

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DÉBORAH SAMPAIO ARAGÃO

SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA: DIVERSIDADE DE CUIDADOS

JUAZEIRO DO NORTE

2011

DÉBORAH SAMPAIO ARAGÃO

SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA: DIVERSIDADE DE CUIDADOS

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

Orientador: Prof. Ms. Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima

JUAZEIRO DO NORTE

2011

DÉBORAH SAMPAIO ARAGÃO

SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA: DIVERSIDADE DE CUIDADOS

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

Aprovada em ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima– Orientadora

(1º Avaliador)

(2º Avaliador)

Dedicatória
À minha família

RESUMO

Introdução: O programa Saúde da Família é exitoso no cuidado a saúde da população a nível primário, tendo como premissas básicas à assistência a saúde no contexto comunitário. O ensino a distância foi uma metodologia positiva na minha formação profissional, pela prévia facilidade no manuseio da internet e redes sociais e pelo escasso tempo disponível. Este estudo foi de fundamental importância no aprofundamento teórico para minha atuação profissional, pois durante cada disciplina podia trabalhar temas presentes na realidade diária do contexto de assistência primária à saúde, discutindo, pesquisando e esclarecendo temáticas conflituosas ou obscuras. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi apresentar o consolidado do aprendizado tido nas disciplinas do Curso de Especialização em Saúde de Família (NUTEDS/UFC) e a aplicabilidade do conhecimento na assistência prestada à realidade de trabalho. **Metodologia:** Este estudo trata-se de uma revisão de literatura com alguns relatos de experiência, que aborda temas relativos a todas as disciplinas estudadas durante o Curso de Especialização. O curso foi composto de 11 disciplinas contextualizadas na dinâmica da Estratégia Saúde da Família, do período de agosto de 2010 a setembro de 2011, as atividades propostas foram de metodologias variadas e adaptadas a Educação à Distância, tendo como exemplos, realização de chats, fórum, discussão de casos, tarefas teóricas e práticas, casos clínicos, roteiros de observação e trabalhos em grupo. **Resultados:** Em temas específicos do cuidado em saúde na atenção primária discutimos que, a saúde mental é uma área complexa e de importância ímpar no contexto da saúde pública e o Brasil aos poucos adequa sua rede de serviços a realidade em expansão de transtornos mentais que acometem a população. No contexto de saúde da mulher, temos uma apresentação breve dos vários contextos de assistência a mulher, na proteção e promoção de sua saúde. Na saúde ambiental, o foco principal foi retratar a tragédia do Japão, coincidentemente ocorrida no período da elaboração do portfólio da disciplina. Em Saúde Bucal foi pesquisados os assuntos mais atuais na área odontológica, destaque nos principais sites e de interesse à Estratégia Saúde da Família. Quando nos reportamos as pessoas com deficiência, temos afastar a discriminação, divulgar informações e os direitos destas pessoas portadoras de deficiências e realizar de capacitações para melhor atender a este grupo na assistência em saúde. Quanto a interdisciplinaridade, a bioética entra neste plano como fator essencial as discussões éticas e morais no cuidado aos usuários, sendo imprescindível conhecer o posicionamento jurídico acerca dos temas. Por fim, este portfólio apresentou a construção conjunta de um plano de ação assistencial em saúde, com uma temática já trabalhada no curso. **Conclusão:** O curso trabalhou questões amplas e subjetivas do cuidado em saúde. Esta busca contínua pela qualidade deve sempre estar embasada em princípios e ser pautada de seriedade e compromisso da administração, gestão e profissionais. Assim, conseguiremos manter a estratégia de atenção primária à saúde em auge, centrada na família e comunidade. Não necessitando voltar aos antigos modelos de atenção médicos-hospitalares, que eram tão limitados e não-abrangentes.

Palavras-chaves: SUS. Programa Saúde da Família. Pesquisa interdisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: the Family Health program is successful in caring for people's health at the primary level, with the basic premises of health care in the community context. Distance learning was a positive approach in my training, for ease of handling prior Internet and social networks and the limited time available. This study was of fundamental importance in the advanced theory to my professional activity, because for each discipline could work themes present in the daily reality of the context of primary health care, discussing, researching issues and clarifying conflicting or unclear. **Objectives:** The objective of this study was to present the consolidated learning in the disciplines of the Specialization Course in Family Health (NUTEDS / UFC) and the applicability of knowledge in assistance to the reality of work. **Methodology:** This study deals with a literature review with some experience reports, which addresses issues relating to all subjects studied during the Course of Specialization. The course consisted of 11 subjects in context in the dynamics of the Family Health Strategy, the period from August 2010 to September 2011, the proposed activities were varied and methodologies adapted to distance education, taking as examples, conducting chats, forums, discussion of case studies, theoretical and practical tasks, case studies, observation tours and group work. **Results:** In specific areas of health care in primary care argue that mental health is a complex area and the unique importance in the context of public health and Brazil just to suit their network services to expand the reality of mental disorders that affect the population. In the context of women's health, we have a brief presentation of the various contexts of care for women, the protection and promotion of their health. In environmental health, the main focus was to portray the tragedy of Japan, coincidentally occurred during the course of preparing the portfolio. Oral Health was searched for the most current issues in the dental field, highlight the main sites of interest and the Family Health Strategy. When we refer people with disabilities, we must remove discrimination, providing information and the rights of these people with disabilities and conduct of capabilities to better serve this group in health care. The interdisciplinary, bioethics enters this plan as an essential moral and ethical discussions in the care of users and is indispensable to know the legal position about the issues. Finally, this portfolio presented the joint construction of an action plan on health care, with a theme has worked on the course. **Conclusion:** The course worked subjective and broad issues of health care. This continuous search for quality must always be grounded in principles and be guided of seriousness and commitment of the administration, management and professionals. Thus, we can maintain the strategy of primary health care on the rise, focusing on family and community. Not needing to return to the old models of care and hospital doctors, who were so limited and not comprehensive.

Keywords: SUS. Family Health Program. Interdisciplinary research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1.1 – Ilustração sobre planejamento das ações em saúde	18
Figura 4.1.2 – Ilustração sobre implementação da ação em saúde	18
Figura 4.1.3 – Ilustração do caos por falta de planejamento	18
Figura 4.1.4 – Ilustração do trabalho em equipe	19
Figura 4.1.5 – Ilustração do cadastramento no Datasus.	21
Figura 4.1.6 – Ilustração da minha equipe de trabalho	21
Figura 4.1.7 – Apêndice de fluxograma de acolhimento e atendimento na UBS	23
Figura 4.1.8 – Ilustração da simbologia da comunicação	24
Figura 4.1.9 – Ilustração do caos no SUS	25
Figura 4.1.10 – Ilustração dos atributos do sistema de saúde mais valorizados pela população	26
Figura 4.2.1 – Ilustração da simbologia do agendamento	27
Figura 4.2.2 – Ilustração de filas de atendimento	27
Figura 4.2.3 – Ilustração sobre qualidade da assistência	28
Figura 4.2.4 – Ilustração sobre qualidade no atendimento	28
Figura 4.2.5 – Ilustração sobre qualidade de serviços	29
Figura 4.2.6 – Ilustração da Avaliação para Melhoria da Qualidade	30
Figura 4.3.1 – Ilustração do sofrimento em um portador de saúde mental	32
Figura 4.3.2 – Ilustração de uma unidade hospitalar	34
Figura 4.3.3 – Ilustração de leitos hospitalares	34
Figura 4.3.4 – Ilustração do complexo cerebral	35
Figura 4.3.5 – Ilustração da pintura “O Grito”	35
Figura 4.3.6 – Ilustração dos sintomas da esquizofrenia	36
Figura 4.3.7 – Ilustração de grupos de saúde mental	37
Figura 4.5.1 – Ilustração de acidente de trabalho por infusão de vaselina	48
Figura 4.5.2 – Ilustração de acidente de trabalho pelo desmoronamento da mina de San Jose	48
Figura 4.5.3 – Ilustração de acidente de trabalho por explosão de tambor	48
Figura 4.5.4 – Ilustração de acidente de trabalho com perfuro-cortantes	49

Figura 4.5.5 – Ilustração de acidente de trabalho por queda de elevador	49
Figura 4.5.6 – Ilustração de acidente de trabalho por erro médico	49
Figura 4.5.7 – Ilustração do terremoto no Japão 1	54
Figura 4.5.8 – Ilustração do terremoto no Japão 2	54
Figura 4.5.9 – Ilustração do terremoto no Japão 3	55
Figura 4.5.10 – Ilustração do terremoto no Japão 4	55
Figura 4.5.11 – Ilustração do terremoto no Japão 5	56
Figura 4.6.1 – Ilustração infantil do amiguinho dente	57
Figura 4.6.2 – Ilustração infantil da amiguinha dente	59
Figura 4.6.3 – Ilustração de sorriso saudável na velhice	60
Figura 4.6.4 – Ilustração do organograma da Política Nacional de Saúde Bucal	64
Figura 4.6.5 – Ilustração da escovação	65
Figura 4.6.6 – Ilustração de cuidados dentários	65
Figura 4.7.1 – Ilustração do surdo	67
Figura 4.7.2 – Ilustração do cego	67
Figura 4.7.3 – Ilustração do deficiente físico	68
Figura 4.7.4 – Ilustração do deficiente mental (Síndrome de Down)	68
Figura 4.7.5 – Ilustração de Maurício de Sousa representando os deficientes	72
Figura 4.7.6 – Ilustração de acessibilidade	72
Figura 4.7.7 – Ilustração de inacessibilidade de deficientes físico	73
Figura 4.7.8 – Ilustração de banheiro acessível à deficientes físicos	74
Figura 4.7.9 – Ilustração da leitura em Braile	75
Figura 4.7.10 – Ilustração ficção de problema auditivo	76
Figura 4.7.11 – Ilustração de agradecimento em libras “obrigada”	76
Figura 4.7.12 – Ilustração de macacos representando “surdo, cego e mudo”	77
Figura 4.8.1 – Ilustração da interdisciplinaridade	77
Figura 4.8.2 – Ilustração da bioética	79
Figura 4.8.3 – Ilustração do trabalho em equipe 1	81
Figura 4.8.4 – Ilustração do trabalho em equipe 2	81
Figura 4.8.5 – Ilustração da bioética e genética	83
Figura 4.8.6 – Ilustração de um bebê	83
Figura 4.8.7 – Ilustração de um aborto	83

Figura 4.8.8 – Ilustração de interrogações sobre “persona”1	84
Figura 4.8.9 – Ilustração de interrogações sobre “persona”2	84
Figura 4.8.10 – Ilustração de interrogações sobre “persona”3	84
Figura 4.8.11 – Ilustração de interrogações sobre “persona”4	84
Figura 4.8.12 – Ilustração de interrogações sobre “persona” 5	85
Figura 4.8.13 – Ilustração de interrogações sobre “persona”6	85
Figura 4.8.14 – Ilustração do erro médico e sua responsabilidade civil	90
Figura 4.9.1 – Apêndice de Certificado de Curso de capacitação e atualização – frente	91
Figura 4.9.2 – Apêndice de Certificado de Curso de capacitação e atualização – verso	91
Figura 4.9.3 – Ilustração da falha no acolhimento	91
Figura 4.9.4 – Ilustração de qualidade no acolhimento	92
Figura 4.9.5 – Ilustração de trabalho com grupos	92
Figura 4.9.6 – Ilustração de visita domiciliar 1	93
Figura 4.9.7 – Ilustração de visita domiciliar 2	93
Figura 4.9.8 – Ilustração de consultas	93
Figura 4.10.1 – Ilustração de planejamento estratégico – jogo de xadrez	95
Figura 4.10.2 – Ilustração dos passos do plano de ação	97
Figura 4.10.3 – Ilustração de planejamento	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade
CA – Câncer
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial –Álcool e Drogas
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CDB – Convenção sobre a Diversidade Biológica
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CF – Constituição Federal
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CTNBio – Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
DAB – Departamento da Atenção Básica
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EAD – Educação à Distância
ESF – Equipe Saúde da Família
HESI – Hospital Escola Santo Inácio
HRC – Hospital Regional do Cariri
IMC – Índice de Massa Corporal
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NIC – Neoplasia Intra-epitelial Cervical
NUTEDS – UFC - Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da Universidade Federal do Ceará
OGM – Organismo Geneticamente Modificado
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAF – Punção por Agulha Fina

PPD – Pessoas Portadoras de Deficiências

PRONABIO – Programa nacional da diversidade biológica e a comissão nacional da biodiversidade

PROQUALI – Programa de Qualidade

PSF – Programa Saúde da Família

PSIC – Pronto Socorro Infantil do Cariri

PT – Partido dos Trabalhadores

SAME – Serviço de Acolhimento Médico Especializado

SB Brasil – Saúde Bucal Brasil

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SUPERA - Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESP – Universidade Estadual de São Paulo

UPHG – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

URCA – Universidade Regional do Cariri

USP – Universidade de São Paulo

Vigitel – Vigilância por Telefone

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
3	METODOLOGIA	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTFÓLIOS	18
4.1	Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde	18
4.2	Disciplina 02 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	27
4.3	Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência	32
4.4	Disciplina 04 – Saúde da Mulher	38
4.5	Disciplina 05 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	46
4.6	Disciplina 06 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	57
4.7	Disciplina 07 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	67
4.8	Disciplina 08 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	76
4.9	Disciplina 09 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	88
4.10	Disciplina 10 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	95
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
6	REFERÊNCIAS	110

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família, hoje melhor denominado Estratégia Saúde da Família, teve sua criação no final do século passado, pioneiro no Estado do Ceará, sendo um marco vitorioso e exitoso no cuidado a saúde da população a nível primário, tendo como premissas básicas a assistência à saúde no contexto comunitário, tendo como base a família, para tanto goza de uma estratégia de descentralização da assistência, onde os cuidados básicos em saúde encontram-se dentro da área territorial da comunidade a ser assistida. Outro ponto importante é a composição multiprofissional das equipes, sendo compostas por médicos, enfermeiros e dentistas, com apoio de outros núcleos profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico e educador físico. É respaldada nos princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

O ensino a distância foi uma metodologia positiva na minha formação profissional, isto se deu pela prévia facilidade no manuseio da internet e redes sociais e pelo escasso tempo disponível. A interação com tutor e com os colegas é uma ferramenta adequada e foi administrada a contento. Nos fóruns e chats, pude participar de forma interativa e dinâmica, enriquecendo minha formação profissional, não só com os conteúdos fornecidos pelas disciplinas, bem como a busca em sites de conhecimento para elaboração dos portfólios e consolidando com discussões dos conteúdos com os colegas.

Formada em Enfermagem pela URCA a quase 5 anos. Desde a conclusão do curso, passei a atuar na Estratégia de Saúde da Família no município de Juazeiro do Norte, por meio de concurso público. No decorrer do trabalho de conclusão de curso, apresento a realidade atual como enfermeira do PSF 24, e outras experiências no PSF 03, que resultou no artigo sobre saúde da mulher. Bacharelada em Direito pela URCA e pós-graduada em Enfermagem do trabalho e Direito das Famílias, procurei esta especialização como forma de complementação perfeita com minha experiência profissional e com outras áreas que já sou especialista.

Este estudo foi de fundamental importância no aprofundamento teórico para minha atuação profissional, pois durante cada disciplina podia trabalhar temas presentes na realidade diária do contexto de assistência primária à saúde, discutindo com os colegas dúvidas e anseios que permeiam a profissão, pesquisando conceitos e esclarecendo temáticas conflituosas ou obscuras. Certamente a comunidade por mim assistida receberá a assistência

em saúde agora complementada por conhecimentos atualizados, podendo então reorientar o modelo de assistência a nível de atenção primária, de forma a otimizar o serviço.

O objetivo geral deste trabalho é apresentar o consolidado do aprendizado tido nas disciplinas do Curso de Especialização em Saúde de Família (NUTEDS/UFC) e a aplicabilidade do conhecimento na assistência prestada à realidade de trabalho, tendo como objetivos específicos delineados nas várias disciplinas, discutir os temas trabalhados nos módulos deste curso; relatar experiências quando ao Processo de Trabalho em Saúde; apresentar a mudança no modelo assistencial realizada pela equipe de saúde da família do município de Juazeiro do Norte; elencar o quesitos apreciados para melhoria da qualidade da assistência; relatar a proposta de avaliação para melhoria da qualidade presente na unidade básica onde atuo; refletir conceitos e atuações exercidas quanto ao modelo de saúde e a assistência prestada; apresentar um dos serviços psiquiátricos disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde; refletir o estudo de caso sobre esquizofrenia apresentado pelo grupo; relatar uma experiência de terapia de grupo a ser aplicada na unidade de saúde; apresentar um estudo sobre saúde da mulher realizado na unidade onde atuava em 2008; apresentar uma análise sobre a tragédia natural ocorrida no Japão, na disciplina de saúde ambiental; pesquisar os assuntos mais atuais na área odontológica, destaque nos principais sites e de interesse à Estratégia Saúde da Família; ver comentários sobre a atenção à saúde bucal nas diversas fases do desenvolvimento humano: bebês, gestantes, crianças, adolescentes e adultos; apresentar levantamento epidemiológico da Saúde Bucal no Brasil; retratar um esboço da realidade jurídica dos direitos da pessoa com deficiência; apresentar a realidade da acessibilidade no Município onde atuo; comentar determinados aspectos específicos de pessoas com deficiência; apresentar a importância da integração na concretização da interdisciplinaridade no contexto multiprofissional das equipes de atenção básica à saúde; demonstrar a importância da atuação interdisciplinar da equipe na concretização eficaz da assistência preventiva e promocional de saúde esperada pelo SUS à nível de atenção primária; delinear conceitos jurídicos que envolvem a atuação da bioética no contexto saúde; analisar as tendências pedagógicas tradicionais e atuais, comparando ao contexto de educação em saúde; trazer ao conhecimento da comunidade acadêmica uma experiência exitosa em educação em saúde; trabalhar os fatores de acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar, consulta, presentes na unidade de saúde onde atuo; apresentar a participação na construção conjunta de um plano de ação assistencial em saúde; mostrar o resultado concreto do plano de ação e elencar os principais problemas existentes na realidade da unidade de saúde do Pio XII.

A finalidade da construção deste estudo foi refletir o aprendizado obtido a partir do material das disciplinas, bem como as discussões tidas entre os colegas nos fóruns e relato de experiência. Por fim, o intuito é poder comparar o conhecimento prévio com o obtido a partir de todo o aparato fornecido pela metodologia EAD.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Relatar o consolidado do aprendizado obtido com as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde de Família (NUTEDS/UFC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).
- Refletir sobre a aplicabilidade do conhecimento adquirido durante o curso na assistência prestada à realidade de trabalho.
- Discutir os temas trabalhados nos módulos do curso e relatar as trocas de experiências.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura com alguns relatos de experiência inclusos, que aborda temas relativos a todas as disciplinas estudadas durante o Curso de Especialização.

O curso foi composto de 11 disciplinas contextualizadas na dinâmica da Estratégia Saúde da Família, disciplinas estas que estão apresentadas por meio de portfólios neste estudo. As atividades propostas foram de metodologias variadas e adaptadas a Educação à Distância, tendo como exemplos, realização de chats, fórum, discussão de casos, tarefas teóricas e práticas, casos clínicos, roteiros de observação e trabalhos em grupo.

Trabalhamos com um material didático básico, que constava o conteúdo disciplinar direcionado, com suas atividades propostas. De forma subsidiária, havia a disposição um material complementar, para elucidação da disciplina e embasamento para elaboração do portfólio. Cada módulo possui ao final uma auto-avaliação, avaliação da disciplina e avaliação da tutoria.

Ao final de cada disciplina, foi solicitado do aluno a elaboração de um portfólio, discutindo e aperfeiçoando os temas estudados. Os portfólios foram apresentados em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada.

Os portfólios foram elaborados seguindo uma dinâmica específica e lógica de estudo, do período de agosto de 2010 a setembro de 2011, foram propostos exercícios, materiais para estudo, chats, fóruns, na metodologia de Educação à Distância. Estas ferramentas de estudo foram utilizadas na confecção dos respectivos portfólios, que foram organizados em capítulos para comporem organizadamente este estudo. As atividades propostas no curso estão dispostas nos capítulos seguintes e compõem um acervo de temas intrinsecamente ligados a Estratégia Saúde da Família, bem como a realidade profissional da pesquisadora.

Os portfólios foram produzidos de forma dinâmica, ricos em ilustrações, como forma de incentivar e elucidar a leitura dos textos.

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de uma revisão de literatura, com alguns relatos de experiência. Houve respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho em saúde abrange tanto a organização do profissional para aplicação de suas ações cotidianas no ambiente de trabalho, como a organização do Estado e da gestão para o controle da aplicação do cuidado em saúde. Este sendo meu conhecimento prévio com relação ao assunto.

O modelo assistencial à saúde, bem como o processo de trabalho em saúde tem como linha principal o planejamento, a discussão e a comunicação. Após este preparativo, implementasse então efetivamente a ação.



Figura 4.1.1 – Ilustração sobre planejamento das ações em saúde



Figura 4.1.2 – Ilustração sobre implementação da ação em saúde

Não podemos permitir que a saúde, como discutido em fóruns anteriores, que está tão bem regulamentada na constituição e leis infraconstitucionais, seja percebida pela população como caótica, por falta de planejamento.



Figura 4.1.3 – Ilustração do caos por falta de planejamento

Foi apresentado a distribuição de funções específicas dos profissionais que compõe a equipe. Mas não se deve restringir esta responsabilidade ao descrito e delimitado

pela organização administrativa. O cuidado da saúde da população deve estar protegido como um todo, para isso cada profissional deve sentir-se responsável, fazendo direcionamentos adequados.



Figura 4.1.4 – Ilustração do trabalho em equipe

Município onde trabalho

Juazeiro do Norte é um município brasileiro do estado do Ceará. Graças à figura de Padre Cícero, é considerado um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina, atraindo milhões de romeiros todos os anos.

O município localiza-se no sul do estado, a 514 km da capital, Fortaleza. A população do município é estimada em 249 829 habitantes, que a torna o centésimo mais populoso do Brasil.

Todo este desenvolvimento resultou em uma grande integração com os municípios de Crato e Barbalha, que juntas formam a chamada conurbação Crajubar.

Em 9 de junho de 2009, a Assembléia Legislativa do Estado do Ceará aprovou a criação da Região Metropolitana do Cariri, sendo a lei sancionada pelo Governador Cid Gomes em 29 de junho de 2009. A Região Metropolitana do Cariri é composta por nove municípios: Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Missão Velha, Caririaçu, Farias Brito, Nova Olinda, Santana do Cariri e Jardim.

A administração municipal executiva de Juazeiro do Norte é exercida pelo prefeito Dr. Santana (PT).

Juazeiro do Norte enfrenta problemas importantes de infraestrutura, resultantes do rápido crescimento urbano não acompanhado pela implementação de melhorias na mesma

velocidade. Algumas áreas da cidade são propensas a inundações como os bairros Timbaúbas, Limoeiro, Planalto, Pirajá e Pio XII. Este último é o bairro onde atuo. (WIKIPÉDIA, 2010)

A saúde no município de Juazeiro do Norte

Juazeiro possui uma boa rede de hospitais e clínicas, com investimentos tanto do setor público como de caráter particular, que funcionam como rede complementar. Durante o período chuvoso, costumam ocorrer surtos de doenças tropicais, principalmente dengue e calazar. Devido ao sol forte, a cidade apresenta alto índice de câncer de pele.

A atenção básica conta com uma rede de postos de saúde ainda em formação visando uma cobertura territorial de 100% do município, já há uma boa cobertura. Este segmento conta com o Programa de Saúde da Família, estratégia nacional, que conta com uma equipe formada por um médico, um dentista (opcional), uma enfermeira, dois ou três Agentes Comunitários de Saúde; sua estratégia visa o acompanhamento longitudinal de famílias em um dado território.

A rede de assistência hospitalar, temos o Hospital Tasso Jereissati (municipal), Hospital São Lucas (municipal); Hospital Escola Santo Inácio – HESI (intervenção municipal em 2009); Pronto Socorro Infantil do Cariri (PSIC) (municipal).

Existem, ainda, hospitais e clínicas particulares especializadas, como o Hospital das Clínicas e Fraturas do Cariri, a Clínica Hospitalar São José e a Pró-clínica Santa Maria.

O Governo do Estado do Ceará está construindo em Juazeiro o Hospital Regional do Cariri (HRC), orçado em R\$ 44 milhões. Servirá para desafogar os hospitais de Fortaleza que atualmente recebem pacientes de todo o estado. Serão construídos cerca de 160 leitos, inclusive aumentando os de Unidade de Terapia Intensiva, uma carência nos maiores hospitais do Cariri. O hospital vai contemplar as especialidades na área de urgência clínica e cirúrgica, um centro de atendimento para casos de envenenamento, doenças transmissíveis, traumas e unidade de queimados. Atuará com unidade reguladora e atenderá a estudantes da saúde, sendo centro de formação. (WIKIPÉDIA, 2010)

Estabelecimento de Saúde

Identificação				
CADASTRADO NO CNES EM: 6/5/2005... ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 19/10/2010 ULTIMA CERTIDÃO NEGATIVA:31/08/2010				
Nome:	PSF 24 PIQ.XII II		CNES:	3465861
Razão Social:	PREF MUN JUAZEIRO DO NORTE		CPF:	--
Logradouro:	RUA SETE DE SETEMBRO		Número:	28
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	PIO XII	63020410	JUAZEIRO DO NORTE - IBGE - 230730	CE
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA		MUNICIPAL		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ADMINISTRACAO DIRETA DA SAUDE (MS,SES e SMS)			MANTIDA	

Figura 4.1.5 – Ilustração do cadastramento no Datasus.

Fonte: DATASUS, 2010.

A unidade de saúde, minha realidade



Figura 4.1.6 – Ilustração da minha equipe de trabalho

Fui instigada a avaliar como se dá a organização no meu ambiente de trabalho, desde a estrutura existente até as relações interpessoais (inter-profissionais) entre os colegas de trabalho.

A equipe que integro – PSF 24 – é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente administrativo, um auxiliar de serviços gerais, 09 agentes comunitários de saúde, uma atendente de farmácia.

O convívio com os demais funcionários é amistoso. Por funcionar duas equipes em uma única unidade, acabamos por conviver diariamente e ser responsáveis (como coordenadores da unidade) por em média 30 funcionários.

A comunidade utiliza-se da unidade não como um local de práticas promocionais de saúde, serviços preventivos, de educação em saúde, busca a unidade para resolução imediata de problemas de saúde. Querem a consulta imediata, a entrega do medicamento e a marcação/realização do exame. Este pensamento comunitário dificulta a promoção de saúde e a aplicação de cuidados à saúde dinâmicos e diversificados.

NASF – Parceria com a ESF

A equipe do NASF integra os PSFs do município a mais de um ano, entretanto temos como deficiência o restrito número de especialidades, apenas educador físico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social; entretanto no PSF 18 temos o atendimento apenas dos dois primeiros profissionais citados.

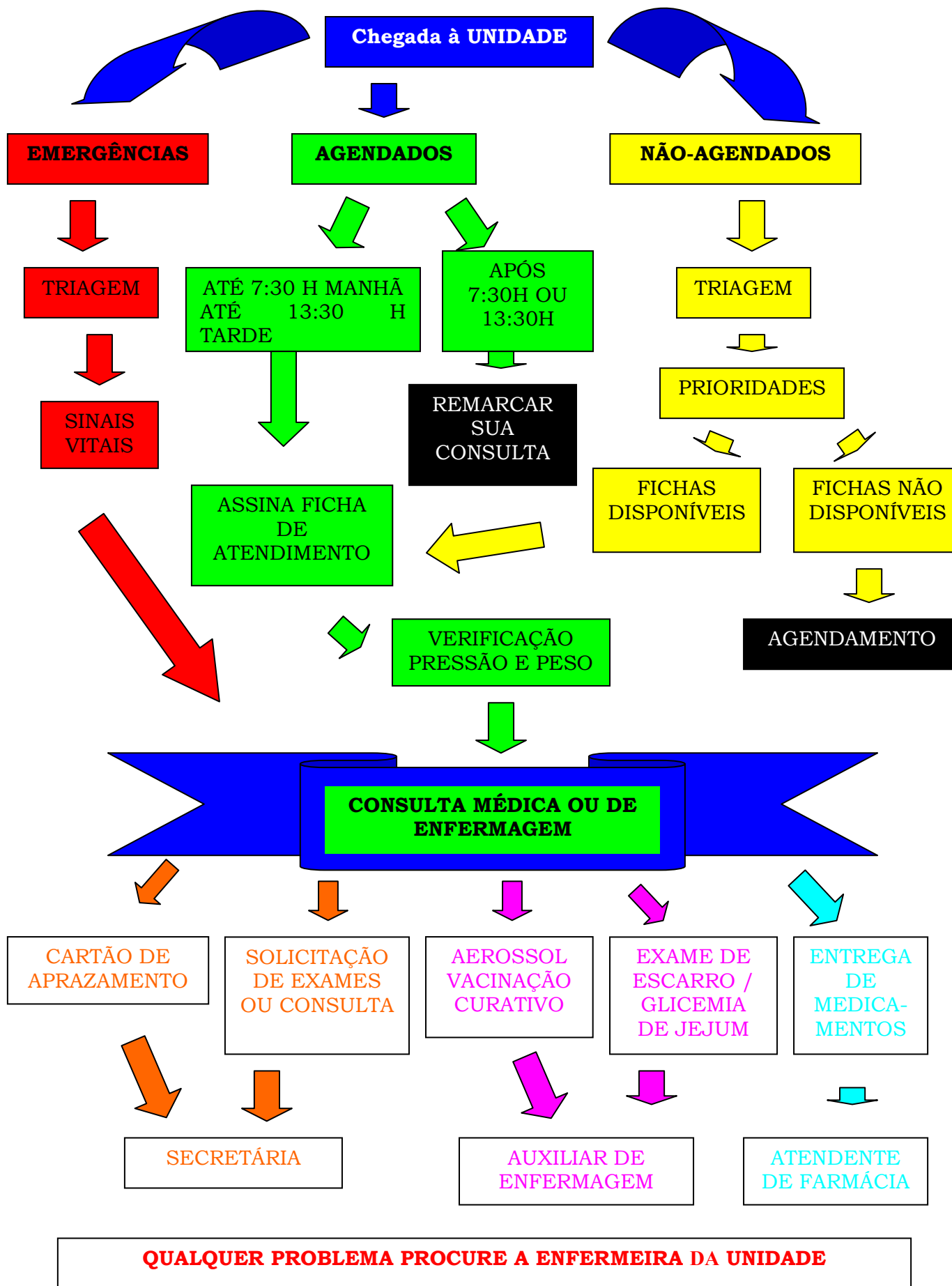
Cronograma e Fluxograma de Atendimento

O médico realiza essencialmente atendimento de livre demanda, ficando a cargo da enfermagem a aplicação efetiva dos programas solicitados pelo Ministério da saúde: hipertensão, diabetes, puericultura, visitas domiciliares, pré-natal, prevenção do câncer de colo e mama, atendimento ao adolescente.

Referente a este módulo de Processo de Trabalho em Saúde, tenho um fluxograma que elaborei para melhor atendimento a comunidade.

Figura 4.1.7 – Apêndice de fluxograma de acolhimento e atendimento na UBS

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO NO PSF 18 E 24 - PIO XII



Reflexão dos textos da disciplina

A comunicação é peça fundamental no cuidado em saúde, tanto a comunicação profissional-cliente; como a comunicação entre colegas de trabalho.

Há diferenças nos cuidados aplicados por cada profissional de saúde, mas há necessidade de avaliações multiprofissionais para como dito muito pelo profissional de enfermagem: ser possível o cuidado holístico do cliente. Este sendo avaliado como um todo pelo profissional da área, bem como por vários profissionais de conhecimentos distintos.

Uma assistência prestada com atenção a este veículo – comunicação – entre os profissionais, favorece a recuperação ou prevenção à saúde dos clientes e comunidade, de forma mais abrangente e eficaz.



Figura 4.1.8 – Ilustração da simbologia da comunicação

Profissionais de saúde que curam com afetividade

Pontos principais no texto do módulo:

Apresentação de bem de serviço

Importância da comunicação em saúde: tempo de duração de consulta; organização do ambiente; receptividade; percepção das necessidades de saúde; níveis dos pressupostos de inconsciente (fala automática e sem pensar, comunicação indesejada)

Respeitar as características das diferentes regiões

Outro ponto importante de discussão é a realidade, tanto quanto a realidade sócio-econômica da população para as orientações repassadas e sugeridas; a estrutura legal e a aplicação prática; a realidade de infraestrutura e exigência de atendimento; e até a diferença do conhecimento na universidade e a prática no ambiente de trabalho.

Divergências de olhares culturais são vividas em vários momentos, no atendimento ao cliente. Temos que o planejamento de ações de saúde pelo Estado ainda é superficial. As ações de saúde exigidas ao profissional de saúde ultrapassam a possibilidade tanto de estrutura física como de fornecimento de meios adequados para efetivação plena do atendimento, bem como uma demanda elevada, e muitas vezes reprimida.

No nível local (município), tenta-se elaborar mecanismos para aproximar o planejamento utópico das ações de saúde a realidade da comunidade. Em nível ainda embrionário temos os conselhos locais de saúde, que em reuniões programadas, debatem assuntos restritos as deficiências locais e sugerem melhoramentos.

A expressão “a realidade é outra”, surge frequentemente em discursos dos profissionais da atenção básica, quando lemos ou somos exigidos quanto planos elaborados pelo Ministério de Saúde, que trabalham questões de atendimento eficaz, eficiente, mas não é fornecido os meios necessários para alcançar excelência de atendimento.

A lei do SUS, como muitos falam, é muito bonita e perfeita no papel. Mas não podemos querer que legisladores aprovelem leis ínfimas e paupérrimas, na justificativa da sociedade e dos gestores não concretizarem de imediato o tido em lei, não acompanham o almejado na lei. Nosso sistema de saúde deve sim ser regulamentado da forma mais aprofundada e com visão do futuro para a organização social evoluir em conquistas e alcançar este fim almejado em lei.



Figura 4.1.9 – Ilustração do caos no SUS

Podemos resumir o modelo de saúde pensado e o presente nos seguintes problemas imediatos:

- Pressão dos usuários de sistema, resolução imediata dos problemas
- Reinvidicações de comunidade e população

- Escassez de recursos

Os profissionais devem tentar desenvolver:

Competência; conhecimento; habilidade; atitude; motivação

Atributos do sistema de saúde mais valorizados pela população:

Tabela 1

Atributos do sistema de saúde mais valorizados pela população.

Atributos	Ordem de importância	
	Atual	Futura
Qualidade técnica	1	1
Equidade	2	3
Respeito aos direitos do paciente	3	2
Eficiência técnica	4	4
Participação	5	5
Eficiência alocativa	6	6

Figura 4.1.10 – Ilustração dos atributos do sistema de saúde mais valorizados pela população

4.2 Disciplina 02 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Nesta nova etapa do curso, trabalharemos as mudanças no modelo assistencial ocorridas e pretendidas na unidade de saúde onde atuamos.

As mudanças na assistência devem ocorrer a partir do diagnóstico de saúde da comunidade feito pelos profissionais de saúde que acompanham esta população, tendo uma importância em destaque – os agentes comunitários de saúde – que são o elo entre as necessidades de saúde da comunidade onde atuam e a equipe de saúde da família.

Estas mudanças que são aplicadas ou programadas visam uma maior qualidade na prestação dos serviços, e sobre esta qualidade o tópico seguinte do trabalho irá abordar.

O trabalho da equipe de saúde da família e a mudança no modelo assistencial

A unidade está em ascensão quando se percebe mudança no paradigma de consultas em demanda espontânea e a realidade hoje de consultas programadas.

Filas em hospitais são um problema antigo. Na tentativa de eliminá-lo, algumas práticas adotadas tornaram-se clássicas. A mais conhecida delas é a chamada Marcação Antecipada. Seu funcionamento é simples: quando a agenda do dia está totalmente preenchida, abre-se uma agenda para o dia seguinte e marcar-se a consulta. Quando esta agenda também for completada, abre-se uma outra agenda para daqui a dois dias e assim por diante. (MORI, 2010)

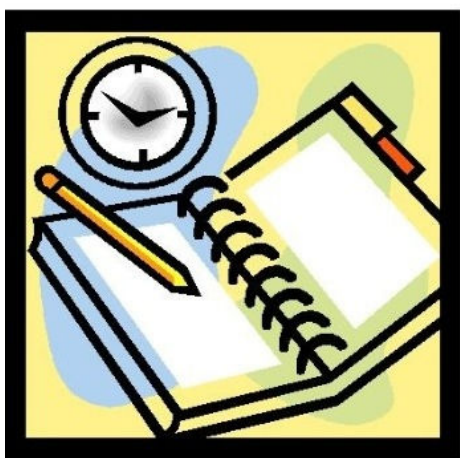


Figura 4.2.1 – Ilustração da simbologia do agendamento

AGENDAMENTO



Figura 4.2.2 – Ilustração de filas de

REDUÇÃO DE FILAS

Ter em vista a mudança de atendimento à população direcionando para a maior necessidade apresentada. Conquistas da unidade: agendamento dos atendimentos, tanto médico como de enfermagem.

Visão no modelo mais atual – preventista e global. Percebido a partir de cronogramas com ações de enfermagem preventivas como: planejamento familiar, pericultura, pré-natal. E cronograma médico para atendimento a grupos específicos: saúde do idoso, saúde da criança, saúde da mulher e saúde do homem. Não esquecendo dos grupos com proposta de atenção especial pelo Ministério da Saúde: pré-natal, hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose.

“Com o advento da Qualidade, a competitividade transcendeu o campo da eficiência e da eficácia. É preciso mais: os serviços devem ser efetivos. Esta efetividade se mede pelo grau de satisfação do usuário.” (MORI, 2010)

Percebe-se que desde a implementação do agendamento na unidade há 1 mês, houve reclamação de apenas uma usuária, que após orientação quanto a dinâmica do agendamento, compreendeu e aceitou.

A questão de educação em saúde ainda é uma conquista almejada, a população não participa ativamente das atividades em grupo propostas, que vão desde palestras até atividades mais dinâmicas, como atividades físicas com a educadora física.

A qualidade na prestação do cuidado em saúde



Figura 4.2.3 – Ilustração sobre qualidade da assistência qualidade no atendimento



Figura 4.2.4 – Ilustração sobre



Figura 4.2.5 – Ilustração sobre qualidade de serviços

Atributos a serem avaliados na busca por uma atenção de qualidade:

Eficácia: Temos que no tocante a eficácia, as buscas pela atenção à saúde imediatas são atendidas. O que favorece a eficácia é a presença dos profissionais diariamente e em dois turnos na UBS, o bom senso em atender pessoas que demandam uma assistência imediata, não voltando clientes em urgência e tendo a capacidade de realizar encaminhamentos efetivos.

O padrão não é alcançado pela falta de alguns materiais (como remédios e materiais).

Eficiência: Trazendo para a realidade do tempo. Temos que a demanda de unidade de saúde é elevada, sendo o número de pacientes que buscam o atendimento médico bem superior a consulta de enfermagem. Em contrapartida, temos a enfermeira com a atribuição de coordenação e administração da UBS, que ocupa cerca de 50% do tempo de efetivo trabalho.

Efetividade: combinação da eficácia com a eficiência.

Equidade: distribuição dos serviços conforme necessidade das pessoas, priorizando os grupos mais vulneráveis. Esta é uma luta constante e diária que se concretiza por meio de atenção aos grupos prioritários e urgentes.

Oportunidade: o cuidado ser aplicado no momento certo. Presenciamos dificuldades graves quanto a marcação de consultas e exames e a questão de contra-referência.

Continuidade: A referência e a contra-referência ainda são muito frágeis no sistema de atendimento em saúde no município de Juazeiro do Norte.

Acessibilidade: A acessibilidade geográfica do PSF é adequada, justamente por sua projeção ser dentro de cada comunidade. A acessibilidade quanto a barreira de cronogramas pré-fixados ainda existe, entretanto diariamente tenta-se diminuir esta deficiência, estando atento ao problema de saúde individual de cada cliente que comparece a unidade e fazendo um direcionamento adequado: agendamento ou triagem e consulta imediata.

Aceitabilidade: A aceitação quanto atividades rotineiras já é plausível, o que tenta-se melhorar é a aceitação da comunidade quanto a questão da unidade de saúde ter se tornado um posto- escola (busca pela aceitação plena dos acadêmicos) e adesão a novidade como consultas aos adolescentes e a participação da comunidade nos conselhos locais de saúde.

Otimidade: Custo-benefício de uma ação. A cada dia fica mais obsoleto ações que não rendem tanta eficácia.

Legitimidade: Representação social de uma ação. Para a comunidade o PSF já é legítimo, suas ações diárias são aceitas e inspiram confiança.

Ética: Busca diária. Tenta-se pautar o serviço em perícia, ética e humanização.

AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade



Figura 4.2.6 – Ilustração da Avaliação para Melhoria da Qualidade

Esta proposta de avaliação foi implementada no município de Juazeiro desde o ano passado. A equipe onde atuou participou do projeto piloto. Percebe-se a importância desta avaliação para o estabelecimento da situação de saúde de cada unidade e os passos para a busca na excelência no atendimento.

“Os eixos centrais da proposta são o estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a estratégia, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde”. (AMQ, 2010)

“A justificativa da implementação desta avaliação foi a grande expansão da estratégia Saúde da Família nos últimos 10 anos que ampliou de maneira significativa o acesso às ações de Atenção Básica em saúde. Entre os desafios para os próximos anos encontra-se a consolidação da qualidade dos serviços e práticas”. (AMQ, 2010)

Esta avaliação é composta de padrões e estágios de avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família.

Metodologia da AMQ

- Mecanismo de avaliação interna
- Processo participativo que inclui gestores, profissionais e demais atores envolvidos com a intervenção
 - Instrumento de identificação de processos de trabalho nas práticas cotidianas, passíveis de serem melhorados
 - Iniciativa articulada dos níveis de gestão da Equipe Saúde da Família (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde)
 - Instrumento de avaliação destinado a promoção da cultura da qualidade (e da avaliação) no âmbito da gestão e das práticas de atenção básica de saúde
 - Processo que pode estimular programas de melhoria contínua da qualidade (Ministério da Saúde – AMQ)

4.3 Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência



Figura 4.3.1 – Ilustração do sofrimento em um portador de saúde mental

Neste módulo, foi possível refletir acerca dos serviços disponíveis de tratamento psiquiátrico, e escolher um tema para estudo mais aprofundado. Discorri sobre os leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Em seguida, foi discutido em grupo um relato de experiência de uma colega, abordagens foram feitas quanto a conduta e a patologia apresentada.

Por fim, apresento uma experiência de terapia de grupo, importante nos acompanhamentos de saúde mental em unidades de saúde.

Serviços de psiquiatria – leitos de hospital geral

Após a reforma psiquiátrica, vários serviços foram criados, dentre eles Unidade Básica De Saúde, Centro de Saúde e Ambulatório; Hospital-Dia; Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital- Geral; Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral; Hospital Especializado em Psiquiatria.

Durante o módulo, escolhi trabalhar os leitos psiquiátricos em hospital geral.

A partir dos comentários dos colegas, que trabalharam conceitos e funções do CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, resolvi pesquisar então sobre os Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral.

A unidade psiquiátrica em hospital geral (UPHG) consiste num conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar geral. Representa uma alternativa aos hospitais psiquiátricos para o tratamento dos portadores de transtornos mentais severos em quadro agudo.

Em 2005, segundo a OMS, o Brasil possuía 0,12 leitos psiquiátricos em hospitais gerais para cada 10 mil habitantes (cerca de 2210 leitos), que representava 4,7% do total de leitos psiquiátricos. Comparados aos de 180 países que disponibilizam essas informações, os dados nacionais são inferiores à média: 0,84 leito psiquiátrico em hospitais gerais para cada 10.000 habitantes, representando 21% do total de leitos psiquiátricos.

Isso acaba por reafirmar a crença de que não existe outro tipo de tratamento para os transtornos mentais severos que não a exclusão. (LUCCHESI; MALIK, 2009)

Estimativas recentes indicam que existem, no Brasil, 1.720 leitos psiquiátricos em hospitais gerais o que representa apenas 2,4 por cento do total de leitos psiquiátricos em todo o país. Esse percentual é mínimo, quando comparado a muitos países onde o tratamento de pacientes psiquiátricos em hospital geral floresce, chegando quase a substituir por inteiro o hospital psiquiátrico tradicional. (TAVARES, 1997)

Segundo a portaria nº 224/92, além do CAPS, são responsáveis pelo cuidado em saúde de pacientes com transtorno mental: Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde e Ambulatório; Hospital-Dia; Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital- Geral; Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral; Hospital Especializado em Psiquiatria.

Quanto ao Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral, temos:

O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em hospital-geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional. O número de leitos psiquiátricos em hospital-geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. (PORTARIA Nº 224/92)



Figura 4.3.2 – Ilustração de uma unidade hospitalar



Figura 4.3.3 – Ilustração de leitos hospitalares

Alguns Estados brasileiros regulamentaram leis quanto a substituição gradativa de procedimentos de internação hospitalar psiquiátricas por ações de saúde mental extra-hospitalares.

No Estado de São Paulo, a lei nº 12.060/2005, dispõe que

Artigo 1º - No âmbito do Sistema Único de Saúde, o procedimento de internação hospitalar psiquiátrica será gradativamente substituído por ações de saúde mental extra-hospitalares, de conformidade com o Código de Saúde do Estado, artigo 33 da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

§ 1º - O procedimento de internação hospitalar psiquiátrica será utilizado como último recurso terapêutico e objetivará a mais breve recuperação da pessoa acometida de transtorno mental.

§ 2º - Quando necessária, a internação hospitalar psiquiátrica dar-se-á, preferencialmente, em leitos hospitalares especializados em Saúde Mental, em Hospitais Gerais.

Artigo 2º - Os Hospitais Gerais que integram o Sistema Único de Saúde deverão providenciar em 3 (três) anos, a contar da publicação desta lei, a implantação de leitos psiquiátricos junto aos leitos de outras especialidades.

Outra lei, agora do estado do Rio Grande do Sul, dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, e também determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. (LEI FEDERAL RS Nº 9.716/92)

Com a breve pesquisa, percebe-se que são destinadas as vagas insuficientes as previstas para o atendimento a pacientes psiquiátricos em leitos de hospitais gerais, mesmo existindo leis regulamentando a existência dos mesmos.

Caso Clínico – esquizofrenia – o acompanhamento em uma unidade de saúde

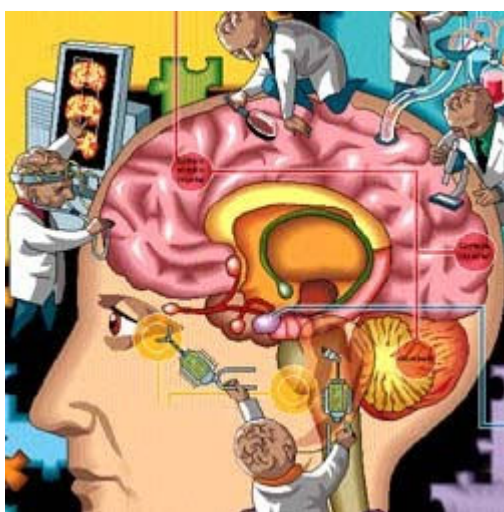


Figura 4.3.4 – Ilustração do complexo cerebral

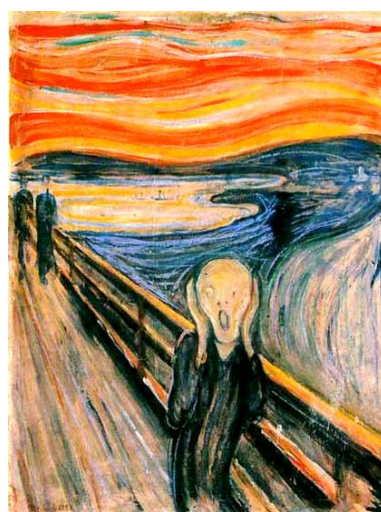


Figura 4.3.5 – Ilustração da pintura “O Grito”

Nos casos clínicos propostos, pudemos refletir alguns casos concretos que acometem pessoas de nossa comunidade, na área de atuação profissional, mais especificamente me detive a esquizofrenia, um transtorno mental que muitas vezes passa despercebido no núcleo familiar, mas que quando agrava traz ao paciente sintomas danosos a nível cognitivo, com efeitos sobre a emoção e o comportamento .

Um sintoma típico da esquizofrenia é a divulgação do pensamento. Os doentes convencem-se de que alguém lhes tira os pensamentos e os divulga por todo o lado. Imagine-se o seu drama. Devassados na mais profunda intimidade, os seus desabafos, irritações, expectativas, fantasias e

mesquinhices são expostos na praça pública. Sem poderem guardar segredos, eles anulam os sentimentos e remetem-se a um comportamento artificial. Fica uma consolação: quanto mais pessoas falarem deles, mais importantes se sentem. (PIO ABREU, 2011)

Percebe-se que pacientes com transtorno mental, antes das crises, desenvolvem sinais e sintomas indicativos da possível doença. Ocorre que muitas vezes a família, por falta de tempo, conhecimento ou interesse, não procuram apoio especializado adequado e em tempo oportuno.



Figura 4.3.6 – Ilustração dos sintomas da esquizofrenia

Terapia de grupo na unidade básica de saúde

Os problemas de transtorno mental predominantes na comunidade onde atuo são depressão e ansiedade.

Há anos atrás participei de uma capacitação sobre trabalhos em grupos sob a modalidade de rodas de conversas. Onde o grupo discutiria seus problemas e o próprio grupo sugeriria possibilidades para resolução do caso, ou ao menos, traria conforto aquele indivíduo do grupo que estava passando por alguma dificuldade. Era uma ação de promoção em Saúde Mental, na qual o enfermeiro atuaria apenas como mediador da conversa, não interferindo nos conceitos, apenas direcionando a discussão para não haver perda do foco.

Alguns dos muitos benefícios da terapia em grupo

- Explorando questões num contexto social, refletindo mais fielmente sobre a vida real.
- A terapia em grupo proporciona uma oportunidade para observar e refletir sobre a sua própria habilidade social, bem como a de outros.
- A terapia em grupo proporciona uma oportunidade para se beneficiar tanto através de uma participação ativa como através da observação.
- A terapia em grupo oferece uma oportunidade de dar e receber apoio imediato; sobre preocupações, questões e problemas que afetam a sua vida.
- Os membros de uma terapia em grupo se beneficiam, trabalhando através de um conjunto de questões pessoais, dando suporte; em um ambiente confidencial e por ajudar os outros a trabalharem também através deles.

(Wikipédia, 2011)

Tentei aplicar algumas vezes na prática, tentando montar um grupo de mulheres ansiosas ou deprimidas para entre si discutirem seus problemas comuns. Ocorreu que um pequeno número de mulheres aparecia, não mais de três, e elas acabavam por não querer discutir seus problemas, enfim, aquela tentativa de conversa em roda resumia-se a pequenas palestras com esclarecimentos de dúvidas, longe do imaginado.



Figura 4.3.7 – Ilustração de grupos de saúde mental

Trabalhar saúde mental na estratégia saúde da família é essencial, porém complexo. Diferentemente de outros transtornos orgânicos (como hipertensão, diabetes, hanseníase), a deficiência mental necessita de um acompanhamento intensivo e por profissionais especializados, desde o tratamento medicamentoso pelo médico, até o acompanhamento psicológico pelo enfermeiro e psicólogo do NASF.

4.4 Disciplina 04 – Saúde da Mulher

Neste portfólio abordarei comentários quanto aos temas solicitados, com reflexões de experiências pessoais.

Entretanto o ponto chave deste portfólio será uma pesquisa exploratória e descritiva sobre saúde da mulher realizada enquanto enfermeira de um PSF de Juazeiro do Norte. Neste estudo utilizei a metodologia do PROQUALI. O estudo torna-se interessante por apresentar um comparativo entre o ideal no cuidado à saúde da mulher e a realidade de uma unidade de saúde.

Atendimento a gestante na equipe onde atuo

Mesmo a mulher estando num estado fisiológico natural, este estado fisiológico é alterado e pode apresentar riscos tanto para a mãe quanto para o bebê. A assistência de saúde adequada deve ser fornecida neste período tendo em vista detectar todos os riscos possíveis que envolvam a gestação, bem como excluir ou minorar as conseqüências negativas que possam se fazer presentes por meio de patologias ou alterações metabólicas não desejadas. Como dito no material de estudo, 90% das mortes maternas são por causas evitáveis, temos então a confirmação estatística da importância de um acompanhamento pré, trans e pós-natal satisfatório. O foco no atendimento pré-natal é tanto a mãe quanto o bebê, por meio das consultas, é possível avaliar, detectar e prevenir patologias que colocariam em risco uma evolução gestacional saudável.

Conforme as indagações feitas neste capítulo, temos que na unidade onde atuo as gestantes são atendidas periodicamente e assiduamente. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional: ACS, Enfermeira, Médico, Dentista, Técnico de enfermagem, NASF.

As consultas de pré natal são realizadas pelo médico e enfermeira da unidade, sempre preenchendo adequadamente o cartão da gestante.

As gestantes procuram a unidade espontaneamente para a primeira consulta ou são encaminhadas pelas ACS.

Há um controle rigoroso feito por mim quanto ao acompanhamento das gestantes, presenças nas consultas, solicitação de exames, vacinas... Estes dados alimentam o sistema da Secretaria de Saúde mensalmente.

A consulta puerperal é feita em domicílio ou na unidade. Tenta-se realizar nos primeiros 7 dias, mas na realidade faz-se dentro do primeiro mês.

São propostas atividades grupais e palestras com a as gestantes trimestralmente, a participação destas é oscilante.

São disponibilizadas as consultas as gestantes conforme preconizado pelo MS, sendo que muitas delas realizam mais de 10 consultas. E poucas não atingem o mínimo de 6, ocorre mais em situações de pré-natal tardio.

Planejamento Familiar - Garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos

Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em:

- Práticas educativas permeando as ações de saúde;
- garantia de acesso aos usuários;
- equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.);
- livre escolha do método contraceptivo;
- disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos;
- consultas e acompanhamento médico para os usuários;
- assistência nos casos de infertilidade conjugal.

Quanto a estes fundamentos do planejamento familiar, temos na unidade de saúde onde atuo dificuldades quanto a disponibilização de formas variadas de métodos contraceptivos, que garantiriam a livre escolha do cliente, bem como apenas o encaminhamento nos casos de infertilidade conjugal. Os demais fundamentos são adequadamente aplicados.

- Verificar na unidade básica de saúde (UBS) como são realizados a captação, o cadastro e o acompanhamento da atividade de planejamento familiar;
- verificar se existem atividades de grupo e como são desenvolvidas – relações educativas estabelecidas, periodicidade, número de reuniões por mês,

número de pessoas;
- levantar que métodos estão disponíveis e se a quantidade é suficiente para atender à população do município;
- identificar o tipo de capacitação que os profissionais receberam para desenvolver as atividades;
- verificar a existência de referência para casais inférteis e com indicação de contracepção definitiva.

Na identificação da existência das garantias para os usuários da unidade de saúde onde atuo analiso os dados solicitados no módulo do curso.

Na unidade a captação de homens e mulheres para o planejamento familiar é feito espontaneamente ou por meio dos ACS.

As atividades de educação em saúde sobre este tema específico são realizadas em uma frequência inadequada, apenas semestralmente.

Os métodos disponíveis são variados, como anticoncepcional oral e injetável, trimestral e mensal, pílula do dia seguinte, além do preservativo; entretanto a quantidade na maioria das vezes não cobre a demanda, em muitos meses falta parte da medicação na farmácia da unidade.

O município fornece a capacitação dos profissionais, mais não de forma periódica.

E quanto ao encaminhamento de casais inférteis, o Município dispõe de profissionais especializados para o tratamento dos casos.

Exame preventivo Câncer de Mama e Colo Uterino

Identifiquei nas informações da unidade básica de saúde (UBS) e/ou município os seguintes dados:

1. Que ações relacionadas com a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama sua equipe desenvolve?

Ações preventivas, como palestras e coleta de material citopatológico (exame Papanicolau), como ações de captação precoce, com o exame clínico das mamas.

2. *Qual é a cobertura (mulheres atingidas) feita pelas atividades de rastreamento de câncer de mama e cérvico-uterino promovidas pela sua equipe?*

Os exames de mama praticamente só são realizados naquelas mulheres que comparecem para a coleta do citopatológico, a cobertura da unidade onde atuo é baixa, cerca de 15 prevenções/mês, muitas vezes se deve a falta de material.

3. *Qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas?*

Na unidade onde atuo é baixíssima, só tive acesso a 2 casos.

4. *Qual a qualidade da coleta dos exames realizados pela sua equipe de Saúde da Família (SF) – adequabilidade e monitoramento externo?*

A coleta quando tem possibilidade de ser realizada é feita com critério e com qualidade, tendo o tratamento de possíveis DSTs sendo realizadas antes do recebimento do laudo laboratorial.

5. *Qual o número de exames disponíveis e/ou pactuados pelo seu município (citologia oncológica, mamografia, ultrassonografia, etc.)?*

Não sei informar. Apenas quanto a coleta de prevenção o pactuado são 30 ao mês.

6. *Como é o fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, PAF, biópsias do colo uterino e de nódulos mamários?*

Referencia imediata, quando necessário. Cliente agenda os exames na própria unidade de referência.

7. *Qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas?*

Nenhum caso atual de CA de colo ou lesões precursoras, como a NIC.

8. *Quais estratégias são utilizadas para a busca ativa de mulheres que estão sem cobertura da atividade?*

Apoio dos ACS.

9. *Como é feito o sistema de monitoramento para que todas as mulheres sejam avaliadas com a periodicidade necessária?*

Infelizmente não é feito este monitoramento. A demanda que realiza o exame é livre.

10. Como são avaliadas as atividades de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama desenvolvidas pela sua equipe de SF no município?

Satisfatórias. Dificuldades encontradas são a falta da estrutura da unidade para coleta bem como a falta periódica de material.

Mulheres vítimas de violência

Em protocolo de cuidados com vítimas de violência criado pelo MS, temos ações que são mais complexas de serem aplicadas e outras mais alcançáveis.

Trabalharei apresentando o alcance de cada ponto.

- *“Identificar as situações de violência e acolher as vítimas;”*

Nem sempre é de fácil diagnóstico violências domésticas praticadas contra mulheres, muitas desconversam ou omitem a origem de lesões, bem como existe a violência psicológica, que não deixa traços explícitos.

- *“garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento;”*

Este passo depende apenas da ética do profissional.

- *“prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima;”*

É necessário estar preparado para prestar os primeiros cuidados à vítima, realizar o acompanhamento e encaminhamentos necessários, neste momento deve-se também preencher a ficha de notificação compulsória.

- *“incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritário na unidade básica de saúde;”*

É indiscutível este critério de prioridade no atendimento.

- *“incluir o tema violência nas ações educativas da unidade;”*

Em capacitação recente com os funcionários da unidade onde trabalho, foi destinado um

módulo de discussão sobre violência familiar. Mas também faz-se necessário este trabalho com a própria comunidade.

- “ registrar informações colhidas sobre o fato: quando, onde, como e, se informado, quem foi o agressor;”

Estas informações devem constar em prontuário e na ficha de notificação.

- “ identificar rede de apoio (social e familiar) à mulher;”

O profissional deve se informar qual fluxo é o mais adequado em seu município para encaminhamentos de casos de violência. Temos como rede de apoio o CRAS, o conselho, as delegacias da mulher, Ministério Público...

- “informar e encaminhar a vítima e o agressor para aos programas de atendimento de saúde mental;”

Sempre que necessário, encaminhar ao CAPS do município, ou providenciar o acompanhamento pelo psicólogo do NASF.

- “informar e encaminhar a vítima para os serviços de apoio social e jurídico, se necessário;”

Direcionar a vítima a Delegacia Especializada da Mulher e ao judiciário.

- “informar e orientar a vítima para que registre a ocorrência na Delegacia de Mulheres;”
- Somente desta forma haverá o inquérito do caso, denúncia e processo penal para punição do agressor.

- “agendar retorno e/ou visita domiciliar para continuidade do atendimento (BRASIL, 2005).”

Por um período significativo, aquela mulher precisará de acompanhamento multiprofissional da equipe de saúde.

A rede de assistência do Município deve se integrar, haver um fluxograma claro de direcionamento da assistência, e clareza na intersetorialidade se faz necessária.

ESTUDO DE CASO - Diagnóstico do desempenho e auto-avaliação do serviço em saúde reprodutiva na Unidade de Saúde do Horto no Município de Juazeiro do Norte através da aplicação do Instrumento do projeto PROQUALI

Este estudo é fundamentado no projeto do PROQUALI (Ministério da Saúde / Secretaria de Saúde do Estado), detendo-se a um dos instrumentos sugeridos para avaliação do serviço.

O PROQUALI descreve que a forma de medição do desempenho atual da equipe, se faz a partir da realização de um diagnóstico, onde se identifica as condições de oferta dos serviços e a qualidade dos procedimentos técnicos.

O instrumento que foi utilizado na avaliação é descrito resumidamente segundo o projeto PROQUALI, como Instrumento de Auto-avaliação e Aprendizagem. A continuidade do processo sugerido pelo PROQUALI, leva em consideração a análise das causas (razões do desempenho inadequado), este momento deverá ser implementado futuramente com todo o grupo, refletindo e tentando propor alternativas de solução. A partir daí delinea-se o Plano de Intervenções. Deve-se investigar também a percepção dos clientes e da comunidade sobre os serviços para conhecer o nível de satisfação e critérios de qualidade de usuários e usuários em potencial dos serviços. Este plano trabalha dentre outras ações: Aplicação do TOQUES (Técnica para Orientar a Qualidade e Eficiência dos Serviços de Saúde), grupo focal e entrevistas de saída.

Ao passo em que uma unidade de saúde implementar este processo e atingir 90% dos critérios de qualidade, poderá solicitar a visita de uma Comissão de Reconhecimento e oficialmente receber o Prêmio de Qualidade em Saúde Reprodutiva.

Este trabalho deu-se em necessidade de uma avaliação geral das ações do ano de 2007. Não apenas no âmbito da saúde reprodutiva, mas a necessidade de um balanço das atividades e das melhorias a serem implantadas no ano de 2008.

O objetivo geral do estudo foi delinear o serviço de saúde reprodutiva ofertado pela equipe de saúde do PSF 03 do Horto.

Este estudo alcançou a meta de apresentar o desnível entre o desempenho esperado e o desempenho atual da atenção em saúde reprodutiva nesta unidade de saúde, denotando as deficiências na entrega dos serviços e as necessidades de assessoria técnica.

Buscar a solução e correção das falhas trata-se de uma obrigação da equipe e da gestão municipal de saúde, com o objetivo final de fornecer qualidade de serviço à população de Juazeiro do Norte.

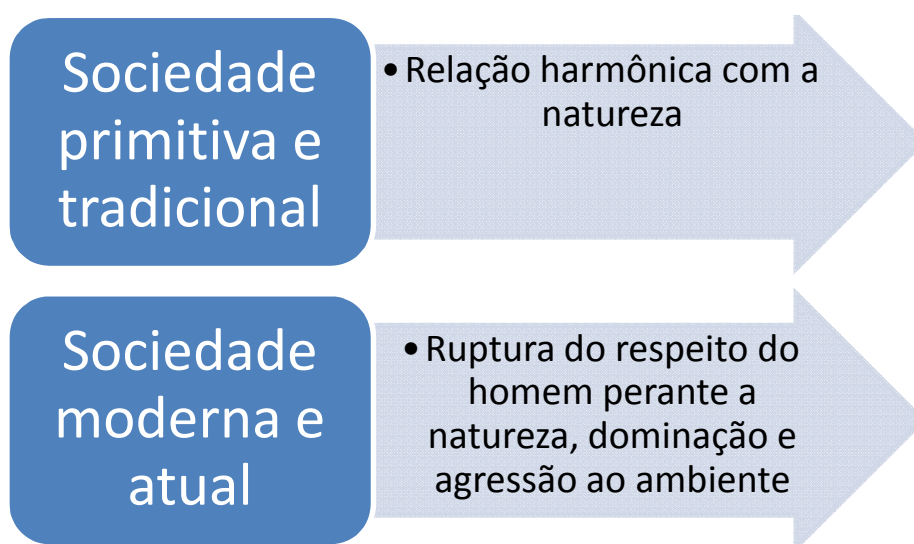
Esta análise foi realizada na intenção de identificar as intervenções necessárias para fortalecer as áreas problemáticas. O passo futuro será avaliar novamente o novo desempenho atual e comparar com o desejado.

4.5 Disciplina 05 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

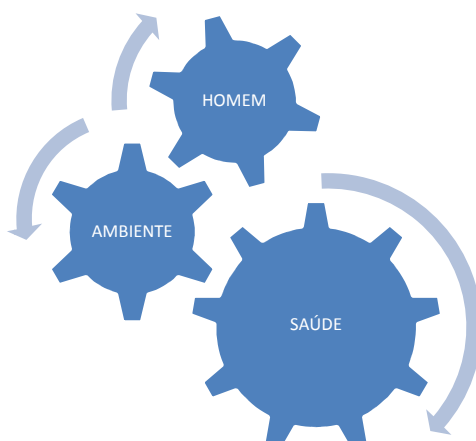
Neste portfólio abordarei comentários quanto aos temas solicitados, com reflexões de experiências pessoais.

Entretanto o ponto chave deste portfólio será a atual catástrofe natural mundial que assolou o Japão neste mês de março de 2011.

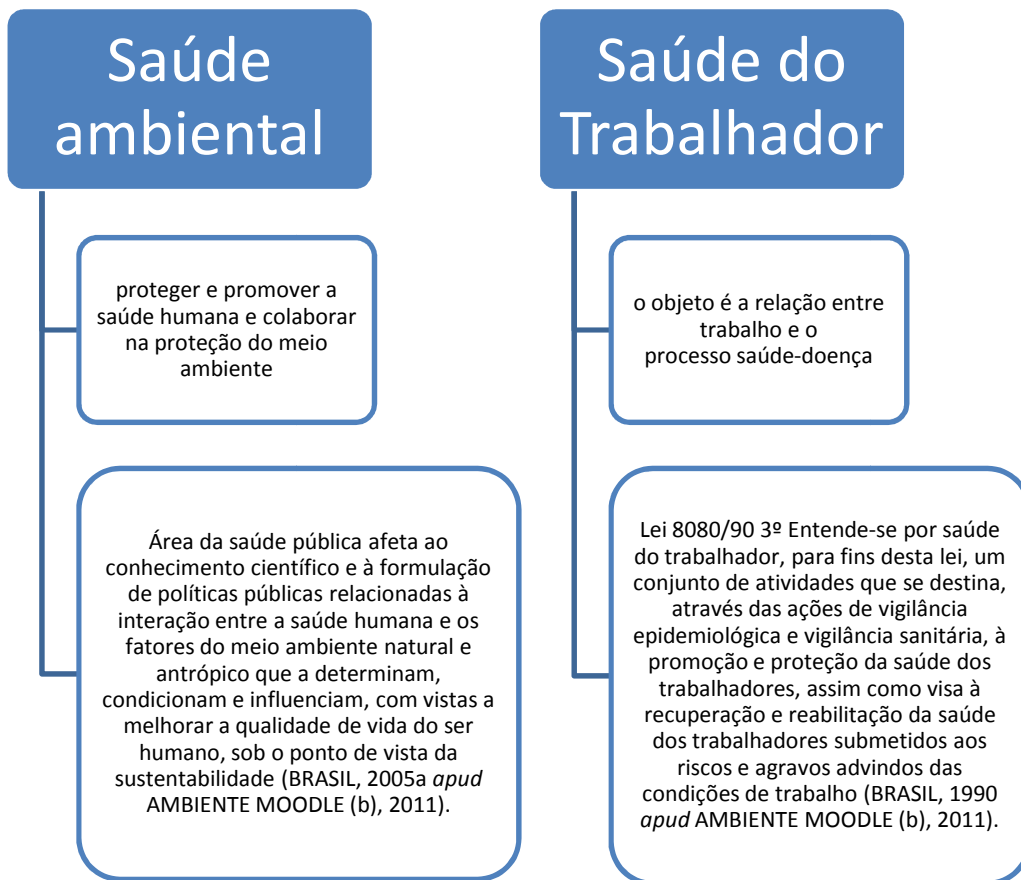
Saúde ambiental x Saúde do trabalhador



A relação homem e ambiente e seu impacto sobre a saúde é o foco deste estudo.



Quando nos referimos a saúde ambiental, não há como deixar de mencionar sobre a saúde do trabalhador.



A saúde do trabalhador envolve cuidados específicos, não sendo por acaso que existe as especialidades de medicina do trabalho, enfermagem do trabalho e técnico em enfermagem do trabalho. O profissional de saúde irá intervir no ambiente de trabalho.

A saúde do trabalhador envolve eminentemente a prevenção de riscos no trabalho, que se dá na forma de orientações, uso de equipamentos de proteção e organização e adaptação do ambiente de trabalho.

Acidentes de trabalho

Revejamos um consolidado dos acidentes de trabalho mencionados pelos colegas (AMBIENTE MOODLE (a), 2011):



Figura 4.5.1 – Ilustração de acidente de trabalho por infusão de vaselina

“Acidente de trabalho: caso da morte da criança Stephane dos Santos Teixeira, de 12 anos, que após receber infiltração intravenosa de vaselina líquida no lugar de soro fisiológico chegou a óbito. Em São Paulo, 2010. Provável erro humano de uma técnica de enfermagem.”



Figura 4.5.2 – Ilustração de acidente de trabalho pelo desmoronamento da mina de San Jose

“O acidente de trabalho: desmoronamento da mina de San José, no deserto do Atacama, no Chile, que deixou 33 operários presos em uma galeria a 700 metros de profundidade, 2010. Todos os mineiros foram resgatados com vida, após 69 dias de confinamento.”



Figura 4.5.3 – Ilustração de acidente de trabalho por explosão de tambor

“01 de março de 2011, o trabalhador Antônio Francisco de Jesus, não resistiu aos ferimentos causados durante o acidente na obra do metrô e veio a óbito. Foi causado pela explosão de um tambor, ferindo gravemente três trabalhadores. A explosão ocorreu quando o trabalhador Antônio Barbosa Cerqueira, utilizou um maçarico para fazer a abertura de uma tampa superior de um tambor que continha resíduos de produtos químicos que acabou explodindo e atingindo, Antônio Barbosa Cerqueira, que teve 95% do corpo queimado e faleceu, o trabalhador, Givaldo Pereira dos Reis Lima que teve 40% do corpo queimado e continua internado e Antônio Francisco de Jesus que também faleceu.”



Figura 4.5.4 – Ilustração de acidente de trabalho com perfuro-cortantes

“O excesso ou a falta de experiência são apontados como as maiores causas de acidentes de trabalho com materiais biológicos por profissionais da área de saúde. De acordo com levantamento realizado pelo Departamento de Vigilância Sanitária de Goiânia, em 2008 e 2009 foram registrados 650 acidentes dentro de instituições médicas. O tipo de acidentes mais recorrente também é o mais grave: 84% das notificações são de perfuração, sendo que em 80% delas houve contato com sangue. Os profissionais mais atingidos são os técnicos de enfermagem e o segundo são os profissionais de limpeza.”

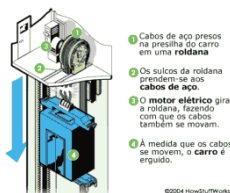


Figura 4.5.5 – Ilustração de acidente de trabalho por queda de elevador

“Curitiba /PR - Um servente de pedreiro morreu, dia 3 de março de 2011, depois que um cabo do elevador em que estava se rompeu e ocasionou uma queda de quase 10 metros, no bairro Vila Izabel, em Curitiba. O acidente de trabalho teve como palco um edifício em fase de construção na rua Sebastião Paraná.”



Figura 4.5.6 – Ilustração de acidente de trabalho por erro médico

“Um bebê com menos de 20 dias de vida que teve uma perna amputada por suposto erro médico. Segundo os parentes, a criança, que nasceu com quadro de hidroanencefalia grave - acúmulo de líquido na cabeça no lugar de parte do cérebro - passava por um procedimento neurocirúrgico quando teve sua perna queimada por um equipamento. Durante a cirurgia a placa do bisturi elétrico que fica em contato com o corpo do paciente provocou uma grave queimadura na perna direita do bebê. Segundo a direção do Hospital, médicos tentaram cuidar da lesão, mas a circulação de sangue já estava prejudicada e a perna direita teve que se amputada.”

Visualizando uma síntese dos acidentes percebemos que muitos acidentes de trabalho ocorrem no dia-a-dia da população brasileira, muitos deles ocorrem por riscos no ambiente de trabalho e outros por erro.

Temos que os grandes desastres ambientais e de acidentes de trabalho se dão em nível de petrolíferas, minas e portos. Não descartando acidentes de menores proporções, com grande importância para a avaliação de suas causas e estudos para minimização ou extinção do risco.

É de responsabilidade da empresa o cuidado para prevenção de acidentes, entretanto há profissões que o risco no ambiente de trabalho é contínuo, tendo o trabalhador exposto direito ao adicional de periculosidade.

De acordo com o mais recente anuário estatístico do Ministério da Previdência Social do Trabalho e Emprego, o número de acidentes de trabalho no Ceará cresceu 68%, em apenas 2 anos. A média nacional, no mesmo período, foi de (45,9%). Em 2008, foram registradas 2.798 vítimas fatais por acidentes relacionados ao trabalho; 53 só no Ceará. (DIÁRIO DO NORDESTE, 2011)

Acidentes de Trabalho x Profissionais do PSF

Os acidentes de trabalho envolvendo profissionais do PSF, como esperado, os mais comuns envolvem os perfuro-cortantes, quedas e torções. Por tratar de acidentes simples, quando comparados aos catastróficos que envolvem, por exemplo, as petroleiras, não são relatados comumente casos concretos.

Sabemos entretanto que os acidentes que envolvem profissionais de saúde com fluidos corporais do paciente, trazem riscos de contaminação por doenças graves como hepatite B e até a AIDS.

Eu mesma fui alvo de um acidente de trabalho com perfuro-cortante (agulha), durante campanha de vacinação contra a rubéola, por falta de materiais adequados para o trabalho. A falta de descartex, em vacinação externa no Shopping, levou-me erroneamente a reencapar as agulhas, esta ação desconsiderando todo o aprendizado teórico, resultou no acidente.

Após o acidente, várias medidas devem ser tomadas como a lavagem do local com água e sabão, comparecimento ao infectologista para realização de exames periódicos, conferir cartão de vacina e realizar a CAT. Todas estas medidas foram tomadas.

Então, trago um alerta para o uso de equipamentos de proteção individual e o cuidado no manuseio e descarte de materiais perfuro-cortantes. Este cuidado não evita o acidente, mais diminui sensivelmente o risco.

Em uma reportagem sobre o assunto (UFPEL, 2008), temos:

A saúde de quem cuida da nossa saúde

No Brasil, mais de 2,5 milhões de trabalhadores estão empregados no setor saúde. Desde a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1994, as Unidades Básicas de Saúde constituem a base do Sistema Único de Saúde (SUS). (...) Atualmente, mais de um milhão de trabalhadores atuam na atenção primária à saúde. A segurança dos pacientes e o acesso a um atendimento de alta qualidade estão ligados ao bem-estar desses trabalhadores. Os acidentes e as doenças entre os trabalhadores da saúde afetam a qualidade da atenção prestada à população. Isso se torna ainda mais relevante quando se trata da atenção básica, já que a Unidade Básica de Saúde é o local procurado por 54% dos brasileiros que precisam de atendimento.

Uma pesquisa elaborada pela doutoranda em epidemiologia, Leila Posenato Garcia, sob orientação do prof. Dr. Luiz Augusto Facchini, junto ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel (RS) investigou os acidentes de trabalho entre trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde.

Para a pesquisa, foram entrevistados 1.249 trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde do Município de Florianópolis (SC). Os acidentes de trabalho mais frequentes foram quedas, seguidas pelos acidentes envolvendo sangue e fluidos corporais. Esse tipo de acidente de trabalho é de grande relevância para os trabalhadores da saúde, pois pode resultar na transmissão de doenças, como a hepatite B, a hepatite C e a AIDS. Observou-se que os técnicos de enfermagem, os auxiliares de consultório dentário e os dentistas foram as categorias que mais sofreram esse tipo de acidente.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se tornaram uma força de trabalho numerosa e essencial na Estratégia de Saúde da Família. Embora realizem um trabalho muito importante, que inclui a realização visitas domiciliares voltadas à educação e promoção de saúde, esses trabalhadores estão expostos a diversas situações de perigo. Além dos acidentes de trabalho convencionais, como quedas, pancadas e torções, também foram registrados casos de mordidas de animais, além de inúmeras situações de violência entre os agentes de saúde.

Observou-se que as condições de trabalho precárias, as cargas de trabalho e a insatisfação com o trabalho resultaram na maior ocorrência de acidentes de trabalho. Além disso, os trabalhadores há menos tempo no emprego tiveram maior chance de se acidentarem do que aqueles que trabalham há mais tempo.

A situação revelada pelo estudo evidencia a necessidade de se prestar mais atenção à saúde daqueles que cuidam da saúde da população. O SUS necessita de políticas que valorizem as condições de trabalho e saúde de seus trabalhadores. A melhoria das condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde é fundamental para reduzir a ocorrência de acidentes de trabalho.

Questões ambientais: desastre natural no Japão

Não há como deixar de trabalhar neste portfólio uma das maiores catástrofes naturais que já assolou o mundo, com tsunami e terremoto juntos, a ocorrida nesta semana (11/03/2011), que devastou cidades do Japão.

Temos a realidade de um país de primeiro mundo, estruturado e altamente organizado, preparado para situações de terremotos e tsunamis, entretanto a natureza vem apresentando episódios de desastres naturais tão intensos e devastadores que ultrapassam qualquer forma preventiva de organização social.

Na televisão, temos notícias atualizadas de mais de 1500 mortes, estimando o governo japonês em torno de 10000 mortos, prejuízos superiores a 35 bilhões de dólares quanto a urbanização da cidade, decretado Estado de Emergência. Cenas da tragédia se assemelham a muitos carrinhos de brinquedos, sendo levados por uma onda gigante.

O governo do Japão anunciou que começará a racionar energia em partes de Tóquio e outras cidades japonesas, diante da severa queda de energia provocada por usinas nucleares inoperantes.

“O primeiro-ministro do Japão, Naoto Kan, afirmou que o país vive sua pior crise desde o final da Segunda Guerra Mundial. Há um sério risco de acidente nuclear no Japão, onde vivem também 250 mil brasileiros.”(JORNAL DO BRASIL, 2011)

(...) O Japão, por sua vez, possui o território mais preparado contra desastres naturais em todo o mundo. Desde o primário, crianças aprendem a se comportar diante dos sismos. Sabem onde buscar abrigo seguro, como socorrer pessoas em situação de risco. São treinadas em simuladores de abalo sísmico. Após o terrível tremor na região metropolitana de Osaka-Kobe, em 1995 — quando 6.400 pessoas morreram —, o governo impôs ao setor da construção

civil regulamentações rígidas para reduzir ao máximo a perda de vidas em caso de nova emergência (...). (CORREIO BRAZILIENSE, 2011)

O jornal brasiliense lembra ainda que, mesmo diante do melhor aparato existente no planeta para prevenção de catástrofes, a natureza promoveu uma devastação poucas vezes vista. O impacto das ondas gigantes é mais um prenúncio para que outros países habitualmente afetados por fenômenos naturais, como o Brasil, façam o dever de casa e invistam em mecanismos de defesa civil. Lamentavelmente, ainda é predominante entre gestores públicos brasileiros a visão ultrapassada de que vivemos em um território geograficamente avesso a calamidades. A ilusão ficou clara em 2005, quando um ciclone desabrigou 1,6 mil pessoas em Santa Catarina, e restou comprovada diante das recentes inundações no Rio de Janeiro, São Paulo e no Nordeste. Insistir na ausência de planejamento, diante dessa realidade, consistirá em omissão criminosa. (CORREIO BRAZILIENSE, 2011)

Vivemos um triste época em que o homem não respeita a natureza, claro que não é de hoje, desde a revolução industrial o impacto vem sendo significativo.

A natureza vem respondendo de forma agressiva a este desequilíbrio. A visão produção/consumo, no modelo capitalista, vem trazendo situações destrutivas em esfera mundial.

“A pressão advinda da necessidade de produção em massa tem como conseqüência o uso desenfreado dos recursos naturais, gerando alterações irreversíveis ao meio ambiente.” (AMBIENTE MOODLE)

Este modelo capitalista e globalizado apresenta características que por si só apresentam a dificuldade de ter simbiose com o meio ambiente: descartabilidade (produção em larga escala e acumulação de bens), dissociação, contradição, consumismo, falta de limites.

TRISTES CENAS DA TRAGÉDIA NO JAPÃO



Figura 4.5.7 – Ilustração do terremoto no Japão 1



Figura 4.5.8 – Ilustração do terremoto no Japão 2



Figura 4.5.9 – Ilustração do terremoto no Japão 3



Figura 4.5.10 – Ilustração do terremoto no Japão4



Figura 4.5.11 – Ilustração do terremoto no Japão 5

Catástrofe no Japão: tremor de 8.9 graus na escala Richter e um tsunami.
O maior terremoto já ocorrido no Japão e o sétimo na história do mundo.

Para ver vídeos desta tragédia, acesse:

<http://www.youtube.com/watch?v=YZcmSU34Aow>

<http://www.youtube.com/watch?v=t2JY4Yp99j4>

4.6 Disciplina 06 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal



Figura 4.6.1 – Ilustração infantil do amiguinho dente

Por não ser dentista, mas integrar a estratégia saúde da família decidi trabalhar o portfólio com base nos principais e atuais temas odontológicos, pesquisando temas amplos e importantes existentes nos principais sites, direcionando sempre a estratégia saúde da família.

A atenção bucal no município de Juazeiro do Norte

A Secretaria Municipal de Saúde conseguiu viabilizar a liberação de recursos de mais de R\$ 100 mil para ampliação do programa de saúde bucal. Para os profissionais presentes, Edson Lucena, fez exposição do Programa Brasil Sorridente e de seu avanço enquanto prioridade do Governo Federal “começando a reduzir uma dívida muito grande que havia para com a população brasileira”. “As equipes de saúde bucal na atenção básica são um dos eixos estruturante do Brasil Sorridente. Nós tínhamos em 2002 duas equipes em Juazeiro e agora já são 35, trata-se de um aumento realmente significativo, de mais de 1000% dentro do Governo do Presidente Lula”, destacou. Outro aspecto ressaltado pelo técnico do Ministério “foi à distribuição de kits de escova e pastas de dentes junto à população e em Juazeiro foram mais de 30 mil sempre em parceria com as escolas municipais”.

A assessora técnica da Secretaria de Saúde, Dra. Angélica Barbosa, reforçou as palavras de Edson Lucena, lembrando a implantação do CEO Municipal que funciona no SAME e do CEO Estadual que é gerenciado de forma consorciada no Cariri. No Brasil são 886 equipamentos de atendimento especializados. O técnico do Ministério visitou o CEO Estadual e elogiou a estrutura física do equipamento, trabalho dos profissionais e gerenciamento do consórcio que tem como presidente o Prefeito Dr. Santana.

Sobre os recursos para Juazeiro, disse tratar-se de mais uma parceria importante do Ministério com a Secretaria de Saúde “e que até o final do ano deverão ser transferidos para se ampliar 6 unidades de saúde da família beneficiando 24 mil usuários e qualificando o atendimento destas pessoas já que será colocado mais um consultório”.

O município de Juazeiro do Norte dispõe de um adequado serviço de referência, onde o odontólogo pode encaminhar os pacientes para a assistência secundária, nos CEOs ou no Hospital Atenção Secundária Tasso Jereissati .

Minha Realidade

Uma nova conquista em saúde bucal na área é a aceitação da comunidade do agendamento todo início de semana pelo dentista. Antigamente era feito na forma de livre demanda diariamente, de forma que existiam os conhecidos “pacientes da madrugada”, que precisavam chegar a unidade de madrugada para conseguir uma ficha. Realidade que tem melhorado. Não excluindo a demanda espontânea de urgência que compareça a unidade.

Este agendamento não comprometeu as atividades preventivas do dentista nas escolas, onde é reservado um dia por semana. Sempre que necessário, há integração da enfermagem e medicina com esta atuação odontológica, encaminhando os pacientes necessários. Uma deficiência que acompanho e precisa ser superada é a ausência de visitas domiciliares odontológicas.

Minha realidade no atendimento a bebês e crianças

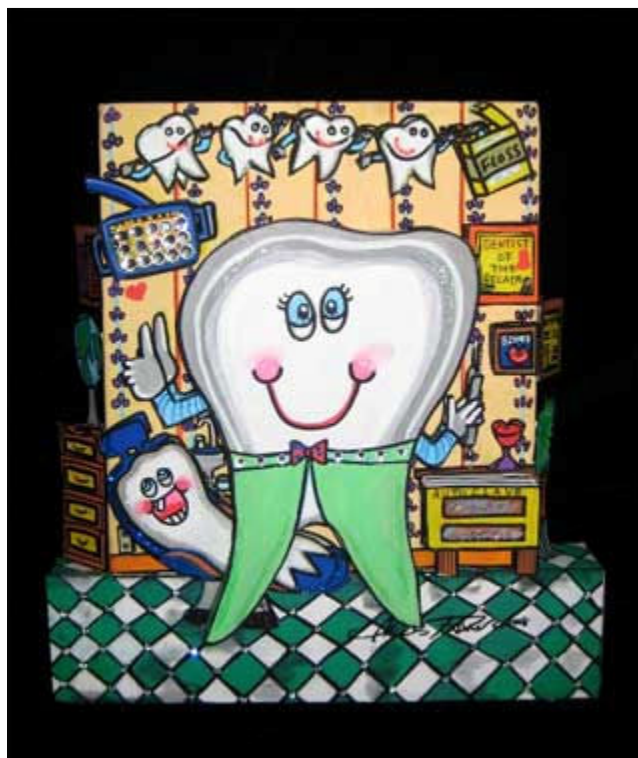


Figura 4.6.2 – Ilustração infantil da amiguinha dente

Na unidade de saúde onde atuo, no trabalho realizado junto ao dentista não há uma estratégia tão clara frente aos cuidados bucais da gestante e do bebê. Em alguns momentos já me reuni com o dentista propondo calendário (cronograma) prioritário para o atendimento a gestante, em algum turno de atendimento. Onde após o pré-natal realizado por mim e o médico, as gestantes fossem sendo encaminhadas para avaliação odontológica. Percebi que não funcionou bem a estratégia, por não haver agendamento odontológico na unidade, as gestantes não compareceram assiduamente, já que o dentista disponibilizou prioridade em um dia da semana, mais não foi fixado por data em agendamento.

Ocorre que durante o pré-natal, oriento quando a importância da manutenção da saúde bucal durante a gravidez, desmistifico tabus quanto a tratamentos dentários.

Quanto aos cuidados orais com bebês, nunca observei o dentista atender nenhum bebê. Na puericultura, relacionado aos cuidados orais, costumo orientar a higiene oral com uma fralda após as mamadas, redução do uso do açúcar em mingaus, não uso de chupetas e uso de mordedores para redução do prurido das gengivas.

Sempre é tempo de resgatar interações inter-profissionais para melhor assistência aos usuários. Propor palestras direcionadas a saúde bucal para o grupo de

gestante e estimular o comparecimento destas a avaliação odontológica, são orientações a serem reforçadas.

Saúde bucal em idosos

Quando falamos da realidade brasileira de idosos desdentados, vários artigos tratam da matéria com manchetes surpreendentes:

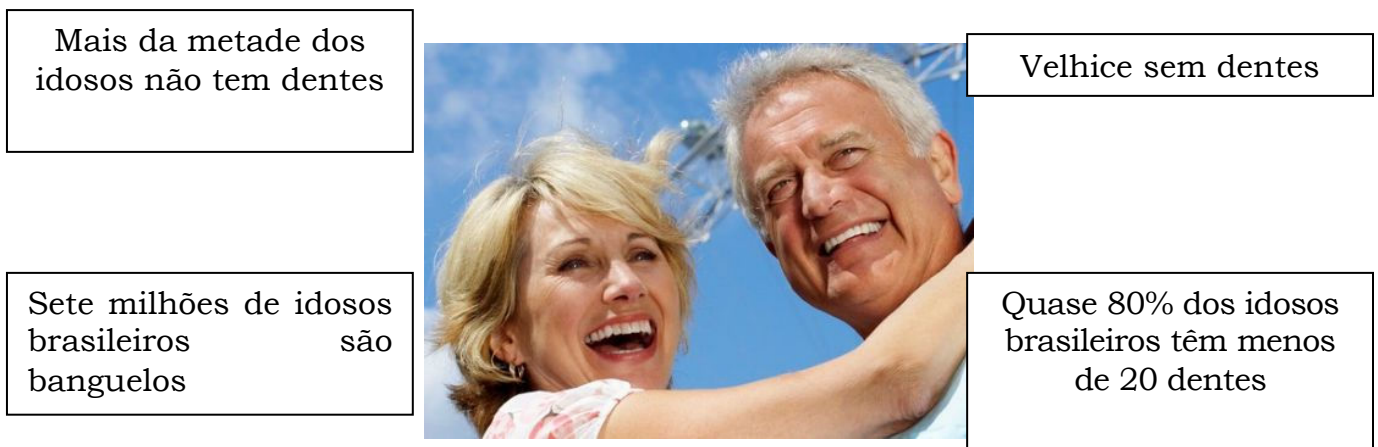


Figura 4.6.3 – Ilustração de sorriso saudável na velhice

Apresentamos então a situação e os fatores de risco que desencadearam esta realidade tão triste. Perceberemos que o Nordeste é uma das principais regiões acometidas por este triste indicador – idosos com edentulismo.

Não foi encontrado dados específicos do município onde atuo – Juazeiro do Norte.

Segundo a Folha Nordestina (2010) Sete milhões de idosos brasileiros são banguelos, o governo não tem hoje condições para atender a todos os idosos que necessitam de prótese dentária, indica levantamento do Ministério da Saúde divulgado ontem. Laboratórios públicos têm a capacidade de produzir cerca de 500 mil próteses, mas cerca de 7 milhões de brasileiros entre 65 e 74 anos precisam delas. Se toda a demanda fosse atendida pelo governo, ela só poderia ser resolvida em 14 anos.

Brasil sem dentes. A paródia ao nome do programa federal Brasil Sorridente pode rimar e refletir, com maior exatidão, a realidade de muitos brasileiros excluídos de tratamentos dentários no Sistema Único de Saúde (SUS). Se a faixa etária analisada é superior a 65 anos, confirma-se também o estigma de país dos banguelas. Pesquisa do

Ministério da Saúde mostra que mais da metade dos idosos não contam com nenhum dente na boca e que todos precisam de algum tipo de tratamento dentário. (DENTAL PRESS, 2009)

Uma pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP mostrou que cerca de 80% dos idosos no país têm menos de 20 dentes e que metade dos brasileiros entre 35 e 45 anos perdeu ao menos 12 dentes. Segundo o estudo, aproximadamente 35% dos idosos que precisam de dentadura não tem acesso a ela. Normalmente, um adulto tem 32 dentes na fase adulta. (R7, 2010)

O levantamento foi feito em 250 municípios de todos os estados e abrangeu 13.471 adultos entre 35 e 44 anos e 5.349 idosos entre 65 e 74 anos. (USP, 2010)

A pesquisa aponta que a média de perda dentária e edentulismo funcional foram maiores entre os habitantes de cidades pequenas, Estados onde são extraídos mais dentes por habitante e regiões com menor número de dentistas por habitante. (R7, 2010)

Quase 80% dos idosos brasileiros têm menos de 20 dentes. Os maiores riscos de perda dentária estão no interior do Mato Grosso e regiões Norte e Nordeste do Brasil. (USP, 2010)

A pesquisa indicou quais fatores tinham relação com a perda dentária em adultos, com a falta de dentaduras e a presença de menos de 20 dentes na boca (edentulismo funcional) em idosos.

“Quem tem menos de 20 dentes não consegue mastigar ou falar de forma eficiente”, explica o dentista Rafael da Silveira Moreira, autor da pesquisa. “E a estética fica comprometida”.

As áreas com mais idosos que têm menos de 20 dentes estão no Nordeste, Norte, Mato Grosso e Paraná. Áreas do Nordeste e do alto das regiões Norte também são as de maior risco de edentulismo funcional. (R7, 2010)

A pesquisa aponta que a média de perda dentária e edentulismo funcional foram maiores entre os habitantes de cidades pequenas, estados onde são extraídos mais dentes por habitante e regiões com menor número de dentistas por habitante. (USP, 2010)

A pesquisa mostrou que têm maior associação com a perda dentária alguns grupos que procuram mais os serviços odontológicos. Entre eles, mulheres e aqueles que foram ao dentista ao menos uma vez na vida.

Segundo Silveira, isso acontece por que muitas vezes as pessoas procuram serviços de saúde que não conseguem oferecer alternativas à extração – como tratamento de canal. (USP, 2010)

Também tinham maiores chances de perda dentária pessoas com menos anos de estudo e quem não recebeu informações sobre como prevenir doenças bucais. Outros fatores de risco eram demorar mais de três anos para ir ao dentista ou só ir em situações de emergência.

“A precária condição de saúde bucal e o baixo uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros parecem também ser consequência de suas condições socioeconômicas. Podemos verificar que a dificuldade de acesso reforça a iniquidade, demonstrando que aqueles que mais necessitam, utilizam menos os serviços”, avalia a pesquisadora Andrea Eleutério, pertencente a outra pesquisa. (DENTAL PRESS, 2009)

O estudo mostrou que há mais idosos precisando de dentadura e sem acesso a ela nas cidades com menos de 100 mil habitantes, microrregiões em que muitas pessoas só vão ao dentista em situação de emergência e nos estados onde os adultos têm menor escolaridade. Essas áreas de risco estão em todo o Nordeste. (USP, 2010)

A dificuldade de conseguir atendimento odontológico no SUS sacrifica ainda mais a saúde dos idosos, que carregam na boca os problemas acumulados durante toda uma vida. Os cuidados com a saúde bucal devem acompanhar também aqueles que não têm dentes. Uma vez por ano, todos devem ser avaliados por dentistas como prevenção ao câncer de boca, doença mais freqüente no público masculino. As próteses precisam ser trocadas a cada cinco anos ou quando estiverem muito desgastadas. (DENTAL PRESS, 2009)

Em outra pesquisa da Unesp revela que a saúde bucal dos idosos brasileiros é precária.

A crença de que a perda dentária é algo natural na velhice, associada à tardia fluoretação da água e aos altos custos do tratamento bucal, são algumas causas que explicam a precariedade da saúde dental dos idosos brasileiros. O resultado de uma pesquisa realizada na Unesp mostra que, entre a população com mais de 60 anos, o número médio de dentes cariados, perdidos e obturados varia de 25 a 31 por pessoa. (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2010)

O pesquisador da UNESP, Rafael, identificou ainda grande necessidade de uso de prótese total, devido ao edentulismo, e problemas na gengiva. Com relação ao acesso aos serviços odontológicos, na maioria dos artigos foram identificados que a baixa renda e escolaridade, associadas à escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal dos idosos, se configuram como os principais obstáculos para o acesso a estes serviços. (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2010)

Para Rafael, a precariedade da saúde bucal dos idosos tem muitos fatores. Um deles é a fluoretação da água, que foi iniciada no Brasil somente em 1950. "Nesta época vários indivíduos que hoje têm mais de 60 anos já estavam com seus dentes comprometidos pela cárie", completa o pesquisador. Outro aspecto importante é a histórica escassez de atenção odontológica para essa faixa-etária. "A assistência odontológica era privilégio de quem podia pagar caro, e em muitos casos era praticada por falsos dentistas. Além disso, havia todo um imaginário sobre a perda dentária como algo natural da velhice, o que sabemos que não é verdade", aponta. (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2010)

Brasil Sorridente

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil se limitava a procedimentos de baixa complexidade, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal. Com o objetivo de superar as desigualdades trazidas por uma lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento, pensou-se na elaboração de uma política voltada à superação do abandono e da falta de compromisso com a saúde bucal da população.

Para mudar esse quadro, o governo federal criou a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - que reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadão de todas as idades.

Até o lançamento do Brasil Sorridente em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor.

A Política Nacional de Saúde Bucal propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, no marco do fortalecimento da atenção básica, reunindo uma série de ações em saúde bucal, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS.

A Política Nacional de Saúde Bucal se embasa do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde

Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003. Este, que é um amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal, se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais) que foram responsáveis pela execução de 108.921 exames epidemiológicos em 250 municípios.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (especialmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

O Brasil Sorridente recebeu, entre 2003 e 2006, investimentos de mais de R\$ 1,2 bilhão. Em 2007, foram investidos mais de R\$ 600 milhões, valor mais de dez vezes superior ao que foi investido no ano de 2002. Entre 2007 e 2010, o montante investido pelo Ministério da Saúde alcançará mais de R\$ 2,7 bilhões.

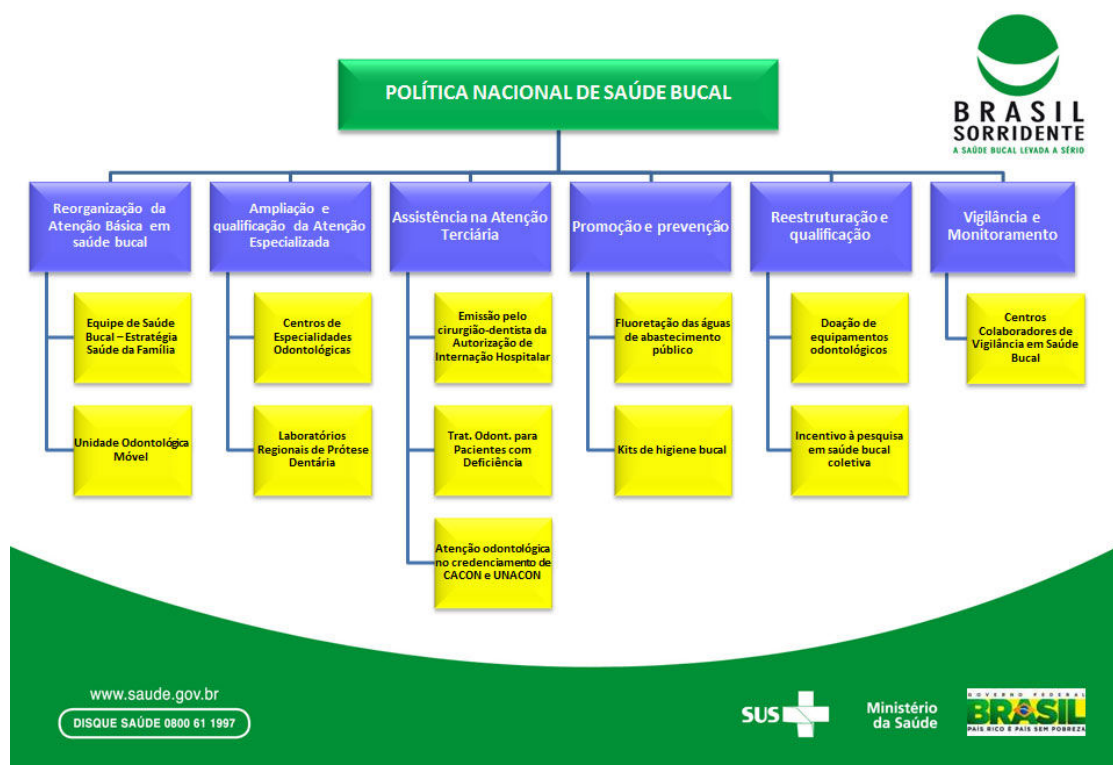


Figura 4.6.4 – Ilustração do organograma da Política Nacional de Saúde Bucal

SB BRASIL 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

Será apresentado levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira com os principais tópicos da recente Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, que apresentou resultados satisfatórios frente ao Programa Brasil Sorridente, implantado no governo Lula.

Para conhecer o impacto de das ações da Política Brasil Sorridente na melhora da saúde bucal dos brasileiros, o Ministério da Saúde por intermédio da Coordenação de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica (DAB), e da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) elaborou o Projeto SBBrazil 2010. Trata-se de uma iniciativa importante que institucionaliza o componente de Vigilância à Saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e é o produto de um crescente amadurecimento da Epidemiologia em Saúde Bucal no Brasil, tendo como predecessores os levantamentos epidemiológicos de 1986, 1996 e 2003. Pretende-se, portanto, com esta nova pesquisa, tornar a execução de estudos epidemiológicos nacionais uma prática contínua e perene, compondo o eixo da produção de dados primários do componente de Vigilância à Saúde. Além disso, tem como objetivo principal, conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal. (DAB, 2010)

Dicas úteis para uma melhor limpeza dos dentes e higiene bucal



Figura 4.6.5 – Ilustração da escovação dentários

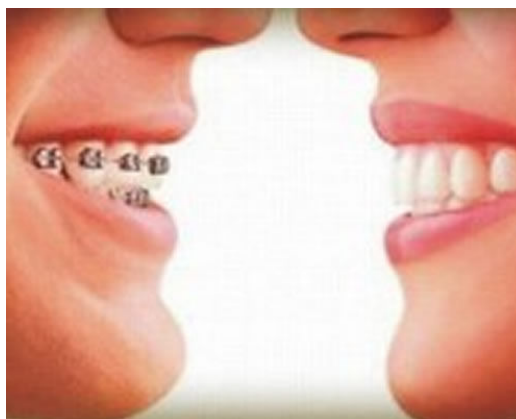


Figura 4.6.6 – Ilustração de cuidados

- Prefira escovas de cerdas macias e cabeça pequena, para não machucar a gengiva alcançar os dentes no final da boca
- Use creme dental com flúor

- Use fio dental ao menos uma vez por dia
- O ideal é escovar os dentes ao menos três vezes por dia: ao acordar, depois do almoço e antes de dormir. À noite a limpeza deve ser mais caprichada, pois como produzimos menos saliva, há um aumento na proliferação de bactérias
- Não tenha pressa na higienização. Todo o processo de limpeza deve demorar no mínimo dois minutos
- Substitua a escova dental a cada três ou quatro meses. Caso fique doente, com gripe ou resfriado, troque antes, pois há risco de nova infecção devido aos germes que aderem às cerdas da escova
- Visite seu dentista regularmente (R7, 2009)

4.7 Disciplina 07 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência



Figura 4.7.1 – Ilustração do surdo



Figura 4.7.2 – Ilustração do cego



Figura 4.7.3 – Ilustração do deficiente físico mental (Síndrome de Down)



Figura 4.7.4 – Ilustração do deficiente

Este portfólio visa apresentar a realidade legal e a realidade de fato presente no Estado Brasileiro. Algumas conquistas jurídicas aos portadores de deficiência são apresentadas, bem como a realidade do município onde atuo, que está aquém do esperado pela legislação em vigor. Infelizmente, o retrato local é semelhante ao cenário nacional, necessitando de muitos debates, conferências e pressão social para implementação das leis protetivas, visando em um futuro próximo promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.



Figura 4.7.5 – Ilustração de Maurício de Sousa representando os deficientes

Acessibilidade: conquistas legais da pessoa com deficiência



Figura 4.7.6 – Ilustração de acessibilidade

O tema da acessibilidade é uma das questões centrais para a qualidade de vida e o pleno exercício da cidadania pelas pessoas portadoras de deficiências – PPDs.

Quando se fala em acessibilidade, vem-se logo a mente adequar os equipamentos sociais para os deficientes físicos cadeirantes. Mas não é só. Temos que estar atentos que há várias formas de pessoas com deficiência, e todas estas tem o direito de integrar a sociedade de forma plena e cidadã.

Para a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, *“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.”*

Temos uma convenção internacional sobre o direito das pessoas com deficiência que integrou o ordenamento jurídico brasileiro recentemente, trata-se de uma inclusão importantíssima para consolidar as políticas de acessibilidade aos portadores de deficiências.

Por meio do Decreto Presidencial Nº 6949 de 25 de agosto de 2009 foi promulgada a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que determina que serão executados e cumpridos tão inteiramente como neles se contém.

Em trechos importantes da Convenção, temos como princípios:

“a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;

b) A não-discriminação;

c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;

d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;

e) A igualdade de oportunidades;

f) A acessibilidade;

g) A igualdade entre o homem e a mulher;

h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade. “

Quanto a acessibilidade, em seu art. 9º, temos:

“A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes

tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural. Essas medidas, que incluirão a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, serão aplicadas, entre outros, a:

a) Edifícios, rodovias, meios de transporte e outras instalações internas e externas, inclusive escolas, residências, instalações médicas e local de trabalho;

b) Informações, comunicações e outros serviços, inclusive serviços eletrônicos e serviços de emergência. “

Em artigo disponível no site jus UOL (2011), segundo a norma legal, a construção, reforma ou ampliação de edificações de uso público ou coletivo, ou a mudança de destinação para estes tipos de edificação, deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis à pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Conforme os dados do Censo Populacional de 2000, existem 24,5 milhões de portadores de deficiência no país, representando 14,5% da população brasileira.

Esse imenso contingente de brasileiros tem o direito à acessibilidade assegurado por dois dispositivos da Carta Magna:

Art. 227. ... § 2º - A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

Art. 244. A lei disporá sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo atualmente existentes a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência, conforme o disposto no artigo 227, § 2º.

São apresentadas as normas infraconstitucionais garantidoras da acessibilidade, especialmente a Lei n.º 10.098/2000 (que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências) e o Decreto n.º 5.296/2004 (que regulamentou a Lei n.º 10.098/2000).

Nos termos do art. 2º da Lei n.º 10.098/2000, acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços,

mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

É considerada PPD, nos termos do Decreto n.º 5.296/2004, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias: a) deficiência física b) deficiência auditiva c) deficiência visual d) deficiência mental e) deficiência múltipla.

Realidade: acessibilidade da estrutura física na minha unidade de trabalho

De qualquer ângulo que olhe, a acessibilidade é uma palavra ainda utópica para realidade do município de Juazeiro do Norte.

O ponto positivo, é que os planos de engenharia para as reformas planejadas para unidade onde atuo, englobam a construção de banheiros adequados para deficientes físicos, adequação de rampas e colocação de corrimãos.

Conforme o roteiro de observação proposto na aula 4, em praticamente nada a unidade básica se adequa as necessidades especiais dos portadores de deficiência, e esta realidade engloba os arredores: ruas, avenidas, calçadas, residências dos clientes...

Em um estudo em 2009, Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil, temos em seu resumo: trata-se de um estudo transversal, realizado em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, descreve as condições das unidades básicas de saúde (UBS) em relação às barreiras arquitetônicas. A amostra aleatória de 240 UBS foi sorteada com diferentes modalidades de atenção básica. Um questionário padronizado foi utilizado e perguntas sobre barreiras arquitetônicas foram respondidas por trabalhadores das UBS. Cerca de 60% das UBS foram classificadas como inadequadas para o acesso de idosos e portadores de deficiências. A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes e salas de espera inadequadas às necessidades foram uma constante. Concluiu-se que barreiras arquitetônicas dificultam o acesso aos serviços de saúde. O envelhecimento populacional, aumento da demanda de idosos, aumento das doenças crônicas e a utilização das UBS por pessoas com deficiência física tornam indispensável a intervenção institucional no sentido de qualificar e promover melhorias na estrutura das UBS. (SCIELO, 2011)

Considerando os quesitos coletados e analisados neste estudo acima, farei comentários a cerca de minha realidade no PSF 24 – bairro Pio XII – Juazeiro do Norte, unidade de saúde onde atuo.

1. Inadequação do prédio para acesso de portadores – temos que na minha unidade, o prédio é térreo, tem uma discreta rampa de acesso a unidade. Dentro do prédio a locomoção é adequada, exceto o acesso ao banheiro.
2. Existência de degraus a unidade – Não há degraus, prédio totalmente plano.
3. Ausência de rampas alternativas – não há rampas alternativas, apenas a da entrada principal.
4. Calçadas inadequadas para o deslocamento das pessoas – São inadequadas.
5. Ausência de corrimão nos corredores da UBS – Não há corrimãos.
6. Ausência de banheiros com portas adaptadas – Não há banheiros adaptados. Consta no projeto de reforma da unidade a ampliação dos banheiros para os padrões recomendados, a ampliação da porta e a colocação de corrimões dentro destes.
7. Indisponibilidade de cadeira de rodas – Não. A unidade possui cadeira de rodas disponível.

Conclui-se que a unidade onde atuo não está acessível aos portadores de deficiências – tanto físicas quanto visuais.



Figura 4.7.7 – Ilustração de inacessibilidade de deficientes físico de banheiro acessível à deficientes físicos



Figura 4.7.8 – Ilustração

Reflexão acerca da questão da deficiência visual e as implicações no atendimento em saúde

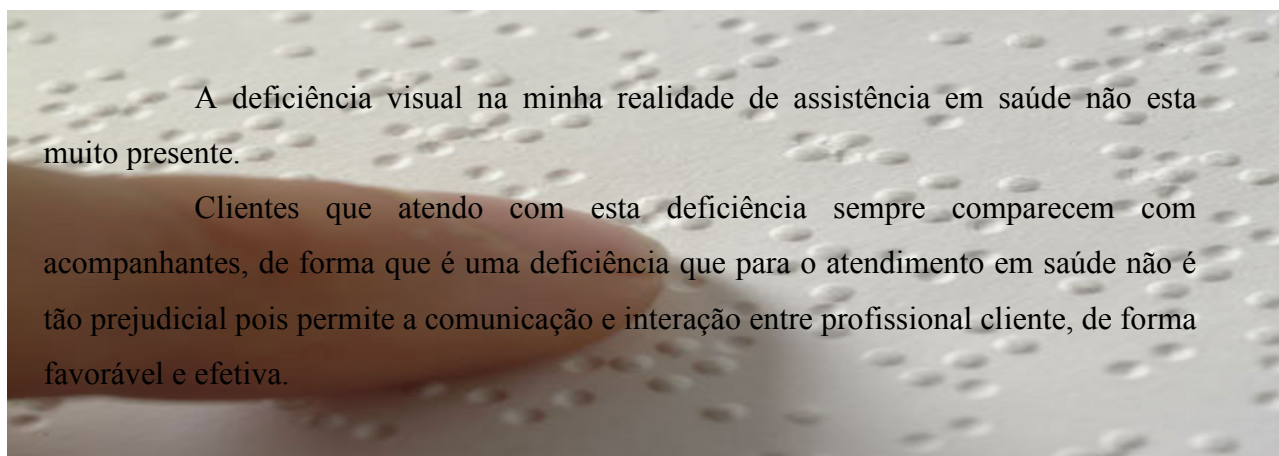


Figura 4.7.9 – Ilustração da leitura em Braille

Reflexão acerca da questão da deficiência auditiva e as implicações no atendimento em saúde

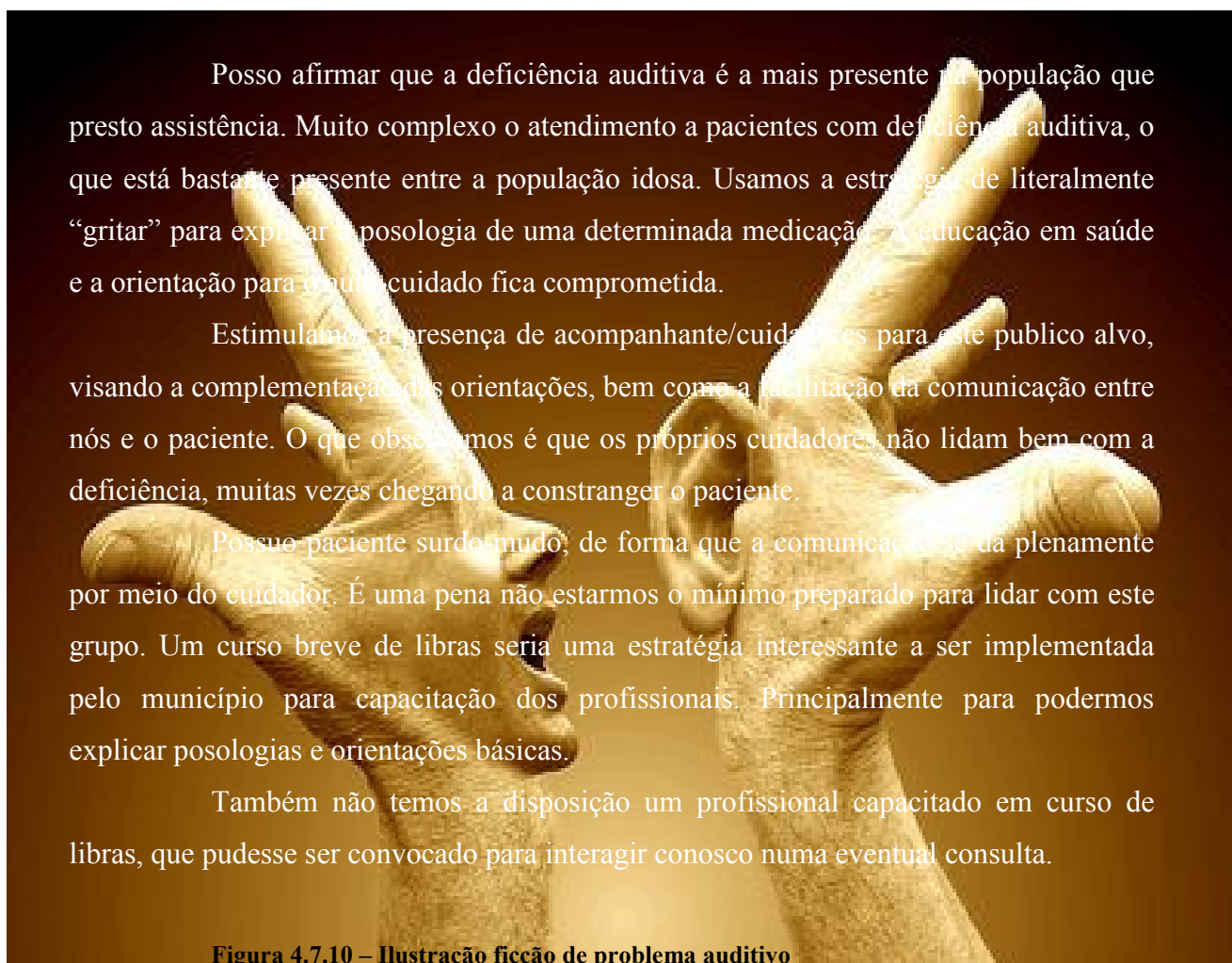


Figura 4.7.10 – Ilustração ficção de problema auditivo

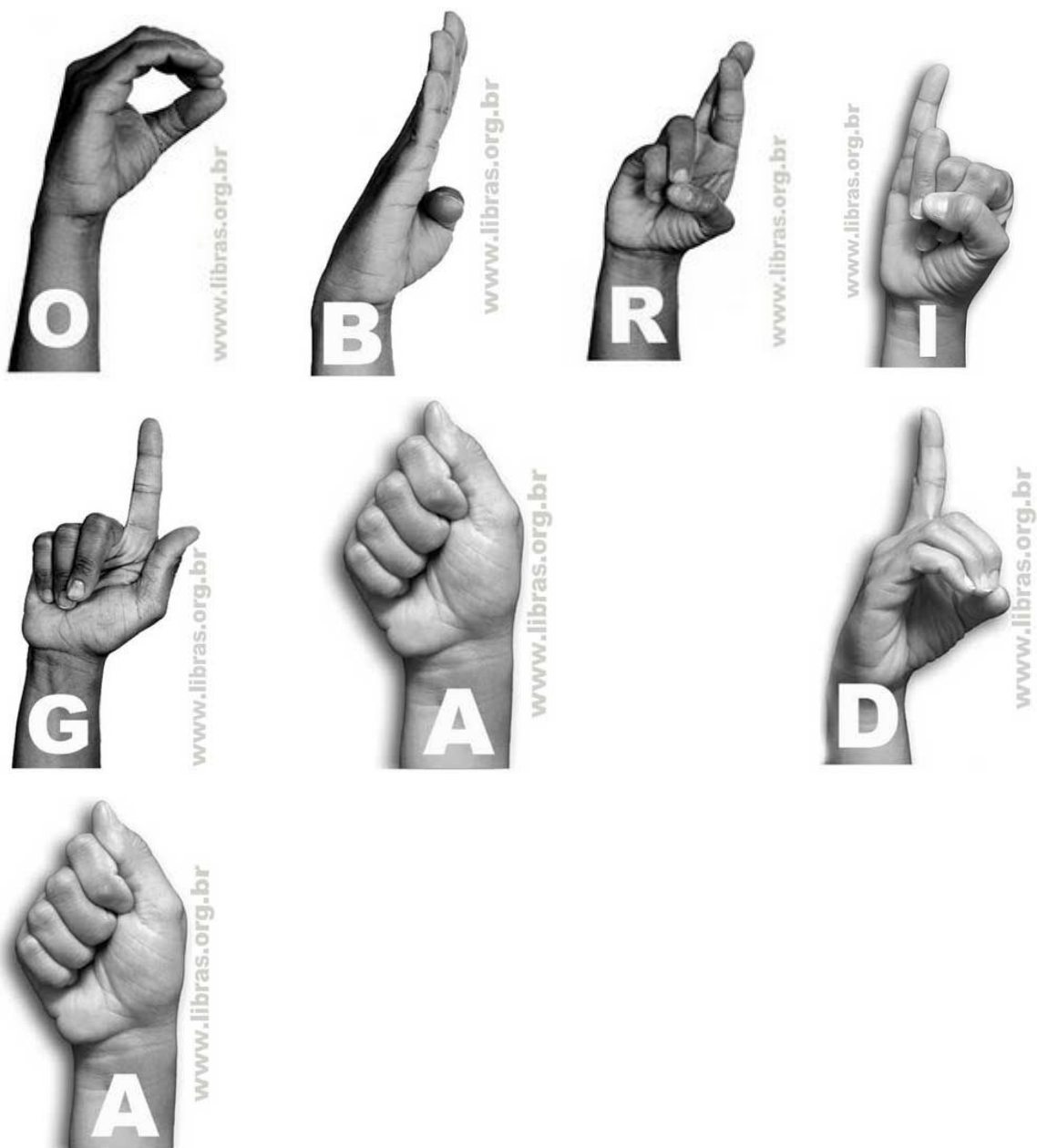


Figura 4.7.11 – Ilustração de agradecimento em libras “obrigada”

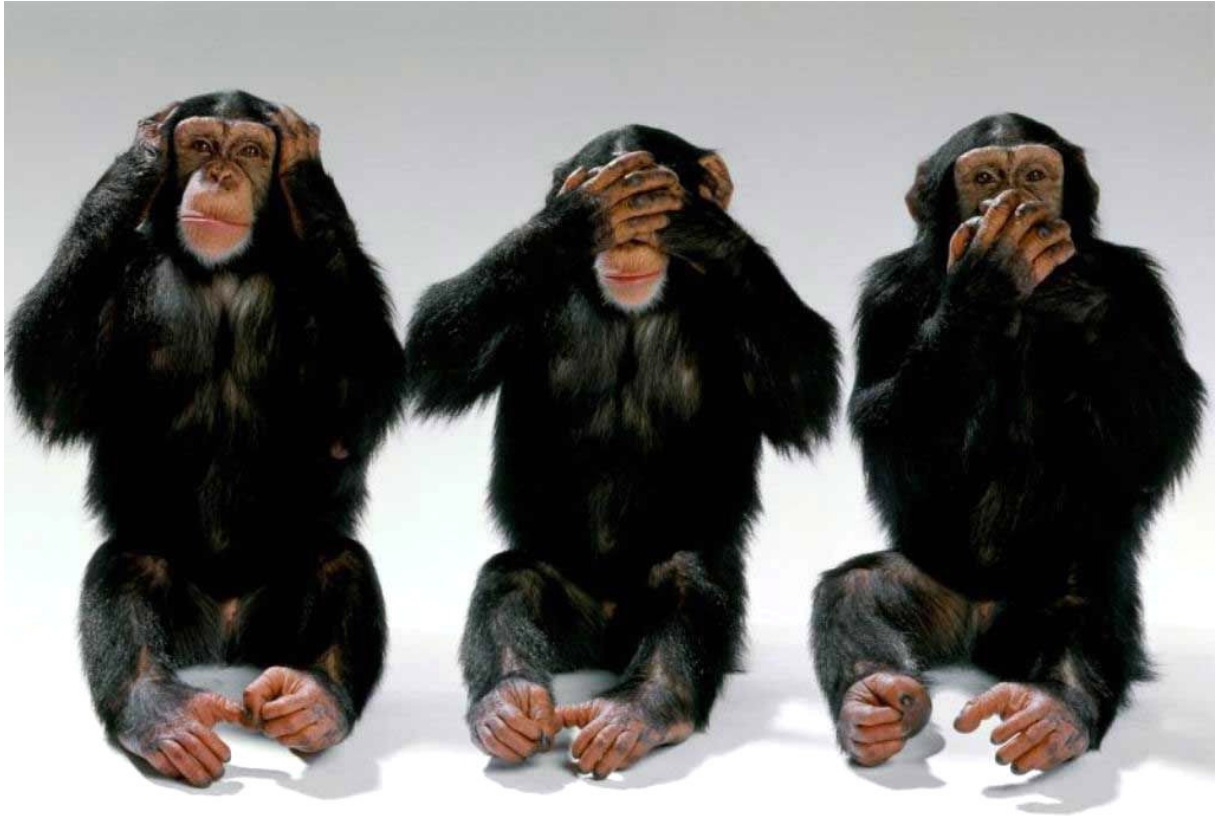


Figura 4.7.12 – Ilustração de macacos representando “surdo, cego e mudo”

"Somos diferentes, mas não queremos ser transformados em desiguais. As nossas vidas só precisam ser acrescidas de recursos especiais". (Peça de teatro: Vozes da Consciência, BH)

4.8 Disciplina 08 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde



Figura 4.8.1 – Ilustração da interdisciplinaridade

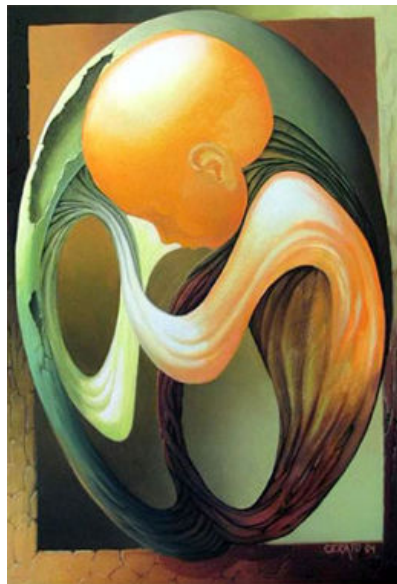


Figura 4.8.2 – Ilustração da bioética

A interdisciplinaridade está bastante presente na realidade da atenção primária em saúde.

A Saúde Coletiva, devido a sua natureza, se volta para uma perspectiva baseada em grupos sociais ou populações. Essa perspectiva inspira sua aplicação, seu conhecimento e seu âmbito de atuação.

Mesmo tendo esta visão da necessidade de atuação interdisciplinar e multiprofissional para o cuidado à família inserida no contexto comunitário, muitas vezes

está ausente a integralidade profissional das ações necessárias aos cuidados em saúde da população.

Temos a contínua necessidade de complementação de conhecimentos, com especialidades distintas, tanto é, que viu-se a nível nacional a necessidade de criação do NASF.

O trabalho relatará o almejado trabalho interdisciplinar dos profissionais de saúde e a realidade encontrada no ambiente de trabalho.

Equipes multiprofissionais na estratégia saúde da família



Figura 4.8.3 – Ilustração do trabalho em equipe 1 **Figura 4.8.4 – Ilustração do trabalho em equipe 2**

Ao trabalhar o conceito de interdisciplinaridade no contexto da unidade básica de saúde deve-se buscar a real existência da equipe de saúde, com o serviço integrado e complementar. A presença muitas vezes de “EUquipe”, dificulta a elaboração prática de ações voltadas para a integralidade assistencial do indivíduo.

O PSF ao priorizar ações de proteção, promoção à saúde e prevenção, aos indivíduos e famílias de forma integral e contínua, visou o acompanhamento de saúde integral, universal e continuado, que só se concretiza com equipes de saúde estruturadas de forma multiprofissional, com visão integral da assistência ao indivíduo.

Na efetivação da interdisciplinaridade, consideramos como influenciável a diferente formação tida pelos profissionais a nível acadêmico, mas não consideramos justificável como forma de fragmentação da assistência. Temos que considerar para a

aplicação da interdisciplinaridade, a assimilação que cada profissional de saúde tem, ou deveria ter, de sua função determinada a nível assistencial, devendo-se respeitar o papel de cada um e permitir a integralização destas funções. Respeitar a competência de cada um, consideramos o ponto chave na viabilização do conceito de equipe.

Respeitar as diferenças, a presença da ética, ter liderança e empatia são fatores complementares e importantes neste contexto.

Temos como um exemplo, o que seria da vida de um paciente na emergência de um hospital, se cada profissional não assumisse o papel ou função designada anteriormente ao fato, e cada qual quisesse realizar o procedimento que considerasse mais plausível. Certamente, o trabalho em equipe nesta situação é imprescindível a manutenção da vida do indivíduo.

A nível de atenção primária, podemos dizer que não ocorre a morte do indivíduo pela não existência de integralização da equipe de saúde, mas acarreta a desregulação comunitária da saúde, que culmina com o não cumprimento dos indicadores e ações preventivas esperadas a nível de atenção básica.

Trabalhar a humanização, que foi um ponto implicitamente abordado pela grade curricular da disciplina, que consideramos de extrema importância para concretização da integralidade do atendimento e no contexto de bioética e interdisciplinaridade. A humanização não se reporta apenas a atenção que o profissional deve ter no trato com o cliente, é mais amplo e engloba sua ética no atendimento, a empatia aos casos que se apresentam, bem como o trato junto aos colegas de trabalho e a integralização do seu trabalho (função) aos do grupo que trabalha conjuntamente.

Esta questão de humanização, valorização e respeito profissional, não se deve esperar que cada indivíduo (profissional) construa dentro de si. Devem os órgãos públicos fornecerem capacitações e atualizações envolvendo o tema, que é bastante subjetivo e facilmente relevado se não internalizado por cada indivíduo.

Realidade no município onde atuo

Mesmo o Saúde da Família sendo estruturado numa visão integrada e multiprofissional no atendimento ao indivíduo no seu contexto holístico, familiar e comunitário, com a presença obrigatória dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, há fragilidades nas redes sociais de apoio, como as necessárias referências e

contra-referências a núcleos especializados, que são o CEO, CREAS, CRAS, CAPS, CAPS-AD... bem como as referências a centros de referência secundária e terciária.

Ainda está tímida a atuação multiprofissional a nível de NASF, onde poucos postos recebem assistência da equipe completa disponível: farmacêutico, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, assistente social. Até poucos dias, tínhamos apenas a atuação do farmacêutico do NASF, tendo sido incluído agora o fisioterapeuta e o psicólogo.

A estrutura para realização do trabalho dos profissionais do NASF é precária, falta instrumentos básicos de trabalho, bem como falta disponibilidade de transporte para realização das visitas.

Neste núcleo do NASF, sentimos falta de um profissional nutricionista, que colaboraria bastante no controle dietético dos clientes hipertensos, diabéticos, obesos e desnutridos da área.

Bioética e Biodireito

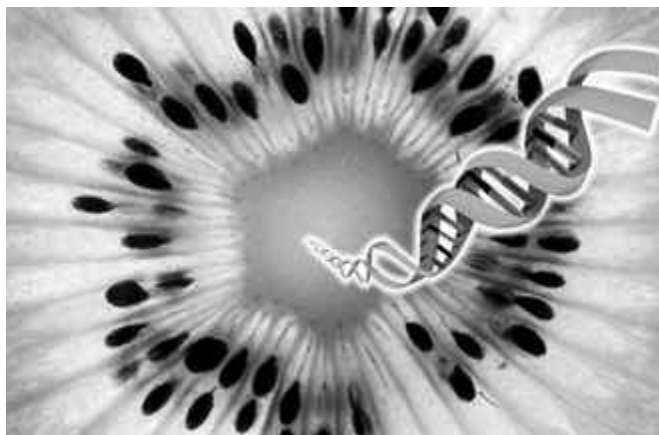


Figura 4.8.5 – Ilustração da bioética e genética

A bioética hoje trabalha com assuntos bastante polêmicos, que envolvem a eutanásia, pesquisa com células-tronco, transplante de órgão, engenharia genética, clonagem terapêutica...

A bioética se destina a discutir os vários aspectos que ligam a preocupação ética na área sanitária à formulação jurídica do direito à vida, seja enquanto disciplina Legal, seja quando decidida pelos juízes individualmente ou nos tribunais.

Legislação vigente que abordam questões que envolvem a bioética:

✘ Lei da Biossegurança (Lei 11.105/2005) - Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da CF, e: 1 - estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados .

✘ Decreto Legislativo n. 2 1994 – Aprova texto CDB

✘ Decreto 2.519/98 – promulga a CDB

✘ Medida Provisória 2.186-16/23 de agosto de 2001 – regulamenta o inciso II do Parágrafo 1º e 4º do art. 225 da CF e os artigos 1º e 8º da CDB, dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, ao conhecimento tradicional, acesso à tecnologia e transferência de tecnologia, cria o conselho de gestão do patrimônio genético, etc.

✘ Decreto 3.945/28 de setembro de 2001 – define a composição do conselho de gestão do patrimônio genético.

✘ Decreto 4.680/24 de abril de 2003 – regulamenta o direito à informação acerca dos alimentos geneticamente modificados.

✘ Decreto 4.703/21 de maio de 2003 – criou o PRONABIO.

✘ Decreto 5.459/07 de junho de 2005 – disciplina as sanções aplicáveis as condutas e atividades lesivas ao patrimônio genético ou ao conhecimento tradicional associado. Regulamenta o artigo 30 da medida provisória 2.186/01.

✘ Decreto 5.591/22 de novembro de 2005 – regulamenta a lei 11.105/2005, define a composição, competências etc. da CTNBio, define as competências do conselho nacional de biossegurança etc., dispõe sobre a responsabilidade civil e administrativa em matéria de biossegurança.

✘ Decretos 6.514 e 6.686/2008 – que define condutas e sanções administrativas .

Trabalharemos alguns tópicos:

Lei da Biossegurança (Lei 11.105/2005)

Pesquisa com Células –tronco

Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:

I – sejam embriões inviáveis; ou

II – sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento.

Discute-se então: a partir de onde se considera vida?

Para o direito temos que é quando ocorre a nidação.

Envolvendo a moral, ética e o direito: pode ter vários momentos distintos.

Conceitos jurídicos importantes

ABORTO: art. 124 a 128 do Código penal



Figura 4.8.6 – Ilustração de um bebê



Figura 4.8.7 – Ilustração de um aborto

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Comentários importantes sobre o aborto:

Aborto (art. 124 do Código Penal) – produzir aborto em si mesma, ou permitir que outro o faça. Independentemente da modalidade do aborto, temos que o momento consumativo do crime dar-se-á pela interrupção definitiva da gestação, desde que não resulte nascimento com vida. Para nascer com vida a criança precisa nascer e respirar.

Interessante: se gestante ou terceiro utilizar/fornecer medicação abortiva e a criança é expelida com vida (respira) e poucos minutos depois morre. Responde-se por aborto tentado. E não responde por homicídio.

A pílula do dia seguinte não é procedimento abortivo. Pois gestação para direito penal só vai haver gestação quando ocorrer nidação.

PESSOA: PESSOA NATURAL

Pessoa é quem tem personalidade jurídica

Aquisição: nascimento com vida

Nascimento com vida: quando a criança respira.

Nascituro tem direitos futuros, condicionado a nascimento com vida.

Perda personalidade jurídica: morte

Morte real: confirma-se pela morte encefálica. Não importa se o coração ainda pulsa.

A partir de onde é pessoa??? A dúvida há não juridicamente, mas há grandes variações quando tratam-se de questões éticas e religiosas.



Figura 4.8.8 – Ilustração de interrogações sobre “persona”1

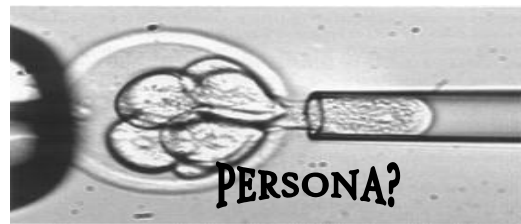


Figura 4.8.9 – Ilustração de interrogações sobre “persona”2



Figura 4.8.10 – Ilustração de interrogações sobre “persona”3



Figura 4.8.11 – Ilustração de interrogações sobre “persona”4

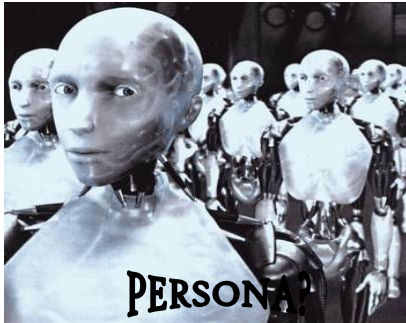


Figura 4.8.12 – Ilustração de interrogações sobre “persona” 5 Figura 4.8.13 – Ilustração de interrogações sobre “persona” 6

DOS CRIMES E DAS PENAS – LEI 11.105/05

✘ Art. 24. Utilizar embrião humano em desacordo com o que dispõe o art. 5º desta Lei: Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

✘ Art. 25. Praticar engenharia genética em célula germinal humana, zigoto humano ou embrião humano: Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

✘ Art. 26. Realizar clonagem humana: Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

✘ Art. 27. Liberar ou descartar OGM no meio ambiente, em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização: Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

✘ Art. 28. Utilizar, comercializar, registrar, patentear e licenciar tecnologias genéticas de restrição do uso: Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

✘ Art. 29. Produzir, armazenar, transportar, comercializar, importar ou exportar OGM ou seus derivados, sem autorização ou em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização: Pena – reclusão, de 1 (um) a 2 (dois) anos, e multa.

A importância do consentimento informado do paciente para o tratamento de saúde e a responsabilidade civil do médico



Figura 4.8.14 – Ilustração do erro médico e sua responsabilidade civil

Não poderíamos deixar de aprofundar e complementar tema tão importante e tão bem relatado no conteúdo da disciplina de bioética.

Temos que o consentimento do paciente é fator essencial pra seu tratamento em saúde.

Conforme Silva (2003), em seu artigo *O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico*, temos:

O consentimento informado constitui direito do paciente de participar de toda e qualquer decisão sobre tratamento que possa afetar sua integridade psicofísica, devendo ser alertado pelo médico dos riscos e benefícios das alternativas envolvidas, sendo manifestação do reconhecimento de que o ser humano é capaz de escolher o melhor si sob o prisma da igualdade de direitos e oportunidades.

O consentimento informado está baseado no princípio da autonomia. O consentimento informado deve ser livre de pressões e é revogável.

A Constituição brasileira garante o direito à vida, incluindo-se, por extensão, o direito à integridade física, assim como o direito à saúde. Garante, ainda, o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, bem como confere especial destaque aos direitos humanos, entre eles os direitos da personalidade, que compreendem o

consentimento informado. O Código Penal, no parágrafo terceiro do artigo 146, só reconhece a excludente de ilicitude da intervenção do médico sem o consentimento nos casos de iminente risco à vida.

O artigo 59 do código de ética médico veda ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo nesse caso, o consentimento ser obtido da pessoa indicada pelo paciente ou por seus familiares.

Frise-se que o Novo Código Civil consagrou, nos artigos 13 e 15, o princípio da autonomia e da disposição sobre o próprio corpo, os quais se efetivam pelo exercício do consentimento informado, reconhecendo a importância desses direitos para o pleno desenvolvimento da pessoa.

O Novo Código Civil prevê medidas para a cessão de lesão ou ameaça de lesão aos direitos da personalidade, aí incluído o direito à autodeterminação, assim como reparação, satisfação ou compensação pelos prejuízos sofridos, ainda que somente tenha atingido a órbita moral do indivíduo no aspecto interno.

A responsabilização civil do médico depende de demonstração de culpa (negligência, imperícia ou imprudência), vez que a responsabilidade civil do médico é subjetiva, conforme dispõe o parágrafo 4º do art.14 do Código de Defesa do Consumidor.

Acreditamos que a violação ao consentimento informado além de constituir elemento caracterizador da culpa do médico, tem também proteção autônoma, em outras palavras, a disposição sobre o próprio corpo e o direito à integridade física de que decorre o consentimento informado são bens jurídicos que merecem proteção em si.

O consentimento informado legitima a ação médica, embora não afaste a possibilidade de responsabilização por erro decorrente de culpa. Ao consentir com o tratamento sugerido o paciente está apenas autorizando a aplicação dos meios indicados, mantendo o direito de exigir que o profissional tenha diligência.

A ausência do consentimento informado é interpretado como culpa do profissional por imprudência (falta de cuidado, falta de zelo). E em casos mais graves, pode ser interpretado como negligência (omissão).

O Novo Código Civil, atento à importância dos direitos da personalidade, entre eles o direito da autonomia efetivado no consentimento informado, dispôs, no artigo

15, que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica.

O consentimento informado acaba por não ser é um direito exclusivo do paciente, mas, principalmente, garantia do médico que tem sua intervenção legitimada, diminuindo significativamente a probabilidade de pretensões judiciais em seu desfavor.

4.9 Disciplina 09 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde

O trabalho apresentará tecnologias utilizadas na abordagem ao usuário na unidade de saúde, com uma perspectiva prática e crítica, a partir da contextualização científica do material disponibilizado no módulo e a vivência e realidade percebida no ambiente de trabalho.

O ensino apresenta evoluções pedagógicas, perceptíveis desde o século passado. O estudo abordará como se processa estas novas tendências pedagógicas na realidade de educação em saúde no contexto da atenção básica.

O ensino continuado a comunidade é imprescindível, bem como a atualização e capacitação continuada dos profissionais que lidam com esta comunidade. Apresentamos uma experiência exitosa da unidade de trabalho, com os profissionais de nível básico e médio que compõem a equipe de saúde.

Alguns fatores de assistência à saúde são ferramentas imprescindíveis e que necessitam ser bem utilizadas no cotidiano da assistência, percebam como ocorre o acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consultas individuais.

Analizando as tendências pedagógicas

Temos que muitas vezes aplicamos concepções pedagógicas tradicionais no dia-a-dia do atendimento em saúde.

Na pedagogia por transmissão do conhecimento, temos a figura que uma pessoa que é detentora do conhecimento e ensina a quem não sabe. Esta configuração de ensino-aprendizagem é muito arraigada ainda ao parâmetro atual de ensino, principalmente nas séries elementares e por vezes em nível superior de ensino. Na área de saúde, muitas vezes nos utilizamos de palestras como forma de educação em saúde, algumas destas palestras não interativas, de forma a preservar uma forma de ensino desatualizada, que não deveria ser estimulada.

Outra concepção pedagógica tradicional é a pedagogia por condicionamento, onde se utiliza técnicas rígidas e repetitivas de ensino. Hoje desestimulada esta prática no cotidiano de ensino em saúde. Não há mais o condicionamento ao recebimento da medicação atrelada a participação forçada em nenhuma atividade. Respeita-se a liberdade, individualidade e interesse do usuário. Leva-se em consideração que a

motivação distorcida não favorece a aprendizagem e nem a mudança de comportamento e hábitos.

As concepções pedagógicas novas, trazem como alvo o aprendiz como foco do ensino. Na pedagogia nova, tenta-se despertar o interesse pela busca do conhecimento ou pelo desejo de alterar o comportamento. No construtivismo-interacionista, a construção do conhecimento é contínua desde o nascimento, nesta visão, o importante é perceber que não podemos tratar os usuários que procuram o serviço de saúde como “tábuas rasas”, imaginando que seremos nós profissionais de saúde que iremos construir o conhecimento em saúde. Temos que ter em mente que cada indivíduo já possui sua visão pré-concebida de saúde, já possui o conhecimento leigo de como realizar o tratamento de saúde, então, nós profissionais, devemos considerar e valorizar este conhecimento prévio, adaptando e remodelando a forma mais eficaz para o seu cuidado efetivo e eficaz da saúde.

Há o enfoque de concepção pedagógica histórico-social, deslocando o enfoque do indivíduo para o social, político e ideológico. O princípio é valorizar a educação popular, o conhecimento empírico da comunidade. Esta concepção pedagógica é importante como forma de valorização comunitária e social, a ser aplicada na educação em saúde de forma contínua, respeitando o conhecimento coletivo e complementando as práticas em saúde.

A nova tendência educacional, de pedagogia da problematização, exprime a atual concepção de educação permanente em saúde. É um ensino que permite a análise crítica da realidade, observando os diferentes aspectos que a envolvem. É uma metodologia atual pedagógica, que enriquece o ensino continuado em saúde, na unidade básica trabalhar grupos com enfoque não no profissional, mais no próprio grupo, discutindo os assuntos e respeitando o conhecimento prévio e coletivo, os assuntos trabalhados devem ser trazidos ao contexto social comunitário e discutido em grupo como alcançar resultados plausíveis e adaptados a realidade local.

Experiência exitosa de educação em saúde na unidade básica onde atuo

No período de julho de 2010 a fevereiro de 2011, organizei na unidade de saúde onde trabalho, um curso de capacitação e atualização em atenção básica, direcionado à estratégia saúde da família. O foco desta educação continuada foi os profissionais de nível básico e médio que trabalham na unidade, incluiu secretárias,

técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de serviços gerais, auxiliar de farmácia e técnica em saúde bucal, totalizando 24 funcionários que concluíram o curso. Os profissionais que ministraram o curso foram os de nível superior que atuam na própria unidade: médico, enfermeiras, dentista, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico.

Este projeto, como se percebe, foi desenvolvido durante a realização desta pós-graduação, incentivado e enriquecido com os conteúdos aqui ministrados.

Ao final do curso, os concludentes ficaram bastante satisfeitos com o aprendizado e já solicitam mais cursos desta natureza.

Para o final deste ano, estou programando um novo curso para o mesmo público alvo, direcionado ao conhecimento e combate as drogas lícitas e ilícitas, devido uma formação profissional prévia que possuo pelo curso SUPERA.

Apresento abaixo um exemplo de certificado que foi emitido e a grade curricular do curso, este certificado foi devidamente assinado pela secretaria de saúde do município de Juazeiro do Norte, tendo validade como título para estes funcionários.



Figura 4.9.1 – Apêndice de Certificado de Curso de capacitação e atualização - frente

MODULOS	PROFISSIONAL	CARGA HORARIA
Lei do SUS e Registro de Nascimento Civil	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Imunização	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Atenção à Pessoa com Deficiência e Pessoas Acamadas	Dr. ^o Rogério – Fisioterapeuta do NASF	8h
Atividade Física e Hábitos Alimentares Saudáveis	Dr. ^a Genaina – Educadora Física do NASF	4h
Saúde Mental	Dr. ^o Alex – Psicólogo do NASF	4h
Pré-Natal, Parto e Puerpério	Dr. ^a Grayce - Enfermeira	4h
Cuidados ao RN e Aleitamento Materno	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
DSTs/AIDS	Dr. ^a Grayce - Enfermeira	4h
Saúde Bucal	Dr. ^o Venício – Dentista do PSF 18 e 24	8h
Hipertensão e Diabetes	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Prática para Aferição de PA e Glicemia Capilar	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Planejamento Familiar	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Prevenção e Controle das Diarreias e Infecções Respiratórias Agudas	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Hanseníase e Tuberculose	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Prevenção do CA de Colo e Mama	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
Saúde do Homem	Dr. ^o Edgar – Médico do PSF 24	4h
Violência Familiar	Dr. ^a Déborah – Enfermeira PSF 24	4h
CARGA HORARIA TOTAL		80H

Figura 4.9.2 – Apêndice de Certificado de Curso de capacitação e atualização – verso

Panorama da Unidade – acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consulta

ACOLHIMENTO



Figura 4.9.3 – Ilustração da falha no acolhimento



Figura 4.9.4 – Ilustração de qualidade no acolhimento

Trazendo a realidade os temas trabalhados neste módulo, temos quanto ao acolhimento visando uma efetiva resolubilidade, a unidade de trabalho conta com agendamento programado das consultas, respeitando o calendário dos programas previstos no Ministério da Saúde. As urgências são atendidas com prioridade. O agendamento respeita o acolhimento necessário, pois o cliente sempre sai da unidade ou sendo atendido no mesmo dia, ou ficando agendado para uma data próxima. Não sendo necessário chegar a unidade de madrugada para conseguir uma ficha de atendimento médico. O agendamento é feito para os 3 profissionais – médico, enfermeiro e dentista. Além da grande parcela de usuários ser agendada, respeita-se um percentual de demanda espontânea, que sempre está presente nas unidades de saúde.

O fluxograma disponibilizado em outro módulo, também auxilia no acolhimento, pois estabelece o fluxo de atendimento a ser seguido pela população.

O acolhimento inicial na unidade se dá frente a secretária, que se encontra na recepção, realiza os agendamentos e as fichas de atendimento. Entretanto, este acolhimento não pode ser direcionado apenas a um profissional, tendo em vista usuários que tem suas necessidades especiais e casos mais isolados. Neste momento, o acolhimento se completa com a disponibilidade do enfermeiro da unidade para organizar e adequar pendências que possam surgir, trabalhando a escuta dos usuários e a resolutividade dos casos, no ambiente reservado do consultório.

TRABALHO COM GRUPOS

Os grupos que são organizados na unidade de saúde, seguem a perspectiva de ações em saúde propostas pelo ministério da saúde. Na unidade formamos grupos de



idosos, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de gestantes e grupos de mães que realizam puericultura.

A adesão aos grupos não é adequada. As pessoas comparecem em quantitativos maiores quando são feitos eventos com brindes ou lanches, efetivamente formam-se rodas de conversa ou palestras com discussões interessantes.

Figura 4.9.5 – Ilustração de trabalho com grupos

VISITA DOMICILIAR



Figura 4.9.6 – Ilustração de visita domiciliar 1

Figura 4.9.7 – Ilustração de visita domiciliar 2

A visita domiciliar é feita de forma periódica e semanalmente, aos clientes que não se locomovem adequadamente, aos acamados, alguns idosos e outros em situações peculiares. As visitas sempre são acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde, estes tem papel relevante na interação comunidade – unidade de saúde, percebendo focos de risco e problemas pontuais e trazendo aos profissionais na unidade.

CONSULTAS



Figura 4.9.8 – Ilustração de consultas

As consultas médicas, enfermagem e odontológicas são realizadas em consultório privativo, permitindo sigilo e conforto ao cliente, individualmente será disponibilizado tratamento de saúde ou prevenção de doenças, possibilitando exame clínico e diálogos adequados, momento em que se trabalha o auto-cuidado e autonomia.

4.10 Disciplina 10 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde



Figura 4.10.1 – Ilustração de planejamento estratégico – jogo de xadrez

Assim, de forma desordenada e sem planejamento prévio, é difícil concretizar ações de saúde eficazes e solucionadoras. Por isso, faz-se necessário o uso de métodos padronizados de planejamento para melhor articulação das ações e distribuição de funções, estabelecendo-se prazos de concretização e resultados a serem alcançados.

Na sequência, é apresentada a contribuição individual na construção do plano de ação e a sua concretização. Por fim, viu-se a necessidade de enumerar problemas existentes na realidade da assistência, para servir de estímulo a futuros projetos e planos de ação assistenciais.

Relato de experiência

A construção do plano de ação pela equipe foi muito interessante. A minha participação nesta construção foi, digamos, finalista. Iniciei o planejamento da construção

O principal intuito deste estudo é apresentar a construção conjunta de um plano de ação, com base em problemas potenciais de agravos à saúde discutidos entre colegas do Curso.

Confeccionou-se conjuntamente um plano de ação seguindo as diretrizes propostas pelo conteúdo do módulo.

Temos que, como estudado, o planejamento é um cálculo situacional e sistemático capaz de articular o presente com o futuro.

deste plano de ação na forma de expectadora. Acompanhava as mensagens das colegas do grupo na construção da definição e priorização dos problemas, mas não tive como participar inicialmente de forma ativa, pois estava com uma significativa restrição do meu tempo, devido problemas profissionais e acadêmicos.

Percebi que no início da construção da definição de problemas da unidade, que o grupo por ser multiprofissional e a participação ter se iniciado por dentistas, vários problemas específicos a saúde bucal foram retratados como de alta incidência. Interessante foi o grupo escolher como prioritário um problema comum a área multiprofissional, e mais do que isso: um problema comum a várias áreas de atuação – saúde, educação, políticas públicas, inclusão social...

O problema escolhido de “*Ausência de hábitos saudáveis: alimentação e práticas de exercícios físicos*”, perfaz realmente um problema básico da população e que, como demonstrado no plano, influencia diretamente e frequentemente na saúde comunitária.

Na sequência, considerei que a construção do plano foi ficando rica nos detalhes e descrição dos nós-críticos e metas de intervenção. Auxiliei o grupo na fundamentação do plano e a busca do porquê deste tema ser tão relevante no cuidado em saúde.

Com a concretização final do plano, percebi o quanto é complexa a intervenção social em saúde, o quanto é importante a união dos profissionais para concretização das metas, o quanto é imprescindível a interligação das redes sociais de apoio no município e o quanto é importante realizar um planejamento sério e completo dos principais problemas de sua comunidade.

Pois apenas estabelecendo e delimitando os problemas da área de atuação em um plano de ação, é possível obter a acreditação do gestor para o apoio na implementação deste, bem como dividir tarefas na busca pelo alcance de metas. Por fim, perceber que praticamente todos os problemas críticos existentes em sua área tem interligação com a saúde da população e há estudos direcionados no auxílio a resolução ou minimização destes problemas.

Construção do plano de ação

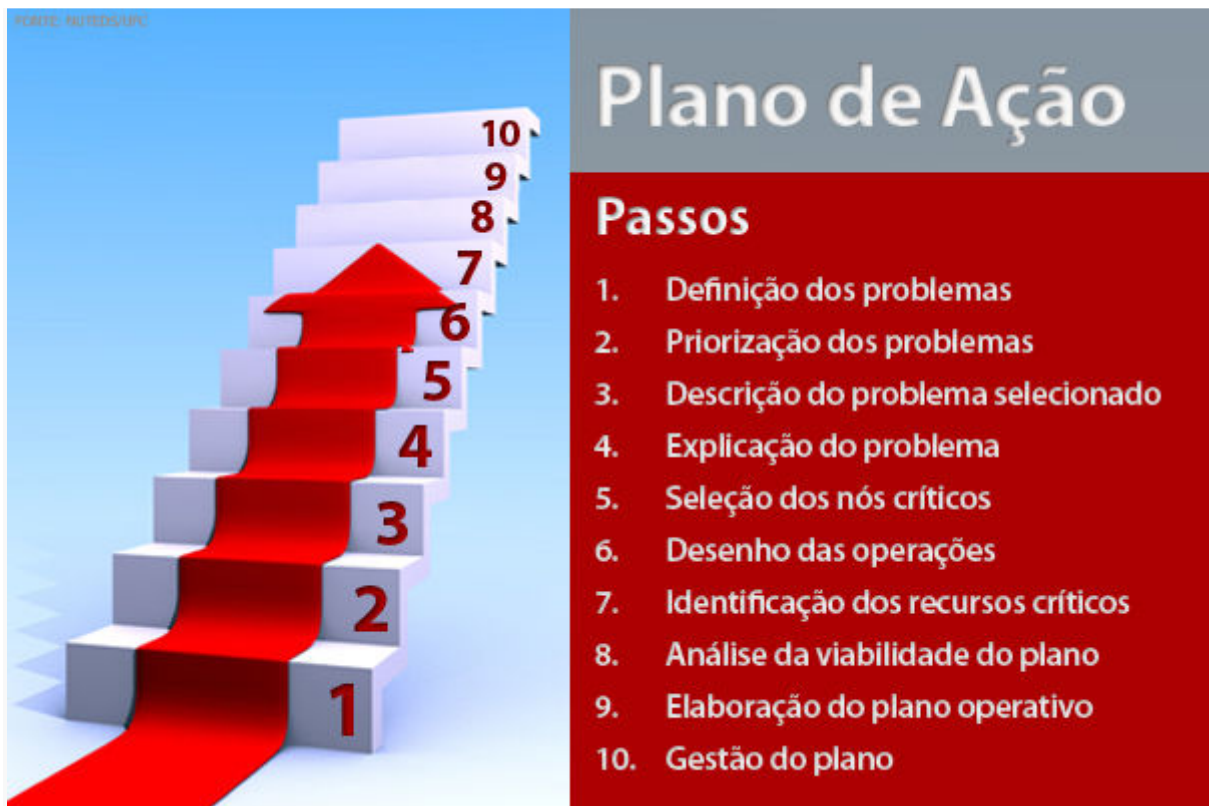


Figura 4.10.2 – Ilustração dos passos do plano de ação

Seguindo os passos propostos na disciplina planeamento e avaliação de ações de saúde, conforme figura acima, temos que o grupo multiprofissional de colegas do Curso de Especialização em Saúde da Família, elaborou conjuntamente o Plano de Ação a partir do Diagnóstico Situacional.

Na construção deste plano, contribui com a fundamentação da priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, e sugestões quanto o desenho das operações e gestão do plano.

Conforme os 10 passos propostos, temos como contribuições pessoais ao grupo:

Item 2 - priorização dos problemas

Temos que este problema comportamental alimentar e o sedentarismo é comumente trazido a segundo plano pelo Ministério da Saúde nos seus programas implantados na atenção básica, o Sistema de Vigilância Nutricional existente ainda é deficitário, e a capacidade de enfrentamento pela comunidade é real e alcançável,

podendo em articulação conjunta da unidade básica e os líderes comunitários locais, aplicar uma conscientização e reeducação alimentar, trazendo benefícios preventivos quanto a doenças cardiovasculares, endócrinas e psicológicas.

Item 3 - descrição do problema selecionado

A política de alimentação saudável do Ministério da saúde tem como propósitos: Garantir a qualidade dos alimentos colocados para o consumo no País; Promover práticas alimentares saudáveis; Prevenir e controlar os distúrbios nutricionais.

A alimentação adequada e o alcance da segurança alimentar e nutricional é um direito humano e sua concretização deve se dar de forma integrada, equânime, intersetorial e participativa, com a finalidade de melhorar as condições de nutrição e saúde da população brasileira. Há coordenações de ações de alimentação e nutrição nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, com base no perfil epidemiológico, orientadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, mas mesmo assim são deficitárias no contexto social de pobreza existente em nossa região. (PORTAL SAÚDE (b), 2011)

Os profissionais de saúde da ponta tem compromisso ético de tentar reeducar a população, utilizando dos artifícios ainda precários que dispõe, em busca da minimização dos riscos à saúde que ficam expostas as comunidades que não obedecem o mínimo de variação do cardápio alimentar e exercício físico.

A nível de Brasil, tem-se propósitos de garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. (PORTAL SAÚDE (b), 2011)

São metas amplas, que necessitam do esforço local dos profissionais de saúde, bem como apoio dos profissionais da educação.

Quanto aos exercícios físicos, apenas trinta minutos de caminhada diariamente ajudam a: - prevenir ataques e problemas do coração; - controlar a pressão arterial; - reduzir os níveis de colesterol; - tonificar os músculos e fortalecer os ossos; - aumentar os níveis de energia e tirar o máximo proveito de sua vida; - controlar o peso, melhorar o sono; - aumentar seu bem estar físico e mental. (BVSMS, 2011)

Item 4 - explicação do problema

Em 18 de agosto de 2011 foi feito o lançamento pelo Ministério da Saúde do Fórum Nacional de Apresentação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) cuja meta é diminuir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares.

“A colaboração de todos os setores sociais é essencial para o enfrentamento dessas doenças: indústria, escola e, principalmente, o papel das famílias é primordial, pois estamos falando de hábitos de vida: alimentação saudável, exercícios físicos”, destacou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Entre as estratégias previstas para a década 2012-2022, estão ações de vigilância, promoção e cuidado integral da saúde. Nesse processo, as ações da prevenção atuarão a partir dos fatores de risco que podem ser modificados e são comuns aos quatro grupos de DCNT que mais matam. São eles: tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Adicionalmente, os dois últimos fatores de risco resultam, na maioria dos casos, em outra preocupação: sobrepeso e obesidade.

A OMS recomenda a prática de pelo menos 30 minutos de atividade física, em cinco ou mais dias da semana. O Vigitel 2010 mostra que 16,4% dos brasileiros adultos são fisicamente inativos. Para estimular a prática de exercícios físicos, o Ministério da Saúde lançou, em abril, o programa Academia da Saúde, que tem por meta a implantação de 4 mil unidades nos municípios brasileiros até 2014. Somente neste primeiro ano, mais de 7 mil propostas foram inscritas.

Em crianças de 5 a 9 anos, o percentual de obesidade mais do que dobrou em dez anos: de 7,6% em 1998 para 16,6% em 2008. Esse índice supera a frequência em adultos, com 15% de obesos, de acordo com o Vigitel 2010 – última edição do inquérito telefônico realizado anualmente pelo Ministério, desde 2006. (PORTAL SAÚDE (a), 2011)

Item 6 - sugestões quanto o desenho das operações

Proporcionar espaços de intercâmbio sobre Alimentação e Nutrição entre profissionais da saúde, profissionais da educação, gestores e comunidade;

Valorizar as iniciativas de líderes comunitários locais e estimular a continuidade das ações nas escolas e na unidade básica de saúde;

Divulgar posteriormente as experiências da inserção da nutrição e exercícios físicos na Atenção primária à saúde.

Mobilizar a Rede de Nutrição no SUS, fazendo parcerias intersetoriais com o CRAS, CREAS, bolsa família e outros projetos governamentais.

Item 8 - gestão do plano

Nos responsáveis pela concretização do plano (Lúcia, Pedro, Amanda...), seria interessante incluir a função que estes possuem na unidade básica de saúde. Ex: de acordo com as funções especificadas: Lúcia – enfermeira//Carmem – educadora física da UBS//Pedro – educador físico da Escola//Amanda – nutricionista//Betânia – médica.

Então, com o acréscimo das sugestões, o plano ficou conforme o próximo capítulo.



Figura 4.10.3 – Ilustração de planejamento

Plano de Ação

PLANO DE AÇÃO - Grupo 1

1-DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Como problemas mais comuns a todas as unidades citamos:

- Dentes perdidos
- Gravidez na adolescência
- Obesidade e desnutrição
- Hipertensão
- Ausência de hábitos saudáveis: alimentação e práticas de exercícios físicos.

2 – *PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS*

Priorizamos o problema – *Ausência de hábitos saudáveis: alimentação e praticas de exercícios físicos* – por ser considerado de grande importância e por influenciar diretamente sobre os demais temas, consideramos também a urgência e a capacidade de enfrentamento.

Temos que este problema comportamental alimentar e o sedentarismo é comumente trazido a segundo plano pelo Ministério da Saúde nos seus programas implantados na atenção básica, o Sistema de Vigilância Nutricional existente ainda é deficitário, e a capacidade de enfrentamento pela comunidade é real e alcançável, podendo em articulação conjunta da unidade básica e os líderes comunitários locais, aplicar uma conscientização e reeducação alimentar, trazendo benefícios preventivos quanto a doenças cardiovasculares, endócrinas e psicológicas.

3 – *DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS SELECIONADOS*

A ausência de hábitos de alimentação saudável e praticas de exercícios físicos influencia diretamente na qualidade de vida e saúde dos indivíduos.

A política de alimentação saudável do Ministério da saúde tem como propósitos: Garantir a qualidade dos alimentos colocados para o consumo no País; Promover práticas alimentares saudáveis; Prevenir e controlar os distúrbios nutricionais.

A alimentação adequada e o alcance da segurança alimentar e nutricional é um direito humano e sua concretização deve se dar de forma integrada, equânime, intersetorial e participativa, com a finalidade de melhorar as condições de nutrição e saúde da população brasileira. Há coordenações de ações de alimentação e nutrição nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, com base no perfil epidemiológico, orientadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, mas mesmo assim são deficitárias no contexto social de pobreza existente em nossa região. (PORTAL SAÚDE (b), 2011)

Os profissionais de saúde da ponta tem compromisso ético de tentar reeducar a população, utilizando dos artifícios ainda precários que dispõe, em busca da minimização dos riscos à saúde que ficam expostas as comunidades que não obedecem o mínimo de variação do cardápio alimentar e exercício físico.

A nível de Brasil, tem-se propósitos de garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. (PORTAL SAÚDE (b), 2011)

São metas amplas, que necessitam do esforço local dos profissionais de saúde, bem como apoio dos profissionais da educação.

Quanto aos exercícios físicos, apenas trinta minutos de caminhada diariamente ajudam a: - prevenir ataques e problemas do coração; - controlar a pressão arterial; - reduzir os níveis de colesterol; - tonificar os músculos e fortalecer os ossos; - aumentar os níveis de energia e tirar o máximo proveito de sua vida; - controlar o peso, melhorar o sono; - aumentar seu bem estar físico e mental. (BVSMS, 2011)

4 – EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando a cada dia e é a principal causa de óbitos em adultos. A ausência de hábitos saudáveis como alimentação saudável e práticas de exercícios físicos são fatores que contribuem para o adoecimento não só nesse grupo, mas em todas as fases de vida dos indivíduos.

Em 18 de agosto de 2011 foi feito o lançamento pelo Ministério da Saúde do Fórum Nacional de Apresentação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) cuja meta é diminuir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares.

“A colaboração de todos os setores sociais é essencial para o enfrentamento dessas doenças: indústria, escola e, principalmente, o papel das famílias é primordial, pois estamos falando de hábitos de vida: alimentação saudável, exercícios físicos”, destacou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Entre as estratégias previstas para a década 2012-2022, estão ações de vigilância, promoção e cuidado integral da saúde. Nesse processo, as ações da prevenção atuarão a partir dos fatores de risco que podem ser modificados e são comuns aos quatro

grupos de DCNT que mais matam. São eles: tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Adicionalmente, os dois últimos fatores de risco resultam, na maioria dos casos, em outra preocupação: sobrepeso e obesidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prática de pelo menos 30 minutos de atividade física, em cinco ou mais dias da semana. O Vigitel 2010 mostra que 16,4% dos brasileiros adultos são fisicamente inativos. Para estimular a prática de exercícios físicos, o Ministério da Saúde lançou, em abril, o programa Academia da Saúde, que tem por meta a implantação de 4 mil unidades nos municípios brasileiros até 2014. Somente neste primeiro ano, mais de 7 mil propostas foram inscritas.

Em crianças de 5 a 9 anos, o percentual de obesidade mais do que dobrou em dez anos: de 7,6% em 1998 para 16,6% em 2008. Esse índice supera a frequência em adultos, com 15% de obesos, de acordo com o Vigitel 2010 – última edição do inquérito telefônico realizado anualmente pelo Ministério, desde 2006. (PORTAL SAÚDE (a), 2011)

5 – SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

- Falta de informação
- Costume de alimentação inadequada
- Baixo poder aquisitivo
- Falta de envolvimento dos profissionais de saúde na promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis.

6 – DESENHO DAS OPERAÇÕES

Considerando os nós críticos mencionamos as seguintes operações:

- 1 – Informar a população sobre a importância de práticas de alimentação saudável e atividades físicas e nutrição. Sedentarismo e riscos para a saúde.
- 2 – Promover o envolvimento da população motivando para adesão a um modo de vida saudável.
- 3 – Trabalhar educação alimentar com os recursos econômicos disponíveis e alimentos produzidos localmente, respeitando a cultura local.
- 4 – Envolver toda equipe de saúde do PSF nesse projeto.
- 5 - Proporcionar espaços de intercâmbio sobre Alimentação e Nutrição entre profissionais da saúde, profissionais da educação, gestores e comunidade;
- 6 - Valorizar as iniciativas de líderes comunitários locais e estimular a continuidade das

ações nas escolas e na unidade básica de saúde;

7 - Divulgar posteriormente as experiências da inserção da nutrição e exercícios físicos na Atenção primária à saúde.

8 - Mobilizar a Rede de Nutrição no SUS, fazendo parcerias intersetoriais com o CRAS, CREAS, bolsa família e outros projetos governamentais.

7 – IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

- FINANCEIROS – materiais didático para educação em saúde, material para atividades físicas nas escolas (bola, corda, bambolê, peteca).
- ORGANIZACIONAIS – sala de reuniões para educação em saúde, locais públicos para atividades físicas (escola, praça, ruas para as caminhadas coletivas) .
- RECURSOS POLÍTICOS – articulação intersetorial entre saúde e educação.

8 – ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

Os atores envolvidos na viabilidade do plano são todos os membros da equipe da UBS, o NASF com o preparador físico e nutricionista, e diretores e professores da escola.

9 – ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

A responsabilidade por cada operação e os prazos para realização ficou assim relacionado:

- Educação em saúde – informando a população e conscientizando sobre a importância de ter hábitos saudáveis. Doenças que podem ser evitadas ou controladas.

Resp: Lúcia

Implantação: dois meses

- Promover nas escolas atividades coletivas que propiciem a atividade física na recreação (futebol, peteca, pular corda) e incentivar a prática do cardápio nutritivo e saudável

Resp: Carmen

Implantação: dois meses

- Caminhadas coletivas na comunidade e exercícios corporais.

Resp: Pedro

Implantação: dois meses

- Trabalhar educação alimentar com os recursos econômicos disponíveis e alimentos produzidos localmente.

Resp: Amanda

Implantação: dois meses.

- Envolver toda equipe nesse projeto

Resp: Betania

Implantação: em andamento

10 – GESTÃO DO PLANO

PRODUTO - RESPONSÁVEL- PRAZO

Educação em saúde- Lúcia – Enfermeira da UBS - Dois meses

Atividades físicas na recreação – Carmen – educadora física da UBS- Dois meses

Caminhadas coletivas e exercícios corporais na comunidade - Pedro - educador físico da Escola - Dois meses

Trabalhar educação alimentar - Amanda – Nutricionista da UBS - Dois meses

Envolver toda equipe de saúde da família- Betânia - Médica - Quinze dias

Panorama da unidade Pio XII – problemas e nós-críticos

Não há pretensão de estabelecer neste portfólio um plano de ação individual da realidade de trabalho na unidade Básica de Saúde – PSF24 – Pio XII – Juazeiro do Norte. Entretanto, faz-se necessário, a partir do estudo desta última disciplina do Curso de Especialização em Saúde da Família, refletir quais os principais problemas presentes na unidade e os nós-críticos, pois poderá servir de incentivo a uma futura construção de um plano de ação para aplicabilidade real na atenção básica.

Temos como principais problemas:

1. Alto índice de gravidez na adolescência
2. Área de risco para consumo e tráfegos de drogas
3. Desnutrição de gestantes e idosos
4. Baixa adesão dos adolescentes as consultas na UBS
5. Baixa adesão da comunidade aos eventos de Educação em Saúde

Nestes problemas identificados, temos algumas características peculiares importantes:

1. Apresentamos um significativo número de gestantes adolescentes, entretanto temos como ponto positivo a alta adesão ao pré-natal. Sendo, que na população em geral, e significativo o número de mulheres acompanhadas no planejamento familiar.
2. Além do tabaco, há registro na área de consumidores de drogas ilícitas, sendo que a procura por assistência na UBS é baixa.
3. Interessante notar que na área, nos atuais dados do SIAB, não temos crianças até 2 anos com desnutrição. Entretanto é freqüente o acompanhamento de gestante com baixo peso no cálculo do IMC associado a Idade Gestacional. Temos também uma incidência significativa de idosos baixo peso, detectados nas consultas de hipertensão e diabetes, que são encaminhados para programas estaduais, como o Programa do Leite.
4. Com a implantação da caderneta dos adolescentes, a busca pela consulta de enfermagem para o recebimento da caderneta e análise dos parâmetros do crescimento e desenvolvimento foi elevado. Entretanto, as consultas de seguimento, tem sido ínfimas.
5. A comunidade local participa dos eventos promovidos na unidade em Educação em Saúde em número significativo, apenas quando há incentivos como brindes ou alimentação. Uma triste realidade presente na maioria das unidades básicas do município.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso trabalha questões amplas e subjetivas do cuidado em saúde, não sendo diferente o posicionamento quanto ao processo em saúde, questionamentos importantes e discussões ricas.

Para percepção de como ocorre o processo em saúde na sua comunidade, faz-se necessário ter em mente qual a realidade social e espacial em que está inserida. O trabalho situa o município em que atua, a organização estrutural da equipe de saúde, para depois trabalhar a relação do processo em saúde.

Foi feita reflexões sobre a realidade no atendimento a população, as diferenças existentes e o papel da comunicação, fatores importantes na elaboração do conceito processo em saúde.

As tentativas de aperfeiçoamento no atendimento à saúde são dinâmicas e contínuas. Periodicamente deve-se avaliar a metodologia empregada para o funcionamento da unidade e ver se ainda é eficaz. Modificações são bem vindas com vista a melhoria da eficácia e eficiência no atendimento as comunidades.

Esta busca contínua pela qualidade deve sempre estar embasada em princípios, como vistos anteriormente, e pautada de seriedade e compromisso da administração, gestão e profissionais.

Assim, conseguiremos manter a estratégia de atenção primária à saúde em auge, centrada na família e comunidade. Não necessitando voltar aos antigos modelos de atenção médicos-hospitalares, que eram tão limitados e não-abrangentes.

Em temas específicos do cuidado em saúde na atenção primária tivemos:

A saúde mental é uma área complexa e de importância ímpar no contexto da saúde pública. Os profissionais de saúde devem buscar capacitações para melhor tratar os grupos que precisam desta atenção diferenciada. O Brasil aos poucos adequa sua rede de serviços a realidade em expansão de transtornos mentais que acometem a população. Estudar os casos práticos, aprofundar-se na literatura sobre o assunto e tentar aplicar práticas de tratamentos preventivos e alternativos são os meios ideais para contribuir como profissional neste universo psíquico.

No contexto de saúde da mulher, temos uma apresentação breve dos vários contextos de assistência a mulher, na proteção e promoção de sua saúde. Por fim, um

relato de um estudo de caso sobre aplicabilidade da metodologia do programa de qualidade do Ministério da Saúde.

Na saúde ambiental, o foco principal foi retratar a tragédia do Japão, coincidentemente ocorrida no período da elaboração do portfólio da disciplina. Uma tragédia natural que retrata a resposta da natureza às agressões ao meio ambiente, que muitas vezes se dá de forma avassaladora e inesperada.

Em Saúde Bucal foi pesquisados os assuntos mais atuais na área odontológica, destaque nos principais sites e de interesse à Estratégia Saúde da Família; vistos os comentários sobre a atenção à saúde bucal nas diversas fases do desenvolvimento humano: bebês, gestantes, crianças, adolescentes e adultos; e apresentado o levantamento epidemiológico da Saúde Bucal no Brasil.

Quando nos reportamos as pessoas com deficiência, presenciamos o quadro em que a sociedade e o governo muitas vezes precisam de tempo para adequar sua estrutura aos padrões solicitados internacionalmente e já regulamentados internamente. Estejamos felizes com a grande conquista social da regulamentação legal dos direitos dos portadores de deficiência. Agora cabe a nós exigir as implementações necessárias para dignificação e inclusão social plena deste grupo. Tentaremos de acordo com nossas possibilidades individuais lutar sempre pelo afastamento da discriminação, divulgação das informações e dos direitos destas pessoas portadoras de deficiências e realização de capacitações para melhor atender a este grupo na assistência em saúde.

Quanto a interdisciplinaridade, este portfólio almejou apresentar as formas necessárias de interdisciplinaridade para assistência à saúde efetiva e eficaz. A bioética entra neste plano como fator essencial às discussões éticas e morais no cuidado aos usuários, sendo imprescindível conhecer o posicionamento jurídico acerca dos temas. Sendo, a realidade apresentada no contexto laboral quanto aos aspectos da integralidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, fatores importantes que devem ser levados em conta durante o planejamento da assistência em saúde. Encerrando, foi apresentado o comparativo de tendências pedagógicas aplicadas no contexto educacional da saúde e experiências exitosas que devem ser trazidas ao conhecimento da comunidade acadêmica, para serem reproduzidas e aperfeiçoadas pelos demais colegas de profissão.

Por fim, este portfólio apresentou a construção conjunta de um plano de ação assistencial em saúde, a partir do estudo obtido com o material fornecido pela disciplina. Ao discutir problemas globais de saúde que envolvem a atenção básica e a partir deste

construir um plano de ação, foi possível despertar para os problemas locais na assistência à saúde e planejar a elaboração futura de planos de ação a serem postos em prática.

O Curso de Especialização em Saúde da Família tem importância para prática profissional no momento em que se mostra como uma possibilidade real de interação do conhecimento científico a nível de pós-graduação com as experiências prática-profissionais. A discussão científica de assuntos da atenção básica entre profissionais atuantes na rede assistencial do SUS promove enriquecimento profissional de alto nível.

6 REFERÊNCIAS

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

DATASUS. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2307303465861&VEstado=23&VCodMunicipio=230730> Acesso em: 31 out. 2010.

WIKIPÉDIA. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Juazeiro_do_Norte>. Acesso em: 31 out. 2010.

MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MORI, Dulce Selma Bacheschi de C. **Experiência: Consultas Médicas: Oferta, Demanda, Mudança Cultural e o Fim das Filas.** Ministério da Aeronáutica: S. José dos Campos-SP, 2010.

Ministério da Saúde. **AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amqOquee.asp>> Acesso em: 12 nov. 2010.

SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Lei 12060/05. **Lei nº 12.060**, de 26 de setembro de 2005 de São Paulo. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/160443/lei-12060-05-sao-paulo-sp>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

LUCCHESI, Maurício; MALIK, Ana Maria. **Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil.** Revista de Saúde Pública. vol.43 no.1 São Paulo Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100021> Acesso em: 20 nov. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **PORTARIA N. 224**, DE 29 DE JANEIRO DE 1992. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/psiq/SNAS_P224_92psiq.doc> . Acesso em: 20 nov. 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **LEI FEDERAL Nº 9.716**, DE 07 DE AGOSTO DE 1992. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/default.asp?mostra=3&id=13&id2=5>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

TAVARES, Idésio Milani. **O tratamento de pacientes psiquiátricos no hospital geral: possibilidades e limitações.** Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=242215&indexSearch=ID>> Acesso em: 20 nov. 2010.

SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA SAÚDE DA FAMÍLIA

CORREIO BRAZILIENSE. Disponível em: <http://www.correioweb.com.br/> Acesso em: 14 mar. 2011.

DIÁRIO DO NORDESTE. **Tragédia no Japão pode afetar programa nuclear do Brasil.** Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/noticia.asp?codigo=313837&modulo=968>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

JORNAL DO BRASIL. **Pânico no Japão** – Brasil observa política nuclear. Disponível em: www.brasilwiki.com.br>. Acesso em: 14 mar. 2011.

UFPEL. **A saúde de quem cuida da nossa saúde.** Disponível em: <http://ccs.ufpel.edu.br/wp/2008/02/26/a-saude-de-quem-cuida-da-nossa-saude/26> de Fevereiro de 2008>. Acesso em: 13 mar. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família.** Fóruns - AMBIENTE MOODLE (a). Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/moodle/mod/forum/view.php?id=5338>>. Acesso em: 13 mar. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família. Material Didático** - AMBIENTE MOODLE (b). Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/moodle/course/view.php?id=344>>. Acesso em: 13 mar. 2011.

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A ATENÇÃO BUCAL NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE, 2010. Disponível em: http://www.juazeiro.ce.gov.br/index.php? Pasta=paginas_site&Pagina=lista_noticia&IDNoticia=03492&MenuDireito=1> Acesso em: 29 abr. 2011.

AGÊNCIA USP, 2010. Disponível em: <http://masterprotesedentaria.blogspot.com/2010/08/pesquisa-80-dos-idosos-estao-sem-dentes.html> Acesso em: 01/05/2011.

A FOLHA DE NORDESTINA, 2010. Disponível em: <http://www.afolhadenordestina.jex.com.br/noticias+do+brasil/sete+milhoes+de+idosos+brasileiros+sao+banguelos>> Acesso em: 01 mai. 2011.

BRASIL SORRIDENTE. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php> Acesso em: 29 abr. 2011.

DENTAL PRESS, 2009. Disponível em: <<http://www.dentalpress.com.br/v5/noticias.php?id=6246>> Acesso em: 01 mai. 2011.

NOTÍCIAS R7, 2010. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/quase-80-dos-idosos-brasileirostem-menos-de-20-dentes-20100512.html>> Acesso em: 29 mai. 2011.

PEQUENO, L. L. **A política de saúde bucal na atenção Primária do estado do ceará: 1994 – 2003** Universidade Estadual do Ceará. Dissertação de mestrado. Fortaleza – Ceará, 2005.

PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2010. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/odontogeriatría/velhice-sem-dentes.html>> Acesso em: 01 mai. 2011.

R7. Dicas úteis para uma melhor limpeza dos dentes e higiene bucal.

Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/dicas-uteis-para-melhor-limpeza-do-dente-e-higiene-bucal-20091028.html>> Acesso em: 01 mai. 2011.

SB BRASIL 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf> Acesso em: 29 abr. 2011.

SBBrasil. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/outras_acoes.php> Acesso em: 29 abr. 2011.

ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

SCIELO. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 jun. 2011.

JUSUOL. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/9167/acessibilidade-para-pessoas-portadoras-de-deficiencias>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE

SILVA, C. A., 2003 – ARTIGO – **O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico**. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/3809/o-consentimento-informado-e-a-responsabilidade-civil-do-medico>>. Acesso em: 02 jul. 2011.

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE (a). **Portal Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=13203>. Acesso em: 03 set. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (b). **Portal Saúde**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1444>. Acesso em: 03 set.
2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **BVSMS**. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/dicas/63saude_coracao.html>. Acesso em: 03 set.
2011.