creches; participamos das reuniões dos conselhos comunitários antes de programar outras atividades. Essas ações visam desmistificar que unidade de saúde só cuida de doenças e também consolidar as diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

3.3.1 Atributos da Qualidade do Cuidado em Saúde

O trabalho das Equipes de Saúde da Família requer uma programação para atender os indivíduos, as famílias, os grupos sociais e os ambientes tanto físicos como naturais, visando solucionar problemas e satisfazer todas as necessidades de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação. Contudo, a Equipe de Saúde da Família não é a única responsável pela programação e execução dos serviços de saúde. Existem muitas ações que são de competência dos demais níveis do Sistema de Saúde, por isso demandam mecanismos de articulação e recursos diferenciados para que sejam alcançados os resultados esperados (Figura 2).

Os atributos da qualidade do cuidado em saúde fazem referência a todos os fatores que a prestação do cuidado deve ter para se tornar produtivo e eficaz dentro do que se espera para uma determinada necessidade de saúde. A Estratégia Saúde da Família pode ser definida por onze atributos: eficácia, eficiência, efetividade, equidade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, aceitabilidade, otimismo, legitimidade e ética (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a).

A relevância de cada um dos atributos a serem executados pela Equipe de Saúde da Família será discutida a partir do caso teórico citado na aula explicativa. O caso apresenta D. Maria Silva, 65 anos, portadora de hipertensão arterial há oito anos, sequelada de Acidente Vascular Cerebral (AVC) sofrido há cerca de 30 dias, e atualmente recebendo cuidados domiciliares, pois recebeu alta hospitalar há mais de dez dias (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a).

Foi avaliado que alguns atributos estão presentes no quadro revelado, como equidade, aceitabilidade, otimidade e ética. Já outros estão ausentes, como eficácia, eficiência, efetividade, oportunidade, continuidade, acessibilidade e legitimidade.

Considere-se que a eficácia e a eficiência estiveram ausentes do caso da D. Maria, pois os recursos disponíveis não foram utilizados em tempo hábil na tentativa de controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da idosa evitando, assim, o AVC. Durante dez anos ela residiu sempre no mesmo bairro, há cerca de oito anos teve diagnosticada a HAS, mas fazia uso do medicamento anti-hipertensivo de forma irregular. A equipe de saúde teve muito tempo para implementar cuidados como consulta individual, visita domiciliar, inserção em grupos de idosos, na tentativa de normalizar os níveis pressóricos, contudo isso não foi feito e durante um pico hipertensivo a idosa sofreu AVC. Se o cuidado não foi eficiente e eficaz, logo posso afirmar que não houve efetividade nesse cuidado da equipe de saúde.

Também esteve ausente o atributo oportunidade, pois se o cuidado tivesse acontecido no momento necessário, muitos problemas teriam sido evitados para a D. Maria. O AVC poderia não ter ocorrido se ela tivesse conseguido controlar sua pressão arterial, e ainda o aparecimento das escaras de decúbito seria evitado se a visita domiciliar da equipe de Saúde da Família tivesse ocorrido três dias após a alta hospitalar, conforme avisou o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Juntamente com a oportunidade, relacionamos como ausentes outros dois atributos importantes ao alcance de objetivos do cuidado em saúde, como a continuidade e a acessibilidade. Imediatamente após a alta hospitalar da D. Maria, a equipe de saúde deveria ter dado continuidade ao tratamento com os cuidados domiciliares para que diversas outras complicações, como emagrecimento, hábitos higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita, aparecimento de escaras de decúbito e

limitações importantes dos movimentos corporais deixassem de ocorrer. O cuidado domiciliar não chegou até a idosa porque não houve acessibilidade às ações de saúde.

Para que uma ação de saúde tenha representação social é necessário que apresente legitimidade, ou seja, que traga benefício para a sociedade. A visita domiciliar realizada a D. Maria, até então, representa apenas cuidado paliativo. Pode ser que com a continuidade esse quadro possa mudar, mas percebemos que a legitimidade ainda permanece como um atributo ausente.

Foi possível observar que houve ética e equidade da assistência por parte do auxiliar de enfermagem que compõe a equipe, pois logo que tomou conhecimento da necessidade da visita domiciliar por solicitação da filha da D. Maria, realizou-a imediatamente. Ele dispensou mais atenção a quem estava com uma necessidade maior de cuidados. Se os outros membros da equipe tivessem dado a mesma prioridade a D. Maria, tratando-a com equidade e mantendo a ética profissional, ela poderia ter superado o AVC, após a alta hospitalar, com menos sequelas.

A família aceitou bem a visita domiciliar e as intervenções do auxiliar de enfermagem e da enfermeira da equipe, mesmo após quinze dias da alta hospitalar. Então, embora o cuidado tenha chegado de forma tardia e incompleta, quando D. Maria já se encontrava bastante debilitada e sem a presença do médico da equipe, houve aceitabilidade por parte da paciente e de seus familiares.

É preciso que seja avaliado o benefício de uma determinada ação de saúde para que a equipe possa continuar investindo nela. Isso é otimismo. Acredito que como a enfermeira já orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene, realizou curativo nas úlceras de decúbito, ensinou o uso correto da medicação e da alimentação, deve continuar implementando outros cuidados, incluindo também os demais profissionais da equipe, como o médico, o fisioterapeuta para melhorar as limitações dos movimentos decorrentes do AVC, o assistente social para conseguir materiais e recursos para melhoria da qualidade de vida da idosa, entre outros que ao longo do tratamento se façam necessários.

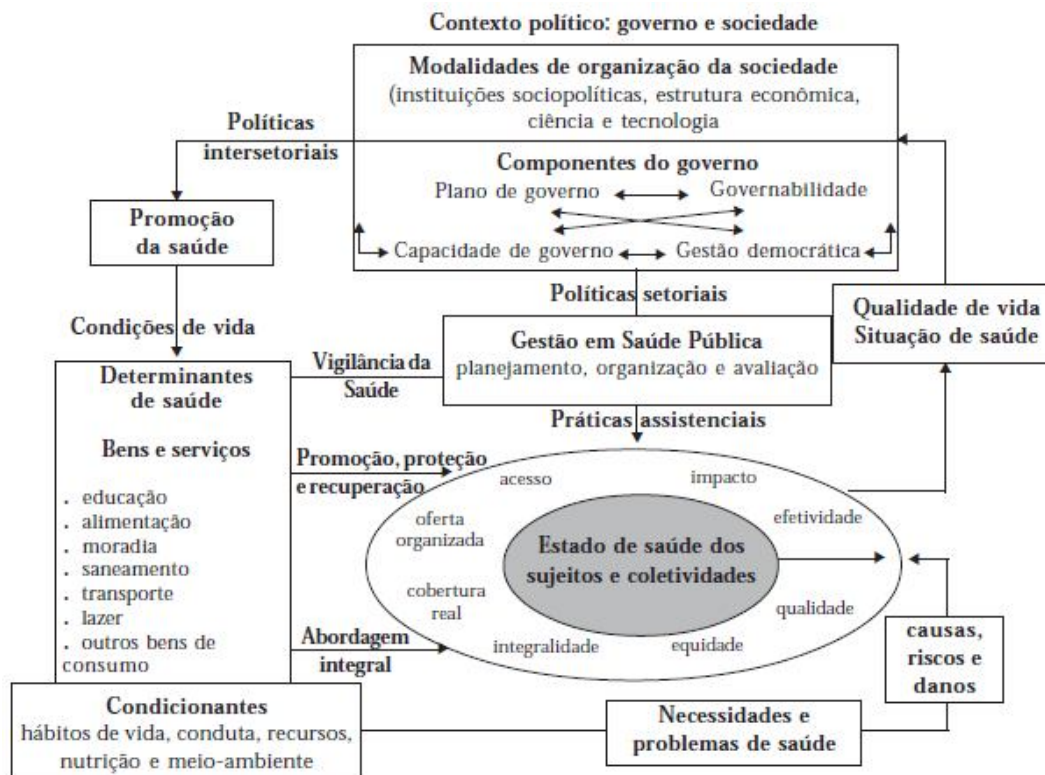


Figura 2. Modelo teórico dos diferentes níveis organizacionais das políticas e práticas de saúde sob uma lógica hierarquizada e regionalizada.

Adaptação: Vieira-da-Silva²¹.

3.4 Disciplina 4 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

A disciplina revela que planejar em saúde consiste em elaborar ações de acordo com as necessidades, aproveitando melhor o tempo, os recursos e as metas a serem alcançadas. O conteúdo teórico apresentou dois fóruns “Problemas na comunidade” e “Elaboração de um Plano de Ação” em equipe; um chat onde foi discutido planejamento das intervenções que dão resposta à necessidade de saúde da população; e uma tarefa que apresentou um relato de experiência sobre a construção do “Plano de Ação” em equipe.

O ato de planejar consiste em pensar antes e durante a execução de determinada atividade, realizando o cálculo daquilo que precede a execução de uma ação e dos objetivos a serem alcançados a partir desta, evitando improvisos e atos intuitivos. Sempre exercitamos o

ato de planejar quando decidimos o que comer, o caminho a seguir, a disciplina a estudar, enfim, em tudo que fazemos, consciente ou inconscientemente, há planejamento.

Dentro da atenção primária em saúde o planejamento é importante para que se possa aproveitar melhor o tempo dos profissionais e os recursos disponíveis, muitas vezes escassos, e para atingir objetivos e metas. O planejamento permite, ainda, o acompanhamento e a avaliação das ações por todos os que participam do processo, desde os gestores até os usuários. Planejar, em saúde, significa fazer uma análise situacional e sistemática da realidade para que algumas atividades sejam interrompidas e mais recursos sejam investidos em outras ações de melhor aproveitamento coletivo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010b).

O planejamento é um processo dinâmico movimentado a partir da monitorização contínua do plano a ser executado, mostrando o caminho a ser percorrido para o alcance de objetivos comuns. Esse plano, chamado plano de ação, consiste num produto momentâneo, um documento que delinea um conjunto de ações. Geralmente os planos são produtos da elaboração de programas e projetos específicos. No apêndice C encontra-se apresentado o plano de ação construído em equipe durante o curso desta disciplina.

Existem diferentes formas de se planejar ações. Ao longo da história o planejamento de muitos programas aplicados na área da saúde foi feito de forma normativa, obedecendo ao modelo determinista que usa a realidade como norma; com aspecto objetivo de otimizar ganhos econômicos com as ações de saúde; com predições únicas a partir de um diagnóstico realizado antes do planejamento; baseado em certezas que se obtém a partir de um único olhar sobre a realidade, supondo que há sempre um consenso de opiniões entre todos os sujeitos que, nesse caso, são vistos apenas como agentes do processo, pois apenas um ator planeja. Porém, a execução desse tipo de planejamento dentro da atenção primária em saúde, em sua maioria, resultou em programas pontuais, com resolutividade de problemas de forma momentânea e recorrente dentro da comunidade, como campanhas de imunização ou de combate a doenças específicas que anualmente se fazem necessárias, como por exemplo, a Dengue (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c).

Para se conseguirem mudanças nas estruturas sociais, hoje existe a preocupação para que as ações de saúde sejam orientadas pelo planejamento realizado estrategicamente. Para isso algumas características específicas devem ser consideradas: planejar passa a ser

considerado um ato subjetivo e indeterminista, envolvendo diversos atores e suas percepções da realidade, perceber a variabilidade de cenários, surpresas e incertezas que podem surgir no decorrer do processo e considerar os sujeitos como atores. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) indica que se planeja estrategicamente quando se elencam os problemas relacionados pelos diversos atores envolvidos, seguindo os passos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c):

1º PASSO: **Definição dos problemas** visando identificar os principais problemas de saúde na comunidade para conhecer suas causas e consequências.

2º PASSO: **Seleção e priorização dos problemas** considerando a importância do problema, sua urgência e capacidade para enfrentá-lo coletivamente.

3º PASSO: **Descrição e caracterização do problema** identificando os elementos descritores do problema, afastando ambiguidades e gerando indicadores avaliativos.

4º PASSO: **Explicação do problema** entendendo as origens do problema principal através da identificação das suas causas, pois a causa de um problema é também um problema.

5º PASSO: **Seleção dos “nós críticos** selecionando as causas importantes do problema e sobre as quais se pode intervir, passível de desatar o “nó crítico”.

6º PASSO: **Desenho das operações** descrevendo as soluções das causas selecionadas como “nós críticos” e definindo os produtos e resultados nas operações distintamente traçadas.

7º PASSO: **Identificação dos recursos críticos** relacionando os recursos críticos (indispensáveis e não disponíveis) que devem ser consumidos em cada operação.

8º PASSO: **Análise de viabilidade do plano** motivando os atores que controlam os recursos críticos necessários para a implementação de cada operação.

9º PASSO: **Elaboração do plano operativo** designando os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer prazos para a execução das ações.

10º PASSO: **Gestão do plano** definindo o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, garantindo uma eficiente utilização dos recursos, fazendo as correções de rumo necessárias.

A partir do planejamento, realiza-se um diagnóstico situacional identificando as necessidades dos atores sociais. Para cada problema considerado relevante um projeto de intervenção é elaborado e ao conjunto formado por diversos projetos de intervenção denomina-se plano de ação propriamente dito.

Atividades de avaliação servem para alimentar os processos de planejamento e as decisões a serem tomadas; permitem ajustes nos passos do plano de ação para que os objetivos sejam alcançados utilizando-se menos recursos, principalmente financeiros; ou, mesmo, podem indicar a necessidade de interrupção total de algum processo.

Processos avaliativos são conhecidos desde muito tempo dentro das sociedades, porém com a evolução das comunidades aumentou também a cobrança quanto à qualidade dos serviços de saúde. Podem ser realizados por especialistas contratados para isso ou por participantes do próprio projeto a ser avaliado. Possui um caráter momentâneo, estabelecendo um recorte temporal na análise a ser realizada (VIEIRA-DA-SILVA e HARTZ, 2005).

Durante o módulo prático desta disciplina participei da construção de um plano de ação em equipe, que é apresentado no Apêndice C. Foi uma experiência profissional enriquecedora. Apesar de atuar na atenção básica em saúde há mais de cinco anos, algumas das observações efetuadas por outros atores (colegas) não haviam sequer sido percebidas por mim. Um problema vivenciado por um ator na minha realidade pode ser visto como oportunidade. Os recursos críticos destinados para cada ação a ser executada no plano de ação foram organizados por nós, atores, de diferentes formas. Por isso é importante envolver todos os sujeitos na elaboração do plano, pois cada um traz um olhar específico sobre um mesmo problema. Ao mesmo tempo, a motivação dos outros componentes do grupo na execução das atividades estimulou a minha participação individual de forma mais efetiva.

3.5 Disciplina 5 – Tecnologias para abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

A disciplina discutiu as principais tecnologias sociais em Atenção Primária em Saúde para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade através da abordagem das

práticas pedagógicas. As atividades educativas para mudança real da situação de saúde foram discutidas no primeiro fórum “Fatores Pedagógicos” e nos dois vídeos apresentados na disciplina: “The Wall” e “Máquinas de Ensinar”. Na tarefa conclusiva, foi elaborado um texto reflexivo sobre acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consulta.

A prática educativa está presente nas civilizações desde os seus primórdios. O hábito dos pais em aconselhar seus filhos pode ser considerado uma forma de transmissão de conhecimento. Os processos educativos passaram a ser estudados, bem como seus respectivos meios e metodologias, dentro da pedagogia. Embora existam numerosas formas de se exercer a pedagogia no dia a dia, para que uma prática pedagógica reflita consequências dentro de uma sociedade é preciso que seja exercida de maneira dominante por um período prolongado. Três opções pedagógicas são ressaltadas dentro do contexto da nossa sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d):

- A pedagogia da transmissão, que evidencia o aprendizado do aluno a partir dos conhecimentos recebidos através dos livros e do professor. O aluno é tido como um ser sem conhecimento prévio sobre determinados assuntos que lhe são apresentados pelo professor de forma, tradicionalmente, oral expositiva. É uma prática pedagógica onde falta uma postura reflexiva frente aos desafios cotidianos, que induz o aluno apenas a receber conhecimentos e adotar práticas por repetição.
- A pedagogia do condicionamento considera que o mais importante no processo educativo são os resultados comportamentais, ou seja, o modelo de conduta resultante do jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. O condicionamento é uma prática que engessa o comportamento humano e não prepara o indivíduo como um ser individual e social.
- A pedagogia da problematização parte do pressuposto de que o mais importante não são os conhecimentos nem os comportamentos corretos que se espera, mas sim a capacidade do aluno em elaborar perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente. Nessa prática não se separa a transformação individual da transformação social, pela qual deve desenvolver-se em situação grupal.

Como foi evidenciado na explicação acima, dentro das práticas pedagógicas existem algumas concepções mais tradicionais que focam o modelo de ensino-aprendizagem

apenas na transmissão de conhecimento de um indivíduo que sabe mais para um que não sabe nada (o aprendiz), ou no modelo do “tecnicismo educacional”, que aborda o ato de aprender como um conjunto de atividades mecânicas controladas e dirigidas.

A pedagogia por condicionamento pode ser bem observada no filme “Máquinas de ensinar”, onde Skinner defende essa prática pedagógica para que alunos sejam educados através do processo de aprendizagem programada. O professor é substituído por máquinas que ensinam conteúdos previamente selecionados para induzir rapidamente a formação do “comportamento correto” nos alunos. Os passos dos alunos são “arrumados” pelas máquinas, não havendo espaço nas salas de aula para discussões ou indagações. Os alunos são estimulados a caminhar sozinhos no seu processo educativo para que os mais inteligentes não precisem esperar pelos retardados, que pelo atraso na realização das tarefas vão ficando cada vez mais atrás, ocorrendo uma “seleção natural” dos alunos mais brilhantes. Não há interação entre alunos e professores nem preparação dos indivíduos para vivências nos problemas sociais e cotidianos.

Esse modelo de aprendizado pelo condicionamento reflete uma prática individualista e pouco reflexiva, onde o trabalho em equipe não é valorizado, pois cada um só enxerga seus próprios problemas, não há interação entre seus membros, nem reflexão sobre sua trajetória.

Algumas tendências pedagógicas mais modernas, como a pedagogia nova, o construtivismo interacionista, o sociointeracionista, o histórico-social e a pedagogia da problematização colocam o aprendiz como foco do aprendizado. Essas tendências valorizam o saber do educador, mas também centralizam o processo ensino-aprendizagem com a cultura dos indivíduos e suas comunidades, a relação social entre os sujeitos, o diagnóstico de problemas do cotidiano, bem como a construção de hipóteses para solucioná-los. Porém, quando se trata de educação em saúde, todos os tipos de pedagogia abordados podem ser utilizados, e dependendo do contexto em que se aplicam, cada um com suas peculiaridades pode ser muito bem aproveitado.

Outros aspectos interferem na prática educativa, como: identificar o saber do outro, compreender a linguagem que o outro utiliza para se comunicar, abrangendo também as expressões da coletividade, colocar-se no lugar do outro que está sendo educado para que não haja culpa, juízos ou julgamento de suas condutas, saber escutar atentamente o que cada um

tem a dizer sempre pensando em interesses mútuos e tendo consciência de que cada indivíduo é sujeito de sua própria vida e deve ser respeitado.

Na minha vivência percebo que algumas tecnologias e estratégias facilitam a abordagem do indivíduo, da família e da comunidade, que são o acolhimento, o trabalho com grupos, a visita domiciliar e a consulta. Na estratégia de educação em saúde é preciso que ocorra a utilização de todos os recursos disponíveis de modo a aumentar a oferta de ações de saúde e atender o maior número possível de pessoas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010e).

A consulta tem sido o recurso mais amplamente utilizado nos serviços de saúde, pois desde muito tempo foi essa a única forma de contato entre o usuário e os profissionais de saúde. No encontro estabelecido na consulta, usuário e profissional devem buscar ir além da simples causa que gerou a consulta. Esse é um encontro no qual o vínculo pode ser estabelecido na perspectiva de soluções conjuntas para a necessidade premente e outras necessidades subjacentes. Quando bem aplicada, a consulta pode trazer inúmeros benefícios para a melhoria das condições de saúde do indivíduo e, conseqüentemente, da comunidade.

O acolhimento precisa ser realizado com todos os usuários que diariamente procuram as unidades de saúde, sejam os que já estão com a consulta agendada ou os que buscam realizar algum procedimento ou os que procuram a unidade de saúde sem uma finalidade específica. É a forma de mostrar para a comunidade como a unidade tem satisfação em prestar-lhe os serviços, e por isso o acolhimento deve sempre estar pautado nos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade.

Os trabalhos que são desenvolvidos em grupo servem para criar vínculos, tanto da equipe de saúde com os usuários quanto destes entre si. Geralmente, os grupos são formados por indivíduos que vivenciam o mesmo problema ou que possuem características semelhantes, como idosos, adolescentes, gestantes, hipertensos e tabagistas, entre outros. São momentos de grande relevância para promover a saúde através do vínculo afetivo e da troca de saberes e, ainda, para a construção de uma consciência coletiva.

A visita domiciliar é a tecnologia de mais elevada complexidade dentro da estratégia da educação em saúde. Através dela é possível conhecer a realidade do território e analisar as condições de saneamento básico, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde (individual, familiar e comunitária). Contudo, é preciso que haja

planejamento para que a visita domiciliar seja realmente como um recurso eficaz, com todas as etapas contempladas, da avaliação ao diagnóstico. Realizada aleatoriamente, apenas para cumprimento de normas quantitativas, a visita passa a ser mais uma atividade a sobrecarregar os profissionais e, o que é pior, a invadir a privacidade das famílias sem resolutividade.

Na Estratégia de Saúde da Família várias são as finalidades das visitas domiciliares, tais como (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010f):

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

Seja em que momento for, receber um usuário e fazer escuta atenta, agendar retorno, indicar a possibilidade de uma visita domiciliar são aspectos vitais para a construção de uma rede de recursos terapêuticos pautados na educação em saúde sistemática.

3.6 Disciplina 6 – Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Nesta disciplina, a Saúde da Mulher foi abordada em diferentes aspectos. Na aula inicial, o exercício de fixação explorou o “Conhecimento da Realidade Feminina Local” através de um levantamento de dados do município sobre as condições de vida das mulheres acima de 10 anos de idade quanto a faixa etária, naturalidade, estratégias de sobrevivência, condição de chefe de família, principais ocupações, remuneração por seu trabalho e grau de escolaridade. Na segunda aula, foi realizado um fórum reflexivo sobre a assistência à mulher no período de gestação e puerpério.

A terceira aula teve como atividade identificar as ações relacionadas com a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama sua equipe desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família. Já na última aula, a discussão ocorreu sobre a possibilidade de implantar atividades de saúde juntamente com outras instituições sociais do município, no sentido de promover e proteger a saúde das mulheres que se encontram em situação de violência.

Para se prestar uma adequada atenção à saúde da mulher na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, atendendo a mulher para além das suas dimensões biológicas, faz-se necessário conhecer a realidade de vida local da maior parte das mulheres. Trata-se de analisar a inserção social das mulheres da comunidade, percorrer toda a sua trajetória desde a infância até a fase senil, revelando as dificuldades existentes no período escolar, no mercado de trabalho, na formação do lar e na criação dos filhos. É consenso na literatura afirmar que muitas dessas dificuldades são decorrentes, principalmente, da própria condição de mulher, mãe e trabalhadora, que sofre discriminações e violências nas diversas camadas da sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010g).

Dessa forma, foi traçado um breve perfil da situação de vida e de saúde das mulheres que vivem nas microáreas de abrangência do CSF Casimiro José de Lima Filho – Equipe Azul – Barra do Ceará, em Fortaleza-CE, a partir de investigações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Até dezembro de 2010, existiam 3.521 mulheres residentes na área de abrangência dessa unidade, sendo a assistência à saúde distribuída entre quatro equipes de saúde da família coberta por ACS. Destas, 892 residem nas microáreas de

abrangência pertencentes à Equipe Azul, composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário e sete ACS.

O levantamento epidemiológico, descrito a seguir, foi realizado por todos os ACS/Azul que preencheram na microárea de sua abrangência 50 formulários (Apêndice D), totalizando análise de 350 mulheres entre 10 e 49 anos de idade. A partir desses dados foram delineados os perfis das mulheres em idade fértil da comunidade em estudo.

Quanto à distribuição por faixa etária, 30% da amostra apresentaram idade entre 11 e 19 anos, 49% estavam entre 20 e 29 anos, 17% tinham entre 30 e 39 anos e apenas 4% tinham entre 40 e 49 anos. Quanto à naturalidade, 63% nasceram no município de Fortaleza, enquanto 37% são originárias de outra localidade. Vimos que se trata de uma população de mulheres jovens com até 29 anos (79%), provenientes do interior do Estado.

Quanto à escolaridade, 30% cursaram entre a 1ª e a 4ª série do ensino fundamental, 52% entre a 5ª e a 8ª série, 18% afirmaram ter concluído o antigo 2º grau e nenhuma disse ser analfabeta. 31% das mulheres disseram exercer algum tipo de atividade informal, 27% trabalham com carteira assinada, 26% se apresentaram como estudantes e 16% são do lar. São mulheres com poucos anos de estudo que, por algum motivo, tiveram o percurso escolar interrompido. A baixa escolaridade reflete diretamente na exclusão do mercado de trabalho e na baixa remuneração, sendo que muitas delas exercem atividade informal ou trabalham no lar (47%).

Sobre o valor da remuneração que as mulheres recebem como pagamento pelo trabalho que desenvolvem, 30% disseram que recebem um salário mínimo mensal (salário vigente durante a pesquisa R\$ 510,00), 21% afirmaram receber em torno de meio salário, e apenas 5% recebem mais de um salário. Vale ressaltar que 44% da amostra disse não ter remuneração.

Ao analisarmos as estratégias de sobrevivência das mulheres, 44% afirmaram ser mantidas por outro membro da família, 31% trabalham fora de casa, enquanto 25% exercem alguma atividade remunerada dentro de casa. Percebemos que 56% da amostra recebem algum tipo de remuneração mensal, apenas 40% delas se colocam na condição de chefe de família, outros 60% afirmam que a família é mantida por outro membro. Pode ser que realmente essa situação seja real, ou que, por serem mulheres jovens, do interior, com baixa

escolaridade, elas escondam sua condição de provedoras para não prejudicar a imagem do companheiro. Não relacionamos quantas delas são casadas e solteiras.

Do total de mulheres cadastradas na Equipe Azul, de acordo com os dados registrados no SIAB dez/2010, 27 estavam gestantes e 33,3% destas possuem menos de 20 anos de idade. Dentro da unidade de saúde dispõe-se de sala para atendimento de consulta pré-natal e auditório para realização de atividades em grupo. Não há laboratório de análises clínicas na unidade, mas existem três laboratórios para referência. Para a realização de exames de diagnósticos mais complexos e ultrassons, utiliza-se a central de regulação do município, mas enfrentamos muitas reclamações relacionadas com a demora em conseguir agendamento.

A cobertura pré-natal para realização de consulta ainda no 1º trimestre da gestação foi de 40,8%; já para realização de ecografia até a 12ª semana de gestação é de 25,9%. Durante o mês em estudo foram feitas 39 consultas pré-natal (médico e enfermeira) e nenhuma atividade em grupo. Pode-se perceber que não é apenas o total de consultas realizadas que revela a qualidade da assistência pré-natal, pois de todas as gestantes da Equipe Azul, apesar de possuírem abertura de cartão e cadastro no SISPRENATAL, apenas 62,9% traziam algum tipo de exame anotado na sua agenda da gestante ou no prontuário eletrônico.

Temos agenda da gestante e panfletos informativos em quantidade satisfatória na unidade de saúde, mas esses materiais precisam ser melhor trabalhados por todos os profissionais da equipe, inclusive os ACS. Uma boa estratégia para se fornecer informações relevantes, esclarecimento de dúvidas e distribuição de material didático seria retomar o grupo de gestantes que acontecia quinzenalmente em todas as equipes da unidade.

Além disso, o grupo pode se constituir um rico espaço de socialização para a mulher, onde suas dúvidas, crenças, temores e convicções sejam acolhidos e compartilhados. Esse é um espaço importante tanto para as informações básicas sobre as modificações, sinais e sintomas fisiológicos em cada fase da gravidez, cuidados com o corpo, com as mamas, amamentação e cuidados com o recém-nascido quanto para refletir os aspectos mais subjetivos, como medo do parto, sexualidade e expectativas em relação à criação de um filho (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010h).

Cerca de 80% dos dados disponíveis no prontuário eletrônico da unidade de saúde foram preenchidos pelo profissional enfermeiro. O dentista adicionou informações de atendimentos prestados no prontuário de apenas três, do total de 27 gestantes cadastradas. É

preciso que sejam realizadas rodas de discussão entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde para que cada um possa expressar as principais dificuldades encontradas na realização dos registros e, ao mesmo tempo, reconheça a importância de manter os prontuários e outros documentos importantes, como receituários e exames, bem preenchidos e acessíveis.

Todas as puérperas (08) que pariram durante o mês em estudo, receberam pelo menos uma visita domiciliar da enfermeira com ACS, mas apenas metade delas ainda permanecia em aleitamento materno exclusivo no momento da visita. Todas tiveram mais de seis consultas durante o pré-natal, com consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, porém menos da metade recebeu atendimento odontológico ao longo do pré-natal. Apenas uma apresentou infecção puerperal por inflamação na ferida cirúrgica pós-cesariana. Avaliamos como completo o esquema de consultas realizadas, mas com baixa efetividade para adesão ao aleitamento materno, principalmente pelas primíparas. Observa-se, então, mais uma evidência da necessidade de se retomar o discurso do aleitamento materno em grupo.

Durante o ano de 2010, a Equipe Azul realizou 526 exames de prevenção do câncer de colo de útero com exame clínico das mamas pelo profissional enfermeiro e solicitou 83 mamografias. Pela Portaria do município a mamografia pode ser solicitada anualmente por médicos e enfermeiros para mulheres maiores de 40 anos após exame clínico de mamas e investigação da história familiar. Não foi possível saber para quantas delas esse exame serviu para rastreamento e diagnóstico de carcinoma *in situ* ou instalado. Podemos considerar satisfatório o acesso das mulheres aos exames ginecológicos preventivos pelo número de comparecimento, porém não conseguimos mensurar se esse encontro entre profissional e usuária também serviu para estabelecer empatia e realizar ações de educação em saúde.

É nesse contexto socioemocional que os profissionais devem desenvolver estratégias no sentido de motivar as usuárias para mudanças no estilo de vida, em especial o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a busca de novos objetivos que motivem o seu viver em qualquer fase de suas vidas, principalmente no climatério. Precisam ser incluídos entre as ações da equipe de saúde na assistência à mulher no climatério, no controle da hipertensão arterial, do diabetes e das dislipidemias e no combate ao tabagismo e à obesidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010h). A unidade em estudo não dispõe de distribuição gratuita de hormônios, faltam grupos de convivência e relaxamento e massoterapia. Além disso, são poucas as vagas para atendimento clínico de dentista e

psicólogo. O que há continuamente é apenas o programa de assistência à mulher dislipidêmica, hipertensa e diabética, além da distribuição do cálcio e polivitamínicos.

Na unidade de saúde em questão não há nenhum registro documental sobre a violência contra as mulheres da área. Talvez por se tratar de uma unidade localizada na periferia, cercada por tráfico de drogas, os profissionais tenham medo de notificar os casos, por se sentirem ameaçados pelos agressores. Em cinco anos de atenção primária, eu mesma nunca preenchi uma ficha de notificação, talvez por medo de não receber apoio dos órgãos competentes e de sofrer represálias do agressor, já que estamos em contato diário com estes, de encarar as consequências ou simplesmente por ter sido omissa e não querer me expor.

A violência contra as mulheres acontece porque em nossa sociedade muitos acham que o melhor jeito de resolver um conflito é a violência, e que os homens são mais fortes e superiores às mulheres. É assim que maridos, namorados, pais, irmãos, chefes e outros homens acham que têm o direito de impor suas vontades às mulheres. Embora algumas vezes o ciúme, o álcool e as drogas ilegais sejam apontados como fatores que desencadeiam a violência contra a mulher, na raiz de tudo está a maneira como a sociedade valoriza o papel masculino, o que, por sua vez, se reflete na forma de educar os meninos e as meninas. Enquanto os meninos são incentivados a valorizar a agressividade, a força física, a ação, a dominação e a satisfazer seus desejos, inclusive os sexuais, as meninas são valorizadas pela beleza, delicadeza, sedução, submissão, dependência, sentimentalismo, passividade e o cuidado com os outros (INSTITUTO PATRICIA GALVÃO, 2010).

Embora a Lei 11.340/2006 venha sendo utilizada com sucesso na defesa de mulheres em situação de violência, ela ainda é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles que fazem o primeiro atendimento às vítimas. Existe, ainda, uma dificuldade de compreender as raízes dessa violência, pois elas se situam nas próprias relações entre homens e mulheres. A violência surge como uma característica perversa ao anular a relação entre dois sujeitos: um deles se vê transformado em objeto (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010h).

As mulheres que sofrem violência podem procurar qualquer delegacia, mas é preferível que elas vão às Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), também chamadas de Delegacias da Mulher (DDM). Há, também, os serviços que funcionam em hospitais e universidades e que oferecem atendimento médico, assistência psicossocial e

orientação jurídica. Estima-se que mais da metade das mulheres agredidas sofram caladas e não peçam ajuda. Para elas é difícil dar um basta naquela situação. Muitas mulheres violentadas sentem vergonha ou dependem emocional ou financeiramente do agressor.

Depois do que apreendi durante essa disciplina estou procurando trabalhar junto ao Programa Saúde Escola (PSE) desenvolvendo educação em saúde nas escolas, promovendo discussões sobre o preconceito de gênero, visando à quebra de estereótipos, como o de que a mulher é o sexo frágil, ou sobre o machismo. Outra estratégia elaborada, que ainda não foi colocada em prática, é a criação de grupos de mulheres, em parceria com os profissionais do CRAS ou NASF, para abordar temas relacionados à violência.

Outra atitude que preciso desenvolver é encarar a notificação. Se não me sinto qualificada para tal, posso buscar apoio nos colegas de trabalho, formando uma comissão que denuncie os casos de violência contra a mulher, solicitando dos gestores a capacitação de profissionais e, principalmente, o apoio psicológico e a segurança para unidade de saúde.

3.7 Disciplina 7 – Promoção da Saúde e Participação Social

O conteúdo teórico da disciplina tomou como base para as discussões a Política Nacional de Promoção da Saúde em todos os seus aspectos, desde os conceitos básicos, contexto histórico e estratégias de implementação. O primeiro fórum exemplificou as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade “Ilha das Flores” (vídeo – curta metragem). A atividade da segunda aula abordou os conceitos determinantes de cada uma das cartas de Promoção da Saúde. A terceira aula suscitou para uma análise reflexiva de como o profissional de saúde pode contribuir nas atribuições do gestor municipal para a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Na última aula, foi elaborado um plano de atividades a ser desenvolvido para a execução das ações específicas dessa política, buscando empoderamento da população e o envolvimento de redes sociais de apoio.

Saúde é um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, a saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento pessoal, social e econômico.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos e definiu os campos de ação para a saúde. De acordo com o documento, a promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis. A saúde é, portanto, um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção do bem-estar coletivo (BRASIL, 2010).

Para a atenção integral à saúde é necessário utilizar e integrar diversos saberes e práticas, como atenção médico-hospitalar, programas de saúde pública, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, educação para a saúde, com ações extrasetoriais em distintos campos, como água, esgoto, resíduos, drenagem urbana, educação, habitação, alimentação e nutrição, e dirigir esses saberes e práticas integrados a um território peculiar, diferente de outros territórios, onde habita uma população com características culturais, sociais, políticas e econômicas semelhantes.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde, o Ministério da Saúde, por mais de uma vez, publica a Política Nacional de Promoção da Saúde ratificando o compromisso na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

Durante o biênio 2006-2007, dentro da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foram priorizadas algumas ações específicas. Destas muitas são possíveis de serem desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, inclusive as que são discutidas no quadro a seguir:

Quadro 2: Ações da PNPS desenvolvidas na ESF.

AÇÕES DA PNPS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES ENVOLVIDOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZO
Produção e distribuição de material educativo (Guia Alimentar da	Implementação de oficinas com os grupos específicos de atendimento na ESF (grupo de gestantes, diabéticos, hipertensos e	Despertar os pacientes para a importância da alimentação saudável para controlar doenças e	Equipe da ESF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, ACS);	Material Educativo (guias, panfletos, manuais práticos); Frutas e outros produtos	30 dias

População Brasileira, 10 Passos para uma Alimentação Saudável para Diabéticos e Hipertensos, Cadernos de Atenção Básica sobre Prevenção e Tratamento da Obesidade e Orientações para a Alimentação Saudável dos Idosos);	obesos) para discussão do material educativo e divulgação das principais dicas na rádio local; Elaboração de cardápio saudável, criação de receitas culinárias na associação comunitária do bairro; Organização do lanche saudável para ser servido na unidade de saúde uma vez ao mês por ocasião do encontro do grupo de pacientes;	combater complicações; Conseguir fazer com que os pacientes façam escolhas saudáveis dentro de suas condições socioeconômicas; Melhorar a interação entre os pacientes para favorecer a parceria e a troca de saberes;	Pacientes cadastrados nos grupos; Líderes Comunitários; Gestores locais de saúde; Feirantes e gerentes de supermercados locais;	alimentícios; Radialista e comentaristas da rádio local; Cozinheiros e culinaristas; Voluntários da comunidade;	
Prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes (suplementação universal de ferro medicamento so para gestantes e crianças e administração de megadoses de vitamina A para puerperais e crianças);	Realização de consultas de pré-natal e puericultura com acompanhamento periódico do uso oral ferro; Administração de doses de Vitamina A por ocasião da vacinação de rotina e nas escolas e creches da comunidade;	Diminuir os índices de hipovitaminoses e doenças devido a carências nutricionais; Melhorar o crescimento e o desenvolvimento das crianças e incluir as gestantes assistidas pela ESF;	Equipe da ESF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, ACS); Pacientes cadastradas no SISPRENATAL e todas as crianças menores de cinco anos;	Medicamentos que contenham suplementação de ferro (suspensão e comprimido); Doses de Vitamina A em quantidade suficiente para fazer reforço sempre que necessário;	Imediato
Ofertar práticas corporais/atividades físicas, como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade quanto para os grupos vulneráveis;	Organizar um grupo de ginástica e relaxamento no pátio da unidade de saúde para todos os funcionários da unidade de saúde e os pacientes que serão atendidos no dia; Implementar grupos de caminhada na praça da comunidade todas as tardes; Solicitar a Ginástica dos Bombeiros três vezes por semana na praça da comunidade; Organizar grupos de esportes para atuarem na quadra poliesportiva do bairro;	Combater o estresse e melhorar a autoestima dos funcionários e da clientela; Contribuir para a melhoria da qualidade de vida coletiva; Reduzir os riscos de doenças crônicas não transmissíveis como HAS e DM; Diminuir a ociosidade e promover a interação entre os moradores;	Todos os funcionários da unidade de saúde; Alunos de fisioterapia e educação física que fazem estágio na unidade através do PET/SAÚDE; Toda a população pertencente à área de abrangência da unidade de saúde;	Agentes de limpeza da prefeitura municipal para manter a organização da praça e da quadra poliesportiva; Funcionários do Corpo de Bombeiros de Fortaleza; Aparelho de som, bolas ergométricas, colchonetes e CD's;	10 dias
Aumentar o acesso dos fumantes aos métodos	Solicitar da Secretaria Municipal de Saúde medicamentos, adesivos e outros recursos	Diminuir o consumo de tabaco pela população; Melhorar a	Equipe da ESF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de	Material Educativo (guias, panfletos, manuais práticos); Gestores locais que	60 dias

eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim;	disponíveis para cessação do fumo; Criar o grupo de fumantes na unidade básica de saúde, fazendo a chamada em igrejas, associações, escolas e rádio local; Divulgar material educativo entre associações comunitárias e escolas;	qualidade de vida dos fumantes do bairro; Prevenir experiências com cigarro pelos iniciantes, principalmente jovens e adolescentes;	enfermagem, ACS); Usuários fumantes; Alunos dos cursos de graduação da área de saúde que fazem estágio na unidade; Jovens e adolescentes da comunidade;	garantam fornecimento contínuo dos insumos (medicamentos, adesivos etc); Radialista e comentaristas da rádio local para divulgação dos métodos para cessação do fumo;	
Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool;	Desenvolver parceria com o grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) do bairro; Fazer oficinas educativas em escolas e associações comunitárias;	Reduzir o consumo de álcool; Melhorar a qualidade de vida das famílias de pais alcoólatras;	Equipe da ESF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, ACS); Usuários fumantes; Membros do grupo de AA e seus familiares;	Material Educativo (guias, panfletos, manuais práticos, literatura usada pelo AA); Apoio dos professores da rede municipal de ensino;	30 dias
Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a responsabilização e autonomia da população;	Criar grupos para desenvolver trabalho e arte visando gerar renda e diminuir a ociosidade que leva ao vício; Incentivar projetos de ONG's no bairro que trabalham com jovens e adolescentes; Promover a extensão para tempo integral das escolas e creches da comunidade;	Diminuir o consumo de álcool e outras drogas pelos adolescentes; Reduzir o tempo que os jovens dedicam ao tráfico de drogas no bairro; Aumentar a segurança da comunidade; Reduzir o conflito entre policiais e gangues, assim como as mortes decorrentes da violência;	Usuários de drogas; Adolescentes e jovens do bairro; Membros da associação comunitária; Alunos da rede municipal de ensino; Voluntários de ONG's;	Insumos para produção de artesanatos; Gestores da Saúde e da Educação do município de Fortaleza; Líderes comunitários;	60 dias
Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;	Realizar rodas de discussão entre todos os funcionários de unidades de saúde e líderes comunitários para atuar no diagnóstico da situação de violência; Desenvolver parcerias com o Conselho Tutelar e outros órgãos de assistência social do município;	Notificar todos os casos de violência sexual e intrafamiliar da comunidade; Diminuir os danos decorrentes da violência; Promover a inserção social e familiar das pessoas que sofrem violência;	Todos os funcionários da unidade de saúde; Conselheiros Tutelares e Assistentes Sociais responsáveis pela comunidade; Líderes Comunitários e membros de associações;	Ficha para diagnóstico de violência; Segurança para os profissionais da unidade básica de saúde; Automóvel para realização de visita domiciliar sempre que necessário;	45 dias
Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a integração saúde, meio	Desenvolver parceria com os agentes de endemias para identificar áreas de maior produção de lixo e degradação do meio	Reduzir o lixo e a poluição no bairro; Melhorar a saúde e a qualidade de vida da comunidade;	Equipe da ESF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, ACS); Todos os membros	Gestores de órgãos do meio ambiente; Coletores de lixo da rede municipal; Voluntários de	30 dias

ambiente e desenvolvimento sustentável;	ambiente; Implementar a coleta seletiva do lixo na comunidade; Criar mecanismo de preservação ambiental, plantando árvores e despoluindo rios e córregos;	Reduzir o número de doenças infecciosas de veiculação hídrica e transmitidas por vetores (ratos e mosquitos)	da comunidade e da associação de moradores; Agentes de endemias da área;	órgãos de preservação ambiental;	
---	---	--	---	----------------------------------	--

Fonte: Quadro elaborado pela autora deste portfólio com base nas ações prioritizadas pela PNPS para o biênio 2006-2007, como parte das atividades desenvolvidas durante a disciplina.

A partir das ações apresentadas no quadro acima, percebe-se que a promoção da saúde começa com a participação efetiva e concreta da comunidade na eleição de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhor nível de saúde.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper a fragmentação da abordagem do processo saúde-doença para reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que ela produz. No esforço de garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e para melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividade, entendemos que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2010).

3.8 Disciplina 8 – Saúde Ambiental

Os destaques da disciplina foram o fórum que permeou uma análise crítica sobre os acidentes de trabalho na sociedade e a tarefa onde foi elaborado um texto sobre a experiência pessoal no tocante às questões ambientais.

Atualmente, a crise ambiental está no centro de todas as discussões nos meios de comunicação, pois vivemos momentos de chuvas fortes, enchentes, alagamentos e deslizamentos de terra em diversas regiões do País. Que esses acontecimentos são decorrentes de respostas da natureza às inúmeras agressões sofridas pela ação do homem todos nós sabemos; mas o que passei a entender melhor a partir do conteúdo dessa disciplina foi que tudo isso também pode ser consequência do processo de modernização que acompanha nossa sociedade desde o início da sua civilização.

Nas sociedades primitivas, com a hegemonia rural, o homem se relacionava com o meio ambiente apenas para produzir bens de consumo próprio, através da agricultura e da pecuária. Nas sociedades tradicionais o homem estabelecia uma relação harmônica com a natureza. Já nas sociedades modernas houve o distanciamento do homem, que passou a viver nas cidades, no meio urbano, e o meio ambiente passou a ser visto apenas como recurso para a produção de bens de consumo capitalista. Após a Revolução Industrial, o capitalismo deixou de ser somente um modelo econômico de oposição aos conceitos socialistas, para se tornar um modelo “civilizador” que influencia até nas formas de sentir e pensar da sociedade.

Alguns aspectos relevantes da sociedade capitalista merecem destaque quando se discute a crise ambiental: a descartabilidade preconizada pelo capital, ou seja, tudo é visto como descartável e facilmente substituível: pessoas, empregados, sentimentos e até mesmo a natureza; a dissociação entre trabalhadores, meios de produção, produtos, sem que haja continuidade; a contradição, pois valoriza o trabalho apenas como força capaz de produzir valor que, cada vez mais é fragmentado, diminuído e substituído por máquinas; o consumismo, criando uma sociedade em função do consumo, e não do bem-estar; e a falta de limites, pois para o crescimento capitalista nada pode ser empecilho: os trabalhadores são supérfluos e a natureza pode ser destruída (RIGOTTO, 2003).

Quando a extração de recursos ou a geração de dejetos é maior do que a capacidade do ecossistema de reproduzi-los ou reciclá-los, estamos frente à degradação e/ou poluição, as duas manifestações de uma crise ambiental.

A destruição dos recursos naturais, a poluição do meio ambiente, a degradação social pela miséria, a destruição do patrimônio artístico e histórico-cultural, a desorganização urbanística e o pauperismo cultural do povo, elementos básicos dessa crise estrutural, resultam da vitória da lógica do capital sobre a lógica da cidadania. A lógica do capital se manifesta na vida das cidades por duas linhas distintas, mas convergentes. Uma, cujo principal agente é o empreiteiro capitalista, o maior responsável pela desfiguração e desorganização urbanística, e outra, a violência social difusa contra a população pobre e marginalizada (OLIVEIRA, 2004).

Na área de abrangência da unidade de saúde em que estou inserida como enfermeira da ESF existe uma área verde considerada de preservação ambiental pelos órgãos de proteção ao meio ambiente. Mas diariamente vivenciamos o problema do lixo que é descartado pela população nesse local. A coleta municipal do lixo domiciliar passa em todas as ruas da referida localidade três vezes por semana, contudo a área verde sempre se encontra com grande quantidade de resíduos sólidos acumulada em seus arredores. Muitas vezes até restos de móveis, colchões e sofás usados são colocados por entre as árvores.

Procuramos resolver o acúmulo de lixo na área verde pedindo auxílio da operação tira entulho da prefeitura. Durante uma semana a área foi completamente limpa por dez homens trabalhando ininterruptamente. Enquanto a limpeza estava sendo executada a equipe da unidade de saúde parou suas atividades rotineiras para realizar oficinas de educação em saúde nas duas escolas próximas ao parque. Cartazes e panfletos foram produzidos por esses alunos para que a população deixasse de pôr lixo na verde. Todo esse trabalho em conjunto ficou concluído numa sexta-feira. Na segunda-feira, quando retornamos ao parque, ele novamente estava sujo e com muito lixo.

Ficamos bem desestimulados com o ocorrido e durante meses nada se fez em relação ao parque. Foi quando o coordenador da unidade, juntamente com outros gestores do meio ambiente, conseguiu murar a área, colocar uma guarita para monitoramento de guardas municipais e instalar câmeras de segurança nos arredores do parque. Observando as imagens

que foram captadas, veem-se carros do tipo caçamba vindos de outros bairros carregados de entulhos. Eles eram os responsáveis por descarregar lixo naquela área verde.

A crença no progresso ilimitado mobiliza toda a economia para o consumismo. Para alguns índices de desenvolvimento adotados por diversos países isso revela cidadania e inclusão social através do poder de consumo da população. Ao invés de analisar a existência de um sistema de saúde e educação digno, seres humanos são analisados através do seu nível de consumo. Essa visão de mundo, calcada em valores individuais e materialistas é que gera as raízes da crise ambiental global (OLIVEIRA, 2004).

Com a transformação da natureza, o crescimento da indústria e o incentivo ao consumo, além da crise ambiental, nos deparamos com o adoecimento do trabalhador, pois este passa a ser visto como uma máquina que deve sempre estar saudável para garantir a produção. Diante dos inúmeros acidentes de trabalho com mortes e mutilações e doenças profissionais, as organizações começam a procurar compreender o processo saúde e doença que envolve a saúde ocupacional.

O processo saúde e doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, baseado em determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1982). Esse conceito permite um melhor entendimento das interfaces trabalho e saúde, ao mesmo tempo em que torna os trabalhadores conhecedores dos seus direitos em relação à saúde e ao trabalho. De acordo com Rigotto (2003), é a epidemiologia social que permite uma aproximação dos campos disciplinares da saúde ambiental e da saúde do trabalhador.

Na minha prática profissional, infelizmente, vivenciei alguns acidentes de trabalho por causas diversas. Já me furei com uma agulha usada para fazer medicação injetável devido à pressa em descartar o material e à preocupação com outros afazeres. Ano passado, a auxiliar de enfermagem que atua na sala de vacinas da unidade de saúde ficou afastada do serviço por sete meses por Tendinite decorrente de Lesão por Esforço Repetitivo. Durante um sábado de campanha de vacinação o funcionário da limpeza se furou após pegar uma caixa, pela parte de baixo, onde descartamos as seringas usadas, e até o momento segue em acompanhamento no hospital de referência para doenças infecciosas. Esse último acidente ocorreu por erro de quem montou a caixa, por não ter habilidade para tal, e do funcionário, que não foi qualificado para saber como pegar na caixa contaminada antes de descartá-la.

As interfaces envolvidas em um acidente de trabalho são diversas, mas em todos eles sempre existe alguém que praticou algum ato de negligência, imprudência ou imperícia.

3.9 Disciplina 9 – Saúde Bucal

O objetivo principal da disciplina foi garantir uma reflexão sobre ações de promoção da saúde bucal preventiva e curativa para todas as faixas etárias e em qualquer etapa do ciclo vital. Os fóruns abordaram a saúde bucal de gestantes e bebês, assim como as dificuldades em organizar a saúde bucal de crianças, adolescentes e adultos. Na tarefa foi elaborada em análise crítica da saúde bucal dos idosos brasileiros.

Antes da criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a assistência odontológica pública à população brasileira era feita de forma mutiladora, pontual, em programa intensivo e curativo, visando atender, principalmente, os trabalhadores contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). As ações desenvolvidas com recursos preventivos em modelos assistenciais anteriores restringiam-se a simples fluoretação da água e aplicações tópicas de flúor nas crianças em idade escolar.

Da década de 50 ao final dos anos 80, várias foram as tentativas de se implantar na saúde bucal um modelo de atenção contrário às ações curativas clássicas que valorizavam o tratamento cirúrgico-restaurador, buscando eficácia para os métodos preventivos através de modernos conceitos de prevenção e educação em saúde. Porém o insucesso ocorria porque apenas as escolas e creches, ou uma pequena parcela da população se tornavam alvos do atendimento odontológico (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

A base operacional do modelo de assistência que se idealizava deveria ser centrada no atendimento do núcleo familiar, tendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar. Portanto, o Programa Saúde da Família (PSF) surge para alterar o modelo hospitalocêntrico vigente e propor a humanização do atendimento e a integração entre as

ações clínicas e de coletividade, baseadas nos princípios de universalidade, integralidade e equidade (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Em saúde bucal, esse programa, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), visa atender a todos os grupos populacionais por ciclo de vida: gestantes e bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Após 20 anos de sua implantação, o SUS já comemora grandes saltos na melhoria da assistência à saúde bucal da população brasileira.

Segundo dados do Ministério da Saúde coletados em dois grandes levantamentos epidemiológicos, durante os anos de 1986 e 2004, houve uma diminuição significativa do índice de cárie da população brasileira. Pelo menos essa é a realidade da faixa etária de 12 anos: o índice de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPO-D) médio nessa idade, que era de 6,7 no ano de 1986, passou para 2,7 no ano de 2004. Como determinante principal da redução do índice de cárie desde os anos 80 está a inclusão de fluoretos tanto na água de abastecimento público dos municípios quanto nos dentifrícios comercializados. Como determinante coadjuvante está a odontologia, em sua atuação preventiva e curativa (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Além do índice de cárie dentária, a condição de saúde bucal de uma determinada população pode ser avaliada, ainda, através da doença periodontal e o edentulismo, bem como pela necessidade do uso de prótese. O edentulismo, ou seja, a perda dentária, revela as condições precárias de vida a que uma população está exposta, a baixa cobertura dos serviços de saúde pública disponíveis e o modelo assistencial mutilador que adota a conduta de extrair um dente ao invés de optar pelo tratamento conservador.

Em 2007, a Prefeitura Municipal de Fortaleza concluiu a primeira fase do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal na Capital cearense. Embora apontem para uma situação melhor que a observada no restante do País, os números ainda são preocupantes.

Num adulto, em média, apenas 11 dentes nunca apresentaram cáries. A média de extrações também é de 11 dentes por adulto, e os restantes ou têm cáries não tratadas ou são obturados. Os dados relacionados à população de idosos são ainda mais alarmantes, pois ao chegar à terceira idade uma pessoa já perdeu, em média, 26 dos 32 dentes que compõem a arcada dentária (O POVO, 2007).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), entre novembro de 2006 e janeiro de 2007, foram consultadas 1.633 pessoas de quatro faixas etárias: crianças (de 18 a 36 meses), adolescentes (de 15 a 19 anos), adultos (de 35 a 44 anos) e idosos (de 65 a 74 anos). Nessa etapa do levantamento foram sorteados domicílios das seis Secretarias Executivas Regionais (SERs) registrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). As visitas foram feitas por seis equipes, compostas por cinco dentistas e cinco auxiliares (O POVO, 2007).

Entre as ações desenvolvidas pela Prefeitura de Fortaleza, ao longo dos últimos anos, destacam-se o bochecho e a aplicação tópica de flúor, a escovação supervisionada e as atividades educativas com grupos na comunidade, promovidas pelos próprios dentistas que tiveram sua carga horária dividida entre clinicar e realizar as medidas preventivas. Antes da implantação da Estratégia Saúde da Família, o sistema de saúde bucal cearense era mutilador, recorrendo, em muitos casos, diretamente à extração.

Entre as 574 crianças pesquisadas em Fortaleza (com 18 a 36 meses), a média do índice CPO-D foi de 0,23, sendo que 96,99% dessas cáries não são tratadas. No Ceará, foram avaliadas 1.054 crianças, com CPO-D de 0,84 dentes e 96,43% sem tratamento. No Brasil, foram avaliadas 12.117 crianças, com CPO-D de 1,07 dentes e 96,26% sem tratamento.

Entre os 533 adolescentes consultados em Fortaleza (de 15 a 19 anos), o CPO-D foi de 3,96 dentes. Dessa média de dentes comprometidos, 8,57% foram extraídos, 43,92% obturados e 2,79% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries. No Ceará, onde foram consultados 1.670 jovens, o CPO-D foi de 7,23 dentes. Destes, 20,75% foram extraídos, 27,25% obturados e 2,21% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries. No Brasil, onde foram consultados 16.833 jovens, o CPO-D foi de 6,17 dentes. Destes, 14,42% foram extraídos, 40,46% obturados e 3,08% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries.

Entre os 388 adultos consultados em Fortaleza (de 35 a 44 anos), o CPO-D foi de 18,68 dentes. Dessa média, 58,67% foram extraídos, 30,72% obturados e 1,86% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries. No Ceará, onde foram consultados 1.516 adultos, o CPO-D foi de 21,12 dentes. Destes, 76,18% foram extraídos, 10,23% obturados e 0,09% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries. No Brasil, onde foram consultados 13.431 adultos, o CPO-D foi de 20,13 dentes. Destes, 65,72% foram extraídos, 20,96% obturados e 1,74% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries.

Entre os 138 idosos consultados em Fortaleza (de 65 a 74 anos), o CPO-D foi de 27,79 dentes. Dessa média, 94,94% foram extraídos, 2,35% foram obturados e 0,29% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries. No Ceará, onde foram consultados 621 idosos, o CPO-D foi de 28,35 dentes. Destes, 95,56% foram extraídos, 0,74% obturados e 0,07% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries. No Brasil, onde foram consultados 5.349 idosos, o CPO-D foi de 27,79 dentes. Destes, 92,95% foram extraídos, 2,63% obturados e 0,22% estavam obturados, mas apresentaram novas cáries.

Em 2004, foi realizado um estudo transversal com 160 idosos (95,2% da população-alvo), de 65 anos ou mais, residentes em um asilo da cidade de Fortaleza, objetivando analisar a condição dentária e periodontal, o uso e a necessidade de prótese através de consulta aos prontuários e exame bucal. A idade média foi de 76,6 anos. O índice CPO-D dos idosos asilados foi elevado, com valor de 29,73. O componente dente perdido foi o que mais contribuiu para o alto valor do CPO-D, com 28,42 dentes; 109 (68,1%) idosos não possuíam nenhum dente hígido na boca. Dos 160 idosos, 93 (58,1%) eram totalmente desdentados e 56 (35,0%) apresentavam dentes com raízes expostas. Das raízes expostas, 16% estavam cariadas ou obturadas. Dos 573 dentes presentes, 256 (44,6%) necessitavam de algum tipo de tratamento, sendo 194 (75,8%) para extração dentária. Do total dos idosos investigados, 112 (70%) não usavam nenhum tipo de prótese superior (total e removível) e 130 (81,3%) de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese (total e removível) detectada, 135 (84,4%) necessitavam de algum tipo de prótese superior e 142 (88,7%) de prótese inferior. Dos 117 sextantes presentes nos 160 indivíduos, a maioria (83,8%) apresentava cálculo dentário. Os dados mostram que a maioria dos idosos apresenta saúde bucal precária (GAIÃO, ALMEIDA e HEUKELBACH, 2005).

Apenas algumas alterações são funcionais da idade, como alterações da cor dos dentes, aumento da sensibilidade térmica, redução da camada pulpar, redução do volume salivar e sensação de boca seca. Contudo, o edentulismo e o uso de prótese nunca devem ser vistos como uma condição natural do envelhecimento humano, pois os dentes naturais de um indivíduo adulto podem permanecer em funcionamento por toda a vida.

Com a efetivação da equipe de saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), não se admite mais a exclusão dessa clientela do SUS, baseado nos princípios de universalidade de atenção – todo cidadão tem direito à saúde – e de integralidade de serviços – as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade.

Muito se conseguiu avançar nesses últimos 20 anos com relação à assistência odontológica pública brasileira, mas são inúmeras as limitações que precisam ser superadas para uma total efetivação da medicina de família e da comunidade. Ainda é um desafio para algumas equipes a utilização de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para agir segundo critérios de risco. Outras, quanto à aquisição de forma resolutiva dos serviços de referência e contrarreferência para que o programa não seja restrito à atenção básica; já para outras equipes o desafio é o excesso de demanda e a queda na qualidade dos serviços prestados, destacando-se que ainda existe a luta pela existência da paridade salarial entre as diversas classes profissionais. De toda forma, não há dúvida de que agora entramos no caminho certo.

3.10 Disciplina 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

O primeiro fórum e a avaliação diagnóstica da disciplina tiveram como objetivo discutir a magnitude da Pessoas com Deficiência (PcD) na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde. As outras aulas suscitaram para uma reflexão acerca da questão da deficiência visual e deficiência auditiva bem como as implicações no atendimento em saúde. A última atividade da disciplina foi avaliar as condições de acessibilidade de uma unidade básica ou uma unidade hospitalar ou a residência de algum deficiente físico por meio de um “roteiro de observação”.

Assim como diversos estudiosos e cientistas sociais apresentados no conteúdo teórico desta disciplina, não considero adequado o termo deficiente para denominar Pessoas com Deficiência (PcD), pois todos aqueles considerados “normais” na sociedade, pela capacidade de desempenhar plenamente as atividades psíquicas, motoras e sensoriais, mesmo assim apresentam sempre algum tipo de limitação que não impede o seu desenvolvimento pessoal.

O termo “deficiente” traz uma carga negativa e depreciativa da pessoa humana. Essa tendência excludente tende a levar os portadores a uma negação de sua própria situação e a sociedade ao não respeito pela diferença. Grande parte dos portadores de deficiência, seja

ela física, visual ou auditiva, possui limitações que não impedem o desenvolvimento de outras habilidades com satisfação individual e social (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

O Brasil pertence ao grupo de 1/3 dos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que dispõem de legislação para as pessoas com deficiência. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) define três propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

Há avanços na legislação e em medidas governamentais para a educação inclusiva, a atenção em saúde, a reabilitação e seus complementos, como as órteses, as próteses e os meios auxiliares de locomoção, destacando-se a criação de cotas para a inclusão no mercado de trabalho brasileiro. Mas muito ainda precisa ser avançado na área dos direitos humanos; na defesa de valores como dignidade, na inclusão e acessibilidade; na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos como educação, saúde, transporte e segurança.

Na minha vivência há mais de cinco anos na Estratégia Saúde da Família, confesso que tenho muita dificuldade em assistir às pessoas com deficiência. A partir do conteúdo explanado ao longo desta disciplina, vejo-me “como uma deficiente” diante de um cliente com deficiência, como enfermeira da atenção primária estive cega, surda, muda e completamente incapaz de perceber essa minha clientela especial e suas necessidades. Revelo que foi assustador ouvir todos os depoimentos das PcD com cegueira, surdez e cadeirante, pois descobri que desde o início da minha atuação tenho reproduzido as mesmas práticas de inúmeros profissionais despreparados e sem sensibilidade às necessidades de saúde deles.

Três deficientes enriqueceram esta disciplina com os seus relatos e me fizeram refletir profundamente sobre as minhas condutas. Já atendi muitos cadeirantes fora do consultório porque a cadeira não passava na porta estreita. Já deixei de realizar o exame preventivo de colo uterino em mulheres cadeirantes porque não tinha como elas subirem na maca alta. Já dei mais importância ao que o acompanhante falava e deixei de ouvir as queixas

das pessoas cegas e surdas. Enfim, eu tristemente me reconheci no depoimento de cada um deles (vídeo apresentado na disciplina).

A unidade básica de saúde da família onde trabalho não está preparada para receber uma pessoa com deficiência (Apêndice E). Não existem rampas, linhas-guia, banheiros adaptados, sinalização sonora e consultórios com espaço amplo que comporte a entrada de uma cadeira de rodas. Nenhum profissional da unidade sabe se comunicar em Braille ou Libras.

Como foi comentado entre preceptor e alunos no primeiro fórum da disciplina, apesar de termos uma legislação muito bem feita para amparar a PcD, as autoridades não fazem a fiscalização que imponha a legislação e traga qualidade de vida a esse segmento. A unidade de saúde onde trabalho, descrita no parágrafo anterior, passou recentemente por uma reforma estrutural que durou cinco meses e nada foi feito em relação à adequação dos ambientes aos portadores de deficiência.

As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo situações especiais que a sociedade e os governos têm a obrigação de considerar no sentido de igualar as oportunidades de convivência, modificando os ambientes e adaptando-os, para que permitam o livre acesso de todos. Por isso vale uma reflexão acerca da deficiência física, auditiva e visual e as implicações no atendimento em saúde.

A pessoa cega, como possui uma limitação no campo visual, tenta superar essa deficiência melhorando os outros sentidos, como a audição, o tato e o olfato. Assim como a pessoa com diminuição da acuidade auditiva desenvolve formas de se comunicar através dos sinais, da leitura labial etc. Então, o profissional de saúde deve estar ciente de que o processo de comunicação com esse tipo de paciente deve ser feito com um cuidado especial para que este se torne mais humano e eficaz, valorizando suas queixas ao invés de se apegar tão somente às observações feitas pelo acompanhante.

Os principais fatores de risco para desenvolvimento de deficiência visual são: história familiar, pois muitas doenças como a catarata estão diretamente relacionadas à hereditariedade; história pessoal, como diabetes, esclerose múltipla; senilidade, pois as algumas doenças visuais se desenvolvem com a idade, como catarata; falta de cuidados durante o pré-natal e o parto (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

Já a deficiência auditiva pode ser de origem congênita, causada por viroses materna, doenças tóxicas desenvolvidas durante a gravidez, ou adquirida, causada por ingestão de remédios que lesam o nervo auditivo, exposição a sons impactantes, viroses, predisposição genética, meningite etc.

Também a incompatibilidade de sangue entre mãe e bebê (Fator Rh) pode fazer com que a criança nasça com problemas auditivos. Crianças ou adultos com meningite, sarampo ou caxumba também podem ter como sequela a deficiência auditiva. Infecções nos ouvidos, especialmente as repetidas e prolongadas, e exposição frequente a barulho muito alto também podem causar deficiência auditiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

A prevenção primária refere-se às ações que antecedem o problema da surdez, evitando sua ocorrência, e deve ser realizada por meio de campanhas de vacinação dos jovens contra a rubéola; acompanhamento pré-natal; campanhas de vacinação infantil contra sarampo, meningite, caxumba etc.; evitar a automedicação e realizar palestras e orientações às mães e gestantes.

Já a prevenção secundária refere-se às ações que atenuam as consequências da surdez. Na área da saúde, por meio do diagnóstico, da protetização precoce da criança, da utilização do aparelho auditivo e do atendimento fonoaudiológico.

A prevenção terciária refere-se às ações que limitam as consequências do problema da surdez e melhoram o nível de desempenho da pessoa, como, por exemplo, aquelas que compõem o atendimento realizado pela educação especial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em tempos de paz, 10% da população de países desenvolvidos são constituídos de pessoas com algum tipo de deficiência. Para os países em vias de desenvolvimento estima-se de 12% a 15%. Destes, 20% seriam portadores de deficiência física. Considerando-se o total dos portadores de qualquer deficiência, apenas 2% deles recebem atendimento especializado, público ou privado, de acordo com afirmação do Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência em 2004 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

São inúmeros os deficientes físicos precisando viver normalmente em sociedade. Como profissionais de saúde devemos buscar junto aos gestores as condições de adequação

das unidades de saúde, sejam estas públicas ou privadas, prestadoras de atendimento básico ou especializado, às necessidades das Pessoas com Deficiência. Consultórios amplos, banheiros com sanitários e mictórios em altura correta, barras de apoio, corrimão, piso antiderrapante e sinalização são as condições para que as PcD tenham dignidade e privacidade em seu atendimento.

Como representantes da sociedade civil que somos, devemos lutar com os deficientes para ter acesso aos transportes públicos, à livre circulação nas ruas, lojas, bancos e shoppings, assim como ao mercado de trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer de dois anos do curso de especialização e construção do portfólio de cada disciplina cursada, a experiência e a teoria aplicada em muito contribuíram para a melhoria das atividades profissionais da equipe de saúde da família a qual integro. Mas inúmeros ainda são os desafios a serem superados.

No ano de 2010, coincidindo com o início das disciplinas teóricas do curso, conseguimos realizar uma reterritorialização com a efetiva participação dos Agentes Comunitários de Saúde recém-ingressados por concurso público durante o ano de 2009. Foi o momento de rearranjos das microáreas de abrangência da Equipe da Saúde da Família Azul, reestruturação das ações de promoção da saúde de toda a unidade básica, focando nas necessidades locais, desde a reorganização do SAME até a adequação da agenda mensal dos profissionais. Posteriormente, passamos a fazer o repasse mensal do plano de ação da equipe em rodas de gestão, tornando-o dinâmico e avaliativo, alcançando um melhor controle dos indicadores sociais e de saúde da comunidade local.

Desenvolvendo um trabalho em equipe multiprofissional, em conjunto com as cinco equipes da Saúde da Família que compõem a unidade básica de saúde, houve uma melhora no conhecimento da realidade das famílias depois que implantamos o acolhimento diário (cada equipe fica responsável por um dia na semana). Elaboramos a rotatividade da agenda profissional para promoção de assistência contínua e organizada, não esquecendo a demanda espontânea, que ficou direcionada ao acolhimento.

Semestralmente, estamos conseguindo elaborar um plano de ação específico para cada equipe com avaliação mensal e efetiva participação da equipe multiprofissional, inclusive do NASF. Após essa adesão, observamos que ocorreu uma maior integração entre equipe de saúde e as lideranças do bairro, resultando na implementação de projetos sociais da associação comunitária que já existiam há muito tempo na comunidade.

Senti um forte despertar para a necessidade de estabelecer um vínculo mais efetivo, uma troca de saberes e uma escuta detalhada durante a consulta clínica, mas ainda não consegui transmitir para os meus colegas profissionais essa mudança de conduta. Além disso, permanecemos com o desenvolvimento de trabalho em grupos específicos com gestantes e

idosos; e a ampliação da visita domiciliar para dois turnos semanais de acordo com a identificação das condições sociais.

Com os saberes trocados durante a disciplina de saúde ambiental despertamos para a necessidade de realizar oficinas de educação ambiental em duas escolas do bairro, de solicitar o monitoramento contínuo da área verde por guardas municipais e de buscar a valorização do exercício de cidadania através de campanhas com distribuição de panfletos e cartazes feitos pelos adolescentes. Apesar de algumas dessas ações terem sido descontinuadas, a experiência foi enriquecedora e merece ser retomada.

Um dos maiores desafios foi estabelecer um maior vínculo dos odontólogos com os demais profissionais da equipe Saúde da Família, por isso este ainda é um caminho em construção. Mas avançamos alguns passos, tais como: inclusão da saúde bucal de gestantes e bebês no cronograma dos dentistas, acompanhamento das visitas domiciliares a puérperas pelo odontólogo, implantação de temas ligados à saúde bucal no grupo de adolescentes e idosos já existentes, elaboração de estratégias pela equipe multiprofissional na tentativa de incluir a saúde do adulto na agenda semanal dos dentistas, aplicação de flúor e avaliação odontológica sistemática nas duas escolas públicas do bairro.

Inúmeros são os desafios a serem superados daqui para a frente como especialista, no sentido que implantar ações de atenção primária em saúde é algo dinâmico e inovador. Mas elejo como principais desafios enfrentar a resistência da população às ações de promoção e prevenção, priorizar as atividades de prevenção em todos os campos de atuação da Estratégia Saúde da Família sem prejuízo das ações assistenciais, melhorar a adesão da participação popular e articulação comunitária, realizar avaliação do processo de trabalho aplicado para saber a otimização de uma atividade executada antes de continuar investindo na mesma, descrever melhor as operações e todos os seus resultados sempre que for elaborado um plano de ação pela equipe multiprofissional e representantes da comunidade, ampliar as atividades desenvolvidas em grupo para adolescentes, tabagistas e dependentes químicos, trabalhar pela reconstrução de alguns espaços destruídos dentro da área verde do bairro e estender as ações de saúde bucal das pessoas da terceira idade e com deficiência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PROESF**: Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br/proesf>. Acesso em: 09 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007, p.77-93. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantes_sociais_artigo.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 30ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GIRÃO, R. **Pequena História do Ceará**. Fortaleza: Instituto do Ceará, 1967.

GAIÃO, L. R.; ALMEIDA, M^a. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2005, p. 316-23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/13.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2011.

GONÇALVES, M. L. S; ANDRADE, A. I. O. **Portfólio**: aprender, ensinar e formar. I Encontro sobre e-portfolio, Braga, 2006. Disponível em: <www.portfolio.alfarod.net>. Acesso em: 01 jul. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1215>. Acesso em: 05 jun. 2010.

INSTITUTO Patrícia Galvão. **Violência contra as mulheres**. Disponível em: <http://www.violenciamulher.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1213&Itemid>. Acesso em: 12 dez.2010.

LAURELL, A. C. A Saúde-Doença Como Processo Social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 1982.

LEVANTAMENTO Epidemiológico de Saúde Bucal do município de Fortaleza. **O POVO**, Fortaleza, 10 maio 2007. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Noticias_Detalhes.asp?noticia=362>. Acesso em: 23 abr. 2011.

NICKEL, D. A; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008, p. 241-246.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007.

OLIVEIRA, Z. B. **Fortaleza**: crise urbana e degradação ambiental. Fortaleza, 2004. Disponível em: <<http://www.terrazul.m2014.net/spip.php?Article53>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

PORTELA, G. Z. **A Sustentabilidade Econômico-Financeira do Programa de Saúde da Família em Município de Grande Porte** [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n.4, p. 388-404, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** atributos da qualidade do cuidado em saúde. Fortaleza, 2010a. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/>. Acesso em: 08 set. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** planejamento em saúde. Fortaleza, 2010b. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/>. Acesso em: 24 set. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** planejamento em saúde. Fortaleza, 2010c. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_02/>. Acesso em: 02 out. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** bases teóricas de uma práxis educativa. Fortaleza, 2010d. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_02/index.php?p=02.php>. Acesso em: 05 nov. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade – parte 1. Fortaleza, 2010e. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_03/index.php?p=01.php>. Acesso em: 12 nov. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade – parte 2. Fortaleza, 2010f. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_04/index.php?p=01.php>. Acesso em: 19 nov. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Fortaleza, 2010g. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_01/>. Acesso em: 26 nov. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** assistência durante a gestação e o puerpério. Fortaleza, 2010h. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_02/>. Acesso em: 03 dez. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.** Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/>. Acesso em: 29 abr. 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A.; CHAVES, S. C. L.; PONTES-SILVA, G. A. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A.(org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 207-253. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php>>. Acesso em: 14 set. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Quadro de Ação: Planejamento Teórico e Prático no Processo de Trabalho

Intervenções Profissionais	Objetivo	Finalidade	Meios materiais	Condições ou RH	Sujeitos	Objeto
Organizar a marcação de consultas através de cartões de aprazamento	Confeccionar cartões de aprazamento de acordo com a cor de cada equipe	Consolidação da ESF como centro organizador das redes de atenção do SUS	Secretaria Municipal de Saúde, através da SER I – Atenção Básica	Equipe Multiprofissional, profissionais do SAME e ACS	Usuários da Unidade Básica de Saúde	Atenção básica em saúde
Realizar abordagem de problemas sociais existentes na comunidade, como alcoolismo, drogas, DST/AIDS	Organizar palestras, oficinas e gincanas na unidade de saúde, escolas e demais órgãos sociais	Promoção da saúde	Unidade Básica de Saúde	Equipe Multiprofissional, alunos e ACS	Toda a comunidade residente na área de abrangência da equipe de saúde	Promoção da saúde
Diminuir os índices de morbimortalidade infantil, neonatal e materna	Garantir assistência integral à gestante (pré-natal, parto, puerpério) e ao recém-nascido	Redução da mortalidade Infantil, Neonatal e Materna	Secretaria Municipal de Saúde – Atenção Primária, Secundária e Terciária	Equipe Multiprofissional, ACS e profissionais de saúde das demais redes	Gestantes e RN's residentes na área de abrangência da equipe de saúde	Promoção da saúde
Realizar educação em saúde permanentemente com ACS e usuários	Garantir vacinação contra Influenza A para 100% dos grupos-alvo e reduzir a infestação predial do Aedes Aegypti	Controle de doenças endêmicas, como Dengue, e emergentes, como Influenza A (gripe suína)	Secretaria Municipal de Saúde, através da SER I – Atenção Básica	Equipe Multiprofissional e alunos	Famílias residentes na área de abrangência da equipe de saúde e todos os agentes comunitários de saúde	Prevenção e controle de doenças
Realizar exame Papanicolau em todas as mulheres em idade fértil cadastradas na equipe	Ampliar o horário de atendimento da unidade para o período noturno e final de semana visando ao atendimento das mulheres trabalhadoras	Controle do câncer de colo de útero e mama	Secretaria Municipal de Saúde, através da SER I – Atenção Básica	Equipe Multiprofissional	Mulheres residentes na área de abrangência da equipe de saúde	Prevenção e controle de doenças
Efetuar o cadastramento de 100% dos idosos acamados, hipertensos e /ou diabéticos	Agendar visitas mensais para cada idoso, sob direcionamento do ACS	Implantação da assistência à saúde do idoso	Unidade Básica de Saúde	Equipe Multiprofissional e ACS	Idosos residentes na área de abrangência da equipe de saúde	Promoção da saúde

APÊNDICE B – Visita ao CAPS Nise da Silveira/SER I

Entrevista elaborada e aplicada pela aluna Giselle Maria Duarte Menezes, concedida pela enfermeira assistencial Ana Paula de Oliveira, que trabalha no CAPS há dois anos e oito meses. Houve permissão expressa para registro fotográfico.

01) Qual é o nível deste CAPS e suas diferenciações?

Este é o CAPS Geral NISE DA SILVEIRA, inaugurado dia 19 de junho de 2006 pela prefeita Luizianne Lins, categorizado como nível II, pertencente à SER I. O horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, de 7h às 17h. Os CAPS são diferenciados de acordo com os níveis I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi).

02) Quantos e quais são os profissionais que atuam nesta unidade?

Os profissionais de nível superior que trabalham neste CAPS são dois assistentes sociais, quatro psicólogos, três terapeutas ocupacionais, dois médicos psiquiatras, dois médicos clínicos gerais, duas enfermeiras assistenciais e mais uma enfermeira coordenadora, além de alguns estudantes dos cursos de graduação. Existem ainda os profissionais de nível médio, como a atendente do SAME, a recepcionista e as serventes. Outros são voluntários, como artistas plásticos, pintores, grafiteiros, desenhistas, músicos e massoterapeutas.

03) Quantos atendimentos são realizados mensalmente?

Não sei responder precisamente o número de atendimentos mensais, talvez a coordenadora pudesse dizer. Mas sei que atualmente o CAPS possui 8.000 pacientes cadastrados. Cerca de 20 pacientes recebem atendimento semelhante ao hospital-dia, ou seja, passam o dia na unidade, participam de grupos terapêuticos e terapias diárias, tomam café da manhã, almoçam e lancham à tarde antes de retornar ao domicílio. Muitos são atendidos com consulta clínica mensalmente ou a cada dois ou três meses, dependendo da necessidade.

04) Qual o perfil do paciente psiquiátrico atendido aqui?

Os agravos que mais acometem os pacientes atendidos aqui são Esquizofrenia, Pânico, Depressão (de moderada a grave), pois Depressão leve geralmente é conduzida pelo próprio PSF, e Distúrbios de Personalidade.



FOTO 1: MENEZES, Giselle. Entrada do CAPS Nise da Silveira. 23 jun. 2010. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.

05) Como são organizadas as ações de saúde mental neste CAPS?

Os pacientes chegam ao CAPS com encaminhamento da unidade básica de saúde (PSF) ou da unidade hospitalar, mas atendemos também pacientes que chegam pela primeira vez numa unidade de saúde mental. Estes que nunca receberam atendimento clínico abrem o prontuário por participar da triagem que acontece toda segunda-feira, terça-feira e sexta-feira. Alguns pacientes são trazidos pelos familiares ou pelos serviços de emergência quando estão em crise psiquiátrica. Além dos atendimentos de primeira vez, o CAPS realiza diariamente

acolhimento, plantão psíquico e visita domiciliar para busca ativa de pacientes faltosos. Todas as atividades são organizadas e realizadas por membros da equipe em regime de escala. Assistentes sociais, médicos e enfermeiros participam de todos os tipos de assistência.

06) Na sua percepção, o CAPS vem exercendo sua função dentro do que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica?

Com toda certeza, pois os pacientes, mesmo os que chegam aqui em crise, são atendidos apenas com medicação para acalmar e observação, sem usar força ou contenção, sem encaminhar à unidade hospitalar, incentivando a participação familiar. Os usuários têm toda liberdade de ir e vir dentro da unidade, os grupos acontecem em salas amplas, arejadas, respeitando a individualidade, e isso tudo é o que orienta a Reforma Psiquiátrica.

07) O CAPS acompanha de alguma forma o Programa de Volta para Casa?

A maioria dos pacientes, além do atendimento clínico e psiquiátrico, com acompanhamento da equipe multiprofissional e terapia medicamentosa, recebe também alguns benefícios sociais, como alimentação, vale transporte para os retornos ao CAPS, incentivo financeiro mensal do Governo federal (Programa de volta para casa). Essa parte do acompanhamento dos pacientes beneficiados é sempre realizada pelas duas assistentes sociais. Não sei detalhar como ele é feito, mas sei que inclui visitas domiciliares aos pacientes e suas famílias.



FOTO 3: MENEZES, Giselle. Sala de massoterapia do CAPS Nise da Silveira. 23 jun. 2010. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.

08) Este CAPS participa de algum Programa Permanente de formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde?

Sim, cada profissional aqui participa pelo menos de três cursos durante o ano. Depois que entrei neste CAPS já fiz curso até em Brasília. Sem falar que eles incentivam também participação em congressos e apresentação de trabalhos científicos, inclusive com ajuda financeira para inscrição dos eventos, passagem, hospedagem e confecção de banners.



FOTO 4: MENEZES, Giselle. Espaço para atividades em grupo do CAPS Nise da Silveira. 23 jun. 2010. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.

OBSERVAÇÕES DE CAMPO – CAPS Nise da Silveira:

Permaneci um turno de trabalho no CAPS e presenciei muitas das atividades descritas pela enfermeira entrevistada. Os pacientes que chegaram pela manhã cedo foram recebidos na triagem e encaminhados para tomar o café da manhã em conjunto. Depois cada um foi para o atendimento direcionado, alguns receberam massoterapia, outros ficaram aguardando consulta médica ou terapia psicológica individual, enquanto a maioria foi participar da terapia em grupo.

Realmente, o CAPS vem seguindo o que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica, como afirmou a enfermeira assistencial entrevistada. Os pacientes circulavam livremente pela unidade, alguns traziam também seus familiares ou companheiros. Muitos estavam ali para

receber algum tipo de atendimento, mas uns poucos iam apenas porque se sentiam bem em permanecer naquele espaço de convivência, pois nem era o dia do retorno deles.

Pelo que vivenciei brevemente no CAPS Nise da Silveira, constatei que como a Reforma Psiquiátrica tem sido um movimento que envolve a desospitalização, o atendimento do paciente psiquiátrico dentro da comunidade próximo a sua residência e a autonomia do doente frente ao seu tratamento, o serviço parece estar no caminho certo. Claro que muito ainda há para se fazer. O CAPS ainda precisa estabelecer uma integração maior com o PSF para que a atenção à saúde da família seja mais bem direcionada.

APÊNDICE C – Plano de Ação: uma construção em equipe

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Após o diagnóstico situacional da área de abrangência, foram encontrados como problemas finais, que interferem nas condições de saúde e doença da população, as situações abaixo:

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Gravidez na adolescência | 6. Violência na juventude |
| 2. Alcoolismo | 7. Renda familiar (o idoso como principal fonte de renda) |
| 3. Falta de esgoto | 8. Tabagismo |
| 4. Doenças parasitárias | 9. Hipertensão Arterial |
| 5. Drogas | |

2. PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Gravidez na Adolescência	ALTA	9	DENTRO	1
Drogas	ALTA	8	PARCIAL	3
Alcoolismo	ALTA	7	PARCIAL	4
Tabagismo	ALTA	6	PARCIAL	6
Falta de Esgoto	ALTA	7	FORA	7
Violência na juventude	ALTA	7	FORA	5
Hipertensão Arterial	ALTA	8	PARCIAL	2
Doenças Parasitárias	MÉDIA	6	PARCIAL	9
Renda-Exploração do idoso	MÉDIA	5	PARCIAL	8

A gravidez na adolescência foi selecionada como prioridade 1 por apresentar maior relevância dentre todos, não somente pelo impacto de risco na saúde física e

psicológica da adolescente, como também pelo impacto social negativo que esse problema pode representar e deixar marcas profundas para a vida se não for bem trabalhado.

Com um índice de 69 óbitos por cada 100 mil nascidos vivos, o Ceará está entre os estados do País com maior índice de mortalidade materna. Segundo o Ministério da Saúde (MS), esse número é considerado alto, já a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica esse índice como “muito alto”. As doenças hipertensivas, as hemorragias, as infecções e os abortamentos, nessa ordem, são os principais motivos das mortes. Um dos fatores que favorecem o crescimento dessa taxa no Estado é a gravidez na adolescência. Até 31 de agosto de 2010, o Ceará possuía 14.353 mil gestantes de dez a 19 anos de idade (Fonte: <<http://diariodo.nordeste.globo.com/materia.asp?codigo=865356>>).

3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

No caso do problema “gravidez na adolescência”, anteriormente citado e definido como prioridade número 1 pela Equipe Cinco Estrelas, podemos enunciá-lo de uma forma mais completa: 18,5% das gestantes que realizam acompanhamento de pré-natal com a equipe têm idade inferior a 20 anos.

Para a descrição do problema priorizado, a Equipe Cinco Estrelas utilizou dados fornecidos pelo SIAB e SISPRENATAL, selecionando indicadores associados abaixo:

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Nº. adolescentes de 10-19 anos	1972	SIAB
Nº. gestantes cadastradas	27	SIAB, SISPRENATAL
Nº. gestantes acompanhadas	27	SIAB, SISPRENATAL
Nº. gestantes menores de 20 anos	5	SIAB, SISPRENATAL
Nº. gestantes <20 anos que iniciaram o pré-natal no 1 trimestre	3	SIAB, SISPRENATAL
Nº. de gestantes <20 anos que realizaram consulta no mês	4	SIAB, SISPRENATAL
Nº. de gestantes <20 anos com histórico de mais de uma gravidez	2	SISPRENATAL
Nº. de gestantes <20 anos que apresentam risco gestacional	3	SISPRENATAL

Dados referentes a agosto/2010

4. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

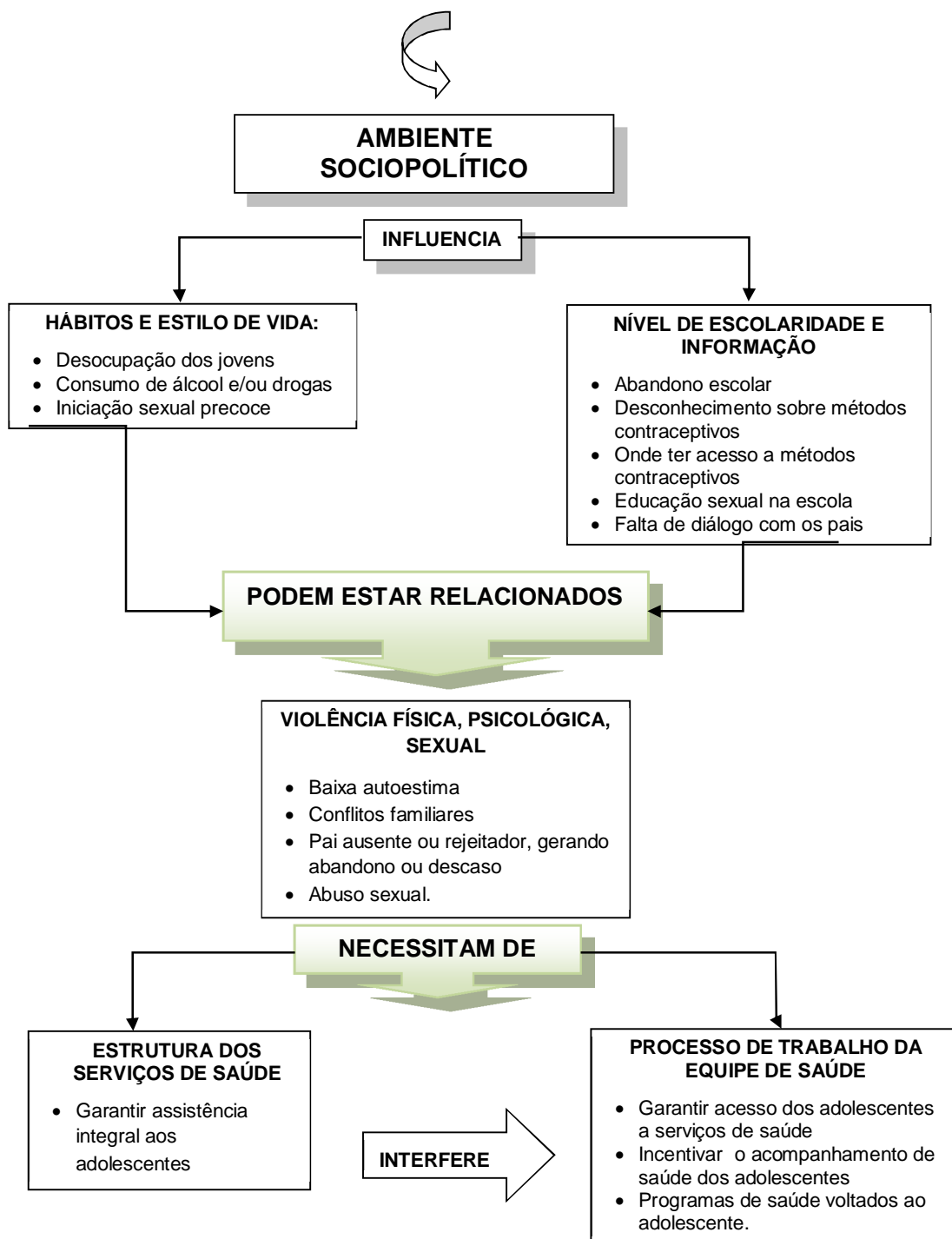
A gravidez nesse grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos.

Existem múltiplas razões relacionadas ao aumento da gravidez durante a adolescência. Podemos citar como fatores influenciáveis ou situações precursoras da gravidez na adolescência:

- | | |
|--|---|
| 1. Carência de informação; | 9. amigas grávidas na adolescência; |
| 2. nível de escolaridade; | 10. mães que engravidaram na adolescência; |
| 3. baixa autoestima; | 11. ambiente cultural, político e socioeconômico; |
| 4. abuso de álcool e drogas; | 12. violências físicas, psicológicas e sexuais; |
| 5. nenhuma ou pouca comunicação intrafamiliar; | 13. falta de políticas públicas; |
| 6. conflito de gerações; | 14. estrutura dos serviços de saúde. |
| 7. pai ausente e/ou rejeitador; | 15. sobrecarga de atribuições para o profissional da saúde. |
| 8. rejeição familiar pela atividade sexual e gravidez fora do casamento. | |

O ambiente cultural, ambiental, político ou socioeconômico influencia nos hábitos e no estilo de vida, no nível de escolaridade, na informação e na pressão social que, por sua vez, podem estar relacionados com uma comunicação familiar ineficaz ou conflituosa, podendo gerar problemas como abuso de drogas lícitas ou ilícitas, violência física, psicológica e sexual, abandono, descaso, tradicionalização de comportamentos negativos, iniciação sexual precoce, muitas vezes sem a devida orientação quanto ao planejamento familiar e como consequência gravidez na adolescência.

Por outro lado, o modelo de desenvolvimento econômico influencia nas políticas públicas de acordo com o modelo assistencial que, por sua vez, influencia no tipo de estrutura dos serviços de saúde e no seu processo de trabalho e cujo desenvolvimento está intimamente ligado ao tipo de resposta dada frente aos problemas encontrados, utilizando PES, protocolos, assistência farmacêutica, sistema de referenciamento etc., possibilitando melhorar indicadores de saúde através de um melhor acompanhamento e redução de fatores de riscos e agravos.



5. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Foram selecionados, como “nós críticos”, as situações relacionadas com o problema principal onde é possível uma ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido.

Vejamos quais foram:

- Hábitos e estilo de vida
- Nível de informação
- Iniciação sexual precoce
- Comunicação intrafamiliar
- Estrutura dos serviços de saúde
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

6. DESENHO DAS OPERAÇÕES

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA	VIVER PLENAMENTE Modificar hábitos e estilo de vida	Diminuir em 15% o número de adolescentes sem ocupação. Diminuir em 45% o consumo de drogas lícitas e ilícitas; Aumentar a demanda em 30% por cursos profissionalizantes e atividades esportivas.	Atividades extracurriculares Campanha educativa na rádio local Programas de primeiro emprego Cursos de capacitação Campeonatos esportivos	Organizacional -> organizar campeonatos e assuntos a serem trabalhados na rádio Cognitivo -> estratégias de divulgação Político -> articular parcerias e espaço em programa da rádio local Financeiro -> aquisição de material para desenvolvimento das ações e financiamento de projetos
COMUNICAÇÃO FAMILIAR	PAIS E FILHOS Estimular o diálogo e trabalhar a convivência	Diminuir índices de violência doméstica ou abandono de lar.	Cultura da Paz Reuniões de pais, mestres e profissionais de saúde.	Organizacional -> agenda de reuniões. Cognitivo -> estratégias de divulgação e sensibilização Político -> articular parcerias com escolas Financeiro -> aquisição de material para desenvolvimento das ações e financiamento de projetos
NÍVEL DE INFORMAÇÃO	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA-PSE (já existente) PERGUNTE E A GENTE RESPONDE Aumentar o nível de informação dos adolescentes	Implantar em todas as escolas municipais o PSE; Adolescentes mais informados sobre planejamento familiar e gravidez na adolescência.	Avaliação do nível de informação sobre sexualidade e gravidez na adolescência Programa de rádio semanal Capacitação continuada de professores, profissionais de saúde e adolescentes.	Organizacional - organização de agenda Cognitivo - estratégias de divulgação e sensibilização Político - articular parcerias com escolas municipais e espaço na rádio local Financeiro - aquisição de material para desenvolvimento das ações
INICIAÇÃO SEXUAL PRECOCE	NÃO DÁ PRA VACILAR PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA-PSE (já existente) FALA SÉRIO! Aumentar o nível de informação dos adolescentes	Adolescentes mais informados sobre sexualidade, Planejamento Familiar e gravidez na adolescência.	Avaliação do nível de informação sobre planejamento familiar dos adolescentes Capacitação contínua de professores e profissionais da saúde sobre sexualidade, DST /AIDS e planejamento familiar Grupos de debate e autoajuda	Organizacional - organização de agenda Cognitivo - estratégias de divulgação e sensibilização Político - articular parcerias com escolas municipais Financeiro - aquisição de material para desenvolvimento das ações e financiamento de projetos
PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE	SAÚDE DO ADOLESCENTE PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA-PSE (já existente) Garantir o acesso do adolescente aos serviços de saúde	Aumentar a demanda da população na faixa etária de 10 a 19 anos nos serviços de saúde e garantir a cobertura de no mínimo 85% no atendimento a essa população.	Protocolo de atendimento aos adolescentes implantado. PSE implantado em todas as escolas municipais.	Organizacional - organização de agenda e adequação de fluxo referência e contrarreferência Cognitivo - elaboração de projetos e protocolos Político - articular setores de saúde com escolas municipais e adesão de profissionais de saúde
ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	MAIS JUVENTUDE Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o adolescente	Garantir o acesso a insumos, exames e assistência integral para a população de 10 a 19 anos.	Capacitação de pessoal PPI (Programação Pactuada e Integrada) revisada Compra de medicação	Político - decisão de aumentar investimentos para melhora da estrutura e serviço Cognitivo - elaboração de projeto de adequação Financeiro - ampliação na PPI e diversificação farmacêutica de métodos anticoncepcionais

7. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

OPERAÇÕES	RECURSOS CRÍTICOS
VIVER PLENAMENTE	Político -> articular parcerias e espaço em programa de rádio local Financeiro-> aquisição de material para desenvolvimento das ações educativas e financiamento de projetos
PAIS E FILHOS	Político -> articular parcerias com escolas municipais e entidades comunitárias Organizacional -> mobilização social em torno de questões sociais como desemprego, violência etc.
PERGUNTE E A GENTE RESPONDE	Político -> articular parcerias entre Secretaria Municipal de Saúde e escolas municipais e espaço na rádio local Financeiro -> financiamento de capacitações profissionais e material para desenvolvimento das ações
NÃO DÁ PRÁ VACILAR FALA SÉRIO!	Político -> articulação intersetorial e espaço na rádio local Financeiro-> aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos e financiamento de projetos
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SAÚDE DO ADOLESCENTE	Político -> articulação intersetorial e adesão de profissionais de saúde Financeiro-> aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos e financiamento de projetos
MAIS JUVENTUDE	Político -> aprovação de projeto de adequação Financeiro-> ampliação na PPI e diversificação farmacêutica de métodos anticoncepcionais

8. ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS
ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
Setor de Comunicação Social	Favorável	-Apoio dos gestores locais
Sec. Municipal de Saúde	Indiferente	-Parceria com secretaria de educação
Sec. Municipal de Educação	Favorável	- Apresentação o Projeto de inserção Social e Esportiva
Esporte e Cultura	Favorável	
Gestores de Unidades Básicas	Favorável	- Parceria com Secretaria de Assistência Social e Educação
Diretores de Escolas	Favorável	
Associações Comunitárias	Indiferente	
ONGs	Favorável	
Setor de Comunicação Social	Favorável	- Ações educativas: secretaria de saúde/ secretaria de educação
Gestores de Unidades Básicas	Favorável	
Diretores de Escolas	Favorável	-Apresentar o Projeto de ampliação do nível de informação e Implantação do Programa Saúde na Escola
NASF	Indiferente	
Sec. Municipal de Saúde	Favorável	-Apresentar o Projeto para implantação do PSE nas escolas municipais
Sec. Municipal de Educação	Favorável	
Associações Comunitárias	Indiferente	
Sociedade Civil	Indiferente	
Sec. Municipal de Saúde	Favorável	-Atuação das secretarias de saúde e educação
Sec. Municipal de Educação	Favorável	
Gestores de Unidades Básicas	Indiferente	- Apresentar o Projeto de acompanhamento da saúde do adolescente
Diretores de Escolas	Favorável	
NASF	Indiferente	
Prefeito Municipal	Favorável	Apoio dos órgãos gestores
Conselhos Municipais	Favorável	
Distribuição Farmacêutica	Indiferente	

9. ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
VIVER PLENAMENTE	*Diminuir em 15% o nº de adolescentes sem ocupação. *Aumentar a demanda em 30% por cursos profissionalizantes e atividades esportivas. *Diminuir em 45% o consumo de drogas lícitas e ilícitas.	*Atividades extracurriculares *Campanha educativa na rádio local *Programas de primeiro emprego *Cursos de capacitação *Campeonatos esportivos.	-Apoio dos gestores locais -Parceria com secretaria de educação - Apresentação o Projeto de inserção Social e Esportiva	Fabíola e Giselle	2 meses para apresentação do projeto e articulação intersetorial 3 meses para início das atividades Avaliações trimestrais
PAIS E FILHOS	*Diminuir índices de violência doméstica ou abandono de lar.	*Cultura da Paz *Reuniões de pais, mestres e profissionais de saúde.	- Parceria com Secretaria de Assistência Social e Educação	José Luiz	2 meses para o início das atividades
PERGUNTE E A GENTE RESPONDE	*Adolescentes mais informados sobre planejamento familiar e gravidez na adolescência	*Avaliação do nível de informação sobre sexualidade e gravidez na adolescência *Programa de rádio semanal *Capacitação continuada de professores, profissionais de saúde e adolescentes.	- Ações educativas: secretaria de saúde/ secretaria de educação -Apresentar o Projeto de ampliação do nível de informação e Implantação do Programa Saúde na Escola	Fabíola e José Luiz	3 meses para apresentação do projeto e articulação intersetorial 2 meses para início das atividades avaliações semestrais
NÃO DÁ PRA VACILAR FALA SÉRIO!	*Aumentar o nível de informação dos adolescentes	*Avaliação do nível de informação sobre planejamento familiar dos adolescentes *Capacitação contínua de professores e profissionais de saúde sobre sexualidade, DST /AIDS e planejamento familiar *Grupos de debate e autoajuda	-Apresentar o Projeto para implantação do PSE nas escolas municipais	Giselle e Joana Letícia	2 meses para apresentação do projeto e articulação intersetorial 2 meses para início das atividades Avaliações trimestrais
SAÚDE DO ADOLESCENTE “PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA-PSE”	*Garantir o acesso do adolescente aos serviços de saúde	*Protocolo de atendimento aos adolescentes implantado. *PSE implantado em todas as escolas municipais.	-Atuação das secretarias de saúde e educação - Apresentar o Projeto de acompanhamento da saúde do adolescente	Fabíola e Joana Letícia	3 meses para apresentação do projeto 2 meses para início das atividades e implantação de protocolos Avaliações mensais

MAIS JUVENTUDE	*Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o adolescente	*Garantir o acesso a insumos, exames e assistência integral para a população de 10 a 19 anos. *Capacitação de pessoal *PPI (Programação Pactuada e Integrada) revisada *Compra de medicação	-Apoio dos gestores	Giselle e José Luis	2 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação de recursos para compra de equipamentos. Duração do processo de 10 meses.
-----------------------	--	--	---------------------	---------------------	---

10. GESTÃO DO PLANO

Coordenação e gerenciamento: Equipe Cinco estrelas						
Produtos	Responsável	Prazo Inicial	Situação atual	Pendências	Justificativa	Prazo final
Campanha educativa na rádio	Fabíola e Giselle	3 meses	atrasado	Definição de horário na rádio	Falta adequar ao horário dos profissionais	3 meses
Reuniões de pais, mestres e profissionais de saúde	Luiz	2 meses	ok			
Capacitação continuada de professores, profissionais de saúde e adolescentes	Fabíola e Luiz	2 meses	atrasado	*Capacitação dos mestres	Incompatibilidade de horários	3 meses
Grupos de debate e autoajuda	Joana Letícia	2 meses	atrasado	Facilitadores	Adesão dos profissionais	3 meses
Protocolo de atendimento aos adolescentes implantado	Fabíola e Joana	2 meses	atrasado	Capacitação profissional	Incompatibilidade de horários	3 meses
PPI revisada	Giselle	2 meses	atrasado	Adequação de estrutura	*Apoio dos gestores	5 meses

APÊNDICE E – Roteiro de Observação: acessibilidade às Pessoas com Deficiência (PcD)

Dados de identificação:

Nome da instituição: CSF Casimiro José de Lima Filho

Tipo de instituição

- Hospital geral
- Hospital especializado em _____
- Unidade Básica de Saúde

Localização: Av. Francisco Sá, 6449. Barra do Ceará. Fortaleza-CE.

Condições de Acesso da Pessoa Portadora de Deficiência às Instituições de Saúde

Assinalar com V ou F:

1. Via Pública

As avenidas de acesso das Pessoas com Deficiência (PD) no percurso casa-instituição de saúde possuem:

- Faixas para pedestres
- Rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos para tráfego de cadeiras de rodas
- Obras públicas protegidas por tapume delimitador da área de construção de modo a deixar a calçada livre para a passagem das PD
- As calçadas estão livres de cadeiras de bar ou outro tipo de mobiliário que impeça ou dificulte o trânsito das PD
- As avenidas estão livres de buracos
- As calçadas estão livres de buracos e desnivelamentos
- As calçadas possuem largura mínima de 1,50 metros de modo a promover o livre trânsito das PD
- As placas de sinalização de trânsito estão em locais visíveis
- Existe sinalização indicativa do percurso para a instituição de saúde
- Existem semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando para assegurar a travessia segura das avenidas pelas PD
- Existem semáforos em pontos estratégicos munidos de dispositivo sonoro para orientar a travessia da avenida por PD do tipo visual
- Os semáforos dos cruzamentos de avenidas possuem sinalização visual e auditiva para orientar a travessia das PD.

2. Do acesso ao prédio:

- A via pública de acesso ao prédio possui rebaixamento de guias por todo o trajeto obedecendo a inclinação transversal máxima da calçada;
- Possui estacionamento privativo para PD devidamente demarcado com o Símbolo Internacional de Acesso. (Nº de vagas ____ ; vagas demarcadas ____)

- (F) Os corredores de circulação e entrada de estacionamento possuem setas indicativas no sentido do deslocamento com o Símbolo Internacional de Acesso encaminhando para as entradas, saídas, sanitários, vagas ou locais acessíveis
- (F) O percurso da vaga até a entrada do edifício é livre de obstáculos.

3. Do acesso ao interior do prédio

- (V) Através de escadaria sem corrimão
- (F) Através de escadaria com corrimão
- (F) Através de rampa de acesso para PD
- (F) As áreas de circulação possuem portas que têm largura livre de 0,80 cm
- (F) As portas do tipo vaivém são dotadas de visor vertical
- (F) As portas de correr possuem trilhos rebaixados para o livre tráfego de cadeiras de rodas e o trânsito de deficientes visuais
- (V) O piso possui superfície regular, estável, firme e antiderrapante
- (F) As áreas de circulação coletiva possuem no mínimo 1,20m de largura e estão livres de obstáculos como lixeiras, bebedouros e mobiliários.

4. Condições de circulação vertical no interior do prédio

Circulação vertical através de

- (F) rampa
- (V) escadas
- (F) elevador
- (F) equipamentos eletromecânicos especiais.

4.1 Acesso por rampa

- (F) O acesso possui inclinação máxima de modo a minimizar esforços da PD
- (V) O piso é antiderrapante
- (F) No início e término da rampa o piso possui acabamento diferenciado para orientação dos deficientes visuais.

4.2 O corrimão da rampa

- (F) é de material rígido
- (F) firmemente fixado
- (F) instalado em ambos os lados da escada ou rampa
- (F) a altura do corrimão é de 92 cm do piso
- (F) está afastado 4 cm da parede
- (F) prolonga-se pelo menos 30cm antes do início e do término da rampa ou escada, sem interferir na área de circulação ou prejudicar a vazão

4.3 Acesso por escada fixa: (pessoas idosas, usuários de muletas, deficientes visuais)

- (F) possui patamar de 1,20 m sempre que houver mudança de direção

- ou vencer desnível superior a 3,25 m
- (V) os degraus
 - (V) têm piso de no mínimo 28 cm
 - (V) têm piso de no máximo 32 cm
 - (F) têm espelho de no mínimo 16 cm
 - (F) têm espelho de no máximo 18 cm
- (V) possui piso antiderrapante
- (F) corrimão
 - (F) de material rígido
 - (F) firmemente fixados
 - (F) instalados de ambos os lados da escada
 - (F) afastados 4 cm da parede
 - (F) altura de 92 cm do piso
 - (F) prolongamento de pelo menos 30 cm no início e término da escada.

4.4 Os elevadores:

- (F) estão situados em local acessível
- (F) garantem a circulação até eles
- (F) estão situados em nível com o pavimento a que servem ou estão interligados por rampa
- (F) têm cabine com dimensão mínima de 1,10 m por 1,40 m e com espelho na parede oposta à porta
- (F) a porta do elevador possui vão livre de 80 cm
- (F) o elevador serve ao estacionamento onde há vagas reservadas para veículo de pessoas deficientes
- (F) possui botoeira com marcação em Braille e sinal sonoro para abertura e fechamento da porta
- (F) se possui botoeira, está na altura mínima de 89 cm e máxima de 1,35m do piso
- (F) possui corrimão na parte interna e posterior da cabine.

5. Equipamentos e mobiliário

5.1 Equipamentos eletromecânicos

- (F) estão devidamente sinalizados com o símbolo Internacional de Acesso
- (F) possuem orientação sobre o seu funcionamento
- (F) existe sinalização em Braille explicando o seu funcionamento

5.2 O mobiliário

- (V) os balcões e mesas de trabalho têm, na sua parte superior, a altura de 80 cm do piso
- (F) os assentos de uso público têm profundidade mínima de 45 cm e estão instalados a 46 cm do piso, de preferência com alças de apoio ou braços

- (F) os bebedouros estão instalados a 80 cm do piso
- (V) os telefones estão instalados a uma altura entre 80 cm e 1,00m do piso
- (F) as botoeiras, os comandos ou sistemas de acionamentos estão entre 80 cm e 1,20m do piso
- (F) os locais de reunião possuem espaço reservado para cadeiras de rodas que deve ser de 90 cm por 1,20m nas primeiras filas e 90 cm por 1,50m quando nas fileiras intermediárias
- (F) os assentos ambulatoriais reservam um espaço livre frontal ao acento de 0,60m.

6. Instalações sanitárias

- (F) existem sanitários e vestiários adequados para deficientes próximo à circulação principal do prédio
- (F) os sanitários e vestiários estão devidamente sinalizados
- (V) existem sanitários e vestiários disponíveis para ambos os sexos.

6.1 Área de manobra de, no mínimo,

- (F) 1,20 m para circulação em linha reta
- (F) 1,20m por 1,20m para rotação de 90°
- (F) 1,50m por 1,20m para rotação de 180°
- (F) 1,50m por 1,50m para rotação de 360°.

6.2 Área de transferência

- (F) possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto de peças sanitárias para transposição de pessoa usuária de cadeira de rodas.

6.3 Área de aproximação:

da bacia sanitária

- (F) possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 80 cm junto às peças sanitárias e acessórios que não precisam de transposição
- (F) na parede lateral e de fundo junto à bacia sanitária estão instaladas barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para bacia sanitária
- (F) as barras horizontais têm comprimento mínimo de 90 cm
- (F) as barras horizontais estão a uma altura de 76 cm do piso
- (V) a bacia sanitária está a uma altura de 46 cm do piso
- (V) papeleira junto a bacia sanitária, a 40 cm do piso e 15 cm a partir da extremidade frontal da bacia
- (F) a válvula de descarga está a uma altura máxima de 1,00m do piso
- (F) a válvula de descarga funciona com leve pressão

Os lavatórios

- (F) são do tipo sem coluna
- (F) estão a uma altura de 80cm do piso para permitir aproximação de cadeira de rodas
- (V) a torneira é de mono comando.

Os mictórios

- (F) estão a uma altura de 46 cm do piso
- (F) possuem barras paralelas de 80 cm de comprimento, a 70 cm do piso e afastadas horizontalmente 80 cm
- (F) a válvula de descarga está a 1,00m do piso e funciona com leve pressão.

Os chuveiros na área de internação

- (F) possuem banco retrátil instalados a 45 cm de profundidade por 70 cm de comprimento e a 46 cm do piso
- (F) possuem toalheiros, saboneteiras e cabides instalados a 1,0m do piso
- (F) possuem espelho com borda inferior a 90 cm do piso, quando plano; e a uma altura de 1,10m, quando inclinado
- (F) possuem área de transferência de 80 cm por 1,10m dentro ou fora do boxe para permitir a transferência de cadeira de rodas para o banco interno do Box
- (F) a área de transferência possui barras de apoio firmemente instaladas.

7. Localização de espaços e assentos em salas/auditórios

- (F) garantem conforto, segurança, boa visibilidade e acústica
- (V) estão integrados com a disposição geral dos assentos, de maneira a não segregar seus ocupantes e permitir que estes possam sentar próximos a seus acompanhantes
- (F) não estão obstruindo o acesso aos demais assentos e à circulação
- (F) estão localizados próximos às circulações de emergência.

8. As portas de entrada, as saídas, as rotas de fuga, os elevadores e as instalações sanitárias estão identificadas com o Símbolo Internacional de Acesso:

- (F) no piso
- (F) vertical, fixada a uma altura de 1,70m do piso
- (F) vertical, fixada a 2,20m, em placa suspensa sobre as mesmas.

ANEXOS

FOTOGRAFIAS



MENEZES, Giselle. Participação do NASF no grupo de adolescentes. 11 set. 2010. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.



MENEZES, Giselle. Visita domiciliar à puérpera. 06 out. 2010. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.



MENEZES, Giselle. Oficina na Escola Pública. 28 nov. 2010. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.



MENEZES, Giselle. Ação coletiva em Saúde Bucal. 14 jan. 2011. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.



MENEZES, Giselle. Grupo de Jovens e Adolescentes. 01 mar. 2011. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.



MENEZES, Giselle. Ação de combate a Dengue. 08 abr. 2011. Color, 10 cm x 15 cm. Foto produzida para pesquisa em saúde.