

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

**ANA BEATRIZ FERREIRA PINHEIRO**

**INSTRUMENTO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA PROFISSIONAIS**  
**DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2011**

**INSTRUMENTO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA PROFISSIONAIS  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARACANAÚ**

**ANA BEATRIZ FERREIRA PINHEIRO**

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

Orientadora/ Tutora: Fabiane do Amaral Gubert

**ANA BEATRIZ FERREIRA PINHEIRO**

**INSTRUMENTO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA PROFISSIONAIS  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. FABIANE DO AMARAL GUBERT**

---

**Prof<sup>a</sup>. SUELI FERNANDES C. M. FERREIRA**

---

**Prof<sup>a</sup>. VALESKA VIEIRA CAMURÇA**

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus pelas incontáveis maravilhas que Ele me proporcionou e continua proporcionando, e este curso é uma delas.*



## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família tornou-se um eixo estruturante, contemplando parcela significativa de profissionais de saúde no mercado de trabalho, assim é possível perceber a sua importância para o SUS, com o envolvimento cada vez maior desses profissionais. Nessa perspectiva surgiu o curso de EaD da UNA-SUS para capacitar/qualificar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família mediante uma maior integralidade do saber e das ações. Este trabalho diz respeito a um relato de experiência sobre a construção do portfólio produzido durante as disciplinas da Especialização em Saúde da Família. O estudo foi realizado no período de Abril de 2010 a Julho de 2011, através das informações colhidas no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e na Unidade Básica de Saúde Pajuçara, localizada no Município de Maracanaú/CE, no bairro Pajuçara. Durante esse período foram elaborados registros da equipe envolvida, de acordo com cada módulo proposto no curso. O portfólio foi produzido através de fontes retiradas de registros da própria unidade de saúde (primária) e informações obtidas na secretaria Municipal de Saúde (secundária). Sua composição foi feita a partir das atividades das disciplinas, das considerações pessoais, dos relatos de aprendizagem e das reflexões mediadas pelos fóruns de discussão. Esse tipo de atividade provoca o questionamento do profissional sobre sua prática, como também ocasiona uma maior integralidade e conseqüente melhoria da assistência aos clientes atendidos na rede básica de saúde.

**PALAVRAS CHAVE: Integralidade; Portfólio; Saúde da Família.**

## ABSTRACT

The strategy greets of the family it comes if shaping like axle structuring, absorbing significant piece of professionals in the labor market. In this form, the formation of human resources is of basic importance for the SUS. In this perspective there appeared the course of EaD of the UNA-SUS to enable / qualify the professionals who act in the Strategy Health of the Family by means of a bigger integrality of the knowledge and of the actions. The work it is an experience report on the construction of portfolios produced during the disciplines of Specialization in Family Health. The study was carried out in the period of April of 2010 to July of 2011, through the informations gathered in the virtual environment of apprenticeship (AVA) and in the Basic Unity of Health Pajuçara, located in the Local authority of Maracanaú/CE. During this period there was prepared ten Portfolios (I document with the individual register of competences or of experiences) of the next disciplines attended disciplines. It was produced the portfolios through primary retired fountains of registers of the unity itself of health and secondary fountains that were information obtained in the Municipal general office of Health. Its composition was done from the activities of the disciplines, of the personal considerations, of the reports of apprenticeship and of the reflections mediated by the forums of discussion. This type of activity provokes the questioning of the professional on his practice I eat also it causes a bigger integrality and a better presence to the users attended in the basic net of health.

**Keywords:** Family Health; Integrality; Portfolio;

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
3	METODOLOGIA	16
4	PORTFÓLIO	17
4.1	Processo de Trabalho em Saúde	17
4.2	Saúde Mental e Violência	23
4.3	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	28
4.4	Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	30
4.5	Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade/ práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde	45
4.6	Saúde da Mulher	47
4.7	Participação Social e Promoção da Saúde	51
4.8	Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	53
4.9	Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	55
4.10	ABS Pessoas com Deficiência	58
5.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
6.0	BIBLIOGRAFIA	62

## Apresentação Pessoal

Meu nome é Ana Beatriz, tenho 34 anos, nasci na região do cariri, sul do estado. Sou uma pessoa alegre, extrovertida, bastante comunicativa, tenho predileção por ouvir música e como hábito diário ler a bíblia, que é o meu livro de cabeceira. Sou enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará em 2000.2, trabalhei no Programa de Saúde da Família por quase nove anos, sendo seis destes no município de Maracanaú, antes disso trabalhei na cidade de Brejo Santo, minha terra natal, por três anos e embora com a experiência de trabalho na assistência hospitalar e título de especialista em Enfermagem Cardiovascular, minha identificação maior foi com a saúde pública, provavelmente isso se deu pelo fato dessa área proporcionar maior autonomia à minha categoria profissional e pelo vínculo que pode ser estabelecido entre nós e os clientes, acompanhando muitas das etapas das vidas destes. Atualmente estou como Técnica da vigilância Epidemiológica de Maracanaú. A oportunidade de fazer a especialização em Saúde da Família à distância, surgiu através de uma amiga que trabalha na mesma universidade e me avisou sobre as inscrições, pois ela conhecia o meu desejo de fazer esse curso, estando eu atuando a tanto tempo nessa área, sentia a necessidade de ampliar minha visão e traçar novos projetos dentro da atenção básica. Hoje, continuo tendo essas expectativas e acredito que a cada novo módulo surgem também novos anseios e descobertas.



## INTRODUÇÃO A EAD

O sistema educacional a distância foi desenvolvido no sentido de preparar estudantes nas mais diversas áreas, viabilizando a comunicação através das várias mídias, como internet, televisão, cd, DVD, entre outros. O “novo” conceito de educação traz consigo a oportunidade de inserção social, com a propagação do conhecimento, tendo em vista que muitos vivem ainda em regiões onde uma boa qualidade de ensino é remota. Esse processo de ensino aprendizagem em que professores e alunos não estão fisicamente juntos, trouxe à nossa turma de especialização alguns questionamentos, bem retratados nas falas dos colegas em suas postagens aos fóruns:

Acho que é possível a interação através do computador, depende de nós e do facilitador. Devemos estar abertos pra ajudar os colegas e não termos medo de expor nossas dificuldades, todos temos alguma dificuldade e um ajudando o outro fica mais fácil o processo de aprendizagem. Já fiz especialização toda presencial e a turma nem tinha tanta interação, muitas vezes pareciam concorrentes.

(Ana Paula Montenegro Lessa)

Clodoaldo discordo da sua colocação, pois me senti diferente em sala de aula pelo fato de não conhecer os colegas e ao mesmo tempo saber que será necessário muito mais tempo para conhecê-los ou talvez reconhecê-los. Preocupa-me o fato de saber das dificuldades que vou enfrentar frente ao computador e não saber que vou ter um colega ao lado para troca de conhecimentos ou de dúvidas, mas essas dificuldades só servem como estímulos. Nunca fiz um curso a distância como muito dos colegas, entendo como a evolução do processo educacional, porém ao pensar no meu curso de especialização que foi todo presencial fico a pensar o quanto vamos perder no fator humano, pois hoje em dia existe um vínculo grande entre as colegas do curso. Serão possíveis esses vínculos através do computador?

(Christiane de Deus)

Podemos perceber que existiam dúvidas e angústias em relação ao curso não presencial, porém esses sentimentos parecem ter deixado de existir à medida que os módulos foram acontecendo. O que eu entendia por ensino a distância, não tornava viável o vínculo criado entre nós cursistas e tutoria e, apesar do crescimento vertiginoso desse método de ensino, hoje eu acredito sim em uma EAD de qualidade, com metodologia e critérios.

### **Interação e Evasão na EAD**

Para qualquer tipo de relacionamento é necessário haver interação, que nada mais é do que: ação de troca; influência mútua; reciprocidade; comunicação entre pessoas que convivem; diálogo; contato. Em se tratando de educação, seja ela presencial ou não, a interação constitui um dos principais fatores para o sucesso da aprendizagem. Na educação à distância, ela se torna ainda mais importante, no que se refere à frequência e intensidade com que acontece, pois habituados aos métodos de ensino convencionais, em que alunos costumam serem cobrados constantemente sobre seus deveres e tarefas, os estudantes acabam por se sentir “soltos”, esquecendo-se do que é autonomia.

É sob esse aspecto que a questão da evasão no ensino deve ser analisada, lembrando que o acompanhamento adequado faz o cursista sentir-se parte do processo ensino aprendizagem e que a falta de motivação pode criar a sensação de falta de apoio, de abandono. É válido lembrar que a desistência se dá para muitos pela sobrecarga de trabalho, como ocorreu com alguns colegas médicos que deram início ao curso conosco e que apesar do empenho e das tentativas dos facilitadores em ajudá-los, não foi possível dar continuidade aos estudos.



**ESSA TURMA É EXEMPLO DE INTERAÇÃO**

## **1- INTRODUÇÃO**

No século XX, a Saúde Pública encontrava-se em meio às transformações sociais, tecnológicas, científicas, econômicas e políticas que faz emergir a reflexão acerca da assistência hospitalocêntrica, individual e curativa, apontando para sua ineficácia. Nesse sentido, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, ocorrida em 1978 em Alma Ata, na antiga União Soviética, configura-se como a primeira iniciativa de reestruturação dos serviços públicos de saúde e propõe como meta que, baseado nos cuidados primários à saúde, toda a população até o ano 2000 atinja um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Existe dois outros marcos na história dessas transformações, o primeiro foi a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, ocorrida no ano de 1986, em Ottawa, Canadá. Como consequência, foi produzida a Carta de Ottawa, a qual preconiza cinco campos de ação para promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e; reorientação dos sistemas e serviços de saúde (CAMPOS, 2004). O segundo se deu em 1988 com a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tendo como tema central as políticas públicas saudáveis e resultando na formulação da Declaração de Adelaide, que recomendava a criação de ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde.

No Brasil, o reflexo dessas discussões foi de grande importância para a Constituição Federal, tendo em vista que a partir de 1985 começou a preparação para sua elaboração (VASCONCELOS, 2002). Nesse sentido, foi realizado em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde como resultado das discussões para reestruturação da assistência à saúde na vertente de superação do paradigma biomédico, e a partir dela criou-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a tarefa de formular as bases para o sistema de saúde brasileiro. Alguns dos integrantes dessa comissão fizeram parte da Assembléia Nacional Constituinte – conjunto de parlamentares que escreveram a Constituição Federal de 1988.

Com o intuito de promover esse acesso universal e igualitário, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal (VASCONCELOS, 2002) e que traz como diretrizes: a universalização, a

integralidade, a equidade, a resolutividade, a intersetorialidade, a descentralização, a humanização e a participação popular.

Apesar da instituição do SUS na promulgação da Constituição de 1988, foi apenas dois anos depois que os esforços no sentido de constituição desse sistema foram mais detalhados por meio de sua Lei regulamentadora, nº. 8.080, de 19 de setembro. Devido os vários vetos sofridos por essa Lei, uma nova foi editada, sob o número 8.142 de 28 de dezembro, criando os conselhos de saúde e as conferências de saúde e disciplinando as transferências de recursos da União para o Distrito Federal, Estados e Municípios, restabelecendo a participação da comunidade na gestão do SUS (MELO; CUNHA; TONINI, 2002).

Como consequência o processo de reforma sanitária brasileira foi implantado, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual tem como objetivo melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que inclui desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças (BRASIL, 1994).

Pereira (2005; pág. 75) refere, entretanto, que o PSF “não é uma idéia e nem uma proposta nova, é decorrente de diversas tentativas”, tais como: movimento sanitário (reordenação do modelo assistencial de saúde e consolidação do sistema único de saúde) e; o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), lançado pelo Ministério da Saúde - MS em 1991. Cabe reforçar que todas essas estratégias sofreram limitações, uma vez que mesmo frente à nova proposta de atenção à saúde “as unidades básicas de saúde continuavam atuando no sistema tradicional, sem absolutamente nenhuma vinculação com a população, com baixa resolubilidade e com um enfoque predominantemente curativo”.

Vasconcelos (2002) vem referir que a estratégia do PSF é instituída para promover mudanças significativas no que diz respeito à saúde das pessoas. Sua lógica funciona vinculando os profissionais de saúde a uma comunidade dentro de uma área mapeada e, a partir deste grupo, será construído um elo entre a equipe de PSF e comunidade adstrita, buscando a construção de um ambiente saudável, melhorando a qualidade de vida. O PSF surgiu como uma proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da atenção básica.

Na atenção básica, a estratégia saúde da família vem se configurando como eixo estruturante, absorvendo parcela significativa de profissionais no mercado de trabalho. É de fundamental importância a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, buscando encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada desses profissionais. É nessa perspectiva que surgiu a necessidade de capacitar os profissionais do SUS mediante o curso de EaD da UNA-SUS para se ter uma maior integralidade do saber e das ações.

Dentre os vários campos de trabalho do enfermeiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) merece destaque especial. Sabe-se que a enfermagem atualmente representa mais de 80% do efetivo que atua nos programas de assistência de saúde pública. Trata-se, portanto, de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil.

É de suma importância investir na formação/capacitação dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família para que se tenha uma maior interdisciplinaridade e uma melhor articulação entre teoria e prática para que se proporcione uma melhor assistência e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida aos usuários atendidos na rede básica de saúde.

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Expor através do portfólio, o resultado do trabalho/ experiência desenvolvido durante o Curso de Especialização em Saúde da Família – UFC/UNA-SUS.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Elaborar portfólio das disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família – UFC/UNA-SUS;

Discutir os assuntos abordados no portfólio embasado na literatura pertinente;

Sensibilizar os profissionais da equipe em questão, a fim de promover uma articulação entre teoria e prática.

### **3- METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de um relato de experiência da atuação do profissional que se encontrava inserido na Estratégia Saúde da Família. O estudo foi realizado no período de Abril de 2010 a Julho de 2011, através das informações colhidas no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e na Unidade Básica de Saúde, além de conteúdos dos sistemas de informação presentes no nível central.

O AVA tratava-se de um software no qual diversas ferramentas de comunicação estavam integradas em uma página da internet, pelo qual acessávamos através do ambiente moodle as disciplinas ofertadas pelo Curso de Especialização. Houve também encontros presenciais, inicialmente mensais e posteriormente bimestrais.

A Unidade Básica de Saúde da Família Pajuçara, localizada no Município de Maracanaú/CE, foi fonte de coleta de informações. Esta Unidade era composta por três Equipes de Saúde da Família e duas Equipes de Saúde Bucal na modalidade II.

O Trabalho de Conclusão de Curso – TCC diz respeito à consolidação das atividades de cada módulo estudado - Portfólios (documento com o registro individual de habilitações ou de experiências) em que constam as seguintes disciplinas: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e avaliação das Ações em Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – práticas pedagógicas em Atenção Básica em Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; ABS Pessoas com Deficiência.

A elaboração do portfólio deu-se através de fontes primárias, Unidade Básica de Saúde Pajuçara e fontes secundárias que foram informações obtidas na secretaria Municipal de Saúde. Sua composição foi feita a partir das atividades das disciplinas, das considerações pessoais, dos relatos de aprendizagem e das reflexões mediadas pelos fóruns de discussão.

## **4 - PORTFÓLIO**

### **4.1 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

#### **4.1.1 – Artefato da sensibilidade humana**

As mudanças na vida do ser humano requerem cautela e disciplina, como a grande parte dos colegas falou, não é fácil mudar hábitos, desfazer costumes, dispor de outro modo os reflexos que mais parecem condicionados, como se fôssemos animais que aprenderam algo e sem que se percebam agem de maneira automática.

Profissionais de saúde muitas vezes agem dessa forma no dia a dia de trabalho, como se estivéssemos programados para executar uma determinada tarefa. Como bem colocado pela cursista Ana Paula, é difícil mudar hábitos, insistir no objetivo proposto então é ainda mais complicado, e se esse objetivo se refere a tentar interferir na vida do outro, fazendo-o “esquecer os maus hábitos” é necessário empenho e dedicação. A educação em saúde, proposta pelo P.S.F., é sem dúvida um dos maiores desafios encontrados, pois diariamente surgem situações em que o diabético não consegue mudar seus hábitos alimentares; a puérpera não amamenta porque recebeu orientação da mãe, da avó ou da sogra, que o mingau é mais forte para o bebê (mesmo ouvindo o inverso nas consultas de pré-natal); tomar pílula contraceptiva somente após o término da menstruação, independente do número de dias que essa dure é a maneira correta de se evitar gravidez, pois “Faço isso há anos e nunca deu errado”. É preciso entender que mesmo pessoas “teoricamente” com acesso à cultura, à informação, fazem coisas pela força do hábito, que mais parecem uma prática sem intervenção da vontade ou da inteligência, os clientes precisam mesmo de incentivo e humanização nos atendimentos, é importante lembrar que o indivíduo precisa ser visto no seu contexto social e só assim veremos mudanças.

#### **4.1.2 - Democratização de idéias**

Estão certos os colegas quando dizem que não há participação efetiva na grande parte dos municípios, porém acredito que na realidade vivenciada no município de Maracanaú, a participação efetiva ainda não é a IDEAL, mas há o esforço para que ela aconteça. O trabalho em uma equipe de saúde da família mostra as dificuldades em se trabalhar na assistência. Como bem relatou a colega Carolina, contamos com uma rede de informações e existe uma pactuação municipal que é feita anualmente, quando nos reunimos para determinar metas a serem alcançadas no decorrer daquele ano e ao término do mesmo, avaliamos por equipe, como foi o desempenho baseado na proposta do pacto. Trabalhamos tentando atingir essas metas, recebemos capacitações de acordo com as dificuldades relatadas e é claro tentamos sempre salientar a importância da humanização do cuidado. É dentro desta perspectiva que o trabalho vem tomando notoriedade na saúde pública a nível nacional.

#### INTRODUÇÃO DAS INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS EM UMA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARACANAÚ

<b>Intervenções profissionais</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Finalidade</b>	<b>Meios materiais</b>	<b>Condições ou rh</b>	<b>Sujeitos</b>	<b>Objeto</b>
Consulta de pré-natal	Acompanhamento gestacional	Monitoramento, prevenção e controle	Consultório	Enfermeira e médico	Gestante	Gestação
Consulta de puericultura	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	Deteção precoce(prevenção) e controle	Consultório	Enfermeira e médico	Crianças de 0-2 anos	Infância de 0-2 anos
Consulta ao hipertenso	Acompanhamento dos níveis pressóricos	Monitoramento e controle da pressão arterial sistêmica	Consultório	Enfermeira e médico	Portadores de hipertensão	Hipertensão Arterial Sistêmica
Atividade extra muro	Promoção de saúde e prevenção de doenças	Prevenção de doenças e melhoria na qualidade de vida	Vídeos e material educativo	Enfermeira	População idosa, geralmente portadora de doenças crônicas	Assunto em questão
Visita domiciliar	Assistir ao problema	Prevenir, identificar e tratar o problema	Na comunidade	Enfermeira e médico	Cliente com dificuldade de estar na	O agravo



#### 4.1.3- O Processo de Trabalho em Atenção Básica de Saúde

Cada território possui especificidades que dizem respeito aos seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução dos sistemas de saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não pode existir um padrão único e imutável de gestão.

A gestão de saúde municipal vem buscando soluções que viabilizem o planejamento e a melhor aplicação dos recursos, atendendo aos princípios do SUS.

O município de Maracanaú, que tem esse nome em virtude da grande quantidade de aves denominadas de maracanãs que sobrevoavam suas lagoas, está localizado na região metropolitana de Fortaleza, distando 20 km do centro da capital do estado. A cidade faz divisa com Fortaleza (ao norte), Caucaia (ao norte e oeste), Maranguape (ao oeste, sul e leste) e Pacatuba (-ao sul e leste). A ligação entre Maracanaú e Fortaleza ocorre através da CE – 060 e o anel viário que corta o município representa importante via de circulação, pois interliga todas as rodovias que chegam a Fortaleza (-BR – 020, BR -222, BE – 116, CE – 065 e CE – 040).

Entre os municípios que formam a grande Fortaleza, Maracanaú é o terceiro colocado em termos de contingente populacional, abaixo somente de Fortaleza e Caucaia. A cidade sofreu um vertiginoso crescimento populacional, motivado

principalmente pela construção de vários conjuntos habitacionais, que exercem forte atração junto à classe trabalhadora de Fortaleza, motivando o aglomerado de pessoas em uma mesma residência e facilitando o contágio de doenças transmissíveis, principalmente em períodos chuvosos, pois é o momento em que se evita a circulação do ar (pelo fechamento de portas e janelas) e não há incidência solar.

A população ultrapassa os duzentos mil habitantes segundo o IBGE (2009) e tem a segunda maior arrecadação do estado, sendo sua economia centralizada fundamentalmente no setor industrial. A área territorial absoluta do município é de 105,7 quilômetros quadrados, o clima é tropical quente subúmido, a temperatura média é de 26 a 28 graus e o período chuvoso acontece de Janeiro a Maio. Em relação aos seus componentes ambientais, apresenta relevo constituído de tabuleiros pré-litorâneos planossolo solódico (solos típicos de áreas baixas, que permitem o excesso de água permanente ou temporária, com saturação de sódio) e vegetação caatinga arbustiva densa. (IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia econômica do Ceará).



O abastecimento de água para a população urbana é de 75%, os serviços de esgoto de 45,-83%, energia elétrica de 97,07% e a taxa de alfabetização de 86,24%.

A saúde municipal conta com profissionais ligados ao SUS (dados de 2007): 362 médicos, 126 enfermeiros, 66 dentistas, 214 Agentes Comunitários de Saúde e mais 115 profissionais de nível superior. Esse valor não inclui as 52 equipes de Saúde da Família, nem os profissionais do NASF que foi implantado em 2009. (SIAB – Maracanaú, 2010)

Anualmente há o festival de quadrilhas de Maracanaú que acontece no mês de Junho e durante todo esse período, é ofertado o teste rápido de HIV para os participantes da festa popular que tenham interesse em realizá-lo. Alguns dados epidemiológicos

(SINAN – Maracanaú, 2010), como as doenças de notificação compulsória, apresentam-se assim:

\*AIDS: 25 casos;

\*DENGUE: 350 casos;

\*HANSENÍASE: 61 casos;

\*TUBERCULOSE: 123 casos;

\*HEPATITES VIRAIS: 17 casos;

\*MENINGITE: 25 casos;

\*LEISHMANIOSE TEGUMENTAR: 02 casos;

\*LEISHMANIOSE VISCERAL: 123 casos.

#### Programa Saúde da Família

Alguns indicadores:

Crianças Acompanhadas pelo Programa Agentes de Saúde (%)

Até 4 meses só mamando: 72,4

De 0 a 11 meses com vacina em dia: 96,8

De 0 a 11 meses subnutridas (1): 1,3

De 12 a 23 meses com vacina em dia: 97,3

De 12 a 23 meses subnutridas (1): 2,7

Peso < 2,5 kg ao nascer (2): 7,1

As informações são relevantes para que se possa, além de conhecer os pontos críticos e as incidências dos agravos, possamos principalmente montar estratégias capazes de melhorar o quadro de saúde do município. Nesse caso, – as intervenções necessárias são referentes à expansão do saneamento básico, para que não haja mais esgoto a céu aberto, acúmulo de água e consequentes focos do mosquito *Aedes*;

construção de casas populares, afim de diminuir o número de pessoas residindo em um mesmo local, aumentando a transmissão de doenças, fato que ocorreu recentemente na área de P.S.F Pajuçara, onde três moradores de uma mesma casa foram infectados por tuberculose no período de dois meses. É válido lembrar que a criação do terceiro turno nas unidades de saúde, foi de fundamental importância para a saúde do trabalhador de Maracanaú, que anteriormente recorria à emergências hospitalares noturnas ou precisavam se ausentar do seu emprego para receber atendimento. É buscando melhorias baseadas nas particularidades de cada município e conseqüentemente dos indivíduos, que melhoraremos a saúde pública do nosso país.

Acertam os colegas que participaram do fórum sobre as evidências dos determinantes sociais que avaliaram a Saúde Pública do país, quando afirmam que evoluíram com o passar do tempo. Trabalhando no município de Maracanaú há seis anos, percebemos que os progressos acontecerem em cada um deles. Estivemos em uma área de P.S.F. onde existe um grande número de famílias, porém atualmente foi realizada uma reterritorialização para posterior lotação dos Agentes Comunitários de Saúde selecionados em concurso realizado este ano, isso proporcionará melhores condições de trabalho à equipe, tanto pela cobertura de áreas anteriormente sem A.C.S, como pela divisão de famílias entre outras equipes. A descentralização do atendimento de hanseníase, o acompanhamento supervisionado do tratamento da tuberculose, a implantação do NASF (Núcleo de Assistência ao Saúde da Família), que veio somar-se ao P.S.F, tudo isso é marco para a saúde do país, porém ainda há algumas dificuldades a serem vencidas e acreditamos que uma delas seja a estabilidade dos profissionais (médico, enfermeiro e dentista), para que diminua a rotatividade destes e haja maior empenho e continuidade das tarefas desenvolvidas pelos mesmos no programa.



#### **4.2- SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA**

A experiência em Saúde Mental aconteceu na época da faculdade, no Hospital Psiquiátrico São Gerardo, localizado na Parquelândia e foi algo inesquecível. Antes de entrarmos naquele ambiente que mais parecia uma prisão, éramos orientados a retirar os adornos (anéis, pulseiras, colares, etc...) para não chamarmos a atenção dos pacientes que ali se encontravam, separados da sociedade. Nesse mesmo período, iniciava-se o atendimento ambulatorial, denominado Hospital Dia, em que as pessoas portadoras de transtornos mentais, recebiam atendimento e eram encaminhadas a voltarem às suas residências, porém essa conduta parecia não agradar alguns familiares, que acreditavam na institucionalização como modo resolutivo para o problema do cliente, bem como para os deles próprios, que era tirar do convívio social o “diferente”.

Em Maracanaú, há cinco anos existe o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que funciona de segunda a quinta de oito às dezesseis horas e na sexta até meio dia. A equipe que compõe esse centro conta com três médicos; uma enfermeira; duas assistentes sociais; um terapeuta ocupacional; dois psicólogos; um farmacêutico; um técnico de enfermagem. A entrada dos pacientes ocorre por demanda espontânea ou por encaminhamento, então é realizada uma avaliação e posterior entrevista com qualquer profissional de nível superior. O acompanhamento dos mesmos é feito individualmente, e também em grupos (conduzidos por psicólogos). É importante lembrar que no

município contamos com o CAPS AD para o tratamento de transtornos por Álcool e Drogas.

Graças à reforma psiquiátrica, vemos hoje um modelo de atendimento que, apesar de não solucionar o agravo do cliente com transtorno mental, permite que este permaneça inserido no meio social e familiar, mesmo tendo como base terapêutica os medicamentos.



#### **4.2..1- Ações em Saúde Mental**

Foi realizada visita a uma unidade de saúde psiquiátrica em Maracanaú, o CAPS, que há cinco anos atende os pacientes com transtornos mentais residentes nesse município. O atendimento acontece de oito às dezesseis horas de segunda à quinta, e de oito ao meio dia às sextas feiras. Os pacientes em surto são recebidos como emergência e imediatamente atendidos pelo médico psiquiatra (existem três psiquiatras escalados nessa unidade), já os clientes referenciados, passam por uma avaliação com um dos profissionais de nível superior (assistente social; enfermeiro; psicólogo; terapeuta ocupacional; farmacêutico) e de acordo com tal avaliação ele pode ser orientado a retornar à UBASF (Unidade Básica de Saúde) para acompanhamento pelo médico de saúde da família, ou ser agendado para consulta com psiquiatra, porém antecedendo

essa consulta existe uma entrevista realizada pela psicóloga, para que se realize um tipo de anamnese do paciente e seja aberto prontuário. Como seguimento para o tratamento, aprazam-se consultas e os intervalos variam de acordo com cada caso, e nesses atendimentos subseqüentes os portadores de transtornos são designados a fazerem parte de grupos que executam dinâmicas e terapias orientadas pelo terapeuta ocupacional e pelo psicólogo. A orientação do tratamento medicamentoso é de responsabilidade do médico e do enfermeiro, porém o que vemos é um envolvimento verdadeiro e uma preocupação crescente de todos os profissionais envolvidos no processo de recuperação dessas pessoas, na tentativa de fazer acontecer a reabilitação psicossocial, contudo ainda não há o apoio matricial, o que certamente seria relevante para se alcançar esse objetivo.

#### 4.2..2- Caso Clínico na Comunidade

O estudo de caso feito pela equipe de número 5, composta por Ana Beatriz, Arisa, Aída, Carolina, Christine e Mário, retrata uma situação de perda vivida por um paciente do Município de Maracanaú, como descreve abaixo a colega Carol.

Esta semana passei por uma grande preocupação quando entra em meu consultório a mãe de um jovem de 16 anos, que á pedido ou por imposição dela, o traz ao consultório. A mãe em prantos mostra-me uma carta de despedida de *Anderson (nome fictício)* que por pouco não tomou o veneno chumbinho para morrer.

Anderson homossexual terminou o relacionamento (perda) com um jovem de outro bairro e não aceitava esse fato. Por isso não sai mais de casa, não estuda e diz ouvir vozes dando-lhe ordens para o suicídio e ele quer morrer. Em uma semana ocorreram todos esses fatos.

Li em silencio e atentamente a carta que era datada do dia anterior, em que ele pedia para sua mãe não chorar no seu velório, mas era uma vontade dele e que seu amigo, fosse avisado do ocorrido. Também se despede do pai e dos irmãos.

Fiquei chocada com o caso. Ouvi atentamente a mãe de Anderson que naquele momento me mostra o chumbinho que esta em sua bolsa e que ela impediu que ele tomasse evitando essa fatalidade. Anderson estava imóvel com as mãos fechadas. Após ouvir essa senhora e lhe dar um ligeiro toque em suas mãos pedi que ela me deixasse a sós com Anderson no consultório.

Ela saiu e então falei com Anderson perguntando se ele concordava com o relato de sua mãe.

Ele responde afirmativamente com um balançar de cabeça. Ele permanecia calado com as mãos fechadas, imóvel. Perguntei-lhe se ele acreditava em Deus?

E a dor que sua família ia sentir? Comentei que ele poderia ter outros relacionamentos, pois ele era bonito, tinha um porte de atleta e não seria difícil encontrar outro companheiro e fiz outras perguntas no intuito de tirá-lo daquela idéia. Fiquei calada por uns instantes e ele parecia uma pedra de gelo, sem o menor gesto de arrependimento. Não respondeu a nenhuma pergunta minha. Então lhe comuniquei que iria lhe enviar ao CAPS a fim de ter um atendimento com o Psiquiatra a fim de ser acompanhado e que seria necessária uma medicação e que esses pensamentos ruins e essas vozes iram desaparecer.

Solicitei a presença da mãe e comuniquei-lhe a minha decisão. E ela diz me ajude. Não deixe meu filho morrer.

Deixei os dois no consultório e fui telefonar para o CAPS pedir ajuda, e uma voz quase gravação responde não temos médico Psiquiatra. INSISTI, INSISTI, INSISTI. E então disse que queria falar com a diretora do CAPS, pois era um caso grave. A mesma resposta me foi dada pela diretora do CAPS de que não tinha médico psiquiatra. Então não me contive e me identifiquei como Conselheira de Saúde do município e disse que não era esse o discurso do CAPS quando ia ao Conselho de Saúde. Quase terminando o telefonema e com toda a minha indignação informei-lhe que no atestado de óbito, de alguma forma, iria colocar a omissão do CAPS. Além de levar esse caso ao Conselho de Saúde do Município. E eis que vem uma solução. Temos um médico agora e se a doutora conseguir um carro e trazê-lo em trinta minutos ele será atendido. Agradei.

Liguei para a gerente da AVISA III pedindo um carro para o transporte urgente do paciente. Ela informou que um carro estava quebrado e o outro estava para Fortaleza. Não me dei por vencida falei-lhe do caso e ela se sensibilizou e conseguiu um carro; Em dez minutos o carro já estava levando o paciente e sua mãe para a consulta. Acho que esse carro era de alguma autoridade do município. Informei o caso a enfermeira da equipe a qual se propõe a ajudar. Depois a agente de saúde me informou que ele estava em casa e que tinha sido atendido e recebido toda a medicação no CAPS. Solicitei que a agente de saúde da área fizesse uma visita diária a esse paciente.

E pensar que ainda hoje se consegue um atendimento quando você pede, implora, ou ameaça.

O homossexualismo em nossa sociedade é tratado de maneira incisiva, com atitudes de discriminação e preconceito. A orientação sexual é parte da identidade do indivíduo tanto nas dimensões de gênero, como no seu papel social e para Alex de Toledo (ANO), mestre em ciências médicas, “o enrijecimento social e individual da aceitação da homossexualidade ou da diversidade das orientações sexuais pode dificultar a aceitação da própria identidade, associado à pior ajustamento social, baixa auto-aceitação, baixa auto-estima e autodepreciação”.

O sentimento de luto, pela perda ou separação de alguém pode acarretar transtornos como o de estresse pós-trauma, como já citado pela colega , e para Ana Luíza Galvão (2010) “Um grande sofrimento psicológico se desenvolve quando surgem lembranças de algum aspecto do trauma e há uma intensa necessidade de se evitar pensamentos, conversas, pessoas ou lugares que ativem recordações desse trauma.”

É possível observar a importância da atenção primária aos pacientes com transtornos mentais, pois a informação que temos, é que realmente existe psiquiatra no CAPS para atendimento de segunda à quinta- feira até as 16 horas, contudo a atitude da enfermeira que atendeu Anderson, foi de extrema relevância para o cuidado desse paciente sugestão da outra profissional que prestou atendimento ao jovem, de realizar um acompanhamento semanal ao cliente, pois o caso em questão revela um adolescente homossexual vivenciando um processo de perda, e que sem dúvida necessitará de maior suporte, também que o apoio familiar deva ser incentivado, não esquecendo, porém do acompanhamento regular pelo psiquiatra.



### 4.3 - MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A identificação das distintas formas de atuação sobre a realidade de saúde, como o modelo médico assistencial privatista, as campanhas sanitárias emergentes na primeira república, os modelos de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, deu-se através da análise das políticas de saúde e de suas repercussões sobre o modo de intervenção nos problemas e necessidades de saúde, principalmente no que se refere à organização dos serviços e à utilização de tecnologias. Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos, de uma maneira geral como combinações de tecnologias utilizadas nas intervenções sobre os problemas e necessidades sociais de saúde. Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos em nosso país: Oferta programada ou organizada; Vigilância a saúde; Saúde da família; Ações programáticas de saúde, etc. (PAIM, 1999). A partir de 1980, dois grandes subsistemas foram configurados: privado, baseado no seguro saúde (saúde suplementar) e o subsistema público universalista SUS, teoricamente acessível aos não protegidos pela modalidade particular.

Em postagem ao fórum:

#### CONCEITO DE MODELO ASSISTENCIAL

Como diriam os sofistas ao pedir uma elaboração do conceito de modelo assistencial em saúde nos dias de hoje diria que estamos no campo dos objetos ideais.

Entendo que o modelo assistencial comportaria o envolvimento de todos, para melhoria da saúde envolvendo comunidade, profissionais de saúde, gestores e educação. Todos são fundamentais para se ter um modelo assistencial ideal.  
NO MARACANAÚ

Maracanaú assumiu o compromisso público da construção do PACTO pela saúde, que constitui de obrigações sociais através de três pactos; Pacto pela vida; Pacto em defesa do SUS; Pacto de gestão do SUS que evidencia os

caminhos onde devemos trilhar, notadamente nas áreas de maior cobertura assistencial, prestação de serviços e execução de políticas públicas. Este compromisso reflete a ampla e crescente procura de cuidados de saúde na Atenção Básica, enquanto o sistema único de saúde, nesse nível de atenção se consolida como uma assistência mais equitativa, inclusiva e mais justa. É a porta de entrada do sistema de saúde, em que se tem a intersetorialidade como um elo do sistema. O sucesso da execução está preconizado no Plano Municipal de Saúde, e conseqüentemente, a obtenção dos resultados pretendidos depende de um conjunto de fatores que ampliam as chances para obtenção da elevação dos índices e das metas e ações pretendidas para o sucesso na implementação das Políticas Públicas de Saúde.

Observo que muito já se conquistou em Saúde Pública, mas temos ainda desafios como a promoção e a recuperação. MARACANAÚ É ASSIM.

CAROLINA TEIXEIRA

O Modelo Assistencial em Saúde, nada mais é que um conjunto de elementos organizados, constituído por recursos humanos (profissionais de saúde), clientes, estrutura física, recursos tecnológicos e gestores, sendo a articulação entre estes, essencial para a qualidade da assistência.

No município de Maracanaú, os pactos firmados, como já citados pela colega Carol, evidenciam a preocupação, empenho e compromisso com a atenção à saúde e como tão bem expressado por ela também “enquanto o sistema único de saúde, nesse nível de atenção(primária) se consolida como uma assistência mais equitativa, inclusiva e mais justa”. Mostra mais uma vez que o município tem um modelo organizacional de saúde.

Longe de se mostrarem suficientes para a resolução da problemática da assistência médica no Brasil, os dois modelos já citados, privilegiam a assistência médica em detrimento da promoção à saúde. No modelo assistencial brasileiro o sistema de saúde deveria funcionar como uma pirâmide, com fluxo ascendente e descendente de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade. Na base estão as Unidades de Saúde, que devem funcionar como porta de entrada para os níveis superiores, de maior complexidade. Além da ineficiência do atendimento primário à saúde, que tornam os hospitais porta de entrada para a assistência à saúde da população, a principal crítica à atenção primária, é a centralização ao atendimento médico, com pouca ou nenhuma prática de prevenção de doenças e promoção à saúde. (CECILIO, 2002).



#### **4.4 – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE**

Planejar compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados, é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. (SILVA, 2006).

##### **O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO**

A estratégia pode ser compreendida como uma forma de se antecipar aos possíveis obstáculos que surgirão quando se pretende passar de uma situação existente para a desejada, para avançar na situação e alcançar o que se almeja, claro que com a análise prévia da condição da realidade existente (diagnóstico situacional). Quando o planejador utiliza adequadamente a estratégia para viabilizar seu plano de ação, isto é a realização de um planejamento estratégico, ele considera no ato de planejar que não existe uma única interpretação da realidade, pois existem também as interpretações dos outros atores sociais, que tanto pode ser um grupo de pessoas, como uma única personalidade, este obrigatoriamente deve ter três características: um projeto para intervir na realidade que deseja mudar; capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas; ter grau de organização.

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

Em postagem ao fórum:

Caros Colegas, boa noite!!!!

No questionamento abordado pela atividade do módulo de planejamento observa-se que só foram citados os profissionais de saúde e a comunidade;

Entendo que a solução de qualquer dificuldade na comunidade passa necessariamente por um quadrilátero formado por: Gestor; Educação; Comunidade e Profissionais de Saúde.

- 1) O Gestor – Que estando sensibilizado e querendo resolver à problemática participa primordialmente na resolução dos problemas, com os recursos políticos, econômicos, cognitivo, e organizativo.
- 2) A Educação – Que através de seus atores participa no processo de mudança que por sua vez, se torna importante na mudança de hábitos da comunidade;
- 3) A Comunidade – Que através de sua interação com os atores participa dos Conselhos Municipais, Conferências Municipais ou como representantes da comunidade na busca de alternativas para resolução de seus problemas;
- 4) Os Profissionais de Saúde - Que devem entender que a resolução de um problema passa necessariamente por estas três vertentes anteriores. Também contribui com seus saberes para uma sociedade mais justa.

É Importante também o diálogo com os atores em busca das soluções dos seus nós críticos. Estas soluções passam necessariamente por: valores, posições e interesses além de saberes diferentes e discussões apropriadas. Quão belo seria um planejamento nestes moldes, mas na realidade o que fazemos é a custa de muito esforço físico e mental.

Quadro dos atores na solução dos nós críticos da comunidade

SOLUÇÃO PARA OS NÓS CRITICOS DA COMUNIDADE

GESTOR **EDUCAÇÃO**

PROFISSIONAIS DE SAÚDE **COMUNIDADE**

No caso citado, a comunidade tem padecido pela falta de planejamento dos gestores, necessária para o conhecimento das reais necessidades do povo em sua totalidade. O indivíduo não deve ser visto apenas como uma doença ou agravo, mas como alguém inserido em um contexto social com particularidades e necessidades distintas das demais. Entender a importância da assistência à saúde para o ser humano é fundamental para priorizá-la diante das ações, porém um bom planejamento faz-se a partir da análise prévia situacional bem como da interação entre os diversos setores, como bem exemplificado pela colega Carol, quando cita o “quadrilátero”.

A questão do planejamento está “romanticamente” ilustrada no vídeo em que uma criança sente a necessidade de companhia para jogar futebol, logo planeja uma maneira de ter um irmão, criando uma situação propícia para a concepção do mesmo.

#### PLANO DE AÇÃO DO GRUPO 01



#### Curso de Especialização em Saúde da Família



#### ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

## **Planejamento em Saúde**

### **Atenção Básica à Saúde**

#### **Trabalho de Equipe**



[Ana Beatriz Ferreira Pinheiro MA01](#)



[Ana Paula Montenegro Ribeiro Lessa MA01](#)



[Ana Vilma Leite Braga MA01](#)



[Camila de Oliveira Prata MA01](#)



[Carolina Emilia Correia Teixeira MA01](#)

Tutora: Fabiane Gubert - Maracanaú 01

## **PLANEJAMENTO**

O planejamento na área de saúde adquire grande importância à medida que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Assim, como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento busca, de forma tripartite (Federal, Estadual e Municipal), a pactuação de bases funcionais que permitam a eficácia do processo de consolidação do SUS e a resolubilidade e qualidade das ações e serviços prestados à população.

## **PERFIL DO MUNICÍPIO**

### **➤ Localização Geográfica do Município**

O Município de Maracanaú integra a Região Metropolitana de Fortaleza – RMF e está localizado a 20 km, em linha reta, ao sul do centro da Capital do Estado, à qual se liga através da CE-060. É servido também pelo Anel Viário. Interliga todas as rodovias que chegam a Fortaleza (BR-020, BR-222, BR-116, CE-065e CE-040). Além de Fortaleza, faz limites ainda com os municípios de Caucaia, Maranguape e Pacatuba. (Google Earth, 2010).

A cidade, atualmente, constitui-se no maior Centro Industrial do Ceará e é conhecida como a "*Terra das Indústrias*". Tem clima tropical quente, com precipitação pluviométrica média de 1.400mm anuais, e possui uma área geográfica de 105,6 km<sup>2</sup>.

A população do município, em 2009, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 201.690 habitantes, com uma densidade populacional de 1.890,40 habitantes por quilômetro quadrado, a segunda maior do Estado. População eminentemente urbana – 99,69% da população total vivem na zona urbana e apenas 0,31%, na zona rural –, distribuída em 22 bairros.

#### ➤ **COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO**

A maior parte da população (51,36%) é do sexo feminino e 38,5% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos. Apesar de predominantemente jovem, a distribuição etária da população vem mudando com o aumento progressivo da população idosa. As pessoas com 60 anos e mais de idade correspondem atualmente a 6,48% do total. A taxa de crescimento anual estimada pelo IBGE para o período 2006-2009 foi de 0,9%, e as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), no total de 69.835, correspondem a 67,41% da população feminina (IBGE – 2009).

A população indígena é representada por 2.940 pessoas que se auto classificaram como índios e foram reconhecidos pela Fundação Nacional de Saúde (Fonas) como pertencente à etnia Pitaguary.

#### ➤ **PERFIL SÓCIO ECONOMICO**

Conforme dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (Ipece) levantados pela Secretaria de Desenvolvimento Econômico de Maracanaú (SDE), o Município possui a segunda maior arrecadação do Estado, sendo responsável por 5,14% da economia do Ceará e por 8,08% da geração de riquezas na Região Metropolitana de Fortaleza.

Com economia centralizada fundamentalmente no setor industrial, o segundo maior do Estado. 58,02% dessas riquezas foram geradas pelas indústrias, O Distrito Industrial — primeiro pólo implantado no Ceará —, é responsável por um quarto da produção industrial do Estado, consumindo 10% de toda a energia elétrica fornecida pela Companhia Energética do Ceará - Coelce.

➤ **Saneamento.**

Em 2008, o índice de domicílios com abastecimento de água pela rede da Companhia de Água e Esgoto do Ceará (Cagece) era de 91%. Pequena parcela da população destinava suas águas servidas para valas (0,8%), rio, lago ou mar (0,3%) e outros escoadouros (0,5%). O sistema de coleta de lixo cobria, naquele ano, 89,7% da população. Dentre os não atendidos, 6,5% da população simplesmente jogava o lixo em qualquer parte, enquanto os demais queimavam seus dejetos na propriedade (3,3%), enterravam-no (0,3%) ou lhe davam outra destinação (0,1%).

➤ **Programas da Atenção Básica.**

A Coordenadoria de Atenção a Saúde detém a responsabilidade sobre os Programas da Atenção Básica,

- Gerências das AVISAs,
- Monitoramento e Avaliação dos Pactos Pela

- Saúde (Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão), Educação em
- Saúde e Mobilização Social, Hipertensão e Diabetes, SIAB – Sistema de Informação da
- Atenção Básica, Controle da Hanseníase, Controle da Tuberculose, SIS Pré-natal,
- Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, Atenção à Saúde da Criança, Vigilância
- Alimentar e Nutricional, Programa de Vitamina A e Suplementação de Ferro, Atenção à
- Saúde do Idoso, Atenção à Saúde Reprodutiva, Atenção à Saúde Indígena, Bolsa
- Família na Saúde, Assistência Farmacêutica, Farmácia Viva, Assistência em Saúde
- Mental, Agentes Comunitários de Saúde, Controle do Tabagismo, Saúde Bucal e
- Atendimento no 3º Turno.
- Em Maracanaú, a rede assistência básica de saúde é composta por 25 Unidades Básicas de Saúde que abrigam 51 equipes de Saúde da Família.

### **Perfil das Ações de Saúde do Município de Maracanaú.**

Através desses indicadores poderemos acompanhar as metas físicas, coberturas e repasses financeiros relacionados às principais ações e programas do Ministério da Saúde.

#### **➤ Programa Agentes Comunitários de Saúde – ACS.**

Temos 60,15% com cobertura populacional, pelo Agente de Saúde.

Atualmente, Maracanaú conta com 208 ACS, dos quais 202 encontram-se ativos, os demais em licença médica. Com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2009 em 201.690 habitantes, o

Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB) prevê um teto de 500 ACS para Maracanaú. No ano de 2010, será desencadeado o processo de seleção de novos agentes comunitários de saúde para o município no sentido de ampliar as ações de promoção e prevenção na rede básica de saúde e readequar o número de pessoas atendidas por estes trabalhadores, contribuindo, assim, para a melhoria da atenção à saúde da população.

➤ Programa Brasil Sorridente – Saúde Bucal.

A cobertura no serviço odontológico é de 100% da população com 34 equipes de saúde bucal tendo o CEO como referencia.

➤ Programa Estratégia Saúde da Família – PSF – ESF.

Atualmente o município possui 51 equipe de saúde da família com 84,61 % de cobertura populacional. Atualmente faltam 13 médicos nas equipes de saúde (SIAB).

➤ Programa Hipertensão e Diabetes – Hipertensão e Diabetes.

➤ Programa Humanização do Parto.

➤ Programa Imunização.

➤ Programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF são seis equipes.

➤ Programa Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, CAPS II e CAPS AD.

➤ Programa Farmácia Popular 2 Farmácia

## 1-DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTANCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
1. Falta de saneamento básico	ALTA	9	Parcial	Agressão por cães a seres humanos
2. DST's	ALTA	9	Parcial	
3. Violência	ALTA	10	Parcial	
4. HAS	ALTA	7	Parcial	
5. Falta de planejamento familiar adequado	ALTA	8	Parcial	
6. Drogas	ALTA	10	Parcial	
7. Agressão de cães a seres humanos	ALTA	10	Parcial	
8. Gravidez na adolescência	ALTA	9	Parcial	
9. Baixa renda	ALTA	9	Parcial	

## 2-PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.

O problema escolhido pelo grupo 01 foi a agressão por cães a seres humanos.

### PLANO DE AÇÃO

#### Agressões por cães

---



### **3-DESCRIÇÃO DO PROBLEMA**

No período 1990–2001, o Brasil registrou 458 casos de raiva humana, uma média de 38 casos/ano.

Quanto aos animais agressores, o cão foi o responsável por 74% dos casos no início do período analisado, seguido pelo morcego (12%) e pelo gato(5%). Já no período de 1997–2001, o cão aumentou sua participação para 80%, enquanto o morcego e o gato contribuíram com 6% cada, com o macaco surgindo como potencial transmissor no anos 2000 e 2001.

O Ceará continua registrando casos de raiva humana, um caso em 2004 e outro em 2008. A principal medida de prevenção é o atendimento anti-rábico após a agressão por animal de qualquer espécie, além da manutenção de altas coberturas vacinais para cães e gatos nas campanhas e na rotina.

O município de Maracanaú encontra-se preocupado com o primeiro registro de morte por raiva humana que ocorreu em 29 de janeiro 2009 quando o estudante J.P.B., 12, de Maracanaú, morreu vítima da doença. Ele havia sido mordido em agosto passado pelo cachorro que criava em casa.

### **4-EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA**

**Maracanaú** conta com uma população de cães vadios que andam pelas ruas e muitos deles apresentam o sintoma de raiva canina tais como: mudança de comportamento procura por locais escuros, rejeição à água e ao vento salivação abundante, boca entreaberta, paralisia das patas traseiras, agitação, alta agressividade atacando pessoas e outros animais.

O Serviço de zoonose é um só para todo o município, e às vezes o único veículo disponível encontra-se quebrado, para apreensão desses animais vadios. A eutanásia desses animais só poderá ser realizada mediante exame de sangue positivo para raiva no animal. No momento não ocorre esse coleta de sangue nos cachorros, pois o laboratório LACEN não efetua mais esse exame para MARACANAÚ.

### **5-NÓS CRÍTICOS**

- Falta de carrocinha para recolher os cães vadios
- Doção ou outro destino digno ao animal.
- Falta de vacinas para os cães
- Falta de vacinas para os humanos
- Notificação incorreta ou sub-notificação dos casos de agressão
- Falta educação para os proprietários de cães a respeito dos cuidados básicos com o seu animal
- Falta empenho político e dos gestores para resolver o problema
- Campanhas sistemáticas para vacinas de cães.
- Falta conhecimento das pessoas de lavar o ferimento com água e sabão após a mordida?
- Falta de conhecimento da população sobre as medidas a serem tomadas em caso de agressão
- Déficit em campanhas educativas sobre a raiva canina e humana
- .OBS: Não matar ou abandonar o animal, procurar a unidade de saúde e outros
- O cão vadio transmite Raiva, Calazar, Leishmaniose tegumentar, pois é o reservatório.

### **6-DESENHO DAS OPERAÇÕES**

- Vacinar no mínimo 80% da população canina;
- Recolhimento de cães errantes;
- Controle de natalidade;
- Posse responsável;
- Registro de animais;
- Vigilância;
- Educação;
- Observação de animais

## **7- DETALHAMENTOS DA EXECUÇÃO**

- Metas – Capturar 10% A 20% → cães de rua.
- Destino / Permanência / Manutenção / Eutanásia / Adoção / Destino dos Animais Eliminados;
- Controle da População (Métodos Químicos e Cirúrgicos).
- Atendimento e tratamento das pessoas exposta ao risco de contrair a doença;
- Vacinação Animal;
- Diagnóstico Laboratorial;
- Vigilância Epidemiológica;
- Retirar os animais das ruas;
- Educação em saúde

## **8-RESPONSÁVEL**

GESTORES

Profissionais de saúde

Comunidade

Educação - divulgando e alertando para o perigo dos Cães sem vacinas.

### **9-PLANO OPERATIVO - PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE**

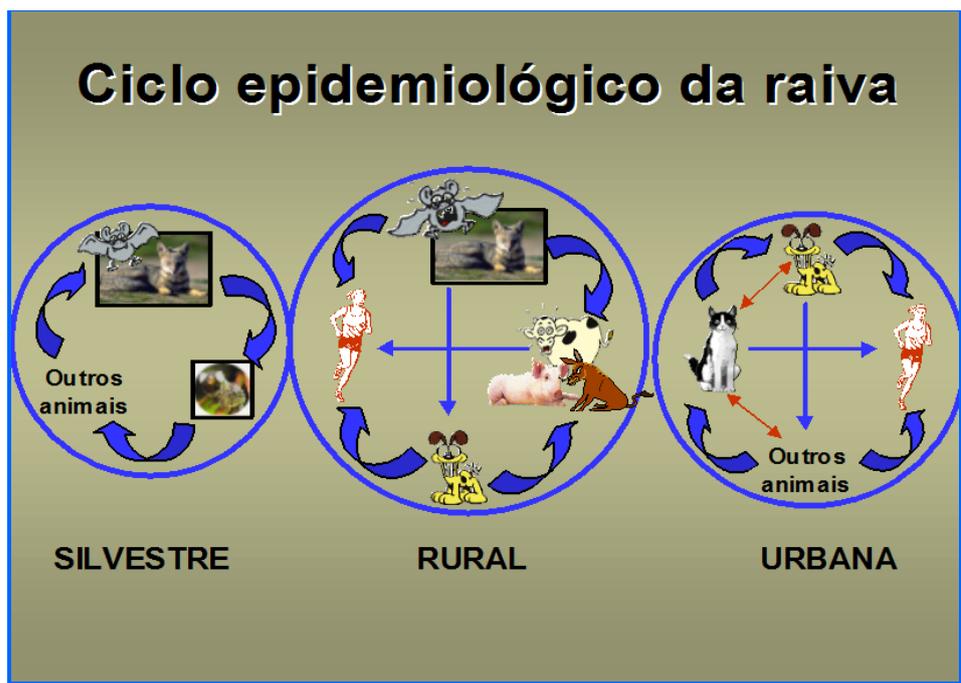
- Aquisição de veículos para captura de animais de rua, com a disponibilização de contato gratuito (0800) - FEV 2011;
- A comissão deve levar a solicitação da comunidade que já registrou no conselho local a solicitação de um novo centro de zoonose em Pajuçara, de modo a facilitar o transporte dos animais, e o centro ficaria mais próximo dos problemas da comunidade dando um prazo até o próximo semestre para execução desse pedido. Julho 2011.
- Repasse para Conselho Municipal do elevado número de notificações de Atendimento Anti- rábico Humano (média de 20/semana) - OUT 2010;
- Aquisição de vacinas com recursos próprios, pois a falta de vacinas é uma realidade no estado - NOV 2010;
- Solicitar curso de Educação continuada às equipes do PSF a fim de sensibilizar do problema dos cães vadios Prazo Novembro de 2010.
- Capacitação de novos profissionais, principalmente em relação ao devido preenchimento das fichas de investigação e encerramento dos casos - NOV 2010;
- Solicitar um calendário anual das campanhas de vacinações de cães. E que seja divulgado nas unidades de saúde esse calendário. Prazo Outubro 2010.
- Solicitar das autoridades responsáveis, solução para a atual situação da vacinação anti-rábica animal, já que em nota técnica, o Ministério da Saúde em comum acordo com os Conselhos de Secretários de Saúde Estaduais e Municipais, determina que sejam interrompidas, por período indeterminado, as campanhas de vacinação contra raiva animal, em todo país, devido surgimento de efeitos adversos frequentes em cães e gatos pós vacina – NOV 2010
- Solicitar a sociedade protetora dos animais a viabilidade de doação de animais sadios - NOV 2010;

- Reativar convênio com o LACEN para análise do sangue dos cachorros e sacrifício do animal em tempo oportuno - NOV 2010.
- Reativar convênio com o LACEM para análise do sangue dos cachorros, pois só se pode sacrificar o animal com o resultado positivo para determinadas doenças. Prazo Novembro de 2010. Realização local de sorologia para Leishmaniose DEZ 2010

## **10-GESTÃO DO PLANO**

Monitoramento desse plano cabe a todos da comunidade e a sociedade em que se vive, mas em especial a estes serviços que estão diretamente relacionados com o seu trabalho diário. Todos teriam a função de observar se as ações estão sendo desenvolvidas da maneira como foi planejado.

- Gestor público Municipal
- Serviço de zoonose
- Serviço de epidemiologia
- Conselho de Saúde
- Comunidade pelo telefone ou pelos seus representantes
- Profissionais de Saúde
- Educação e divulgação nas escolas feitas pelo NASF.



## **4.5 – TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE**

### **PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE**

A educação e a saúde são espaços para produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Existe um elo entre esses dois campos tanto em qualquer nível de atenção a saúde quanto na aquisição de conhecimentos pelos profissionais de saúde, assim esses profissionais utilizam um ciclo permanente de ensinar e aprender, pois é importante lembrar que muitas práticas de saúde requerem práticas educativas. As ações de saúde não implicam somente na utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação terapêutica instituída. Saúde não é apenas o processo de intervenção na doença, mas é principalmente a capacidade que tem o indivíduo de evitar determinados agravos, através dos seus conhecimentos adquiridos. Para isso, nós profissionais de saúde precisamos identificar qual a melhor estratégia, ou aplicação pedagógica para envolver o cliente nesse processo de educação em saúde.

Em postagem ao fórum:

Como tão bem exposto pelo especialista em comunicação e educação, o paraguaio Bordenave, os conceitos de opções pedagógicas retratam os objetivos ou ideologias de um contexto:

- Pedagogia da transmissão: O aluno recebe informações de maneira imposta, sem ser possível desenvolver seu senso crítico, ele é considerado uma “página em branco” em que será impressa o conhecimento que vem de fora (professor ou livro).
- Pedagogia do condicionamento: Essa teoria remete-me ao “reflexo condicionado” utilizado no treinamento dos animais, em que após manifestar atitude que seu adestrador espera, o animal é recompensado e então passa a fazê-lo assim sempre. Dessa forma, também não é possível desenvolver senso crítico.
- Pedagogia da problematização: Essa teoria estimula o aluno a analisar o problema, entendendo-o e tentando solucioná-lo, conhecendo a realidade para usá-la no processo de transformação.

Devemos estar atentos ao fato de que em algum momento todas as teorias são necessárias, porém é notória a superioridade da terceira opção, já que o objetivo maior da ação educativa é capacitar o aluno a pensar.

Interessante entender quando Bordenave diz que “todos os processos educativos tem por base uma determinada pedagogia, ou seja, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e a partir daí, modifiquem seu comportamento”. É sob essa ótica que devemos investir na educação em saúde dos nossos clientes.

Os vídeos propostos nessa aula levam à infância, quando tínhamos parecer desatentos ou mesmo não dar ao professor as tão esperadas respostas a que estávamos condicionados, pois a recompensa para uma dessas falhas era a palmatória, instrumento feito de madeira, criado para punir alunos “infratores”.



#### 4.6 – Saúde da Mulher



Ser mulher é um desafio desde a sua criação, quando foi gerada a partir da costela de um homem, para que esse não vivesse sozinho e ela fosse sua auxiliadora. Atribuições e responsabilidades estiveram sempre presentes no universo feminino.

A sociedade estabelece hierarquicamente, papéis sociais para o homem e a mulher, nos quais em geral, o homem é colocado em uma posição ou papel privilegiado. A sexualidade e o relacionamento com o sexo oposto aparecem como uma das mais relevantes dimensões nas quais se manifestam as distinções de gênero e as diferentes interdições impostas a homens e mulheres. Essa sexualidade está diretamente relacionada com o papel que ambos os sexos desempenham na sociedade.

Antigamente, não era admitido que a mulher trabalhasse fora, usasse calças compridas ou batom. Hoje em dia ela tem atenção especial voltada especificamente ao seu gênero, no que diz respeito à saúde, integridade física e moral (lei Maria da Penha), objetivos do desenvolvimento do milênio caracterizando o cuidado à mulher (promoção da igualdade entre os sexos e melhoria da saúde materna), além de terem alcançado desenvolvimento de tarefas igual aos homens, embora ainda com remuneração inferior a destes.

No município de Maracanaú a população feminina corresponde a 51,15% do total de 209.748 habitantes, segundo o último censo, constituindo maioria da população, com uma diferença de 4.842 sobre o sexo masculino, coisa que se assemelha a todo o

estado, porém algumas particularidades existem na cidade. O fato de esta ser pólo industrial garante um número considerável de mulheres trabalhando no ramo.

A assistência à saúde da mulher está presente no sistema de atenção da citada cidade. No período de 01/01/10 a 30/11/10, foram realizados 11.614 exames citopatológicos do colo do útero (papanicolau), destes 183 apresentaram alterações celulares e diante do exposto, as equipes de saúde são orientadas a fazer busca das pacientes com tais resultados para que elas sejam referenciadas ao atendimento especializado, contudo uma das dificuldades encontradas é a não localização das mesmas devido a grande rotatividade nas áreas, o que acarreta a falta de continuidade do tratamento. Também no mesmo espaço de tempo foram realizadas 1815 USG mamárias e 4426 mamografias (SISCOLO, 2010). Ainda na questão saúde o atendimento à gestante foi tema de debate do nosso primeiro fórum deste módulo, onde pudemos opinar sobre os motivos pelos quais se faz necessário zelo ao período gravídico.

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É fundamental uma equipe bem integrada, trabalhando em conjunto, num processo de trabalho em equilíbrio e harmonia. Lembrou bem nossa querida tutora Fabiane quando falou sobre a gravidez na adolescência. Cabe a nós profissionais de saúde enquanto equipe ao entrar em contato com uma gestante, seja na comunidade ou unidade de saúde, buscar aproximação e tentar compreender os mais diversos significados da gestação para aquela mulher e sua família, principalmente se essa mulher for ADOLESCENTE. Se para uma mulher na fase adulta já é difícil imaginem para uma mulher na fase da adolescência. É algo novo e marcante. A mudança é muito grande na vida da mulher e para a adolescente ainda mais agravante. Portanto, a atenção ao pré-natal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, como também, diagnóstico e tratamento eficaz dos problemas que possam vir a acontecer nesse período. (Ana Vilma Leite Braga)

A gestação é um período de muitas transformações na vida da mulher, alterações fisiológicas no útero; vulva; vagina; nos seios; pele; coração e vasos; digestão; excreção urinária; respiração; ossos e articulações, além das alterações neuropsíquicas (sonolência, ansiedade, insegurança, falta de libido, labilidade emocional, dificuldade de concentração), fazem desse, momento de maior atenção à mulher. O empenho para realizar o devido acompanhamento à gestante deve-se principalmente ao fato da identificação em tempo hábil de sinais de gravidade e conseqüente encaminhamento ao pré-natal de risco, reduzindo a mortalidade materna e infantil, além da necessidade de tornar do conhecimento da mesma, através das orientações, que todo esse processo de

modificações é natural, porém que requer cuidados especiais quanto ao seguimento das consultas, à realização de exames e à atualização do calendário vacinal, entre outros.

Nós profissionais de saúde, que vivenciamos a realidade da saúde da família, sabemos que um dos maiores desafios para a realização de um pré-natal de qualidade nas nossas áreas de abrangência, ainda é a captação precoce da gestante.

#### **4.6..1- Violência contra a mulher**

Dos mais variados tipos de violência contra a mulher, a violência doméstica, em minha opinião é a mais cruel e maléfica, pois ao se pensar em lar, pensa-se também em segurança, proteção, local de acolhimento e conforto e neste caso tal ambiente passa a ser de perigo constante. Por medo, dependência financeira, ou qualquer que seja a forma de coerção não deve justificar o silêncio da mulher mediante os atos de violência e para a lei que alterou o Código Penal Brasileiro e possibilitou que agressores de mulheres no âmbito doméstico ou familiar fossem presos em flagrante ou tivessem sua prisão preventiva decretada, disse também que estes agressores não poderiam mais ser punidos com penas alternativas, a legislação também aumentou o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos, a nova lei ainda prevê medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação da mulher agredida e filhos, e por isso foi criada essa Lei.

O caso nº 12.051/OEA, de Maria da Penha (também conhecida como Letícia Rabelo Maia Fernandes), foi o caso homenagem à lei 11.340. Ela foi agredida pelo marido durante seis anos. Em 1983, por duas vezes, ele tentou assassiná-la. Na primeira com arma de fogo, deixando-a paraplégica, e na segunda por eletrocução e afogamento. O marido de Maria da Penha só foi punido depois de 19 anos do julgamento e ficou apenas dois anos em regime fechado.

Em razão desse fato, o Centro pela Justiça pelo Direito Internacional e o Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher, juntamente com a vítima, formalizaram uma denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que é um órgão internacional responsável pelo arquivamento de comunicações decorrentes de violação desses acordos internacionais.

Em participação no fórum:

É bem verdade que a violência contra a mulher apresenta no nosso país um quadro assustador, podemos ver isto claramente através das reportagens, pois como bem dito pela colega Ana Vilma, a subnotificação ainda é rotina nos serviços de saúde, logo o número real dessa violência é desconhecido. Essa realidade acredito eu, deve-se ao fato também citado pela colega, de que a inexistência de uma política de seguridade pessoal gere na mulher maior insegurança para exposição e enfrentamento do problema (muitas vezes elas se negam a notificar o caso). Uma ação conjunta com o serviço social municipal e ONGs seria um bom começo para criar estratégias de suporte às vítimas, oferecendo moradia e alternativas de renda, além de acompanhamento psicológico.

Ana Beatriz

#### 4.7 - PROMOÇÃO À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL



A Promoção à Saúde e a Participação Social como bem relatado na nossa disciplina, é uma forte ferramenta para a Estratégia Saúde da Família, pois a estruturação de serviços de saúde centrada somente em doenças não garante a melhoria de saúde da população.

A Promoção à saúde significa capacitar a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, tornando-se atores diretos desse processo. Tal promoção não é de responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde e é muito mais do que ter um estilo de vida saudável, é a prática do holismo, em que há uma interação entre indivíduos e meio, envolvendo cuidado e ecologia.

A educação em saúde é parte essencial da promoção à saúde, porém é necessário rever essa prática para que nós não continuemos a fornecer informações que embora claras e objetivas, não sensibilizam e motivam a nossa população, levando a mudanças de hábitos de vida, o que é chamado por TEIXEIRA (1996) de educação bancária, onde há uma imposição de conceitos para as pessoas, com a finalidade de que elas assumam o controle de sua saúde.

Na equipe de saúde da qual fiz parte por alguns anos, percebi a falta de eficácia para promoção à saúde enquanto utilizamos o citado tipo de educação em saúde, pois acabamos por nos comportar como expectadores, fornecendo algo que uma comunidade precisa (informação, conhecimento) e aguardamos uma resposta positiva, certos de que estamos fazendo o melhor para eles.

Implantar uma política de saúde que integre comunidade e o setor saúde, que seja intersetorial, como atualmente ocorre desde a implantação do NASF e que ocorra transversalmente é certamente o melhor caminho para promovermos saúde nos nossos municípios.

O Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde através da construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos. Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006)

A promoção de saúde passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública na década de 1980 e tendo seu conceito introduzido oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984). Segundo SILICOLE; NASCIMENTO (2003):

A OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade.

Nesse contexto, a Promoção da saúde é vista como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle deste processo. Dessa forma, a participação social é estabelecida como objetivo essencial da promoção a saúde. As ações comunitárias devem ser concretas e efetivas para o desenvolvimento de prioridades, para a tomada de

decisões, para a definição de estratégias e sua implementação visando a melhoria da qualidade de vida.

#### **4.8 - SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA**

Toda ação humana tem impacto sobre a natureza, que pode ser positiva ou negativa. Para tanto, precisamos saber de que forma acontece tal ação. A extensão que ela pode ter no ambiente, a intensidade dessa intervenção e as consequências dos impactos sobre a saúde. Conhecer os aspectos desta relação homem e natureza, será essencial para a compreensão dos problemas que atingem o ambiente e seus impactos na saúde.

O processo de industrialização, acometeu as condições de vida da população através dos efeitos causados ao meio ambiente e conseqüentemente a saúde da população. As transformações geradas pelo processo de globalização ocasionou o crescimento desordenado da pobreza e da desigualdade, a insegurança econômica, o deslocamento social e a degradação ambiental. Segundo RIGOTTO (2003; 78)

o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o Homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação esta que se realiza por meio do processo de trabalho, baseado em determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

A relação Saúde-Trabalho sempre foi uma preocupação ao longo da história e percorreu muitos caminhos, tanto no que concerne aos aspectos teórico-conceituais, quanto às políticas e práticas, traçando seu caminho desde a Medicina do Trabalho à Saúde do trabalhador.

A política de saúde do trabalhador no Brasil começou a ser desenhada após a promulgação da Constituição Federal de 1988 no artigo 196 coloca que “a saúde é um direito de todos, e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas

que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90 também coloca no artigo 6º, parágrafo 3ºa “... saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

Em 2002, a Portaria nº. 1679 instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador com a articulação entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde dos Estados e Secretarias Municipais de Saúde e criou os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que tem como objeto o estudo e intervenção nas relações entre trabalho e saúde tem como objetivo realizar a prevenção, a promoção e a recuperação da Saúde do Trabalhador urbano ou rural, do setor formal ou informal de trabalho.

|

#### 4.9. ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL



O município de Maracanaú conta atualmente com 53 equipes de Saúde de Família e 36 Equipes de Saúde Bucal, destas 28 são modalidade I (Odontólogo + Auxiliar de Saúde Bucal) e 8 equipes modalidade II (Odontólogo + Auxiliar de Saúde Bucal + Técnico de Saúde Bucal).

Na Unidade Saúde da Família em que trabalhei, as características propostas no PNSB estão presentes nas Equipes de Saúde Bucal, que contam com boa estrutura física, atuando de modo interdisciplinar, trocando experiências com os demais profissionais da equipe, médico e enfermeiro, atuando de maneira a programar ações educativas conjuntas. Observa-se que a organização dessas equipes contemplam pontos identificados como necessários para a ampliação e qualificação da atenção básica, dentre eles:

- Prevenção e controle do câncer bucal que acontecem rotineiramente sendo realizado o “DIA D” juntamente à campanha de vacinação de idosos contra influenza e em caso de lesões sugestivas da doença, o paciente é

referenciado ao Centro de Especialidades Odontológicas para seguimento do tratamento adequado;

- A resolutividade do “Pronto Atendimento” ocorre de maneira que o cliente ao dar entrada na UBS como urgência, é orientado a retornar para dar continuidade ao tratamento iniciado naquele momento.
- Alguns procedimentos mais complexos são realizados nas unidades básicas de saúde, porém como citado anteriormente o centro de referência abrange a maior parte desses atendimentos, talvez este ainda seja o maior entrave relacionado à saúde bucal, a necessidade de aumento no número de atendimentos especializados nas unidades de saúde da família.
- Ampliação do acesso ocorre por linhas de cuidados, como no caso dos atendimentos às crianças e às gestantes, ambos os grupos têm agendamento preferencial, bem como o atendimento por condições de vida, em que se enquadram os hipertensos e diabéticos e portadores de cuidados especiais, também recebem esse tipo de atenção;

Ações de promoção e proteção à saúde são realizadas cumprindo um fluxo em que as escolas da comunidade recebem os odontólogos para orientação sobre escovação (higiene bucal supervisionada), aplicação de flúor e palestras para os alunos sobre temas envolvendo a saúde bucal e oportunamente o enfermeiro aborda temas relevantes ao período da atuação ( dengue, tuberculose, entre outros ).

Nos dias atuais ainda é possível encontrar atendimentos baseados nas diferentes concepções de odontologia, então a busca pelo aperfeiçoamento do modelo que contemple os propósitos para a evolução da saúde bucal no nosso país, deve ser meta de todos os envolvidos no sistema de saúde pública.

O Brasil tem passado por um processo de transição demográfica, que tem gerado um aumento da população na faixa etária maior de 60 anos e conseqüentemente, uma maior prevalência das doenças crônicas e incapacitantes, mudando o paradigma da saúde pública do país.

No contexto da saúde bucal, problemas como edentulismo (perda total dos dentes) ainda são comuns. Tais mudanças têm conseqüências previsíveis e deveriam ser

determinantes na definição de medidas eficazes para evitar o adoecimento e a perda das estruturas dentais ao longo da vida (ALMEIDA, 2008).

Por que será que os idosos brasileiros estão com essa condição dentária de total mutilação? Que fatores contribuíram para essa situação? E no Nordeste, estamos numa situação pior? Há estudos no Ceará que retratam essa realidade? E no seu município, você sabe qual é o CPO-D dos idosos?

Sabemos que culturalmente a população idosa tem hábitos que contrariam as linhas atuais da Saúde Bucal. Não lhes foi colocado, como ensinamento na educação, o uso de fio dental ou mesmo a escovação após as refeições e antes de dormir. Costumes que antecediam o já esperado uso de próteses, claro que espelhado na sua genealogia.

No Nordeste, talvez pela população rural maior e conseqüente dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, esse quadro pareça ser mais grave, apresentando número maior na população com cáries e perda de dentes.

No município de Maracanaú não há o acompanhamento dos dados CPO-D e segundo a coordenação de Saúde Bucal da cidade, já houve esse tipo de registro no ano de 2008 e há pretensão de que esses dados epidemiológicos voltem a ser acompanhados de maneira sistemática.

#### **4.10- ABS Pessoas com Deficiência**

Ouvir a expressão “pessoa com deficiência” remete a algo pejorativo, depreciativo, sem importância social.

Em 2000 o Censo identificou na população brasileira 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, dentre as quais deficiência visual, motora, auditiva, intelectual e física (IBGE 2000). Esse elevado número (ressaltando que já se passaram 11 anos) deve servir para que saíamos da nossa zona de conforto e façamos parte das responsabilidades sociais, visando assegurar igualdade de oportunidades e ampliação do leque de inclusão sociocultural.

Observamos atualmente um enfoque na temática PESSOA COM NECESSIDADES ESPECIAIS. O aumento de vagas em estacionamentos de supermercados destinadas a tal público é algo que reflete fortemente o olhar social para com os mesmos, principalmente na capital do nosso estado. Muito se fala sobre o assunto, porém ainda há muito a se fazer.

No município de Maracanaú, a nível central (Secretaria de Saúde) percebemos que o planejamento do espaço físico, foi feito visando dar condições de acesso aos deficientes, pois existem rampas nas calçadas, elevador para o piso superior devidamente sinalizado, além de vagas reservadas mais próximas à entrada principal, contudo as Unidades Básicas de Saúde (UBASF) não dispõem dos mesmos benefícios. As UBASF's em sua maioria foram construídas ou adaptadas para funcionarem como postos de saúde há mais de 10 anos, por isso não têm estrutura para bem receber essa clientela. A unidade de saúde entregue recentemente (há 01 ano) apresenta o que há de melhor para atender pessoas com alguns tipos de necessidades especiais, pois podemos contar com rampa de acesso, banheiro adaptado, portas e corredores largos, além de profissionais que viveram a experiência do contato diário com um médico cadeirante, o que os deixou mais sensível ao problema.

Sem dúvida alguma existe a real necessidade da implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que buscam Promover a Saúde, Prevenir as deficiências, Atender à Saúde de forma integral, Melhorar mecanismos de informação, Organizar os serviços de saúde e em minha opinião a mais importante

delas, a Capacitação de Recursos Humanos, pois baseia-se na relação entre pessoas que é um fator decisivo para que o PcD sinta-se igualmente tratado e continue a buscar os serviços de saúde em todas as esferas de atendimento.



A porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) para os portadores de deficiência é a Estratégia Saúde da Família. Os postos de saúde e as Unidades de Saúde da Família devem acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, fornecer medicamentos básicos, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar para unidades de atenção especializada, quando for necessário. O atendimento é prestado pelos profissionais – médicos (generalista, clínico geral, pediatra, ginecologista), enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário – na unidade de saúde ou nos domicílios. (BRASIL, 2009)

## 5.0 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde da Família à distância proporcionou de maneira indireta uma sensibilização e qualificação do atendimento pelos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, pois através dele teve-se a oportunidade de avaliar e lançar estratégias de trabalho.

As atividades propostas no ambiente “moodle” incentivaram os profissionais a conhecerem e se apoderarem do território em que trabalhavam, além de instigarem a elaboração de planos de ações que melhorassem a prática profissional.

Apesar de regulamentadas, as diretrizes e as normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ainda não funcionam como deveriam, pois muitos gestores ainda não entenderam sua verdadeira missão. E essa política, que está inserida no modelo assistencial vigente, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Essas questões surgiram na perspectiva de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Porém, este tipo de atividade é um grande desafio aos profissionais da saúde. E o primeiro passo seria conhecer os problemas da comunidade e torná-los co-responsáveis no processo de autocuidado.

Cada comunidade tem sua característica específica e o profissional tem que conhecê-la para desenvolver ações de acordo com suas necessidades. Dessa forma, a comunicação é uma estratégia fundamental para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.

Muitos problemas que acontecem na comunidade estão relacionados a algum tipo de experiência traumática que acarretou em danos psíquicos. Deparamo-nos frequentemente com essas questões no dia a dia de trabalho.

O profissional deve estar preparado para identificar essas situações de sofrimento psíquico, desenvolver ações para amenizá-las e encaminhar para os serviços de referência quando necessário. Serviços esses que, após a Reforma Psiquiátrica,

incluem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido, Oficinas de Geração de Renda e residências terapêuticas, descentralizando e dando território ao atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Para traçar ações é fundamental que haja planejamento, isto significa antever possíveis problemas que possam surgir em um determinado local e para cada ação existe um objetivo a ser alcançado. É através dessa análise prévia da condição da realidade existente que se faz o diagnóstico situacional. Questões como saneamento básico, desemprego, violência devem ser consideradas nesse diagnóstico.

O atual cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe consigo a necessidade do trabalho interativo entre profissionais de saúde e a comunidade. Ambos devem ser participantes ativos no processo de aprendizagem que vai desde o planejamento até a avaliação das ações. Dentre as tecnologias para abordagem do indivíduo da família e da comunidade podemos citar: o acolhimento, o trabalho em grupo, a consulta individual e a visita domiciliar. Nesse contexto, a participação social torna-se fundamental na construção da promoção da saúde. E as ações comunitárias devem ser concretas e efetivas para o desenvolvimento de prioridades, para a tomada de decisões, para a definição de estratégias e sua implementação visando à melhoria da qualidade de vida.

Os diversos temas abordados pelas disciplinas faziam com que os profissionais refletissem sobre o modelo assistencial vigente e que ações poderiam ser desenvolvidas para proporcionar uma melhor qualidade de vida à população. Os profissionais puderam também perceber o quanto é importante conhecer os problemas existentes na comunidade para que sejam elaborados os planos de ações, assim como os tipos de estratégia para a abordagem do indivíduo, da família e da comunidade para que esse paciente se sinta acolhido e se torne participativo no processo de construção de sua qualidade de vida e saúde.

Dessa forma, a elaboração de portfólio foi uma ferramenta relevante para a sensibilização dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família do município de Maracanaú.

## 6.0 – Bibliografia

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_ato](http://www.planalto.gov.br/ccivil_ato) Acesso em Julho de 2011.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns Fatores Pedagógicos, 1999.

CAMPOS. Sistemas e Serviços de Saúde, 2004.

CECILIO, L. C. Modelos Assistenciais em Saúde, 2002.

GALVÃO, A. L. Transtornos Mentais na Adolescência, 2010.

GOOGLE MAPS. [Maps.google.com.br](http://Maps.google.com.br). Acesso em Abril de 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em Abril de 2010.

IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. [www.ipece.ce.gov.br](http://www.ipece.ce.gov.br). Acesso em Abril de 2010.

MELO; CUNHA; TONINI. Curso Básico de Controle, Avaliação e Auditoria, 2002.

PAIM, J. S. Ciências e Saúde Coletiva, 1999.

PEREIRA, L. Reordenação do Modelo Assistencial à Saúde, 2005.

RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. Rev. Bras. Epidemiologia. v. 6, n. 4, 2003.

SILVA, V. Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, 2006.

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, Maracanaú, 2010.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos Notificáveis, Maracanaú, 2010.

TEIXEIRA, A. Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. 1996.

VASCONCELOS, C. M. Desafios atuais do SUS, 2002.