

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

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS AGUIAR

**CONSTRUÇÃO DE NOVAS HABILIDADES PROFISSIONAIS EM SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM À DISTÂNCIA**

FORTALEZA

2011

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS AGUIAR

**CONSTRUÇÃO DE NOVAS HABILIDADES PROFISSIONAIS EM SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM À DISTÂNCIA**

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

Orientadora: Prof^a. Mestra Valeska Camurça

FORTALEZA

2011

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

-
- A23c Aguiar, Lidiane Nogueira Rebouças
Construção de novas habilidades profissionais em saúde na atenção básica: uma experiência de aprendizagem à distância / Lidiane Nogueira Rebouças Aguiar. – 2011.
67 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Núcleo de Tecnologias e Ead em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Prof^a tutora Ms Valeska Camurça.
1. Saúde da Família 2. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD362.1

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS AGUIAR

**CONSTRUÇÃO DE NOVAS HABILIDADES PROFISSIONAIS EM SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM À DISTÂNCIA**

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

Aprovada em 07/10/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Valeska Vieira Camurça (Orientadora e 1º Avaliador)

Prof^ª. Nancy Maria Maia Pinheiro (2º Avaliador)

Prof^ª. Gardênia Maria Costa de Oliveira (3º Avaliador)

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e por me proporcionar momentos de muita alegria.

Aos meus pais por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu esposo Daniel, pelo amor e pela compreensão.

Ao gestor do município onde trabalho pela compreensão em liberar profissionais para capacitação, tendo consciência da importância tanto para profissionais quanto para o município.

A tutora Valeska, pela dedicação e paciência no decorrer do curso.

*“Sei que o meu trabalho é uma gota no oceano,
mas sem ele, o oceano seria menor” (Madre
Teresa de Calcutá)*

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família – ESF tem avançado ao longo dos anos priorizando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação. Para tanto, torna-se relevante que os profissionais de saúde envolvidos na ESF sejam capacitados para o enfrentamento em busca de melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade que assistem. Durante a minha prática como profissional de enfermagem na atenção primária, observei que os profissionais de saúde apresentam essa necessidade de capacitações direcionadas à área em que estão atuando para proporcionar melhoria no atendimento e na assistência à população. A partir dessas observações, senti-me motivada a realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família para poder obter atualizações na área e utilizar os conhecimentos adquiridos em minha prática diária, proporcionando melhorias para a população que assisto. Este estudo tem como objetivo apresentar as experiências de aprendizagem desenvolvidas durante o curso de especialização em saúde da família, importantes na prática diária da atenção básica. Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido em formato de portfólio, composto pelas 11 disciplinas estudadas no decorrer do curso de especialização. As fontes de informações dos portfólios das disciplinas foram adquiridas por meio de manuais do ministério da saúde, informações da secretaria municipal de saúde e do *site* de São Gonçalo do Amarante, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), da observação do ambiente de trabalho, além de discussões e reflexões durante o curso e conclusões obtidas nos meus 5 anos de experiência na atenção primária. Este percurso em direção ao meu aperfeiçoamento profissional foi relevante e de grande impacto positivo para a minha vida profissional. Pude aprimorar meus conhecimentos e adquirir novos, além de conviver e debater com pessoas com outras vivências e experiências profissionais que proporcionaram reflexões nas formas de trabalho e abordagem da população na ESF, procurando trabalhar mais direcionada à intersectorialidade e interdisciplinaridade. Não posso deixar de salientar que, a elaboração do portfólio foi uma experiência nova, pois não havia tido contato anteriormente com este método de aprendizagem, mas apesar das dificuldades encontradas, constatei ser uma boa forma de aprendizagem baseado no que vivemos e estudamos. Estou na torcida para que a atenção básica cresça muito mais e seja reconhecida pela população, profissionais e gestores como parte fundamental na melhoria da saúde e qualidade de vida de todos.

Palavras-chave: Atenção básica. Estratégia saúde da família. Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy - FHS has advanced over the years priority actions to promote health, prevent diseases and disorders, treatment and rehabilitation. To this end, it is important that health professionals involved in the FHS are trained to the confrontation toward a better quality of life and health of the community who attend. During my practice as professional nurses in primary care, noted that health professionals have the need for targeted training in the area that are working to deliver improvements in service and assistance to people. From these observations, I felt motivated to do the Specialization Course in Family Health in order to get updates in the area and use the knowledge gained in my daily practice, providing improvements for the population to watch. This study aims to provide learning experiences developed during the course of specialization in family health, important in the daily practice of primary care. It is an experience report, developed in the form of portfolio, consisting of the 11 subjects studied during the course of specialization. The sources of information were the subjects of the portfolios acquired through the ministry of health manuals, information from the municipal health department and the site of São Gonçalo do Amarante, the Information System of Primary Care (ISPC), observing the environment work in addition to discussions and reflections during the course and conclusions reached in my 5 years of experience in primary care. This journey towards my professional development was important and very positive impact on my professional life. I could improve my knowledge and acquire new ones, besides living with people and discuss experiences and experiences with other professionals who provided ideas on ways to approach and work in the FHS population, seeking to work more directed to the intersectoral and interdisciplinary. I must point out that the preparation of the portfolio was a new experience, because he was not acquainted previously with this method of learning, but despite the difficulties, I found to be a good way of learning based on which we live and study. I'm rooting for that primary care will grow much more and is recognized by the public, professionals and managers as a key part in improving health and quality of life for all.

Keywords: primary care, family health strategy, health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	METODOLOGIA	10
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	12
3.1	Disciplina 01 – Educação à Distância	12
3.2	Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde	12
3.3	Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência	19
3.4	Disciplina 04 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	23
3.5	Disciplina 05 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	26
3.6	Disciplina 06 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	28
3.7	Disciplina 07 – Saúde da Mulher	29
3.8	Disciplina 08 – Participação Social e Promoção da Saúde	32
3.9	Disciplina 09 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	35
3.10	Disciplina 10 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	39
3.11	Disciplina 11 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	44
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A	55
	APÊNDICE B	65

1. INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que reformulou os serviços e ações de saúde, baseadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A mudança do modelo de atenção desenvolvendo-se lentamente por meio da municipalização e da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve como objetivo atender aos princípios do SUS. (TEIXEIRA, 2004)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trata-se de uma estratégia que “ênfatiza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, de forma integral e contínua, compondo-se de uma equipe multiprofissional responsável por determinada área” (BRASIL, 2004a) e tem “beneficiado a Atenção Básica e o Sistema de Saúde no Ceará e no Brasil, com maior ênfase às atividades ligadas à promoção da saúde”. (CEARÁ, 2006)

Por outro lado, a Escola de Saúde Pública do Ceará (2006) destaca que a capacitação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária em Saúde é um dos elementos fundamentais para a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Durante os 5 anos de minha prática como profissional de enfermagem na atenção primária, verifiquei que os profissionais necessitam de capacitações direcionadas a área em que estão atuando, pois muitas vezes a falta de capacitações na área dificulta uma melhor assistência à população.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, por meios da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), implantou o Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade semi-presencial com o objetivo de formar profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas (CD) à atuação mais qualificada na atenção básica dentro da rede do SUS.

A partir dessas observações, senti-me motivada a realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família para poder obter atualizações na área e utilizar os conhecimentos adquiridos à minha prática diária, proporcionando melhoria da assistência à população.

Assim, este estudo tem como objetivo apresentar as experiências de aprendizagem desenvolvidas durante o curso de especialização em saúde da família, por meio das leituras do material didático, discussões com colegas e tutores, revisão de literatura e reflexões sobre vários temas abordados durante o curso e importantes para o trabalho em Saúde da Família.

2. METODOLOGIA

O estudo refere-se ao relato de experiência sobre o aprendizado construído ao longo do Curso de Pós-Graduação semi-presencial na área de saúde da família e a importância desse aprendizado na prática da atenção básica, além de apresentar vivências da autora em seu ambiente de atuação.

O curso de especialização em saúde da Família desenvolvido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC) foi composto por 11 disciplinas, cada disciplina dispunha de material didático, leituras complementares e atividades, enfatizando os principais temas da atenção básica como: processo de trabalho em saúde; saúde mental e violência; modelo assistencial e atenção primária à saúde; planejamento e avaliação de ações de saúde; tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade (práticas pedagógicas); saúde da mulher; participação social e promoção da saúde; saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e riscos para a saúde da família; saúde bucal e atenção aos portadores de deficiência, entre outros. Ao final de cada disciplina desenvolvíamos um portfólio com o objetivo de demonstrar o nosso aprendizado a respeito do assunto, nossas experiências, demonstrando o aproveitamento disciplina para a vida profissional.

Para a construção dos portfólios foram utilizadas leituras, pesquisas por artigos científicos e livros, manuais do ministério da saúde, além de reflexões advindas das discussões com colegas e das experiências durante as atividades profissionais diárias na ESF/Atenção Básica. Ademais, as fontes de informações dos portfólios referentes ao PSF que atuo foram adquiridas de forma complementar por meio de, informações da secretaria municipal de saúde e do *site* de São Gonçalo do Amarante, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município, da observação do ambiente de trabalho, além de discussões durante o curso e conclusões obtidas nos meus 5 anos de experiência na atenção primária. Vale enfatizar que, no decorrer deste curso houveram algumas modificações relacionadas às minhas atividades profissionais, ocorrendo mudanças de locais de trabalho (equipes de saúde da família), fazendo com que eu adquirisse uma experiência ainda maior.

Cada disciplina gerou um portfólio e estes foram organizados em capítulos, onde cada capítulo abordou o conteúdo, as experiências vividas pela autora, podendo expor ainda idéias e sugestões para melhoria do serviço e finalizando com a importância da disciplina para a prática profissional da profissional e aluna.

Vale salientar que, durante todo o estudo foram respeitados os aspectos éticos de acordo com as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de saúde do Ministério da Saúde, respeitando os princípios: da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. DISCIPLINA 01 – Educação à Distância

A Educação à Distância (EaD) está se destacando cada vez mais, pois vem utilizando a tecnologia como aliada. O tutor e o aluno ficam distantes geograficamente, mas nem por isso há dificuldade de aprendizado, pois estão em contato, sempre que possível. Acredito que em muitas vezes, o tutor à distância pode estar mais próximo do que o presencial, fornecendo uma maior atenção.

Segundo Moran (2002), na EaD temos a utilização de tecnologias e propostas pedagógicas inovadoras, adaptação ao ritmo pessoal de cada aluno (individualmente), várias formas de participação e de avaliação. Não vou dizer que é fácil, pois muitas vezes ficar ao computador é cansativo, mas temos que inovar, modificar os hábitos, sair da mesmice, da monotonia das aulas. Inovar é também uma forma de estimular o aluno.

Nesse contexto, destaca-se a autonomia na educação como item necessário, pois o aluno não deve depender do professor, de provas ou de qualquer outro artifício em seu processo de aprendizado - deve estar livre para aprender. Deve haver consciência da necessidade de estudar, cumprir as atividades de aprendizado propostas, sem precisar de cobranças, tendo o tutor como apoio e suporte.

Assim, a disciplina introduziu ao estudo à distância, ajudando a compreender a metodologia do curso e dos estudos, mostrando a importância da utilização de tecnologias e métodos pedagógicos inovadores como ferramentas alternativas de ensino.

3.2. DISCIPLINA 02 – Processo de Trabalho em Saúde

3.2.1 Apresentação do ambiente de trabalho

Sou enfermeira, formada pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR; pós-graduada no Curso de Especialização em Enfermagem Clínica: ênfase nos aspectos patológicos e farmacológicos do cuidar, pela Universidade Estadual do Ceará e atualmente funcionária concursada no município de São Gonçalo do Amarante há 1 ano e 7 meses. Como atuante da atenção básica há 5 anos, tenho uma afinidade por esta área da saúde, pois acredito que tudo deve começar pela prevenção de doenças e promoção da saúde.

Durante esses anos, passei por 3 municípios e por realidades diferentes e, no momento, o município onde trabalho apresenta a maioria dos requisitos necessários para desenvolver minhas atividades laborais adequadamente no sentido de proporcionar saúde de qualidade à população, apesar de precisar melhorar em alguns aspectos.

São Gonçalo do Amarante é um município situado na região metropolitana de Fortaleza/CE, distante 55 km da capital, composto de aproximadamente de 43.000 habitantes. A região é rica em lagoas, praias e dunas. De economia historicamente agropastoril, São Gonçalo do Amarante viveu um período em que o turismo o projetou no Brasil inteiro, graças às suas belas praias de Pecém, Taíba e Colônia. Hoje, com a implantação do Complexo Industrial e Portuário do Pecém, o município se reinventa economicamente, despontando como um dos mais promissores municípios do estado do Ceará. O município possui 7 distritos: Pecém (famoso por sua bela praia e pelo seu complexo industrial portuário – está localizado no nordeste do município a 19 km da sede); Taíba (considerada uma das mais belas praias do país – está localizada ao norte do município há 25 km da sede); Cágado (está localizado a noroeste do município e a 31 km da sede); Umarituba (está localizado ao sul do município e a 7 km da sede); Croatá (está localizado a sudoeste do município e a 21 km da sede); Serrote (está localizado a oeste do município e a 33 km da sede); Siupé (está localizado a norte do município e a 20 km da sede, tendo as edificações mais antigas existentes no município). Destaca-se quanto ao alto nível de escolarização de seus munícipes entre 6 e 14 anos de estudo (98,7%) e pelos seus famosos eventos culturais que são: a Festa à Nossa Senhora da Soledade, Festival do Escargot na Taíba, Festa ao Padroeiro e São João Gonçalo. (CEARÁ, 2010)

Em relação à saúde da população, o município possui 14 equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), com cobertura de 100% da população e todas as equipes de saúde da família são compostas de médicos, equipe de enfermagem e equipe odontológica. Recentemente o município recebeu o prêmio Brasil Sorridente que é concedido anualmente a municípios brasileiros que se destacam na implantação de Políticas Públicas de Saúde Bucal, tendo como critérios de avaliação a cobertura populacional alcançada pelo atendimento odontológico, quantidade de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e o desempenho na promoção a saúde bucal escolar, dos pacientes com necessidades especiais, dos idosos, gestantes e crianças.

O hospital municipal possui 2 médicos plantonistas, sala de parto, centro cirúrgico e dispõe de alguns exames especializados como colonoscopia, endoscopia, radiografia, ultrassonografia, eletrocardiograma, mamografia, etc. O município possui um Centro de

Especialidades Odontológicas (CEO) e também possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) onde profissionais como psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo prestam apoio às equipes de PSF, deslocando-se até os distritos. Ademais, temos um centro de especialidades médicas composto por pediatra, ginecologista/obstetra, neurologista, oftalmologista, cardiologista e otorrinolaringologista.

Particularmente, acredito que em relação à saúde São Gonçalo do Amarante é um bom município para se trabalhar, dispondo de muitos serviços para a população, buscando a melhoria dos indicadores e solução dos problemas da comunidade. Porém, observo que precisa avançar na territorialização, pois muitos PSFs encontram-se responsáveis por muitas famílias, sobrecarregando os profissionais; acredito também que seria interessante uma análise quanto a carga horária dos profissionais médicos especializados, que desenvolvem suas atividades quinzenalmente e que observo não ser suficiente para o atendimento da população referenciada.

O PSF onde eu trabalhava no período desta disciplina chama-se Várzea Redonda, sendo localizado no distrito do Serrote que se encontra a oeste do município, há 33 km da sede. O PSF Várzea Redonda é o mais distante da sede do município, e o menos favorecido em termos de divisão de área (territorialização), sendo composto de um posto de saúde, 03 mini-postos e 02 pontos de atendimento. A população em acompanhamento pelo PSF é em torno de 3.500 pessoas (860 famílias) e possui 13 localidades assistidas (Várzea Redonda, Serrote, Curral Grande, Alto do Brejo, Alto do Teixeira, Rio Novo, Batalha, Escócio, Melancias dos Josés, Riacho dos Gomes, Pedro Barroso, Lagoa da Égua e Tamanduá). A unidade da sede do PSF (na Várzea Redonda) possui uma boa estrutura física, mas é muito quente, faltando conforto e climatização. Já os pontos de atendimento do Serrote, Curral Grande e Melancias são bons, porém pequenos e muito quentes. Os pontos de atendimento do Escócio e Riacho dos Gomes são precários, são locais cedidos pela comunidade, sem condições de realizar exame físico, prevenção e melhor avaliação durante o atendimento, interferindo no processo de trabalho em saúde, pelo fato dos profissionais não terem subsídios para fornecer um atendimento de qualidade à população, dificultando a realização de uma atenção de forma integral ao usuário.

As ações desenvolvidas na unidade são: atendimento aos programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS); demanda; curso de gestantes; palestras educativas no posto de saúde, nas escolas e no Pró-Jovem; campanhas de vacinação e de temas específicos como

Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Tuberculose (TB), Hanseníase (HANS); reuniões com equipe de PSF, participações na rádio do município, etc.

Temos como pontos positivos para o processo de trabalho o comprometimento e espírito de equipe entre os funcionários (em sua maioria), parcerias com os profissionais do NASF e com líderes comunitários da área (pastores, padres, professores, comerciantes, coordenadores de projetos, etc), planejamento das atividades, entrega de cronograma antecipadamente; agendamento de consultas e contribuição de R\$ 30,00 a cada 2 meses, fornecida pela secretaria do município para custear as atividades educativas.

Os nós críticos da unidade que interferem negativamente em nosso processo de trabalho são a falta de meio de comunicação, pois não temos linha telefônica e não há sinal de linha móvel e o demasiado número de localidades sob responsabilidade da equipe de saúde que requer deslocamento por longas distâncias para desenvolver as atividades programadas.

A equipe é composta de 26 funcionários e todos moram na área, exceto o médico, a enfermeira e a dentista. O fato da maioria dos funcionários residirem no local e serem concursados facilita o vínculo com a comunidade e o melhor andamento do serviço.

O horário de funcionamento é de 07:30 às 16:30hs, os profissionais que se deslocam de Fortaleza podem iniciar as atividades às 08:00hs e finalizar às 15:30hs. No momento o número de funcionários é suficiente, mas a distância, o deslocamento e o número de famílias para atendimento é elevado, necessitando de uma análise criteriosa para possível divisão do PSF. A reunião mensal com as equipes de PSF e NASF é de grande valia, proporcionando contato com os coordenadores e o secretário, em busca de solucionar problemas e dificuldades encontradas durante o mês. Após a reunião com todos os profissionais, temos a reunião de categoria onde procuramos solucionar os problemas da melhor forma, saber o que há de novo para ser repassado, trocar idéias e dar a nossa contribuição.

3.2.2 Discutindo processo de Trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde insere-se como um elemento importante para produção econômica em decorrência do setor trabalho. O ganho econômico está relacionado aos serviços sociais de saúde prestados à população e as perdas relacionam-se a ausência da produção, por diversos motivos como falta de condições de trabalho (em relação a estrutura física, a falta de transporte e material, a equipamentos com defeito, entre outros),

descumprimento de profissionais em atingir de metas e indicadores, etc. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a)

No processo de trabalho, as tecnologias existentes podem facilitar e/ou dificultar o trabalho. O material didático citou um exemplo o fato de que antigamente as pessoas da região rural utilizavam jegues para se locomoverem e hoje com o uso de motocicletas, deixam os jegues soltos, podendo provocar acidentes nas estradas e também ocorrendo outros acidentes pelo fato da grande maioria dos trabalhadores rurais não portarem carteira de habilitação e não terem consciência da importância do uso do capacete, mostrando como a utilização de determinadas tecnologias podem interferir negativamente, produzindo resultados contraproducentes.

A comunicação é uma das tecnologias presentes na atenção primária e que deve ser um bom aliado do processo de trabalho em saúde, pois o repasse de informações fornecerá melhorias na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Ela também é relevante quanto ao paciente ficar ciente de todo o processo de saúde, facilitando sua entrada no sistema, agilizando os encaminhamentos, diminuindo o tempo para se conseguir consultas, exames, medicamentos, etc.

Em um dos fóruns desta disciplina, sobre Artefato da Sensibilidade Humana, citei uma frase que acredito ser muito interessante e que nos leva a reflexão, é de Madre Tereza de Calcutá que diz: "Sei que meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele, o oceano seria menor".

Acredito que o nosso trabalho sempre terá sua importância para a comunidade. Infelizmente não temos tempo suficiente para dar uma atenção maior à educação em saúde, pois o número de famílias de cada PSF é altíssimo, a demanda diária é grande e estamos também sobrecarregados com outras tarefas (como supervisão de funcionários, controle de materiais, consertos e reformas de equipamentos, mapas, indicadores, metas, etc).

Particularmente amo educação em saúde, gosto de palestras, oficinas, reuniões, grupos e capacitações. É muito bom estar próximo das pessoas, esclarecendo dúvidas, fornecendo informações que muitas vezes são simples, mas fazem uma diferença enorme. Para tanto, o desenvolvimento de parcerias com representantes da comunidade como líderes religiosos, líderes comunitários, professores, coordenadores de projetos (como Pró-Jovem) e conselheiros de saúde torna-se importante para multiplicar as informações, pelo fato deles serem formadores de opiniões junto à comunidade.

Temos que ter muito “jogo de cintura”, pois trabalhar no PSF não é fácil, mas, algumas vezes, temos nossa recompensa. Acredito que seja isso que nos impulsiona a seguir em frente nesta jornada.

Durante esta disciplina foram propostos alguns fóruns de discussão. Faço destaque para o fórum que debateu a questão da “democratização de ideias” que destacou aspectos do processo de trabalho relacionados a educação em saúde e no qual comentei sobre as divergências de olhares culturais, pois acredito que todo profissional de saúde já se deparou com alguma expressão desconhecida ou alguma situação ou, comportamentos característicos da comunidade atendida, principalmente quem trabalha em zona rural e que provocaram algum estranhamento. Por exemplo: algumas expressões como "mãe do corpo", "cruzes", "tô doente" (menstruada) e etc; tratamentos caseiros; cuidados com crianças; etc.

E como discutido em uma das aulas "a realidade é outra" mesmo, pois quando saímos da faculdade, achamos que estamos prontos e quando vivemos a prática do dia-a-dia é que percebemos o quanto temos ainda a aprender e repassar. É daí que constatamos que a educação em saúde é fundamental, e tem que estar sempre aliada ao nosso trabalho.

E fazer educação em saúde sozinho não traz um resultado tão interessante quanto quando contamos com parceiros como auxiliares/técnicos de enfermagem, dentista, médico, Agentes Comunitário de Saúde (ACSs), líderes comunitários e religiosos, professores, conselheiros de saúde e a própria comunidade como aliados e multiplicadores. E, é essa participação no nível local que nos trará as necessidades em saúde reais da população.

Em outro fórum, intitulado “Diferenças das diferenças” eu utilizei de início a palavra “empatia”. Essa palavra foi muito mencionada durante a faculdade. O termo empatia é definido pelo Dicionário Aurélio (2010) como: "a capacidade psicológica para se identificar com o eu de outro, conseguindo sentir o mesmo que este nas situações e circunstâncias por esse outro vivenciadas". É de fundamental importância para o profissional compreender o paciente, ele tem que se colocar no lugar do outro. Para ter uma boa comunicação, devemos buscar compreender o paciente, deixá-lo à vontade e proporcionar abertura, confiança para que ele exponha seus problemas e suas dificuldades.

Numa atividade de educação em saúde você tem que conhecer a comunidade para saber o que abordará e como abordará, pois não adianta você falar, por exemplo, para um paciente comer determinadas frutas, legumes se no local onde mora não há como comprar ou se o próprio paciente não tem condições financeiras de comprá-lo, temos que nos adequar à situação buscando alternativas.

Temos que estar cientes também que a nossa imagem de profissional pode muitas vezes estar relacionada à como tratamos a comunidade, podendo interferir no resultado do nosso trabalho. Como foi mencionado pelos colegas no fórum do curso, dar um bom dia, sorrir, perguntar como o paciente está, verificar os motivos que o trouxeram para atendimentos anteriores e se ele melhorou das queixas passadas, fazem com que o paciente se identifique conosco, sinta-se mais a vontade para expor o que lhe está causando incômodo.

Segundo o Dicionário Aurélio (2010) comunicação é “ato ou efeito de transmitir mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados em uma linguagem verbal ou não-verbal”. A nossa comunicação não está relacionada somente a fala, mas como falamos, como gesticulamos, como “franzimos a testa”, como olhamos para o outro. Por isso, é importante nos observar pelo fato de algumas vezes apresentarmos estas atitudes sem percebermos, sem termos a intenção de fazer. Mas o paciente percebe tudo isso, prejudicando a comunicação, o vínculo, a confiança.

Em relação a outro fórum desta disciplina sobre “evidências das determinações sociais” foi discutida a questão dos determinantes sociais que Buss (2007) coloca as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

O município onde trabalho se encontra bem economicamente, principalmente por possuir um porto, recebendo vários recursos do governo e empresas, mas não deixa de possuir seus nós críticos em relação às determinações sociais.

No fórum, foi levantada a questão que as pessoas do sertão são bem tranquilas, receptivas, de boa aceitação, mas de nível educacional baixo, procurando a unidade de saúde mais como forma curativa, para pegar medicação.

As informações que obtive com profissionais veteranos sugerem que antes do PSF o acesso aos serviços de saúde era bastante limitado, principalmente na atenção básica. Dessa forma, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi muito importante no início do PSF. O cadastramento de famílias, as particularidades de cada família, o contato freqüente, o repasse de informações, os acompanhamentos e as atividades educativas foram de grande valia e ainda são, até hoje. A presença de uma unidade de saúde ou pontos de atendimentos nas áreas de abrangência do PSF, com certeza, trouxe melhorias no processo saúde/doença da população.

A proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é muito boa, e o nosso papel hoje é buscarmos o aprimoramento. Temos que fazer a nossa parte buscando as melhorias de

indicadores, contando com a colaboração da população, pois o resultado só é alcançado se trabalharmos em conjunto.

Assim, a disciplina enfatizou no estudo do processo de trabalho em saúde, ajudando a compreender a importância da democratização de ideias e da comunicação, a trabalhar com diferenças e determinantes sociais e sua importância na prática da atenção primária. Por meio da disciplina, pude refletir um pouco sobre meu processo de trabalho e procurar aperfeiçoá-lo objetivando a melhoria da atenção e assistência a população.

3.3. DISCIPLINA 03 – Saúde Mental e Violência

Rocha (1996) relata que, em relação ao psíquico, não existe um indivíduo totalmente sadio ou totalmente doente. As pessoas mais sadias são predominantemente criativas, independentes, cooperativas, produtivas, capazes de relaxar e se divertir. Elas aceitam tanto suas qualidades quanto suas limitações, porém suas reações podem variar de acordo com os momentos, com as situações pelas quais elas passam.

Quando uma pessoa não consegue mais lidar razoavelmente com seus conflitos, ou satisfazer suas necessidades básicas de maneira socialmente adequada, quando fracassa no contato com os outros e seu sofrimento aumenta, pode ocorrer transtorno mental. (ROCHA, 1996)

Teixeira (1997) ao corroborar com Rocha (1996), afirma que a saúde mental esta caracterizada pela maneira que a sociedade, em determinada época, julga ou reage a comportamentos considerados apropriados e/ou adequados, baseando-se em normas culturais, regras e conceitos próprios. Em resumo, o sujeito é sadio quando encontra soluções satisfatórias para seus conflitos, e seus mecanismos de defesa são utilizados de forma considerada sadia, ou seja, adequada à sua situação de defesa.

Acredito que na psiquiatria o mais importante é ouvir e compreender o paciente, passando confiança, empatia e respeito mútuo.

Na faculdade, a disciplina de saúde mental enfatizava as técnicas de comunicação terapêutica que foram classificadas por Stefanelli (1993) em três grupos: grupo da expressão, grupo de clarificação, grupo de validação.

No grupo da expressão, o entrevistador deve usar as seguintes técnicas: permanecer em silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação, verbalizar interesse, fazer pergunta, devolver a pergunta feita, usar frases descritivas, manter o cliente no mesmo assunto, usar frases incompletas, repetir comentários feitos pelo cliente, repetir as últimas

palavras ditas pelo cliente, permitir ao cliente que escolha o assunto, colocar em foco a idéia principal, verbalizar dúvidas, dizer não, estimular expressão de sentimentos.

No grupo de clarificação, as técnicas que ajudam o profissional a esclarecer o que foi expresso pelo cliente são estimular comparações, solicitar ao cliente que esclareça termos incomuns, solicitar ao cliente que precise o agente de ação, descrever os eventos em sequência lógica.

No grupo de validação, as técnicas permitem a existência de significação comum do que é expresso, assim repetir a mensagem do cliente, pedir ao cliente para repetir o que foi dito e sumarizar o conteúdo da interação contribuem para atingir os objetivos desejados.

Embora não possua afinidades com a área de saúde mental, procuro colaborar, na medida do possível. Não tenho muita experiência em saúde mental, meus conhecimentos limitaram-se a graduação. Tive receio de fazer a disciplina de saúde mental durante a faculdade e durante o estágio dessa disciplina. Ao chegar ao Hospital Mental de Messejana, fiquei assustada, pois me deparei com as grades que isolavam os pacientes internados, todos nos observando, querendo pegar na gente. No início fiquei receosa de ficar trancada junto com eles, mas depois com a convivência, com as conversas e com os trabalhos realizados comecei a perder o medo, a ter vínculo, a vê-los com "outros olhos".

Sobre a unidade posso dizer que era um espaço bem amplo, arborizado, onde realizávamos algumas atividades (recortes, colagens, pinturas, artesanato, etc). Eles adoravam a nossa presença, pois saíam um pouco da rotina, se distraíam, falavam das angústias, etc. Apesar de ter os profissionais da unidade que, talvez com o tempo curto, não tivessem tempo para dar atenção a todos; os pacientes viam nos acadêmicos uma forma de se apoiarem, de se sentirem úteis, capazes. A humanização é fundamental nesta área de saúde mental.

Em relação ao hospital psiquiátrico tradicional, observo que ainda existe o isolamento, o abandono, a falta de individualidade (todos juntos, com banheiros sem portas, não podendo usar seus objetos, etc), a falta do direito de ir e vir. Mas há uma diferenciação pelo fato de existir a humanização dos profissionais, o multiprofissionalismo (médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social), a participação da família no processo, muitas atividades para eles se distraírem, se sentirem socialmente importantes, aprender um ofício para que possam ter o mínimo de independência financeira. Essas atividades são verificadas com mais frequência no Hospital-dia e no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que são serviços de atendimento em saúde mental sem internação. Na faculdade não tive oportunidade de conhecer o CAPS, mas, durante minha vida profissional, conheci este tipo de serviço e verifiquei a sua importância, principalmente por manter um

contato mais estreito com os profissionais do PSF. Os profissionais dos CAPS costumam fazer contra-referências informando a situação do paciente e necessidade de acompanhamento no PSF. É uma parceria bem interessante.

Infelizmente, não vejo grupos de apoio nos Programas de Saúde da Família (PSFs) direcionados a esta área, talvez seja por conta do tempo, da sobrecarga de trabalho e da elevada demanda na atenção básica.

Ao final da aula de “Atenção em Saúde Mental - a assistência e a clínica” foi sugerido que entrássemos em contato com alguma instituição substitutiva ao hospital psiquiátrico com o objetivo de conhecer mais sobre a assistência prestada nessa área. Então observei as atividades dos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) do município de São Gonçalo do Amarante. O NASF possui os seguintes profissionais: assistente social (01), terapeuta ocupacional (02), fisioterapeuta (01), psicólogo (01), fonoaudiólogo (01), nutricionista (01), farmacêutico (01). Apesar do município ainda não possuir um CAPS, o NASF oferece um grande apoio à área de saúde mental, pois os profissionais são capacitados e, em sua maioria, possuem experiência e especializações na área. Eles ajudam bastante a equipe de saúde da família, compartilhando as dificuldades dos casos, tentando solucioná-los. Achei interessante destacar um trecho do material didático da aula que diz o seguinte: “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (UFC, 2010b). Posso citar o caso em que o médico ou enfermeira atendem o “portador de sofrimento psíquico”, comunicam à equipe do NASF e estes montam estratégias para atenderem o usuário, se preciso repassam o caso para o psiquiatra do município e este, se preciso, encaminha para Fortaleza/CE. Caso o paciente vá para Fortaleza, a assistente social fará visitas na instituição para saber o andamento do acompanhamento/tratamento do paciente, além de dar suporte familiar. Os profissionais mais direcionados à saúde mental são a terapeuta ocupacional, o psicólogo e a assistente social, mas todos os profissionais trabalham em parceria e dão suporte uns aos outros. Acredito que a dedicação e profissionalismos dos profissionais do PSF e NASF são um diferencial importante para o atendimento de qualidade dessa população.

Outro trabalho muito proveitoso nesta disciplina foi a elaboração do caso clínico em grupo onde escolhemos o tema: “um adulto em crise” e elaboramos o seguinte caso e seus comentários:

“C.H.L., 25 anos, solteiro, e sexo masculino. Vestuário inadequado, roupas aparentemente maiores do que o número. Barba e bigode por fazer. Olhos, nariz, ouvidos e faces com higiene satisfatória. Mucosa oral prejudicada, presença de

aparelho dental que machuca bastante sua gengiva. Pele sem presença de acnes, sem lesões nos membros MMSS e MMII. Unhas limpas. Magro. Hipoativo, com tristeza no olhar. Apatia e lentidão psicomotora. Postura encurvada e posição relaxada. Humor deprimido. Auto-estima baixa. Afeto normal. Fala quando solicitado. Participa adequadamente da conversa articulando palavras de forma devagar. As idéias se atropelam em certos momentos. Ausência de delírios, alucinações e ilusões. Relatou que se sente muito sozinho e tem dificuldades para fazer novas amizades. Encontra-se consciente e orientado auto e alopsiquicamente (sabe mês, dia e ano, sabe onde está, sabe quem são seus familiares). Lembra bem de fatos da sua infância (poucos amigos, briga com irmãos), recentes (quando foi despedido do trabalho) e imediatos (horário do início da entrevista). Sente culpa por ter de certa forma se fechado para a vida e que está procurando mudar seu jeito. Relacionamento estável com familiares. Diz repousar apenas à noite, tem insônias freqüentemente. Durante a entrevista mostrou-se preocupado, pouco à vontade e apreensivo. Diante dos problemas levantados foram traçadas intervenções baseadas na comunicação e relacionamento terapêuticos que buscaram orientar que o cliente não fique só e que procure ajuda de grupos terapêuticos específicos para ajudá-lo a interagir na sociedade. Logo, observou-se que a pessoa em estudo desenvolveu mecanismos de defesa que possibilitaram uma melhoria do estado que ameaça sua saúde.”

Para o Ministério da Saúde (2005) a depressão é como um distúrbio afetivo, em que a pessoa apresenta, no sentido patológico, tristeza, pessimismo, baixa auto-estima, que podem aparecer com frequência ou combinar-se entre si; sendo necessário um acompanhamento médico para os cuidados necessários.

Ao se realizar algumas leituras a respeito do distúrbio, depreende-se que o estudo de caso supracitado é compatível com transtorno afetivo do tipo depressão. A presença de sinais e sintomas como tristeza no olhar, descuidos com aparência pessoal, lentidão psicomotora, humor deprimido, auto-estima baixa, dificuldade de relacionamento, alterações de apetite (emagrecimento), hipoativo (anedonia), presença de insônia, dificuldade de relacionamento no ambiente de trabalho, entre outras características acima apresentadas, sugerem um quadro de transtorno depressivo.

Levando em conta o quadro clínico do cliente, percebe-se a necessidade dele ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde.

Em um primeiro momento, o profissional de saúde do PSF deve realizar uma escuta terapêutica, identificando as demandas de cuidados ao cliente. Acompanhado de um histórico clínico, o paciente deve ser referenciado ao CAPS mais próximo para que seja realizado diagnóstico e manejo clínico do caso.

Partindo do princípio que se trata de um transtorno depressivo, as ações de tratamento e reinserção social possíveis são terapia grupal, terapia individual, oficinas terapêuticas, vistas domiciliárias e atendimento a familiares. Se houver necessidade de terapia medicamentosa, pacientes e familiares devem ser orientados quanto ao uso correto da medicação, objetivos da terapia e efeitos adversos relacionados ao uso.

Durante a terapia, é importante verificação contínua da eficácia das intervenções, investigando se as novas relações estabelecidas são benéficas ao paciente e ambiente circundante.

Lançar mão de estratégias que fortaleçam a rede familiar e rede social de apoio é de extrema importância para a manutenção da saúde do cliente. Além disso, o PSF tem papel primordial para o acompanhamento da evolução do caso, avaliando em possíveis recaídas e estabelecendo relacionamento terapêutico efetivo.

Diante da disciplina estudada, verifiquei que mesmo não tendo afinidades com o tema, sempre é relevante aprofundar-se, pois os transtornos mentais estão cada vez mais presentes na atenção primária, tornando-se de grande importância o aprendizado para melhor a atenção a essas pessoas. Ademais, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças podem interferir no processo de adoecimento mental, evitando que as pessoas tenham problemas de maior proporção.

3.4. DISCIPLINA 04 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

O Brasil já passou por diversos modelos assistenciais em saúde. Durante boa parte do século XX, o país tinha o hospital e o quadro médico como o centro da organização dos sistemas de saúde. No início da república, a realização de campanhas na luta contra as epidemias que assolavam a população naquela época, transformou-se numa medida de saúde importante que permanece até os dias de hoje no combate a endemias e epidemias. (UFC, 2010c)

Apesar de hoje os sistemas de saúde, tanto SUS quanto saúde suplementar, ainda serem muito centrados em médicos e hospitais, o modelo de assistência preventiva está cada vez mais ganhando o seu espaço e satisfazendo os anseios da população.

Algumas das dificuldades enfrentadas pelo serviço preventivo é a dificuldade de “empoderamento” da sociedade. Temos que sensibilizar a comunidade para que se torne mais participante e para isso é interessante o bom vínculo dos profissionais com os usuários do serviço da atenção primária. O fato de ocorrer muitas mudanças de profissionais nas unidades de saúde, dificultada um pouco essa vinculação.

Um bom exemplo é que após o início do curso mudei de área/local de trabalho por necessidade da secretaria municipal de saúde, isso faz com que o processo de aproximação e desenvolvimento de vínculo de confiança seja reiniciado, sendo um processo difícil tanto para o usuário, quanto para o profissional. Dessa forma, houve uma mudança no perfil da

população na qual prestava assistência. A área de abrangência da atual Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) que trabalho é mais acessível por localizar-se em uma Rodovia Federal (BR 222) e a população ser mais esclarecida, por outro lado há maior susceptibilidade a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), gravidez na adolescência, consumo de drogas, etc. O PSF cobre cerca de 980 famílias e a unidade de saúde funciona diariamente de domingo a domingo de 07:00 às 19:00hs, mas com atendimento médico, de enfermagem e odontológico somente de segunda à sexta-feira.

Não há necessidade de atendimento em localidades ou pontos de apoio e dessa forma a organização do trabalho/cronograma semanal se torna mais fácil, assim temos mais disponibilidade para a realização de grupos, atividades educativas, conhecimento e contato freqüente com a comunidade, além da maior acessibilidade da comunidade a atendimentos e consultas. Para organização do serviço, programamos reuniões mensais com a equipe a fim de desenvolver estratégias de melhoria do atendimento à população.

O fato da secretaria de saúde não realizar a territorialização das áreas com freqüência, prejudica a qualidade do atendimento, tendo em vista que a região possui uma expressiva população flutuante (proximidade de rodovias, casas de veraneio, setor portuário, etc) e isso provoca o deslocamento constante de pessoas entre diferentes áreas de abrangência do PSF, sobrecarregando, por vezes, algumas equipes em detrimento de outras.

Com relação às dificuldades encontradas, na perspectiva da mudança do modelo assistencial que prioriza as ações curativas para um modelo que busca a melhoria da qualidade de vida da população, acredito que depende da equipe e da comunidade que é assistida.

Na disciplina tivemos um estudo de caso para trabalharmos o tema qualidade na prestação do cuidado. Esse estudo provocou muita discussão e colaborou bastante com o aprendizado em virtude da possibilidade de interação entre os colegas:

“Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos. Anteriormente, morava na zona rural de onde saiu juntamente com várias outras famílias em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há cerca de oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaléia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então, vem fazendo uso irregular de anti- hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos. Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela microárea onde Dona Maria reside tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um dos membros da Equipe. Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar. O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a

essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade de saúde, comunicou o caso à enfermeira, que decide realizar uma visita na segunda-feira pela manhã com o auxiliar de enfermagem. Em sua visita, a Enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação, o uso correto da medicação. Realizou o curativo das escaras, aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito.”

Relacionando os atributos de qualidade da assistência apresentados durante a disciplina ao caso de Dona Maria, pude analisar que não houve **eficácia** (os problemas de Dona Maria não foram solucionados); não houve **eficiência** (muita demora no atendimento à Dona Maria); não tendo eficácia+eficiência, acredito que também não houve **efetividade**. Por outro lado, houve **equidade** por parte da auxiliar de enfermagem que compareceu no mesmo dia que foi solicitada, ofereceu orientações e cuidados tendo comunicado à enfermeira logo que chegou à unidade, mas não houve equidade por parte da enfermeira e da ACS, pois a ACS quando soube do caso só comunicou a um membro da equipe, mas não realizou visita e a enfermeira só foi realizar a visita 3 dias depois de tomar ciência do caso. A **oportunidade** também ficou ausente, pois alguns cuidados foram realizados com atraso e outros não terem sido realizados (como o controle da hipertensão, no caso com a ajuda do médico); não houve **continuidade**, pois não avançou em outros níveis assistenciais como necessitava a paciente (ex: visita domiciliar assistente social, TO, fisioterapeuta, nutricionista, enfim profissionais do NASF, acompanhamento com cardiologista, entre outros). Em relação à **acessibilidade**, acredito que a filha da paciente teve acesso à equipe, conseguiu a visita da auxiliar de enfermagem, mas não teve acesso à visita domiciliar da enfermeira no momento que precisou. No que se refere à **aceitabilidade**, não há como verificar no caso, pois não houve relato, mas aparentemente a população aceita bem as ações da equipe de saúde. Na minha análise acredito que houve **otimidade**, pois é um caso que compensa investir esforços para melhoria da saúde e minimização do desconforto de Dona Maria. Houve **legitimidade**, pois as ações feitas pela auxiliar de enfermagem e enfermeira visavam trazer benefícios e foram bem aceitas. Agora, em relação à **ética** acredito que não foi eticamente adequado, pois ocorreram algumas falhas como: omissão do caso ao médico da equipe (se não havia médico deveria ter encaminhado imediatamente ao hospital, pois estava com sinais de infecção e pressão arterial – PA estava descompensada), curativo da escara (em algumas unidades é realizado somente pelo enfermeiro e não se deve delegar a realização de curativo à família).

Assim, a disciplina possibilitou uma atualização no estudo dos modelos assistenciais e atenção primária à saúde, abordando aspectos diversos relacionados à atenção básica e ao trabalho da equipe em saúde, além dos atributos necessários a uma prestação do cuidado de qualidade, fornecendo subsídios para a implantação de melhorias na unidade de saúde e no trabalho da equipe.

3.5. DISCIPLINA 05 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

O planejamento deve ser um cálculo situacional e sistemático capaz de articular o imediato (presente) com o futuro. Nele, devem-se considerar tanto as propostas dos especialistas (ou o ponto de vista técnico-científico) como também as diferentes visões ou pontos de vistas dos políticos que captam a realidade buscando realizar seus projetos ou compromissos (UFC, 2010d).

A utilização do planejamento é de grande importância na área da saúde, pois permite melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, esclarece objetivos e metas a serem alcançados, leva a uma melhor realização do trabalho por parte dos profissionais envolvidos, permite o acompanhamento das ações por parte da gestão e ajuda a mobilizar vontades e conseguir recursos para o fim almejado. (UFC, 2010d)

Durante o *chat* realizado nessa disciplina foram solicitadas reflexões a respeito de planejamento em saúde onde pude mencionar que para a programação das atividades assistenciais mensais desenvolvidas pela equipe, procuramos fazer cronogramas conjuntos para que todos os profissionais possam trabalhar em parceria. Planejamos atividades anualmente, incluindo festividades importantes como o carnaval, São João e natal. Vale salientar que procuramos ser bastante flexíveis no planejamento de nossas atividades tendo em vista as possíveis dificuldades e/ou necessidades de mudanças que possam ocorrer durante o período previsto para o desenvolvimento das ações. Por outro lado, sempre surgem interesses e conflitos diversos que procuramos levar em consideração, pois o objetivo do planejamento é justamente trazer benefícios para os usuários do serviço, buscando a satisfação dos mesmos. Caso não se sintam satisfeitos, tentamos adaptar ou modificar para agradá-los, mas com bom senso para não sair do objetivo inicial proposto e das recomendações do Ministério da Saúde e diretrizes do SUS.

Durante a disciplina pude compreender que em situações em que atores sociais diferentes apresentam visões diversas precisamos fazer uma análise criteriosa. Inicialmente, considerando e ponderando as necessidades da comunidade percebidas pela equipe de saúde, as percebidas pela própria comunidade, possibilidades e necessidades de parcerias

interdisciplinares e intersetoriais, pois, como mencionado por colegas nos fóruns, pode haver anseios da comunidade em relação ao desemprego e violência que potencializam complicações em relação à HAS e DM e precisarão de intervenções além dos cuidados de saúde. Então o trabalho em parceria é imprescindível, pois em equipe e promovendo parcerias com NASF, educação e ação social, a solução, ou pelo menos a redução do incômodo da população, pode ser alcançada. Acredito que antes de intervir na comunidade devemos sempre estar atentos ao que a comunidade anseia. Temos que buscar a confiança da comunidade e essa confiança só será alcançada se trabalharmos em conjunto tentando ajudá-la no que mais lhe desconforta, passando empatia. Assim ela valorizará qualquer que seja nossa ação, pois verá que será para o seu benefício, para sua melhoria de saúde e vida.

Para realizarmos um planejamento de saúde, precisamos pensar antes sobre as condições de saúde e doença vivenciadas por uma determinada população, isto é, precisamos fazer um diagnóstico da situação.

Durante a disciplina, foi criado um grupo de estudo em que os membros da equipe elaboraram um plano de ação (Apêndice A) muito interessante com relação a um dos problemas da Equipe da Paz (equipe fictícia, criada pelo grupo). Após a definição dos vários problemas constatados na comunidade fictícia, foram selecionados os problemas prioritários levando-se em conta a importância, a urgência, capacidade de enfrentamento e a seleção, tendo-se destacado como problema prioritário o elevado nº de Crianças < 4 meses em aleitamento misto, mais especificamente, “30% das crianças < 4 meses em aleitamento misto na área de abrangência da Equipe da Paz”. Em seguida, destacamos os descritores do problema utilizando dados do ano de 2009, depois a explicação dos problemas, definição de nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e Gestão do Plano (utilizando planilha para acompanhamento de projetos, finalizando com o slogan “AME, para o bem do seu filho” – Aleitamento Materno Exclusivo para o bem do seu filho!).

No geral, achei o *chat* da disciplina e o plano de ação elaborado, bem proveitosos. Eles proporcionaram um contato melhor com os nossos colegas de curso e também oferecem uma excelente troca de experiência. Porém, considero o *chat* com maior relevância, pois a troca de experiência e o contato foram imediatos, já no plano de ação houve dificuldades de encontros e de interpretação.

Diante do estudo da disciplina de planejamento em saúde, pude refletir sobre a importância do planejamento em busca da otimização do tempo e maior efetividade e eficiência nas ações, além de uma maior reflexão das ações realizadas.

3.6. DISCIPLINA 06 – Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade – práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde

Essa disciplina procurou enfatizar a tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade utilizando práticas pedagógicas em atenção básica à saúde como visita domiciliar, acolhimento, trabalho com grupos, consulta, etc.

Ao abordar práticas educativas em saúde, Bordenave (1983) nos informa que existem inúmeras opções pedagógicas, tendo citado três que mais se destacam como: pedagogia de transmissão, pedagogia do condicionamento e pedagogia da problematização. Na primeira, as ideias e os conhecimentos são os pontos relevantes, tendo o aluno que receber o que lhe repassaram; a segunda se concentra no processo de estímulos e recompensas, condicionando o aluno a emitir respostas ao professor; na terceira o aluno é participante e agente da transformação social, onde detecta problemas e busca soluções para eles, estimulando a fazer perguntas relevantes, entendê-las e ser capaz de resolvê-las. O modelo que devemos seguir é realmente o da pedagogia de transformação/problematização, em que temos que incentivar os usuários do nosso serviço a desenvolver sua personalidade, analisar os problemas atuais da área e procurar resolvê-los, pois ele é o foco de todas as ações em saúde. Claro, que a nossa ajuda é importante, mas seremos facilitadores do processo.

Na disciplina, houve questionamentos em relação à música “Estudo Errado” do Gabriel o Pensador que faz uma crítica às escolas atuais que têm como ideia de educação somente a transmissão de conhecimento e informações; e sobre o estudo de caso da Equipe Verde, enfatizando um caso em que o ACS transmite a informação e o usuário não aprende e não executa o que é repassado. Essas questões foram bem pertinentes, passando uma mensagem crítica sobre a pedagogia de transmissão em que se repassa a informação e o usuário não aprende e não executa o que é repassado, tendo como sugestão para resolutibilidade a mudança na forma de abordar cada usuário, procurando, primeiro, conhecer o que ele já sabe sobre o seu problema, para depois realizar a abordagem de acordo com a particularidade de cada um.

Freire (1997, p.127) fala que “não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com ele”. Achei bem interessante, pois muitos profissionais fazem isso realmente, não aceitando questionamentos.

Na aula sobre Bases Teóricas de uma práxis educativa, ao assistir aos dois vídeos constatei que o primeiro era um *clip* de uma música que questionava sobre a

metodologia do ensino de antigamente, abordando a superioridade do professor, a revolta dos alunos contra o controle de seus pensamentos, o uso da agressividade, etc. O segundo vídeo tratava-se de uma máquina de ensinar, em que o aluno aprendia e sabia dar resposta à pergunta naquele momento, não precisando esperar até o dia seguinte ou até que todos terminassem a atividade, ele aprendia de acordo com o seu tempo, não seguindo ritmo de nenhum outro aluno ou do professor, mas era condicionado a responder de acordo com padrões. Durante as explicações da máquina de ensinar, observei alguns pontos semelhantes com o ensino a distância como o fato de cada um ter seu ritmo de atividade, não ser dependente do professor, o aluno ter autonomia, etc, porém observei como diferenças da abordagem a distância, principalmente a utilizada durante esse curso, que somos instigados a refletir, questionar e chegar a nossas próprias soluções para problemas concretos e por isso mais direcionado para pedagogias problematizadoras.

Para realizar a concretização de um determinado modelo em saúde é necessário uma abordagem apropriada ao indivíduo e comunidade destacando-se algumas tecnologias que são: acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consulta. (UFC, 2010e)

O material didático da Universidade Federal do Ceará (2010e) enfatizou que “o acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento. É reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta.” Ele destaca ainda a importância de um local reservado para se realizar o acolhimento, principalmente no caso da demanda espontânea, pois há a necessidade de se preservar a privacidade desse diálogo. Não podemos esquecer que o usuário foi à unidade fazer uma consulta sobre um problema que o aflige, e a demonstração de interesse por parte do profissional é importante para conquistar a confiança.

O trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica. Os grupos são organizados tendo como pressuposto o processo educativo, ou seja, a intenção é possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamentos, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado. Mas existem dois tipos de grupos: o grupo sócioeducativo que está mais voltado para os aspectos socioculturais que interferem na condição de saúde e doença e o grupo psicoeducativo que remete aos processos psíquicos. (UFC, 2010e)

Também o destaque para a Visita Domiciliar (VD) torna-se importante, pois é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça

os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adstrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente.

Segundo o material didático, Túlio et al (2000, p. 74) informa que a VD permite ao profissional criar um vínculo com o paciente e a comunidade, sendo necessária confiança do paciente, pois ela serve, também, para que os profissionais entendam o significado do momento vivido e possam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações feitas, ajudando a família a descobrir suas possibilidades.

Em resumo, essa disciplina foi de grande valia para a minha prática profissional, pois vivencio a necessidade de aperfeiçoamento das tecnologias de abordagem da comunidade todos os dias ao lidar com os usuários da Unidade de Saúde. E, às vezes, infelizmente, deixamos alguns detalhes passarem despercebidos, dificultando a obtenção de resultados satisfatórios na saúde da população. Assim, pude rever e me atualizar sobre as tecnologias de abordagem e trazer melhorias para o meu ambiente de trabalho e a comunidade por mim assistida.

3.7. DISCIPLINA 07 – Saúde da Mulher

A mulher tem inúmeras funções na sociedade em que vivemos e, por conta disso, passa por uma série de dificuldades. Ela é mãe, trabalhadora, sofre discriminações e violências, ama e luta por sua felicidade e para ser reconhecida. Ela constitui a principal clientela do SUS, pois tem grande preocupação em cuidar da sua saúde, prevenir doenças, receber informações.

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado a ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade – tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar. Muitas mulheres são chefes de família por diversos motivos, algumas vezes o companheiro encontra-se desempregado, ou são mães solteiras, porém muitas vezes ainda recebem remuneração inferior a dos homens. Muitas desenvolvem atividades em casa, lavando, passando, cozinhando, cuidando dos filhos, dos parentes e familiares, com algum grau de dependência ou não, cujo esforço não é computado em termos econômicos e isso muitas

vezes não é contabilizado nas estatísticas. Estão se dedicando mais aos estudos, procurando melhorias de vida para elas e para suas famílias.

Os comentários no fórum desta disciplina sobre a assistência durante a gestação e o puerpério, além da detecção de risco gestacional para prevenção de complicações, foram bem interessantes, pois a prestação da assistência é relevante ao proporcionar saúde e evitar complicações (ou detectá-las precocemente para agilizar o tratamento), tanto para a gestante quanto para o bebê, buscando melhorias. Em relação às orientações, elas podem ocorrer durante as consultas, no curso de gestantes e na visita domiciliar, proporcionando o esclarecimento de dúvidas quanto aos cuidados na gestação, cuidados adequados com a criança, importância do aleitamento materno exclusivo, nutrição, etc. As vacinas têm sua importância em melhorar a imunidade da gestante/puérpera nesse período em que ficam vulneráveis. O acompanhamento com exames ultra-sonográficos e exames laboratoriais ajudaram no acompanhamento do desenvolvimento do bebê e em detecções precoces de alguma alteração, para que se possa realizar o tratamento em momento oportuno.

Ademais, a mulher deve ter seus direitos reprodutivos garantidos. Atualmente alguns municípios encontram-se com alguns métodos contraceptivos em falta. No período desta disciplina, estavam em falta, no município onde trabalho, o DIU e o anticoncepcional injetável mensal, ou seja, a mulher tinha poucas opções para a escolha do método a ser utilizado, mas atualmente este problema já foi solucionado. Porém, um problema ainda persiste que é a dificuldade de casais com problemas de infertilidade não conseguirem acompanhamento com especialistas.

Muitas são as ações de prevenção do câncer de colo uterino desenvolvidas no Programa Saúde da Família, incluindo o exame Papanicolau. Isto se dá porque um dos grandes problemas de saúde pública que está sendo combatido ao longo dos anos é o câncer de colo de útero (UFC, 2010f).

Em relação a abordagem de mulheres vítimas de violência, percebe-se que a Lei “Maria da Penha” possibilitou que muitas mulheres se sentissem amparadas para poder reivindicar seus direitos, buscando proteção e ajuda. Claro, que a maioria dos municípios ainda não está preparada para dar o apoio que a mulher realmente precisa. Ela necessita, muitas vezes, de um acompanhamento com psicólogo, da assistente social (necessita de alimentação, moradia, re-socialização), de curso profissionalizante (para obter alguma renda), de inserir-se em grupos de apoio, etc.

As parcerias têm sua importância nessa promoção e proteção da saúde da mulher. O Programa de Saúde da Família e o NASF dão apoio; o conselho tutelar, a polícia, a

secretaria de educação, entre outros podem também ser bons aliados. Já surgiu na unidade onde trabalho, um caso de adolescente violentada pelo padrasto em que após o parto, apresentou psicose puerperal e o NASF foi um bom parceiro para alcançar um acompanhamento de qualidade e a melhoria da saúde da mulher e da criança.

Assim, a disciplina abordou o tema saúde da mulher, buscando enfatizar fatos relevantes no dia-a-dia da unidade de saúde como: planejamento familiar, pré-natal, puerpério, violência doméstica, etc. Apesar de me sentir a vontade com o tema, a leitura do material da disciplina e as atividades foram proveitosas, pois permitiram recordar e refletir sobre algumas abordagens de grande relevância, que com certeza irão fazer a diferença na prática assistencial.

3.8. DISCIPLINA 08 – Participação Social e Promoção da Saúde

Ultimamente tem se demonstrado grande preocupação no cuidado à vida para que se reduza a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que o próprio indivíduo/população seja produtor de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura. (UFC, 2011a)

Ao se analisar o processo saúde-adoecimento evidencia-se que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade e que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidados marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (UFC, 2011a)

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) traça como estratégia de promoção da saúde o enfoque para redução dos aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento como: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (UFC, 2011a)

Propõe-se, então, que as ações de saúde sejam ampliadas, tendo como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes sociais, possibilitando a organização da atenção e assistência direcionada às ações que interfiram nas causas e efeitos

do adoecimento, indo além das unidades de saúde, direcionado para melhoria das condições de vida e direcionando a população por optarem por escolhas saudáveis para suas vidas. (UFC, 2011a)

A Constituição Federal de 1988 informa que a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas direcionadas a redução dos riscos de adoecer. (BRASIL, 2011)

As diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (2006) são: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade.

Ao realizar a leitura do texto “O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção” de Dina Czeresnia, achei interessante destacar a diferença entre prevenção e promoção da saúde. Czesnia (1999) define as ações preventivas como “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, ou seja, o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Já as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que interferem nos problemas de saúde, necessitando de uma abordagem intersetorial, ou seja, não são direcionados a uma determinada doença, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais.

Na disciplina sugeriu-se assistir ao filme curta metragem Ilha das Flores. Este filme mostrava pessoas catando restos de comida que os donos de porcos colocavam para alimentar seus animais. Achei um filme muito chocante, apesar de saber que essa realidade não existe só na “Ilha das Flores”, mas bem próximo de nós. Obter melhorias naquela comunidade do filme, não é um trabalho fácil, pois mesmo fazendo atividade de educação em saúde, fica difícil da população seguir pelo fato de, no momento, não ter alternativa de alimentação e sustento. Seria necessário sensibilização dos gestores e a articulação de diversos setores do município, promovendo parceria entre saúde, educação, ação social e infra-estrutura para oferecer um melhor suporte à equipe de saúde da família.

No início, a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos podem ocorrer com ações educativas, como: sensibilização da população quanto a seus direitos, quanto à higiene corporal e dos alimentos, tratamento da água, quanto a procurar outros meios de sobrevivência que não seja lixão (como capacitá-los com cursos de artesanatos, de corte-

costura, manicure, etc), algo que garanta algum meio de sobrevivência que não seja o resto dos porcos. A educação em saúde será difícil, mas aos poucos a população estará se sentindo participante do processo e fará sua parte no cuidado à sua saúde e à sua vida.

O que ocorre, muitas vezes, é que as pessoas se acomodam e não se permitem buscar outros meios, já vi casos de pessoas não quererem mudar o seu modo de vida, por não estarem dispostas a fazer um pouco de esforço. Acham mais fácil pegar a comida que está ali no chão do que trabalhar e comprar algo melhor. Mas sei também que muitos querem melhoria e só falta oportunidade. É essa oportunidade que tem ser ofertada a eles.

A promoção de saúde deve seguir as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), já mencionadas anteriormente, destacando-se ainda ações específicas para melhoria da qualidade de vida e saúde como: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável.

Encontra-se no apêndice (Apêndice B) um plano de estratégias baseadas nas ações propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (2006). Tais atividades foram planejadas durante a disciplina e serão desenvolvidas pela equipe na ESF como forma de incentivo a participação popular, ao empoderamento da comunidade e conscientização da população quanto ao autocuidado.

Nesta disciplina também foram enfatizadas as conferências de saúde, destacando-se: a Carta de Ottawa; a Carta de Adelaide; a Carta de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta e a Declaração do México.

A Carta de Ottawa foi a base para todas as outras cartas/conferências, pois estas complementaram a precursora. Na primeira conferência sobre promoção da saúde traçou-se um objetivo de "Saúde para todos no ano 2000" e anos subseqüentes, enfatizando as condições e os recursos fundamentais para a saúde, como: justiça social, recursos sustentáveis, ecossistema, renda, alimentação, paz, habitação, educação, equidade. O caso de Ilha das Flores se encaixa nesses elementos. Ademais, a Carta de Adelaide relaciona-se também ao vídeo pelo fato de mencionar a superação das desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas.

Na educação em saúde é preciso compreender a diversidade e heterogeneidade da realidade social e a complexidade e singularidade da subjetividade humana (corpo, pensamento, afeto, ação), enfatizando do desenvolvimento da autonomia e da capacidade de

superação das pessoas no enfrentamento das situações de saúde-doença, tanto a nível individual quanto coletivo.

Os indivíduos podem aumentar o controle sobre os determinantes da saúde, por meio da educação durante as diversas fases da vida, incluindo o melhor enfrentamento diante das doenças crônicas e causas externas, para possibilitar a conquista de uma melhor saúde, tal processo é conhecido como “*empowerment*”.

Algumas das ações propostas pela PNPS estão sendo desenvolvidas na estratégia de saúde da família buscando empoderamento da população e o envolvimento de redes sociais de apoio. Vale salientar que a promoção da saúde e a participação social são de fundamental importância na atenção básica, ou seja, não adianta somente as ações dos profissionais, a população também deve fazer a sua parte em busca da sua própria melhoria.

3.9. DISCIPLINA 09 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

Um tema que vem se destacando é o cuidado ao meio ambiente e a sustentabilidade. Ao se realizar a abordagem das interfaces entre trabalho, ambiente e saúde destaca-se a busca de sensibilizar a população quanto a importância da preservação do meio ambiente. Percebe-se um consumo predatório da água, das fontes de energia e das “riquezas” minerais, entre outros, o que vem causando sérias consequências prejudiciais ao ambiente em que vivemos.

As pessoas precisam compreender que ao se visar somente o consumo e o lucro, embasados na ideia de crescimento e expansão do desenvolvimento econômico, porém muitas vezes individuais, estarão facilitando a exploração abusiva dos recursos naturais. Torna-se notório hoje que a humanidade está tendo grandes dificuldades em superar problemas sociais que ela mesma ajudou a criar.

Ao assistir o filme Tempos Modernos (1936), do cineasta Charles Chaplin, observa-se a visão focada no lucro do empregador enquanto o empregado sofre sérios problemas de saúde adquiridos por conta de jornadas exaustivas de trabalho, em locais inadequados e em condições insalubres. O trabalhador era visto como uma máquina que deveria estar saudável para garantir a produção.

No decorrer do tempo, algumas mudanças foram sendo realizadas para melhoria e preservação da saúde do trabalhador. A medicina do trabalho surgiu por volta da metade do

século XIX na Inglaterra, vindo a expandir-se para outros países com crescimento industrial, tendo sido um modelo centrado na figura do médico com grande vínculo com o empregador, defendendo-o. Em decorrência de inúmeras mortes e mutilações por conta do trabalho, surgiu nos anos 70 no Brasil, o modelo de saúde ocupacional implantado em grandes empresas com equipes multi e interdisciplinares, enfatizando a higiene industrial; porém com o movimento social e dos trabalhadores reivindicando melhorias sobre sua saúde e criação de leis, surge a saúde do trabalhador tendo posteriormente apoio da medicina preventiva, medicina social e saúde pública. (UFC, 2011b)

Ao se analisar os acidentes de trabalho no Brasil, temos como principais agravos à saúde do trabalhador: os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), as lesões por esforços repetitivos (LER), a perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), a intoxicação por chumbo e agrotóxicos, as dermatoses ocupacionais, e ainda, os problemas que cercam o trabalho precoce. Vale salientar também as doenças respiratórias relacionadas ao trabalho, com destaque à Pneumoconiose que é a categoria mais notificada no Brasil – particularmente a silicose e asbestose, em decorrência da atividade de mineração, a qual expõe os trabalhadores à inalação de poeiras potencialmente lesivas. (UFC, 2011b)

Os acidentes de trabalho podem ocorrer no local e horário de trabalho ou fora do mesmo quando o trabalhador está executando ordem a serviço da empresa, no percurso de casa para o trabalho ou vice-versa, não importando o meio de locomoção, podendo ser doenças que são precipitadas, desencadeadas ou agravadas por ele.

Entre os fatores de risco, destacam-se: ritmos intensos de trabalho, atividade com uso repetitivo dos membros superiores, inexistência ou insuficiência de pausas para descanso, jornadas prolongadas de trabalho, ferramentas inadequadas, mobiliário inadequado, atividade penosa de exigência de trabalho em posições não-fisiológicas, trabalho em situação de forte pressão por produtividade, exposição ao frio, vibração, etc.

Silveira (2009) destaca que em relação a DORT/LER que as mulheres são as maiores vítimas (cerca de 70%) “devido ao fato de o mercado de trabalho destinar às mulheres as atividades mais repetitivas e de as mulheres serem oneradas com a dupla jornada, que as torna responsáveis pela maior parte do trabalho doméstico, o qual tem características de penosidade e repetitividade.”

É uma realidade presente na unidade de saúde onde trabalho, pois recebo muitas pacientes queixando-se de dor nos membros superiores e na coluna cervical, dormência nas mãos e com reação alérgica a sabão; pelo fato delas, por exemplo, lavarem muitas roupas em rio/açude e ficarem muito tempo abaixadas, carregando trouxas pesadas, usando produtos de

má qualidade, etc. Infelizmente essas estatísticas de acidentes são excluídas dos dados oficiais e isso dificulta a resolução desse problemas.

Para melhorarmos essas importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil, é importante a participação mais ativa do setor saúde, seja pela assistência a saúde das pessoas e populações atingidas pelos riscos ambientais, seja pelas ações de prevenção e promoção de saúde. Porém o trabalho do PSF precisa ser ampliado, sendo necessário aumentar a abrangência de intervenções sobre o ambiente, entre elas o saneamento básico a poluição do ar (contaminação e ruído) e do solo (por produtos perigosos), incentivando a participação da comunidade para garantir priorização de programas e projetos nessa direção. (UFC, 2011b)

Durante a abordagem desse tema de acidente de trabalho no curso, li um artigo de Jorge Souto Maior, publicado em 16/10/10 pelo juiz de direito Jorge Alberto Araújo, intitulado “Mineiros do Chile e Soterrados do Brasil” e achei bem interessante, pois fala sobre o resgate dos mineiros e faz uma comparação com os trabalhadores brasileiros que se encontram “soterrados” numa profunda injustiça.

Achei interessante quando ele cita que “os direitos trabalhistas jamais podem ser vistos como custos, que possam ser simplesmente extraídos. A preservação da dignidade e a elevação da condição humana dos trabalhadores são papéis fundamentais dos direitos trabalhistas, que não podem ser postos em questão por nenhum argumento econômico”.

Ao realizar outras pesquisas sobre acidentes de trabalho no Brasil, encontrei uma reportagem de Regina Alvarez publicada em 26/02/11 no *site globo.com* sobre as condições de trabalho dos terceirizados na maior estatal brasileira, a Petrobrás. A notícia informava o seguinte:

“pelo acordo a estatal deve comunicar qualquer acidente em suas instalações. Se o acidente ocorrer com um trabalhador terceirizado, o comunicado deve ser feito ao Sindicato dos Petroleiros, mas o que acontece no dia a dia é a ocultação desses acidentes, que são descobertos muito tempo depois de ocorridos, por meio de denúncia do próprio acidentado ao sindicato ou à justiça” (ALVAREZ, 2011).

Mesmo que os equipamentos de proteção individual sejam usados, não existe o respeito ao trabalhador. Muitas vezes o funcionário precisa de uma atenção naquele momento, que se respeite o seu sofrimento e que sejam prestados todos os cuidados necessários. Não se deve esquecer que é um ser humano e necessita que se preserve a sua dignidade, como citou o Sr. Jorge Souto no artigo dos Mineiros do Chile.

Ao observar como anda nosso trabalho em relação a saúde ambiental, percebe-se que por conta da correria do dia-a-dia enfatizamos mais as patologias e tratamento/prevenção

das mesmas, deixando um pouco de lado a saúde ambiental. É claro que se houver uma atenção maior aos cuidados ambientais chegaríamos a melhores indicadores de saúde, mas precisa-se de ações de intersetorialidade, parcerias, e contribuição da população.

Acredito que em relação à saúde do trabalhador ainda a muito que melhorar, pois, muitas vezes, o trabalhador não tem oportunidade de comparecer a uma UBASF, pois a maioria dos municípios não ter 3º turno de atendimento nas unidades básicas de saúde e o atendimento só é disponibilizado durante o horário de trabalho da maioria deles (os trabalhadores), assim muitas vezes recorrem à automedicação, seguindo indicação de medicamentos dos parentes e conhecidos, fazendo com que o quadro se agrave ainda mais. No caso do distrito onde atuo, muitas pessoas trabalham em Fortaleza durante a semana e retornam para seus lares nos finais de semana. Os trabalhadores, em sua maioria, são atendidos em Fortaleza, mas não possuem vínculo lá, pois são cadastrados no município de São Gonçalo do Amarante, prejudicando um acompanhamento adequado, inclusive, do próprio agente comunitário de saúde.

Acredito que, para melhoria dessas situações o aumento da oferta de emprego em São Gonçalo do Amarante seria uma solução, mas como isso não é possível para toda população, seria interessante uma parceria entre os municípios, as referências e contra-referências contribuiriam para a equipe tomar ciência dos problemas de saúde da população que não se encontra tão presente na comunidade.

Em relação a territorialização achei interessante destacar do texto complementar “Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios” de Dias et al (2009), o comentário que “entre as características da atenção primária à saúde que favorecem a inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador destaca-se o enfoque da territorialização. Esta permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde a população adstrita, bem como a avaliação do impacto das ações e também facilita o reconhecimento e/ou identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processo produtivos e em situações de trabalho, conferindo concretude às relações produção/trabalho, ambiente e saúde e possibilitando ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.”

Assim, pude compreender a importância e me motivar a trabalhar as temáticas, saúde ambiental e saúde do trabalhador, como requisitos necessários a qualidade de vida da população. Entendendo que o conhecimento dos problemas da população assistida é importante na prestação de uma assistência de qualidade, enfatizando as situações de risco

para elaborar estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, além de proporcionar um melhor vínculo com a comunidade.

3.10. DISCIPLINA 10 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

A saúde bucal no Brasil passou por diversos modelos de assistência ao longo dos anos. As ações realizadas no passado eram de caráter assistencialista e tecnicista, voltadas para o paradigma curativo-reparador, individual e centrado na doença.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB (2004), o modelo que predomina atualmente visa: qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolubilidade; rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços; integralidade nas ações de saúde bucal; subsidiar o planejamento com epidemiologia e informações sobre o território; acompanhar o impacto das ações da saúde por meio de indicadores adequados; centrar a atuação na vigilância a saúde; incorporar a saúde da família como importante estratégia na reorganização da atenção básica; definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações; definir uma agenda de pesquisa científica.

Essas mesmas diretrizes acima da PNSB recomendam que a equipe de saúde bucal (ESB) deve ser formada por, no mínimo, um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e que os requisitos necessários para o cirurgião-dentista e os demais membros da ESB possam trabalhar em equipe, são: interdisciplinaridade e multiprofissionalismo; integralidade da atenção; intersetorialidade; ampliação e qualificação da assistência; condições de trabalho; parâmetros.

A atenção à saúde bucal abrange os diferentes ciclos de vida, mas gostaria de enfatizar inicialmente a saúde bucal nas gestantes e nos bebês. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê.

Alguns problemas de saúde bucal podem ocorrer devido a alterações naturais no organismo da gestante, tais como: aumento da acidez, alterações hormonais e aumento da vascularização gengival, etc.

Na disciplina foi esclarecido que a gravidez não “estraga”, nem “enfraquece” os dentes, mas ocasiona a perda dos minerais dos dentes e os cuidados com a higiene bucal das gestantes é diferente da mulher não gravídica.

Também considero fundamental que os profissionais dos programas de puericultura saibam e forneçam informações aos pais sobre: a cronologia de erupção dos dentes; a terapêutica do flúor; a importância do aleitamento materno para a formação dos dentes e do trabalho muscular para o desenvolvimento das estruturas faciais; incentivem o uso progressivo de alimentos em colheres e copos após o desmame que é fator de prevenção da má-oclusão dentária; orientem sobre a higiene bucal e também saibam informar a respeito da relação da dieta com a saúde bucal. (UFC, 2011c)

Além dos benefícios para a saúde geral do bebê, UFC (2011c) informa ainda que a amamentação é muito importante para a saúde oral da criança, pois é capaz de estimular a respiração correta do bebê; propiciar o correto posicionamento da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o vedamento labial, crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre a arcada, prevenindo a má-oclusão; favorecer a obtenção de um adequado tônus muscular orofacial, crescimento das funções de mastigação, deglutição e fonação; realizar uma estimulação sensória, motora oral dos órgãos fono-articulatórios, propiciando o bom desenvolvimento da fala.

A limpeza da cavidade bucal do bebê deve ser iniciada no segundo mês de vida com finalidade de remover o leite estagnado no interior da boca, massagear a gengiva e acostumar a criança à manipulação da sua cavidade bucal; e a escovação está indicada a partir da erupção dos primeiros dentes, utilizando-se creme dental sem flúor ou somente a escova com água, pois a criança ainda não consegue cuspir e caso utilize creme dental com flúor poderá desenvolver fluorose dentária.

No período da erupção dos dentes, é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos.

Ademais, um fator de risco para o aparecimento da cárie precoce são as mamadeiras noturnas, ou, ainda, uma alimentação prolongada no seio materno além da idade considerada normal para o desmame. Nas mamadas noturnas o leite fica depositado a noite inteira na região superior anterior dos dentes do bebê e depois escoa um pouco para a região posterior, associado à redução do fluxo salivar durante a noite e a falta de higiene bucal adequada, esses fatores propiciam o aparecimento de cáries rampantes, que provocam a destruição total desses dentes.

Torna-se de fundamental importância o bom entrosamento da equipe de saúde da família para se trabalhar a atenção a saúde bucal de gestantes e bebês. Há um bom envolvimento entre o médico, a enfermeira e a dentista da unidade de saúde em que trabalham. Compartilham-se as atividades do grupo de gestantes, discutem-se os casos de pacientes que merecem uma maior atenção da equipe, encaminham-se pacientes, etc. É uma parceria muito boa. Como rotina, a primeira consulta de pré-natal é realizada pela enfermeira. Após todas as orientações e preenchimento de papelada, ocorre o encaminhamento da gestante para atendimento odontológico. Alguns mitos realmente existem na gestação, como acompanhamento odontológico e realização de exame de prevenção. É necessário um bom trabalho para combater as informações errôneas e conquistar as gestantes para um melhor acompanhamento. Em relação à puericultura, a criança é avaliada pela enfermeira nas consultas de acompanhamento, onde a profissional repassa informações relacionadas à saúde bucal da criança e encaminha caso necessite de avaliação odontológica. A dentista realiza avaliação das crianças de 0 a 5 anos de idade durante as campanhas de vacinação de Poliomielite que ocorrem duas vezes ao ano.

Também é interessante destacar a saúde bucal de crianças, adolescentes e adultos, com ênfase aos índices epidemiológicos, sendo abordado mais especificamente o principal índice para a cárie dentária, o CPO (média de dentes cariados, perdidos e obturados) que avalia a cárie na dentição permanente e pode ser usado em todas as faixas etárias.

Os últimos levantamentos apontam que houve uma redução do número médio de dentes atacados por cáries nas crianças. O CPO aos 12 anos encontra-se em 2,1, índice considerado baixo. Porém, mesmo com resultados promissores para os adultos, a cárie dentária ainda é considerada o principal problema de saúde bucal no Brasil. Com relação aos idosos, não se observaram mudanças significativas no último levantamento epidemiológico, ou seja, boa parte destes ainda necessitam de algum tipo de prótese dentária. (BRASIL, 2010)

A faixa etária das crianças é o período ideal para se iniciar programas educativos/preventivos em saúde bucal, normalmente realizados em creches e escolas, pois é um momento propício para desenvolver bons hábitos, entretanto, é importante contar com a participação da família, para que os mesmos possam ser perpetuados em casa e, sempre que possível, também envolver os educadores e dirigentes escolares.

Estudos têm demonstrado que crianças portadoras de cárie severa também apresentam peso e altura menores quando comparadas com outras da mesma idade com ausência das lesões cariosas, além disso, os alunos livres de cárie podem inclusive apresentar melhor rendimento escolar. (COLARES; FEITOSA, 2003; MILAHE et al, 2009)

Já a faixa etária dos adolescentes, necessita de uma atenção da equipe de saúde da família, pelo fato do adolescente não procurar a unidade de saúde, devendo a equipe propiciar meios para captá-lo, desenvolver atividades educativas, com linguagem adequada, respeitando sua individualidade, sem tratar o adolescente como uma criança, mas abordando temas de interesse dessa faixa etária. É nesta fase que o indivíduo consolidará, se bem orientado, uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura. Os riscos são freqüentes pelo fato de iniciarem vida sexual precocemente (incluindo sexo oral), experimentação do fumo e do álcool, uso de *piercing*, etc.

Nos adultos, atualmente, o grande desafio é garantir o acesso para os que estão inseridos no mercado de trabalho, impossibilitados de darem continuidade a tratamentos odontológicos. Estes normalmente procuram o serviço em situações de urgência que o impossibilita de permanecer no trabalho, gerando conseqüentes perdas dentárias. Os problemas mais comuns nessa fase são: cárie dentária, doença periodontal, placa bacteriana, periodontite, doenças sistêmicas (TB, Hanseníase, HIV, AIDS, Candidíase e câncer de boca).

Muitas equipes de saúde da família encontram dificuldades em organizar a atenção á saúde bucal das crianças, adolescentes e adultos e em superar a fragmentação existente entre atendimento médico-enfermagem e odontológico.

Em São Gonçalo do Amarante, município onde trabalho, existe uma equipe de saúde bucal para cada equipe de PSF. Isso é um grande avanço em relação a alguns municípios, mas também existem algumas dificuldades como: equipamentos com defeito e falta de material. Essas dificuldades geralmente ocorrem próximo das eleições e início/final de ano.

A organização do atendimento/agendamento clínico é por Agente Comunitária de Saúde (microáreas) e por programas (escolares, gestantes, hipertensos/diabéticos, idosos). Os atendimentos são 8 por turno e mais as emergências que surgem. Existe uma parceria entre enfermeira-dentista-médico, encaminhamos pacientes uns aos outros e discutimos os casos de forma bastante proveitosa. A dentista participa dos cursos de gestantes, de campanhas, na organização da unidade, etc. Já trabalhei em equipes de PSF onde os profissionais eram individualistas, cada um realizando a sua atividade sem interferir na do outro, mas atualmente percebo que a interação da equipe que realizamos na unidade de saúde é benéfica à unidade de saúde, aos profissionais e principalmente à comunidade.

Em relação a saúde bucal no idoso, percebe-se a necessidade de uma maior atenção nessa faixa etária pelo fato desse grupo etário vir crescendo cada vez mais. Isso chama a atenção para que essa população seja incluída no planejamento em saúde, propondo

ações e serviços destinados a essa clientela, seja numa unidade de saúde ou num atendimento de maior complexidade.

As situações críticas em relação a condição dentária, periodontal e uso e necessidade de prótese evidenciam o alto grau de edentulismo nesse grupo populacional que é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada. O índice mais utilizado para estimar o edentulismo é a avaliação do uso e necessidade de próteses. (BRASIL, 2006b)

Vale ressaltar que o edentulismo não é uma consequência natural do envelhecimento. Sabe-se que, quando bem tratados e cuidados, os dentes naturais podem permanecer em funcionamento por toda a vida.

A ESF deve ficar atenta para ocorrências de sinais e sintomas nos idosos que chamam a atenção e que podem indicar a necessidade de avaliação pela equipe de saúde bucal, tais como: dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos; queixa de dor ou desconforto; costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos ou tenros; queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da sua boca; resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal; mau hálito; boca seca ou ardência bucal; feridas na boca; sangramento gengival.

Além disso, durante o atendimento clínico ao idoso, devem ser considerados os fatores e características próprias da faixa etária como: estado físico e emocional, uso de medicação contínua, estilo de vida, risco a algumas patologias bucais (por ex. o câncer bucal), acesso às ações e serviços de saúde e a algumas enfermidades geriátricas para que cada paciente receba o tratamento adequado buscando minimizar desconfortos e riscos como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, paciente com doença cardiovascular, doenças cardio-pulmonares e hérnia de hiato, enfermidades mentais e motoras, osteoporose.

Nas ações de promoção da saúde bucal utilizam-se fluoretos, nas suas diferentes formas de utilização, além de orientações para a realização das ações coletivas em saúde bucal na atenção básica. Os principais métodos de utilização do flúor sejam eles de uso coletivo ou individual são: fluoretação das águas de abastecimento público, dentifrícios fluoretados, escovação dental supervisionada, flúor-gel, bochecho fluoretado, suplementos de flúor.

Assim, a disciplina abordou o tema atenção à saúde bucal, buscando enfatizar políticas de saúde, processo de trabalho e organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida. Como não tinha domínio do assunto, a disciplina foi bem relevante, fornecendo

informações para que eu possa ajudar a equipe de saúde bucal em suas ações. Acho importante salientar que os fóruns tiveram grande contribuição para a melhoria do serviço onde atuo, pois na troca de experiência dos profissionais sugeri a implantação de algumas ações que deram certo em outras unidades de saúde.

DISCIPLINA 11 – ABS 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, como propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação.

Uma das diretrizes dessa Política visa o fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua da ampliação da acessibilidade e da inclusão, assim como a melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiência no SUS.

As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo em 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.

É importante frisar que a acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços públicos; à escola sem discriminação, com material didático disponível em formatos acessíveis; às bibliotecas que ofereçam meios de comunicação apropriados que permitam acesso a pesquisa, internet e acervo bibliográfico, notícias de jornais diários, etc.

Além disso, elas têm direito a diagnóstico específico, a serviços especializados e de reabilitação, ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, como parte integrante do processo de reabilitação, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão.

Não podemos deixar de frisar a importância do aumento das facilidades para os portadores de deficiência: calçadas, rampas, guias rebaixadas, semáforos com sonorização, corredores e portas, banheiros, transportes coletivos; utilização das linguagens acessíveis, que incluem o Braille, a Libras, os programas de computador para transformar textos em voz, as publicações em caracteres ampliados, e todos os demais formatos (figuras, cartazes, álbuns

temáticos) que facilitam a comunicação das pessoas que apresentam deficiência intelectual, visual e/ou auditiva.

Destaco os fatores de risco para deficiência visual que são: histórico familiar (ex. glaucoma), histórico pessoal (ex: HAS ou DM que podem levar a esclerose múltipla), senilidade (ex: catarata), cuidados pré-natais (prematuridade, toxoplasmose, sífilis, rubéola), cuidados no trabalho (ex: ausência de proteção solda elétrica), não imunização (ex: se as mulheres não se vacinarem contra a rubéola, os filhos podem ter rubéola congênita). E existem algumas ações que são preventivas como: realizar pré-natal, realizar teste Crede (profilaxia da Oftalmia Gonocócica com Nitrato de Prata 1% na 1ª hora após o parto), realizar teste do olhinho (avaliar se existe obstáculo à chegada de luz até a retina), exame da acuidade visual com a escala de Snellen nos pré-escolares, prevenção de acidentes domésticos com agentes químicos(principalmente com crianças), pérfuro-cortantes, prevenção de acidentes ao idoso (acuidade visual reduzida) e ao deficiente visual (evitando barreiras nos ambientes). (UFC, 2011d)

O deficiente visual, como possui uma limitação no campo visual, tenta superar esta deficiência melhorando os outros sentidos restantes como a audição, o tato, o olfato. Então, o profissional de saúde deve estar ciente de que o processo de comunicação com esse tipo de paciente deve ter um cuidado especial para que este se torne mais humanista.

Para uma boa relação interpessoal com os cegos durante as consultas, devem-se seguir algumas orientações gerais que foram disponibilizadas na disciplina e que contribuirão muito para o aperfeiçoamento do atendimento a esse público, e entre as orientações estão: tratá-los como seres iguais a qualquer pessoa humana; não generalizar aspectos positivos ou negativos de uma pessoa cega; estimular a realizar o que sabe, pode e deve fazer sozinho; se dirigir a uma pessoa cega chamando-a de pelo nome; falar em tom de voz normal;; utilizar a palavra “ver” com naturalidade; indicar a localização da porta, dos objetos por onde deseja passar; evite se dirigir à pessoa cega através do seu guia, etc. (UFC, 2011d).

Em relação a deficiência auditiva, são várias as causas que podem levar a essa deficiência: deficiência auditiva condutiva (acúmulo de cera no canal auditivo e otites) e deficiência neurossensorial (genético; doenças como rubéola, varíola, toxoplasmose, sífilis, herpes; antibióticos ingeridos pela mãe no PN e rubéola adquirida na gestação– problemas para o bebê). A incompatibilidade de sangue entre mãe e bebê (fator Rh) também pode fazer com que a criança nasça com problemas auditivos. Crianças ou adultos com meningite, sarampo ou caxumba também podem ter como seqüela, a deficiência auditiva. Ademais, infecções nos ouvidos, especialmente as repetidas e prolongadas e a exposição frequente a

barulho muito alto também podem causar deficiência auditiva. O ideal seria a prevenção com a vacinação das mulheres antes da gravidez; fazer uso do imunoglobulina Rh; evitar uso de medicamentos na gestação, quando necessário usar sob orientação médica; campanhas de vacinação infantil contra sarampo, meningite, caxumba, etc. (UFC, 2011d)

O teste da orelhinha já está sendo realizado como rotina na maioria dos municípios para se ter um diagnóstico precoce de problemas auditivos. Em São Gonçalo do Amarante ele já realizado com o fonoaudiólogo do NASF.

A Libras (Linguagem Brasileira de Sinais) é a linguagem utilizada nas comunidades surdas no Brasil e é composta por 4 níveis linguísticos: o fonológico, o morfológico, o sintático e o semântico. As mímicas e gestos não se configuram em elementos soltos, mas são utilizadas pelos surdos para facilitar a comunicação e tem forte caráter cultural. A comunicação com o surdo utilizando a Libras ou o alfabeto manual deve ser acompanhada de expressão não-verbal envolvendo a face e o corpo. As expressões faciais dão a real entonação dos sinais. Alguns surdos têm a habilidade de fazerem a leitura labial e este recurso poderá ser utilizado na comunicação com o paciente, mas para isso torna-se necessário se posicionar de frente ao surdo e falar pausadamente. Além disso, poderá se utilizar a escrita, evitando usar artigos, preposições e declinação verbal, para não dificultar o entendimento. (UFC, 2011d)

Já em relação a deficiência física a UFC (2011d) informa como prováveis causas: paralisia cerebral (prematuridade, anóxia perinatal, desnutrição, materna, rubéola, toxoplasmose, trauma de parto, subnutrição, outras); hemiplegias (por acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, tumor cerebral, outras); lesão medular (por ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, acidentes de trânsito, mergulho em águas rasas, traumatismos diretos, quedas, processos infecciosos, processos degenerativos, outros); amputações (causas vasculares, traumas, malformações congênitas, causas metabólicas, outras); más formações congênitas (por exposição à radiação, uso de drogas, causas desconhecidas); artropatias (por processos inflamatórios, processos degenerativos, alterações biomecânicas, hemofilia, distúrbios metabólicos, outros).

A prevenção da paralisia cerebral deve começar no pré-natal (nutrição adequada por parte da mãe, controle do fator Rh – compatibilidade, exames para diagnosticar diabetes e hipertensão e a abstinência de álcool e drogas) e os cuidados continuam após o nascimento (aleitamento materno, vacinação, puericultura, combate a infecções, etc).

Essa disciplina sobre pessoas com deficiência é de grande relevância. Já tivemos avanços em relação às leis/direitos dos portadores de deficiência, mas ainda há muito que

melhorar. Em relação à estrutura física já há algumas modificações (apesar de ainda necessitar de melhorias), mas em relação ao atendimento/comunicação precisa-se capacitar profissionais para o atendimento dessas pessoas. Na maioria das vezes nos dirigimos ao acompanhante, deixando o paciente sem participação na consulta. A implantação de acesso para deficientes físicos (rampas, transporte e banheiros adaptados) está aos poucos sendo incluída nos projetos das organizações; mas por outro lado quase não vejo sinais de trânsito sonoros para deficientes visuais, facilidade de comunicação com deficientes auditivos, etc. Acredito que faltam mais campanhas de conscientização com a sociedade para que possam receber melhor a pessoa com deficiência (PcD). No ônibus, por exemplo: as pessoas fingem estar dormindo para não ceder seu lugar ao portador de deficiência ou idoso e quando damos prioridade no atendimento para o Pessoas com Deficiência, os outros usuários não aprovam. O processo é lento, mas acredito num futuro melhor e com direitos iguais para todos, pois todas as pessoas, inclusive as com deficiência, têm direito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de especialização em saúde da família foi relevante e de impacto positivo para a minha vida profissional. Com o estudo, pude aprimorar meus conhecimentos, adquirir novos conhecimentos e conviver com pessoas com outras vivências e experiências profissionais. Estou saindo do curso com um novo olhar, aumentando minha sensibilização e humanização em busca de melhorias para a comunidade que assisto.

Não posso deixar de salientar que foi uma experiência nova a elaboração do portfólio, pois não havia tido contato anteriormente com este método de aprendizagem, mas apesar da dificuldade encontrada, constatei ser uma forma de reflexão e registro do que vivemos e estudamos. Estou na torcida para que a atenção básica cresça muito mais e seja reconhecida pela população, profissionais e gestores como parte fundamental na melhoria da saúde e qualidade de vida de todos.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Regina. **Terceirizados da Petrobrás acusam empresa de fazer vista grossa para acidente de trabalho**. Reportagem publicada em: 26/02/11 às 21:51hs. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2011/02/26/terceirizados-da-petrobras-acusam-empresa-de-fazer-vista-grossa-para-acidentes-de-trabalho-923890950.asp>>. Acesso em: 03. mar. 2011

BORDENAVE, Juan E. Dias. **Alguns fatores pedagógicos**. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade-práticas pedagógicas em atenção básica à saúde**. Fortaleza, 2010e. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/>. Acesso em: 07 ago. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. n.17, 92p.

_____. _____. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. José Felipe Riani Costa, Luciana de Deus Chagas, Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006b. p.67.

_____. _____. **A Política nacional de saúde da pessoa com deficiência**. Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao.../portaria_1060.pdf> Acesso em: 07 ago.2011

_____. _____. **Dicas em saúde: depressão**. Elaborado em mar. 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/76depressao.html>>. Acesso em: 01. jun. 2010

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010.** Nota para a imprensa. Disponível em: <dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html>. Acesso em: 03. Set. 2011

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em 03. set. 2011

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Revista Saúde Coletiva. 17(1). Physis: Rio de Janeiro, 2007. p.77-93

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP. **Curso Introdutório em saúde da família: território saúde.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2006. 206p.

_____. Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante. Disponível em: <www.pmsg.com.br>. Acessado em 20.05.10.

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

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 15, n. 4, out. 1999. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/part_soc/aula_01/> Acesso em: 07 ago. 2011

DIAS, Elizabeth Costa; RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; et all. **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios.** 2009. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_01/> Acesso em: 07 ago. 2011

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 1997.

MAIOR, Jorge Souto. **Mineiros do Chile e Soterrados do Brasil.** Disponível em: <<http://direitoetrabalho.com/2010/10/mineiros-do-chile-e-soterrados-do-brasil-artigo-de-jorge-souto-maior/>>. Acesso em: 03. mar. 2011

MORAN, José Carlos. **"O que é educação a distância?"**. Texto publicado pela primeira vez com o título *Novos caminhos do ensino a distância*, no Informe do Centro de Educação a Distância – CEAD. SENAI, Rio de Janeiro, ano 1, n.5, out-dezembro de 1994, páginas 1-3. Atualizado tanto o texto como a bibliografia em 2002.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental.** Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP, 1996.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do trabalhador.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação com paciente: teoria e ensino.** In: BRASIL. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de**

Especialização em saúde da família: saúde mental e violência. Fortaleza, 2010b. Disponível em: < http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/saud_ment/aula_01/index.html > 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993. Cap. 03; p. 79-122.

TEIXEIRA, Maria Borges et al. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica.** São Paulo: Atheneu, 1997.

TEIXEIRA, C. F. Saúde **da família, promoção e vigilância:** construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. Rev. Bras. Saúde Família, p. 10-23, 2004.

TULIO, Elaine Cristina; STEFANELLI, Maguida Costa; CENTA, Maria de Lourdes. **Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo.** Família, saúde e desenvolvimento. Curitiba, v.2, n.2, p. 71-79, jul./dez.2002. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2102.pdf> > Acesso em: 03. set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família:** processo de trabalho em saúde. Fortaleza, 2010a. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/disciplina/aula_03/>. Acesso em: 07 ago. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família:** saúde mental e violência. Fortaleza, 2010b. Disponível em: < http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/saud_ment/aula_01/index.html > Acesso em: 07 ago. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família:** modelo assistencial e atenção primária à saúde. Fortaleza, 2010c. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/>. Acesso em: 07 ago. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família:** planejamento e avaliação de ações de saúde. Fortaleza, 2010d. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_04/>. Acesso em: 07 ago. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade-práticas pedagógicas em atenção básica à saúde . Fortaleza, 2010e. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/index.php?p=01.php> . Acesso em: 06 abr. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério. Fortaleza, 2010f. Disponível em: < http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_03/ >. Acesso em: 06 abr. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família:** Educação popular, empowernet e autocuidado em saúde. Fortaleza, 2011a. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/part_soc/aula_04/>. Acesso em: 03 set. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família:** saúde do trabalhador e saúde ambiental na estratégia saúde da família. Fortaleza, 2011b. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/>. Acesso em: 03 set. 2011

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em saúde da família:** atenção básica de saúde no contexto da saúde bucal. Fortaleza, 2011c. Disponível em: < http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/ >. Acesso em: 07 ago. 2011.

_____. _____. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: ABS Pessoas com Deficiência**. Fortaleza, 2011d.

Disponível em: < http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/ >. Acesso em: 07 ago. 2011

APÊNDICE
APÊNDICE A

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UFC

Disciplina 05: Planejamento e Avaliação de ações de Saúde

Aula 04: Elaboração do Plano de Ação

Grupo 04: Lidiane Nogueira Rebouças Aguiar

Ligia Miria Sousa Almeida

Luciana de Albuquerque Lima

Maria da Conceição Farias

Maria Neusa Martins Chaves

PLANO DE AÇÃO – CASO DA “EQUIPE DA PAZ”

1. Delimitação dos Problemas

- Gravidez em < 20 anos;
- Início do Pré-Natal após 1º trimestre;
- Crianças < 4 meses em aleitamento misto;
- Baixa cobertura de casas com água encanada;
- Água liberada pela rede de abastecimento que não é tratada nem fluoretada;
- Elevado nº de pessoas em uso de psicotrópicos.
- Aumento da violência e uso de drogas
- Aumento dos casos de HAS e DM

2. Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Gravidez em < 20 anos	Alta	08	Parcial	02
Início do Pré-Natal após 1º trimestre	Alta	07	Parcial	03
Crianças < 4 meses em aleitamento misto	Alta	10	Parcial	01
Baixa cobertura de casas com água encanada	Alta	05	Fora	06
Água liberada pela rede de abastecimento que não é tratada nem fluoretada	Alta	05	Fora	06
Elevado nº pessoas em uso de psicotrópicos	Alta	07	Parcial	04
Aumento da violência e uso de drogas	Alta	08	Parcial	03
Aumento dos casos de HAS e DM	Alta	06	Parcial	05

** Total de pontos distribuídos: 56*

Ao termos como problema prioritário o “elevado nº de Crianças < 4 meses em aleitamento misto” vamos descrevê-lo como: “30% das crianças < 4 meses em aleitamento misto na área de abrangência da Equipe da Paz”

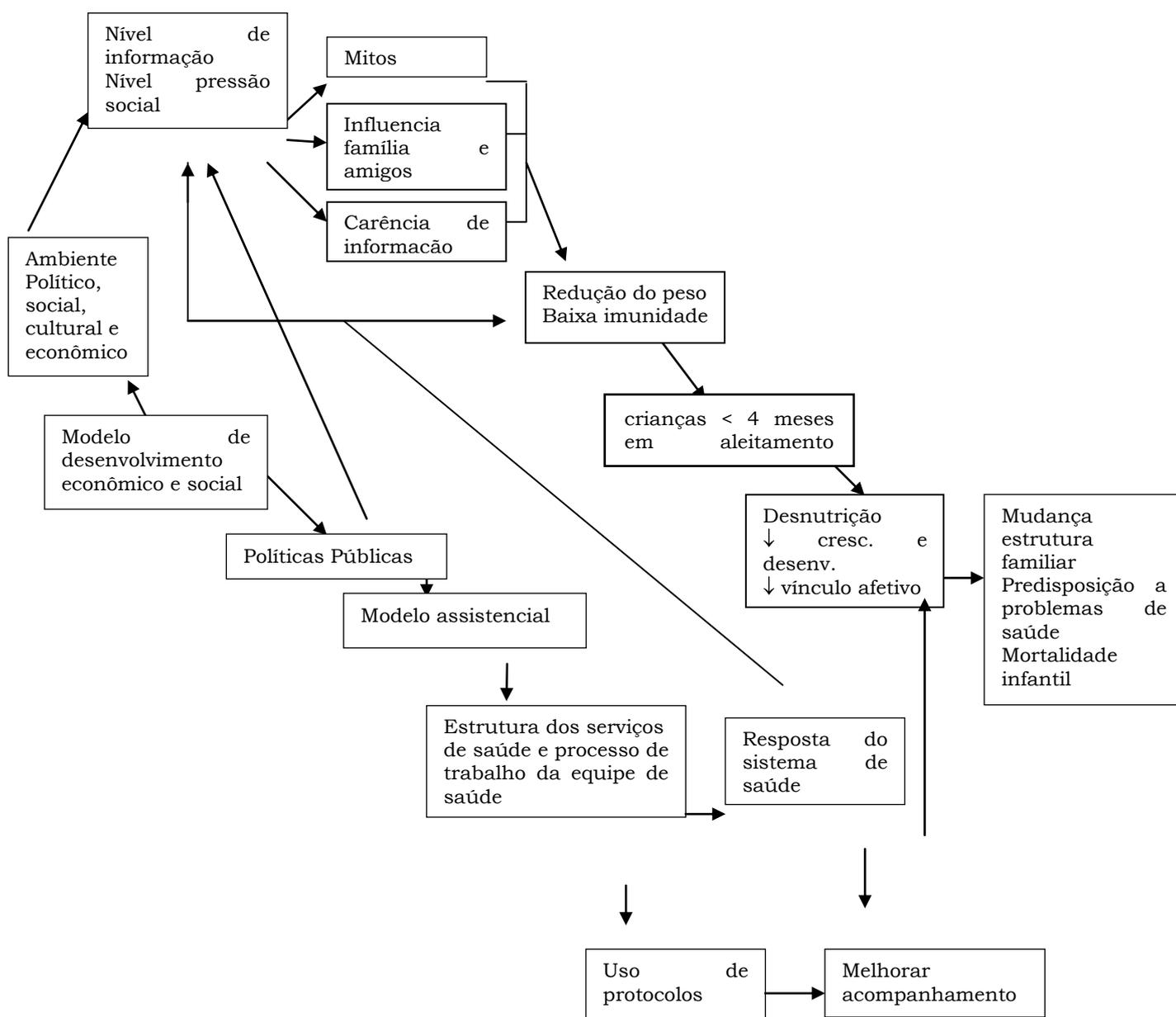
Para a descrição do problema foi-se necessário o acesso a dados constantes no SIAB e verificados durante anamnese nas consultas de puericultura, além de informações fornecidas pelos ACS e observações da enfermeira durante visita domiciliar à puérpera e RN. O quadro abaixo facilita o melhor entendimento do processo de descrição:

Descritores do Problema: “elevado nº crianças < 4 meses em aleitamento misto” – Dados 2009		
Descritores	Valor	Fonte
Crianças < 4 meses em aleitamento materno exclusivo no ano de 2009	133	• SIAB
Crianças < 4 meses em aleitamento materno misto	57	• SIAB
Nº Gestantes que realizaram acompanhamento PN em 2009	265	• SIS Pré-Natal
Nº gestantes que participaram de cursos de gestantes no ano de 2009	156	• Livro de registro de atividade educativa na UBASF
Nº de mães com idade < 20 anos (dessas crianças < 4 meses em aleitamento misto no ano de 2009)	69	• Registro no prontuário (ficha peri-natal)
Nº de mães baixa escolaridade (dessas crianças < 4 meses em aleitamento misto no ano de 2009)	93	• Registro no prontuário (ficha peri-natal)
Nº de mães que trabalham fora de casa (dessas crianças < 4 meses em aleitamento misto no ano de 2009)	37	• Registro da equipe (dados levantados pelos ACSs)
Nº de mães (baixo nível sócio-econômico) dessas crianças < 4 meses em aleitamento misto no ano de 2009	113	• Registro no prontuário (ficha peri-natal)
Nº de mães (que não amamentaram ou amamentaram por pouco tempo nas gestações anteriores) dessas crianças < 4 meses em aleitamento misto no ano de 2009	90	• Registro no prontuário (ficha peri-natal)

Nº de mães (sem união estável) dessas crianças < 4 meses em aleitamento misto no ano de 2009	57	• Registro no prontuário (ficha peri-natal)
--	----	---

Não podemos deixar de mencionar alguns fatos que também influenciam no desmame precoce como: mitos, volta ao trabalho muito cedo ou muitas saídas da mãe para resolver problemas pessoais, irritação do bebê nos primeiros dias, não dormindo bem à noite ocasionando pouca aceitação do leite materno fazendo com que mãe ofereça o leite artificial de forma complementar, etc.

3. Explicação do Problema



5. Nós críticos

- Pressão Social (volta ao emprego, muitos afazeres, mitos, influencia da família, amigos e mídia)
- Nível de informação (baixa escolaridade, pouco conhecimento sobre o assunto)
- Estrutura dos serviços de saúde (difícil acesso a médicos, enfermeiros pelo nº elevado da demanda na unidade);
- Processo de trabalho da equipe de saúde (dedicação da equipe, capacitação e reciclagem dos profissionais, etc.)

6. Desenho das Operações

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produto Esperado	Recursos Necessários
Pressão Social	<p><u>AJUDE A MAMÃE</u></p> <p>Orientar a comunidade, família sobre a importância do AME (Aleitamento Materno Exclusivo) e quanto a ajudar a nova mãe nos afazeres domésticos</p> <p>Orientar as mães quanto a ordenha e estoque do leite materno, caso precise sair.</p>	<p>↑ vínculo mãe-filho</p> <p>↑ repouso da nutriz</p> <p>↓ desmame precoce</p>	<p>Sensibilizar comunidade, família, e nutriz quanto a importância do AME</p>	<p>Cognitivos – informação sobre o tema;</p> <p>Políticos – mobilização social, articulação intersetorial;</p> <p>Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.</p>
Nível de Informação	<p><u>OUVIR E APRENDER</u></p> <p>Aumentar o nível de informação das mães sobre o AME, esclarecendo os mitos e informações errôneas</p>	<p>Mães sensibilizadas e com bom conhecimento sobre a importância e vantagem do AME</p>	<p>Campanha educativa na rádio;</p> <p>Capacitação ACSs e família;</p> <p>Avaliação do nível de informações</p>	<p>Cognitivos – conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação</p> <p>Organizacionais – organização da agenda (planejamento)</p> <p>Políticos – articulação intersetorial e mobilização social</p>
Estrutura	<p><u>MINHA 2ª CASA</u></p>	Otimização	Capacitação	Cognitivos – elaboração do

<p>ra dos Serviç os de Saúde</p>	<p>Melhorar a estrutura do serviço para o bom acolhimento e atendimento às mães e bebês, fazendo com que sintam-se bem na unidade de saúde</p>	<p>do atendimento na puericultura e na oferta de serviços relacionados a ela</p>	<p>de pessoal</p>	<p>projeto de adequação</p>
<p>Proces so de Trabal ho da Equipe deixan do a desejar</p>	<p><u>MINHA EQUIPE, MEU PORTO SEGURO</u> Implantar cursos de gestantes dando relevância ao assunto de AME; Realização de visita domiciliar à puépera e ao RN nos primeiros 7 dias pós-parto; Acompanhamento do ACS com frequência à família.</p>	<p>Sensibilizar a mãe e a família desde os primeiros dias pós-parto para manutenção do AME. Além de observar cuidados com RN no domicilia e se há necessidade de uma apoio maior por parte da equipe; Atingir a cobertura de no mínimo 85% das crianças < 4</p>	<p>Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados</p>	<p>Cognitivos – elaboração de projeto na linha do AME Políticos – articulação entre os setores da saúde (PSF e maternidade) e adesão dos profissionais a causa.</p>

		meses em AME		
--	--	-----------------	--	--

7. Identificação dos Recursos Críticos

Operação Projeto	Recursos Críticos
Ajude a Mamãe	Políticos – articulação intersetoriais e aprovação de projetos; Financeiros – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, álbuns seriados, próteses mamárias, etc.
Ouvir e Aprender	Políticos – articulação intersetorial
Minha 2ª casa	Cognitvos – Capacitação/curso de reciclagem para profissionais que trabalham na equipe de saúde
Minha equipe, meu porto seguro	Político – articulação entre os setores

8. Análise da Viabilidade do Plano

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Operações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<u>AJUDE A MAMÃE</u> Orientar a comunidade, família sobre a importância do AME e quanto a ajudar a nova mãe nos afazeres domésticos Orientar as mães quanto a ordenha e	Políticos – articulação intersetoriais e aprovação de projetos; Financeiros – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, álbuns	Secretaria de Saúde Secretaria Ação Social Associações de Bairro	Favorável	Apresentar o Projeto Apoio das Associações

estoque do leite materno, caso precise sair.	seriados, próteses mamárias, etc.			
<u>OUVIR</u> E <u>APRENDER</u> Aumentar o nível de informação das mães sobre o AME, esclarecendo os mitos e informações errôneas	Políticos – articulação intersetorial	Secretaria de Saúde Secretaria Educação	Favorável	Atividades educativas em sala de espera de pré-natal e puericultura para sensibilização das mães
<u>MINHA 2ª CASA</u> Melhorar a estrutura do serviço para o bom acolhimento e atendimento às mães e bebês	Cognitvos – Capacitação/curso de reciclagem para profissionais que trabalham na equipe de saúde	Prefeitura Municipal Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projetos para possíveis mudanças
<u>MINHA EQUIPE,</u> <u>MEU PORTO</u> <u>SEGURO</u> Implantar cursos de gestantes dando relevância ao assunto de AME; Realização de visita domiciliar à puépera e ao RN nos primeiros 7 dias pós-parto; Acompanhamento do ACS com frequência à família.	Político – articulação entre os setores	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto do curso de gestantes. Sensibilização das ACSs. Melhor agendamento e planejamento para realizar visita em tempo hábil.

9. Elaboração do Plano Operativo

Operação	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p><u>AJUDE A MAMÃE</u></p> <p>Orientar a comunidade, família sobre a importância do AME e quanto a ajudar a nova mãe nos afazeres domésticos</p> <p>Orientar as mães quanto a ordenha e estoque do leite materno, caso precise sair.</p>	<p>↑ vínculo mãe-filho</p> <p>↑ repouso da nutriz</p> <p>↓ desmame precoce</p>	<p>Sensibilizar comunidade, família, e nutriz quanto a importância do AME</p>	<p>Apresentar o Projeto</p> <p>Apoio das Associações</p>	<p>Assistente Social (Regina)</p> <p>Enfermeira (Marina)</p>	<p>Apresentar o projeto em até 2 meses;</p> <p>Início das atividades em 4 meses.</p>
<p><u>OUVIR E APRENDER</u></p> <p>Aumentar o nível de informação das mães sobre o AME, esclarecendo os mitos e informações errôneas</p>	<p>Mães sensibilizadas e com bom conhecimento sobre a importância e vantagem do AME</p>	<p>Campanha educativa na rádio;</p> <p>Capacitação ACSs e família;</p> <p>Avaliação do nível de informações</p>	<p>Atividades educativas em sala de espera de pré-natal e puericultura para sensibilização das mães</p>	<p>Enfermeira (Marina)</p> <p>Ana Lúcia (Educadora da Escola da área)</p>	<p>Iniciar em 2 meses e realizar como rotina na rádio mensalmente; capacitação com ACSs a cada semestre.</p>
<p><u>MINHA 2ª CASA</u></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o bom acolhimento e atendimento às mães e bebês</p>	<p>Otimização do atendimento na puericultura e na oferta de serviços relacionados a ela</p>	<p>Capacitação de pessoal</p>	<p>Apresentar projetos para possíveis mudanças</p>	<p>Coord. Ações Básicas (Silvia)</p> <p>Enfermeira (Marina)</p>	<p>Iniciar em 3 meses e ficar como rotina com intervalo a cada 6 meses</p>

<p><u>MINHA EQUIPE.</u> <u>MEU PORTO</u> <u>SEGURO</u></p> <p>Implantar cursos de gestantes dando relevância ao assunto de AME;</p> <p>Realização de visita domiciliar à puépera e ao RN nos primeiros 7 dias pós-parto;</p> <p>Acompanhamento do ACS com frequência à família.</p>	<p>Sensibilizar a mãe e a família desde os primeiros dias pós-parto para manutenção do AME.</p> <p>Além de observar cuidados com RN no domicílio e se há necessidade de um apoio maior por parte da equipe;</p> <p>Atingir a cobertura de no mínimo 85% das crianças < 4 meses em AME</p>	<p>Protocolos implantados ;</p> <p>Recursos humanos capacitados</p>	<p>Apresentar projeto do curso de gestantes.</p> <p>Sensibilização das ACSs.</p> <p>Melhor agendamento e planejamento para realizar visita em tempo hábil.</p>	<p>Dentista (Sabrina)</p> <p>Médico (Régis)</p> <p>Enfemeira (Marina)</p>	<p>Iniciar com 2 meses e realizar curso de gestante mensal como rotina.</p>
---	--	---	--	---	---

10. Gestão do Plano

Planilha para acompanhamento de Projetos

AME, para o bem do seu filho!

Coordenação: Marina (Enfermeira) – Avaliação após 6 meses de início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, álbuns seriados, próteses mamárias, etc.	Assistente Social (Regina) Enfermeira (Marina) Mas o ator que controla é o secretário de saúde (licitação)	4 meses	O projeto iniciou com ativ. educativa, mesmo sem o material	Problemas com licitação	4 meses
Visita Domiciliar da enfermeira ou médico à puérpera e RN nos primeiros 7 dias pós-parto	Médico (Régis) Enfemeira (Marina)		Visita domiciliar pelo médico ou enf ^a com mais de 7 dias	Muita demanda, ocorrendo dificuldade em cumprir prazo de 7 dias.	

APÊNDICE B

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UFC

Disciplina 07: Participação Social e Promoção da Saúde

Aula 04: Educação popular, empowerment e autocuidado em saúde

PLANO DE ATIVIDADES A SER DESENVOLVIDO					
Ação específica da Política Nacional de Promoção de Saúde	Atividades desenvolvidas para esta ação	Resultados esperados	Atores envolvidos (responsáveis, participantes)	Recursos necessários (materiais e humanos)	Prazo
Alimentação Saudável	Realizar educação em saúde enfocando a importância de uma boa alimentação; Preparar uma horta comunitária Realizar curso de culinária (preparo de pratos, sucos, vitaminas, etc) – enfatizando a importância de cada ingrediente. Sensibilizar gestores e empresários locais quanto a importância de restaurantes populares e espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, etc.	Crianças, adultos e idosos saudáveis e bem nutridos (com peso adequado); prevenir doenças; promover mais saúde	Equipe de saúde da família Nutricionista Secretaria de Meio Ambiente População e Grupos Vulneráveis (Crianças, idosos, gestantes)	Ingredientes (Carne, legumes, verdura, frutas, adoçante, utensílios domésticos, materiais descartáveis, etc.); mudas de plantas; adubo, etc.	Curto prazo (1 mês)

<p>Prática corporal/atividade física</p>	<p>Sensibilizar gestores quanto a importância de um educador físico na equipe do NASF, pois auxiliará as equipes de saúde da família nas ações de atividade física na ESF voltadas tanto para a comunidade quanto para grupos vulneráveis prevenindo agravos e complicações, além da manutenção da saúde e hábitos saudáveis</p>	<p>Prevenir problemas cardiovasculares, complicações de doenças crônicas, auxiliar na manutenção da saúde em pessoas saudáveis</p>	<p>Equipe de saúde da família Educador físico População e Grupos Vulneráveis (Crianças princ. obesas, adultos princ. obesos ou portadores doenças crônicas, idosos)</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>Médio a longo prazo (+ 3 meses)</p>
<p>Prevenção e controle do tabagismo</p>	<p>Realizar ações educativas com o intuito de reduzir a aceitação social do tabagismo, evitar início precoce do fumo e aumentar o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar, sensibilizando os mesmos quanto a importância dessa ação em sua saúde e apresentar exemplos de pessoas na comunidade que tiveram melhorias com o ato de cessar o fumo.</p>	<p>Redução da aceitação social do tabagismo, evitar o início precoce do fumo e aumentar o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar</p>	<p>Profissionais do NASF e Equipe de saúde da família População</p>	<p>Álbum seriado, cartazes, folderes, campanhas na rádio, palestras, etc.</p>	<p>Médio prazo (1 mês)</p>

<p>Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito</p>	<p>campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito</p>	<p>Sensibilizar motoristas e pilotos de moto quanto a andar em velocidade regularizado pelo órgão competente, utilização de cinto de segurança, capacete, manutenção/revisão dos meios de transporte...</p>	<p>Profissionais do NASF e Equipe de saúde da família População</p>	<p>cartazes, folderes, campanhas na rádio, palestras, etc.</p>	<p>Longo prazo (2 meses)</p>
<p>Promoção do desenvolvimento sustentável</p>	<p>Realização de movimentos em busca de ambientes saudáveis, de coleta seletiva e de reciclagem do lixo,</p>	<p>Redução do lixo, com isso teremos um ambiente saudável e mais harmônico, meio de renda para a população carente, etc.</p>	<p>Profissionais do NASF e Equipe de saúde da família População</p>	<p>cartazes, folderes, campanhas na rádio, palestras, coleta seletiva, fixação de placas de orientação em locais estratégicos de descarte de lixo etc.</p>	<p>Longo prazo (3 meses)</p>