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

NEIVIANNE TAVARES DE MESQUITA

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA: UM RELATO DE EXPERIENCIA

FORTALEZA
2011

NEIVIANNE TAVARES DE MESQUITA

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA: UM RELATO DE EXPERIENCIA

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

Orientador: Prof. Tutor: Patricia Maria Costa de Oliveira

FORTALEZA

2011

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

M545a Mesquita, Neivianne Tavares de
Atuação da enfermeira na estratégia saúde da família: um relato de experiência/ Neivianne Tavares de Mesquita. – 2011.
51 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profa. Tutora Patricia Oliveira

1. Educação a distancia 2. Saúde da família 3. Educação Continuada I. Título.

CDD
362.1

NEIVIANNE TAVARES DE MESQUITA

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA: UM RELATO DE EXPERIENCIA

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dra. Patricia Maria Costa de Oliveira (1º Avaliador)
Universidade Federal do Ceará

_____

Prof. Dr. Jânder Magalhães Torres (2º Avaliador)
Universidade Federal do Ceará

_____

Prof. Dr. José Amilton Costa Silvestre (3º Avaliador)
Universidade Federal do Ceará

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter sempre me iluminado e guiado.

À minha orientadora Patricia Oliveira pela orientação, dedicação, amizade e principalmente pela confiança depositada no desenvolvimento deste trabalho.

À meus pais Luduvico e Neide, pelo amor, carinho, educação, apoio incondicional, incentivo e presença em todos os anos da minha vida.

À meus irmãos Denise e Tulio, pelo incentivo e carinho durante esses anos.

Ao Elton pelo apoio, compreensão, paciência, amizade, amor e por te estado sempre ao meu lado.

Aos colegas da turma de especialização que, direta ou indiretamente, contribuíram com este trabalho através das reflexões, críticas e sugestões recebidas, em especial à Georgia e a Régia.

À bibliotecária Roseane, da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFC, pela correção das referências bibliográficas.

"O que se opõe ao descuido e ao descaso o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro."

Leonardo Boff

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantado em 1994 com a proposta de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo, porem é consensual que deve ocorrer uma mudança na assistência. Neste sentido, o Ministério da Saúde criou um projeto dinamizador para a implementação da saúde da família (os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente) cuja concepção orientadora foi a de fortalecer a articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes. A educação a distância (EAD) surge como uma ferramenta para a educação permanente dos profissionais do SUS, com ênfase no processo educativo sistemático e organizado.Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira na Estratégia Saúde da Família dentro da atenção básica em saúde, mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família como também, apresentar os portfólios produzidos ao longo do curso.Trata-se de um relato de experiência mediado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial. O estudo ocorreu no período de abril de 2010 a julho de 2011. Dois cenários foram importantes para a confecção deste trabalho: o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e a Unidade Básica de Saúde da Família Nova Betânia, de Nova Russas –CE, onde foram colhidas informações para a elaboração dos portfólios das disciplinas. A construção do portfólio foi realizada no decorrer do curso através das atividades virtuais, reflexões mediadas pelos fóruns de discussão, chats, considerações pessoais, relatos de aprendizagem, trabalhos em grupo e tarefas individuais. Na intenção de obter um melhor resultado foram utilizados fotos, artigos científicos, o material didático das disciplinas, fontes primarias, como o sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), e as experiências profissionais, os quais foram todos reunidos e apresentados em forma de capitulo. A experiência significou, principalmente, a possibilidade de capacitação profissional, imprimindo qualidade, atualização e inovação ao programa de Estratégia Saúde da Família, por meio de uma eficaz articulação que é estudo/trabalho. Participar do Curso de Especialização da Saúde da Família tornou - se uma oportunidade ímpar para o meu desenvolvimento, sem dúvida foi um dos passos iniciais para a construção de um novo olhar crítico, reflexivo e criativo, capaz de comprometer-se com a construção de uma prática profissional enriquecedora. Este novo aprendizado possibilitou a concretização de uma forma de trabalho que requer conhecimento, dedicação, trabalho em equipe, treinamento com envolvimento de todos os profissionais, facilitando o trabalho do enfermeiro, a fim de alcançar a excelência na assistência prestada.

Palavras - chave: Educação a distancia. Saúde da família. Educação Continuada.

ABSTRACT

The Program of Health of Família (PSF) was implanted in 1994 with the proposal to promote the quality of life and the welfare individual and collective, to put is consensual that must occur a change in the assistance. In this direction, the Health department created a dinamizador project for the implementation of the health of the family (the Polar regions of Qualification, Formation and Permanent Education) whose orienting conception was to fortify the joint teach-service in lathe, mainly, of the necessities of qualification of the inserted professionals of health in the teams. The education in the distance (EAD) appears as a tool for the permanent education of the professionals of the SUS, with emphasis in the systematic and organized educative process. The objectives of the present work had been to inside tell to the experience lived deeply for a nurse in the Strategy Health of the Family of the basic attention in health, mediated for the Course of Specialization in Health of the Family as well as, to present the portfólios produced throughout the course. One is about a story of experience mediated for the Course of Specialization in Health of the Family offered for the Federal University of the Ceará in partnership with the Open University of the SUS, in the half-actual modality. The study the July of 2011.Dois scenes occurred in the period of April of 2010 had been important for the confection of this work: the Virtual Environment of Learning (AVA) and the Basic Unit of Health of the New Family Betânia, of New Russians - CE, where information for the elaboration of the portifolios had been harvested discipline of them. The construction of the portfólio was carried through in elapsing of the course through the virtual activities, reflections mediated for fóruns of quarrel, chats, personal considerações, individual stories of learning, works in group and tasks. In the intention to get the one best one resulted photos had been used, scientific articles, the didactic material discipline of them, primary sources, as the system of information of Atenção Básica (SIAB), and the professional experiences, which had been all congregated and presented in form of I capitulate. The experience meant, mainly, the possibility of professional qualification, printing quality, update and innovation to the program of Strategy Health of the Family, by means of an efficient joint that is study/work. To participate of the Course of Specialization of the Health of the Family became - an uneven chance for my development, without a doubt he was one of the initial steps for the construction of a new to look at critic, reflexive and creative, capable to commit themselves to the construction of one practical enriquecedora professional. This new learning made possible the concretion of a work form that requires knowledge, devotion, work in team, training with envolvement of all the professionals, facilitating the work of the nurse, in order to reach the excellency in the given assistance.

Keywords: Education Distance. Family Health. Education Continuing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Equipe de Saúde junto com as gestantes **32**
Figura 2 – Equipe de Saúde da Família **49**

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS- Atenção Básica á Saúde

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AGAP - Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primaria à Saúde

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

AVA- Ambiente Virtual de Aprendizagem

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CONASEMS- Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretário Estaduais de Saúde

CORDE- Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

CPO- Média de Números de Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e Obturados(O)

DAB- Departamento de Atenção Básica

DORT- Distúrbios Osteomusculares

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EAD - Educação a Distancia

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

LER- Lesões Repetitivas

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSC- Partido Social Cristão

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa de Saúde da Família

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	0
2	**METODOLOGIA**	15
3	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	
3.1	**Processo de Trabalho em Saúde**	17
3.2	**Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde**	22
3.3	**Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde**	26
3.4	**Tecnologia para abordagem do Individuo, da Família e da Comunidade – Praticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**	28
3.5	**Saúde da Mulher**	31
3.6	**Saúde Mental e Violência**	35
3.7	**Saúde Ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família**	37
3.8	**Atenção Básica de Saúde no contexto Saúde Bucal**	40
3.9	**Atenção Básica em Saúde do Portador de Deficiência**	43
3.10	**Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos problemas de saúde**	48
4	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	51
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

Desde o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, em 1978, em Alma- Ata, o Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal estratégia para alcançar a meta. Os conceitos de universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização e controle social da gestão orientam a ABS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (FACCHINI et al., 2006).

O Ministério da Saúde assume, desde a Constituição de 1988, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde da população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).

Em 1991 surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (ROSA; LABATE, 2005).

Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade. No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais têm se organizado a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo (SOUSA; CARVALHO, 2003).

É consensual que deve ocorrer uma mudança na assistência e que a mesma deva incluir a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários, nos quais se realizam a ação

educativa, para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional (CAMPO; BELISARIO, 2001).

Neste sentido, o Ministério da Saúde criou, em 1998, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), um projeto dinamizador para a implementação da saúde da família — os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família — cuja concepção orientadora foi a de fortalecer a articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes (GIL, 2005).

A educação a distância (EAD) surge como uma ferramenta para a educação permanente dos profissionais do SUS, com ênfase no processo educativo sistemático e organizado que exige não somente múltiplas vias de comunicação entre os participantes do processo, como também a instauração de uma certa grupalidade. A escolha de determinado artefato tecnológico vai além da eliminação das barreiras geográficas, as propostas pedagógicas com EAD não se restringem a transmitir conhecimentos, mas apoiar o estudante a aprender a aprender e aprender a fazer, de forma flexível, forjando sua autonomia em relação ao espaço, tempo, ritmo e método de aprendizagem (PAULON; CARNEIRO, 2009).

A EAD exige sempre um maior grau de planejamento que o ensino presencial e amplia participação em diferentes coletivos: os participantes se apoiam uns nos outros, construindo verdadeiras comunidades de aprendizagem; intensifica-se o diálogo professor-tutor/alunos apoiadores, coordenação/professor-tutor, coordenação/alunos-apoiadores, enfim, democratização dos espaços de ensino e gestão.

Para Gil (3005):

> A Educação Permanente pressupõe o dialogo permanente e a afirmação de compromissos de gestores e trabalhadores com uma única finalidade: a de cuidar melhor da saúde das pessoas, das famílias e da população pela qual cada equipe ou cada Unidade de Saúde é responsável.

E foi com esta proposta que surgiu o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, onde estou inserida como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Equipe Nova Betânia, município de Nova Russas, desde fevereiro de 2010, tendo assumido o cargo de coordenadora da atenção básica no período de julho de 2010 a maio de 2011.

Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira na Estratégia Saúde da Família dentro da atenção básica em saúde, mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família como também, apresentar os portfólios produzidos ao longo do curso.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho baseia-se em um relato da experiência mediado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial. O estudo ocorreu no período de abril de 2010 a julho de 2011.

Dois cenários foram importantes para a confecção deste trabalho: o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e a Unidade Básica de Saúde da Família Nova Betânia, de Nova Russas –CE, onde foram colhidas informações para a elaboração dos portifolios das disciplinas.

O AVA consiste de um software no qual diversas ferramentas de comunicação estavam integradas em uma pagina da internet, pelo qual acessávamos através do ambiente moodle as disciplinas ofertadas pelo curso de Especialização Saúde da Família.

De acordo com Leite, "o moodle é um ambiente virtual de aprendizagem que oferece aos professores a possibilidade de criar e conduzir cursos a distância, por meio de atividades [exigem ação do aluno, como responder, discutir, etc.] ou recursos [materiais para consulta e estudo] organizadas a partir de um plano de ensino".

Hernández (1998) define portfólio como sendo um "continente de diferentes classes de documentos (notas pessoais, experiências de aula, trabalhos pontuais, controle de aprendizagem, conexões com outros temas fora da escola, representações visuais, etc) que proporciona evidências do conhecimento que foi construído, das estratégias utilizadas e da disposição de quem o elabora em continuar aprendendo" (p. 100).

As disciplinas estudadas neste período foram: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Participação Social e Promoção da Saúde; Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.

A construção do portfólio foi realizada no decorrer do curso através das atividades virtuais, reflexões mediadas pelos fóruns de discussão, chats, considerações pessoais, relatos de aprendizagem, trabalhos em grupo e tarefas individuais. Na intenção de obter um melhor resultado foram utilizados fotos, artigos científicos, o material didático das disciplinas, fontes

primarias, como o sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), e as experiências profissionais, os quais foram todos reunidos e apresentados em forma de capitulo.

Ressalta-se que para a realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência, havendo respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Processo de Trabalho em Saúde

Município de Nova Russas

Nova Russas é uma cidade com 30.965 habitantes, o município se desenvolveu nos primeiros anos de sua história por conta das atividades agropastoris. Com o passar dos anos a cidade teve um surto de crescimento em virtude da produção de algodão que alavancou a economia do município. Como em varias cidades brasileiras esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infra-estrutura e muito menos de desenvolvimento social (IBGE, 2010).

A atividade política partidária era polarizada em apenas um grupo, após 20 anos de oligarquia esse ciclo foi quebrado pelo partido PSC (Partido Social Cristão) conhecido, como os “azulões”.

Na área da saúde, o município adotou a estratégia de saúde da família (ESF) desde 1994, onde possuíamos apenas duas equipes. A ESF, em dezembro de 2009, apresentava uma cobertura de 100%, contando com 1 Centro de Saúde, 10 postos de Saúde, sendo 5 na zona rural e 5 na zona urbana, 1 Hospital Geral com 40 leitos para internação em clínica médica(16), pediatria(7), obstetrícia(9) e cirurgia(8) (DATASUS, 2009).

A unidade de saúde da família Nova Betânia, situada no distrito do mesmo nome, foi inaugurada a cerca de dezesseis anos. O posto foi construído com o propósito do funcionamento da unidade de saúde da família, porém pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (2000 pessoas). A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manha) cria-se certo tumulto na unidade.

Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos tem que aguardar o atendimento em pé. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza a sala de vacina ou da enfermeira que são as salas mais amplas do posto. As reuniões com a comunidade, palestra, grupos são realizados no antigo comitê político, antes era situação, mas hoje é da oposição, porem não alterou o bom convívio entre a equipe/ população.

A unidade de saúde funciona de 07:00 às 17:00 horas. O tempo da Equipe da Nova Betânia esta ocupado entre atividades de atendimento à demanda espontânea (distrito e localidades rurais) e alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, exame

preventivo de câncer de mama e ginecológico, planejamento familiar, visita domiciliar, atendimento individual a hipertensos e diabéticos, acompanhamento de crianças desnutridas, palestras, atendimento em arear rural.

A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, o grupo de caminhada, que no inicio conseguiram despertar o interesse da comunidade, mas logo as pessoas sumiam e o trabalho morria.

A equipe de saúde da família é composta por um médico, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnica de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde, no qual apresentamos peculiaridades de cada um, porem os nomes foram trocados para preservar a identidade dos mesmos.

1. Antonia, P.B., 39anos, com união estável, 2 filhos, agente comunitária de saúde desde 1987, da área do Lagedo Grande, com 98 famílias cadastradas. Antonia terminou o segundo grau, através do supletivo, é uma pessoa bastante extrovertida, comunicativa e alegre.
2. Lidia, 36 anos, casada, tem 3 filhos, passou no concurso em 2009 para agente comunitária de saúde, cobri a área urbana do distrito, antes era professora municipal de Nova Betânia.Lidia é tímida, mas que apresenta um bom empenho no seu trabalho.
3. Claudiana, M.S.L., 42 anos, casada, dois filhos, agente comunitária de saúde desde 1987, da área urbana do distrito com 122 famílias cadastradas. Tem facilidade para falar em publico , realizo o curso técnico de enfermagem, muito conhecida no distrito e exerce um papel de espelho para as demais colegas.
4. Quitéria, 32 anos, casada, uma filha, contratada como agente comunitária de saúde, cobri a área da sede do distrito e assentamento Santana. Quitéria estudou ate o 2° anos do ensino médio, antes era do lar.
5. Rosalina, 36 anos, casada, 2 filhos, agente comunitária de saúde, desde 2005, da área do Morro Agudo,a mais distante do distrito e da seda, com 36 famílias. Rosalina é muito conhecida no assentamento, faz parte da associação de moradores e participa das ações desenvolvidas pela comunidade.
6. Maria Beatriz, 40 anos, casada, 2 filhos, técnica em enfermagem, realizo o curso no Rio de Janeiro, passou no concurso de 2007,esta no distrito a cerca de 3 anos, onde exerce a profissão.
7. Ana Julia, 22 anos, enfermeira, solteira. Ana Julia terminou o curso no segundo semestre de 2009, pela Universidade de Fortaleza, este é seu primeiro emprego.

Decidiu trabalhar com a atenção básica após um estagio em saúde publica no distrito de um interior de Fortaleza.

8. Antonio Carlos, 24 anos, solteiro, médico. Carlos também é recém-formado, estudou na Universidade Estadual do Ceará, resolveu trabalhar com atenção básica pois gosta da área, tem um bom rendimento financeiramente e da para conciliar com a especialização.
9. Carolina Andrade, 23 anos, cirurgia- dentista, solteira. Carolina é recém-formada e este é seu primeiro emprego após sua formatura. Natural do Piauí decidiu trabalhar no interior de Fortaleza devido à oferta de emprego, melhor salário e a possibilidade de exercer uma área que gosta.
10. Rebeca Perez, 21 anos, solteira, auxiliar de saúde bucal. Rebeca participa do curso para técnica de saúde bucal em Crateús, trabalha há 3 anos no distrito, é bastante alegre e gosta muito do seu trabalho.

Considerando as especificidades no serviço de saúde, a unidade propõe uma reflexão sobre a comunicação como parte integrante do processo de trabalho nos aspectos assistir, curar, educar, interagir, prevenir e cuidar.

O ser humano é um ser social e por isso o relacionamento e a comunicação são aspectos necessários na vida das pessoas, esta segunda sendo entendida como a ato ou efeito de comunicar-se, processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados. A capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, com vista ao bom entendimento entre pessoas. (FERREIRA, 2001).

O novo modelo de assistência visa à promoção e prevenção da saúde, onde a comunicação é fundamental no processo de trabalho em saúde com o objetivo de abordarmos de maneira efetiva os mais diferentes âmbitos utilizando a linguagem verbal ou não- verbal.

O cliente percebe quando é bem acolhido e quando o profissional se importa com ele, fazendo com que o mesmo se sinta a vontade para confiar e contar suas necessidades e problemas, com uma boa comunicação a equipe de saúde consegue assistir a sua clientela e fazer com que a população entenda suas orientações e dessa maneira possa trabalhar a prevenção em saúde e cuidar melhor da comunidade.

O profissional para obter este resultado tem que estar disposto a acolher e escutar o usuário, sendo simpático, empático, conhecendo a realidade dele, seu dia-a-dia, passando confiança e credibilidade, utilizando uma linguagem simples que as pessoas entendam

respeitando a situação sócio-econômica de cada um, desenvolvendo assim um cuidado mais humanizado.

Uns dos objetivos do acolhimento seriam por essa perspectiva: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Observamos que diversas vezes as maneiras como os profissionais se comportam contribuem para a existência de falhas na comunicação e na interação com o paciente, esta atitude é quase inexistente no atendimento no ESF, pois alguns profissionais enxergam apenas a doença no indivíduo tornando o atendimento um processo mecanizado e sem criação de vínculos. A utilização do jargão e da linguagem técnica são outros exemplos relevantes, pois os pacientes não compreendem os complexos termos que os profissionais usam.

As atitudes desses profissionais podem ser em parte uma simples acomodação, fruto do hábito, para manter a distância do paciente, impedindo-o de fazer muitos questionamentos, ou porque os profissionais aprendem um vocabulário complexo para compreender as doenças e se comunicar sobre elas com os outros profissionais.

É consensual a utilização de termos menos técnicos e mais claros, uma educação continuada permanente para um atendimento mais individualizado, humanizado e digno da pessoa humana, onde o indivíduo seja visualizado hoslisticamente, nos seus aspectos bio-psico-social.

De acordo com os fóruns, propostos pela disciplina processo de trabalho em saúde com o objetivo de contribuir para a consolidação de uma mudança real do modelo assistencial foi incentivado descrevermos sobre a realidade local após a implantação do programa de saúde da família (UFC, 2010).

Através dos relatos postados pelos colegas em diversos fóruns, observamos como nos encontramos com situações semelhantes apesar de ser em municípios diferentes, contudo não é algo que possamos comemorar se pensarmos que algumas vezes nosso interesse frente o proposto pela política de atenção básica não esta sendo atingindo.

Infelizmente estamos acompanhando o descaso dos pacientes em relação às consultas de enfermagem, pois os mesmos já chegam ao consultório com o diagnóstico feito ou com indicação do nome do medicamento para ser feito a transcrição, como o caso de alérgicos (loratadina), respiratórios (amoxicilina, prednisona), estomacais (omeprazol, ranitidina) etc, com o intuito muitas vezes de estocar em casa.

A comunidade não nos ver como profissionais que praticam ações de prevenção e promoção, mas como fornecedores de receitas, remediando as doenças através de portarias de medicamentos adotadas por todas as secretarias de saúde.

A cultura, costumes e tradições não apresentam uma barreira na atuação da enfermagem, principalmente nos interiores onde essas crenças são mais enraizadas, nas consultas incentivo o uso de medidas caseiras (mel, lambedores, chás,...), fitoterapicos, homeopáticos, porem algumas medidas prejudicam um pouco nosso serviço.

O vício e a crença das pessoas em medicamentos esta cada vez mais evidente e por mais que ocorra uma orientação quanto ao uso errôneo de medicamento sem necessidade, dos cuidados com a automedicação exagerada, não observamos eficácia, pois já existe uma cultura medicalocêntrica, ocasionando como desvantagem o nível de alergias e resistências aos medicamentos mais acentuados. Devido aos problemas exposto uma boa solução seria a implantação de uma farmácia-viva na Unidade Básica de Saúde, pois essas medidas bem orientadas são fortes aliados aos tratamentos.

É difícil mudar os hábitos e cultura das comunidades, diante da credibilidade, diferenças e resistência, entretanto temos que ser persistente nesse processo, e aprender a lidar com essas diversidades, sendo necessário conhecer, avaliar e unir hábitos culturais a terapêutica, usando parcerias disponíveis na comunidade, intensificando a promoção de saúde que desejamos.

3.2 Modelo Assistencial e Atenção Primaria à Saúde

De acordo com Silva Júnior e Alves (2007) modelo assistencial é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para problemas de saúde de uma coletividade. Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde.

Segundo Fausto e Matta (2007) a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

No município de Nova Russas existe 11 equipes de P.S.F. desenvolvendo Promoção à saúde, fazemos grupos, palestras, campanhas, vacinações, puericultura, pré-natal, prevenção câncer de colo do útero e mamas, tratamento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento de crianças desnutridas, de pacientes com Tuberculose e Hanseníase, contudo a população ainda procuram atendimento curativo.

A disciplina nos questiona as melhores estratégias, ações e nossas dificuldades mais freqüentes a serem enfrentadas pela nossa equipe na perspectiva da mudança do modelo assistencial que prioriza as ações curativas para um modelo que busca a melhoria da qualidade de vida da população com o objetivo de discutir os diferentes conceitos de modelo e da compreensão do contexto da sua implantação e seus determinantes ao longo da historia.

A realização de treinamentos para médicos, enfermeiros e agentes comunitárias de saúde com especialistas sobre diferentes assuntos faz com que valorizemos mais os nossos profissionais e ocasionalmente estimulamos o seu trabalho.

Dentre outros projetos, destaca-se a solicitação aos profissionais para a realização de atividades educativas baseadas no diagnostico de situação do município. De acordo com a Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias nas Áreas (SSA2), os mapas de tubérculos, hanseníase, diarréias, etc., é realizado o consolidado e encontrado o diagnostico, como um aumento de adolescentes grávidas ou do aleitamento misto, dessa forma é organizado uma reunião com os profissionais buscando desenvolver estratégias que sensibilize esse publico objetivando melhores resultados.

Porém diversas vezes encontramos dificuldades nessas implantações, alguns profissionais não acreditam que esse tipo de atividade tenha resultado, alegando a não aderência pela população sobre o que foi exposto, que as agentes de saúde não realizam o trabalho de forma desejada e ate mesmo a falta de incentivo de alguns profissionais.

O Projeto Saúde nas Escolas (PSE) constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de saúde da família e da educação básica. Nesse contexto tem como alguns objetivos desenvolver atividades de promoção da saúde voltadas aos escolares, seus pais e profissionais da educação; prover atendimento médico e odontológico; identificar os principais problemas de saúde enfrentados pela população atendida pelo PSE; propor estratégias para minimizar os problemas detectados (BRASIL, 2011).

O PSE desenvolve ações como palestras e oficinas sobre sexualidade saudável, prevenção de DST/HIV, de uso de álcool, tabaco e outras, continuidade do processo de reflexão- ação através de trabalhos e debates na sala de aula (temas transversais), criação de dias “D”, como combate a dengue, paz e outros, realizando passeatas, mutirões e gincanas, inclusão dos temas em feiras de ciências, explorando a pesquisa cientifica (BRASIL, 2011).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) junto com o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) buscou parceria coma a Universidade de Toronto/Canadá e estabeleceu o projeto de ação denominado “Projeto de Cooperação Internacional para o Fortalecimento da Atenção Primaria à Saúde Brasil-Canadá”. As ações desenvolvidas foram reunidas enfeixadas em um vasto projeto denominado “Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primaria à Saúde” (Agap), dentro das quais se valoriza a atualização formal em APS, seus valores, princípios e atributos (CONASS, 2011).

O Projeto de Cooperação Internacional para o Fortalecimento da Atenção Primaria a Saúde/Brasil- Canadá tem como tema “Prevenção de Hipertensão e Diabetes por meio da

adoção de estilos de vida saudável e promoção da saúde" que busca reduzir em 20% o numero de internações por hipertensão e diabetes em pacientes com mais de 60 anos, procedentes do território da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de medidas de abordagens diferentes na promoção e prevenção destas doenças como também na forma de estimular a adesão ao tratamento (VILAR, 2010).

Contamos com o apoio do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e da ação social, contribuindo muito para alguns grupos, como por exemplo: grupos de gestantes, onde a fisioterapeuta e a psicóloga desenvolve um trabalho de relaxamento e alongamento com as mesmas e o grupo de hipertensos e diabéticos, que temos o apoio do educador físico e nutricionista.

Com o objetivo de discutir a qualidade na prestação de serviços de saúde, seus atributos, e o modelo de gestão do trabalho da Equipe, o modulo modelo de assistência a saúde através de um estudo de caso, nos propõe a identificação dos atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados de saúde a Dona Maria relacionando com os problemas apresentados por ela.

No caso da D. Maria podemos observar que houve uma eficácia por parte da equipe, pois cumpriu o propósito, teve ações desenvolvidas resultando na solução do problema (paciente compareceu ao posto referindo cefaléias, foi diagnosticada e obteve um tratamento), porém não existiu eficiência, pois faltou agir de uma maneira que desse resultado (teve um diagnostico, mas será que houve um acompanhamento do caso? pois a paciente tomava os medicamento de forma irregular o que ocasionou numa complicação da doença, ou seja, um acidente vascular cerebral), como a efetividade é um conjunto da eficiência e da eficácia, concluímos a ausência desse atributo, pois apenas um desses esta presente.

Houve a falta da equidade e da oportunidade, no primeiro devido os profissionais não procurarem conhecer as situações de risco e vulnerabilidade que se encontrava a usuária e o segundo, pois não ocorreu o cuidado no momento necessário, propiciando um tratamento sua eficácia já esta comprometida.

Observamos a presença da ética (uma reflexão teórica que analisa e critica os fundamentos e princípios que regem um determinado sistema moral), acessibilidade, otimidade, porém ausência de e continuidade e aceitabilidade (é aceitação de uma determinada ação pela população, observamos que a paciente fazia uso irregular dos medicamentos).

O texto deixa algumas duvidas, pois não esta explicito se a equipe fazia ações educativas, como grupos de hipertenso, se a paciente freqüentava o posto, se existia visita

domiciliar o que dificultou saber se este ultimo atributo (legitimidade) estava ausente ou presente, pois de acordo com o texto abaixo, poderia seguir pela seqüência lógica que se a equipe fizer ações educativas, onde são bem aceitas pela população porque se entende que trazem um beneficio este atributo estará presente.

A primeira idéia que se tem de legitimidade é que tal noção pressupõe um valor, elemento pelo qual os sistemas jurídicos se revestem de um componente mínimo de autoridade, que os tornam aceitos independentemente do uso da força. A questão do significado objetivo da Legitimidade conduz, por sua vez, ao problema da autoridade: assim, a autoridade não pode fundamentar-se no Direito Positivo, porque é justamente esse quem precisa de autoridade para ser eficaz (UFC, 2010).

Em outras palavras, o aparecimento da autoridade não significa que desapareça a necessidade do uso da força, mas, inegavelmente, onde há autoridade, a força é minimizada, desempenhando um papel meramente acessório.

3.3 Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde

Segundo UFC, 2010 "O planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes". Qualquer atividade humana realizada sem qualquer tipo de preparo é uma atividade aleatória que conduz, em geral, o indivíduo e as organizações a destinos não esperados, altamente emocionantes e via de regra a situações piores que aquelas anteriormente existentes.

Carlos Matus criou o planejamento estratégico situacional como proposta teórico-metodológica para planejar e governar, onde quem planeja são parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma realidade, o que requer diálogo e interação. Salientando que não há um único diagnóstico, nem uma verdade objetiva, a flexibilidade desta estratégia de planejamento favorece situar os problemas em um contexto amplo, mantendo a riqueza da análise de viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade (VENDRUSCOLO, 2011).

Ocasionado a isso, o conhecimento e o vinculo entre as equipes da Atenção Primaria e a população adstrita é de fundamental importância dentro as questões de planejamento das ações tanto de assistência quanto de promoção e prevenção dos agravos, somente quando temos um real diagnostico da situação de saúde da população a qual estamos com a responsabilidade de intervir é que conseguimos planejar e propor ações que realmente impactem positivamente nos indicadores de saúde.

Planejar e programar em um território específico exige um conhecimento das formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não- governamentais para se ter clareza do que é necessário e possível ser feito. É importante o dialogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais moradores, na busca do desenvolvimento de ações intersetoriais oportunizando a participação de todos. Isso é adotar a intersetorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade da atenção.

Segundo a concepção da vigilância em saúde, a articulação desse conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação. O planejamento é entendido nessa posposta como uma ferramenta da gestão da vigilância em saúde e incorporam dois princípios fundamentais presentes na concepção da atenção básica: a co-responsabilidade sanitária e a participação social.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

O planejamento visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países. Portanto deve-se considerar-lo condição básica para o sucesso de qualquer trabalho que procure a melhoria da qualidade, pois o difícil não é saber o como planejar. É conhecer o que se planeja e cumprir o que foi planejado (DE TONI, 2004).

3.4 Tecnologia para abordagem do individuo, da família e da comunidade - Praticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

Todos os processos educativos,assim como suas respectivas metodologias e meios, têm por base uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, modifiquem seu comportamento.

De acordo com UFC (2010) existem varias tendências pedagógicas, propiciando as relações interpessoais e, considerando o potencial dos profissionais de saúde para o trabalho educativo, a importância da intencionalidade e do resultado de suas ações, ou seja, passar a mensagem e fazer com que os pacientes tenham entendido e aprendido de forma que mudem suas atitudes.

Existe ainda uma grande parcela de profissionais que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família, que realizam palestras simples, ou seja, utilizam a pedagogia de transmissão, aquela com qual têm um maior conhecimento, que nos acompanhou na maioria das vezes na nossa vida estudantil, realizava uma transmissão fiel de conceitos, receitas, procedimentos, porem observava que existia uma distância entra a teoria e a prática com uma falta de atitude crítica da comunidade.

Observamos também a utilização da pedagogia por condicionamento que se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de "condicionar" os pacientes a emitir respostas desejadas pelo profissional, onde são ofertados lanches, brindes, receitas para então conseguir que o público-alvo participe das palestras, todavia ao final da explanação não obtinha o retorno desejado.

É consensual a importância de conhecer a realidade da comunidade, focar a pessoa como um todo e não só a doença, ver juntamente com as agentes comunitárias de saúde, que são as responsáveis pela comunicação com a população, representam o elo, qual a maior necessidade da comunidade. Outros aliados são as parcerias realizadas com a escola, igreja e os indicadores de saúde. A realização do Programa Saúde na Escola (PSE), visando encontrar nos alunos multiplicadores de informações, objetivando que esse conhecimento possa ser absorvido por todos.

A pedagogia da problematização é a mais adequada a ser utilizada na Estratégia Saúde da Família, visando o método do arco proposto por Charles Maguerez, contudo a metodologia da Realidade vem sendo a mais promissora, pois apesar de saber qual o problema/ a maior necessidade, ainda observamos um déficit na sensibilização da comunidade, o que não é observado nessa segunda metodologia (UFC, 2010).

Dessa forma, qualquer metodologia educacional a ser empregada deverá estar baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente, que considere os profissionais da saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e, portanto, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação do projeto político, tecnoassistencial e pedagógico da equipe. A educação em saúde é um dos carros-chefes para a promoção à saúde e bem estar do individuo em seu contexto psicobiologico (UFC, 2010).

A unidade com o objetivo de abordar várias concepções pedagógicas que perpassam a prática educativa dos profissionais a partir do pensamento de estudiosos da área da educação, propõe ênfase na pedagogia por condicionamento, que se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de "condicionar" o aprendiz a emitir as respostas desejadas, através dos vídeos, "The Wall" e "Máquinas de ensinar" de Skinner.

No clip da Banda Pink Floyd da música "Another brick in the wall" que significa "outro tijolo na parede" apresenta cenas de um colégio, professores zombando das fraquezas dos alunos, retratando uma metodologia de ensino de forma hierarquizada onde apenas os professores tinham razão, em determinada situação as crianças que pareciam um exército de zumbis se revoltam e queimam a escola e os professores, em forma de revolta e protesto.

Em alguns trechos da musica como "Errado! Faça de novo! Se você não comer carne, você não ganha pudim!" ou "não precisamos de nenhuma educação, não precisamos de controle mental, chega de humor negro na sala de aula. Professores! deixem suas crianças em paz!", observamos características da pedagogia por condicionamento, nesse caso as crianças percebem que estão sendo induzidas a pensar de uma determinada maneira e querem liberdade de expressão.

A pedagogia por condicionamento enfatiza os resultados comportamentais, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca focando um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de "condicionar" o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor.

No filme Aprendizagem Programada onde o professor Skinner nos apresenta a maquina de ensinar, um equipamento que cria condições rápidas e aperfeiçoadas para um estudo efetivo, tendo como vantagens: o aluno obtém a resposta certa na hora, aprendem a ser correto, cada aluno se move no seu ritmo, onde o mais rápido não precisa esperar pelo mais lento, se movem no seu tempo, oferece um trabalho prazeroso e um alto nível de motivação.

Apesar de tantas vantagens percebemos que os alunos não questionam os objetivos, não problematizam a realidade, não tem oportunidade de criticar os conteúdos, tem tendência

ao individualismo e da maior ênfase na produtividade e na eficiência do que na criatividade e na originalidade.

3.5 Saúde da Mulher

Figura 1 - Equipe de saude junto com as gestantes

Fonte: arquivo pessoal

A disciplina saúde da mulher com base na assistência ginecológica no período reprodutivo objetiva desenvolver uma base conceitual e uma visão sobre a situação dos direitos sexuais e reprodutivos no município através da sistematização de dados levantados de forma a caracterizar a real situação do controle do câncer cérvico-uterino e de mama na unidade básica de saúde (UFC, 2010).

As Equipes de Saúde da Família realizam exame de prevenção de câncer de colo de útero - exame de papanicolau e aproveitando a oportunidade da população reunida, os profissionais realizam palestras e grupos sobre vários assuntos relacionados à saúde da mulher, como DST's, o auto-exame das mamas, gravidez, puerperio, aleitamento, planejamento familiar, dentre outros.

A cobertura feita pelas atividades de rastreamento de câncer de mama e cérvico-uterino promovidas pelo município, obteve um maior numero (248 pacientes) em março e o menos numero em junho e agosto, não havendo nenhuma coleta, essa disparidade ocorreu devido a mobilização realizada no município em março para festividades do dia da mulher,

onde foram feitos mutirões de prevenção, alcançando esse resultado, todavia no inicio do segundo semestre por falha na licitação faltou alguns materiais para prevenção, ocasionando a falta da atividade.

Após as coletas nos PSFs, estes mandam o material colhido juntamente com as fichas padrão do Ministério da Saúde (Requisição de Exame Citopatologico- Colo de Útero) e a lista de mulheres atendidas, esse material é encaminhado para o Instituto de Prevenção do Câncer - IPCC, onde os mesmos enviam um consolidado mensal.

No consolidado do ano de 2010, foram realizadas 855 prevenções em mulheres entre 25 e 59 anos, dentre estas apenas um exame estava com amostra insatisfatória, ou seja, 0,11%, nos levando a concluir que existe uma boa adequabilidade e monitoramento externo. A prevalência das lesões percussoras diagnosticadas são as lesões intra- epiteliais.

Em relação aos outros exames disponíveis, todos são controlados pela Central de Regulação e Avaliação, onde são ofertados 150 consultas por mês de citologia oncótica, as mamografias são realizadas em municípios vizinhos sendo 82 vagas para Crateús e 5 para Sobral por mês e ultrassonografia é uma base de 60 mensais.

O fluxo acontece da seguinte forma: o paciente procura o profissional no PSF, que preenche a ficha de solicitação de exames, protocola na unidade, depois encaminha para a central de marcação, que ira agendar a consulta com o medico especialista, a ficha com o dia e horário agendado volta para o PSF para que a ACS possa comunicar ao paciente.

Como se pode observar, ocorreu alguns obstáculos durante o ano de 2010, principalmente com a falta de material, pois desestruturou toda uma mobilização que estava sendo desenvolvida desde o inicio do ano, porem quando falamos de prefeitura temos que lhe da com uma serie questão burocrática, licitação, cotação de preços e nem sempre se pode fazer compra direta. Esse foi um grande problemas diante da coordenação da atenção básica, apesar do planejamento, do trabalho ser baseado em cronogramas, tendo metas a cumprir, não alcançamos a meta.

Na tentativa de minimizar o problema, foi realizado um plano de ações, um deles foi conseguir uma razoável quantidade de material, juntar com os materiais que tinham nos postos e centralizar as prevenções, onde uma enfermeira era locada na policlínica apenas para

realizar este procedimento, após colocar em pratica esta ação, pode se observar resultados, pois se em agosto estava zerado, em outubro conseguiram 48 e em novembro 64.

A rede básica de saúde constitui-se em uma instância de enfrentamento da violência contra as mulheres, por seu papel fundamental na detecção de casos e na problematização desse problema com as mulheres. Este tem sido um desafio enfrentado pelos profissionais que atuam na equipe de Saúde da Família porque implica mudanças profundas nos paradigmas que sustentam as suas práticas (ANDRADE, 2009).

São visíveis as mudanças ocorridas na nossa sociedade, à luta da mulher em busca da independência financeira, intelectual, amorosa, tem se mostrado uma trajetória árdua, pois nascemos e porque não dizer, vivemos em um mundo machista, onde a submissão ainda acontece na maioria dos lares, principalmente nos interiores. A cultura machista só vai diminuir de acordo com a consciência destas mulheres dos seus direitos e da própria autoestima e independência.

A lei Maria da Penha é a lei que estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados veio para ajudar nesse processo de libertação, porem direito no papel e diferente na nossa realidade.

Esses casos são raros, não por falta de agressão, mas devido as mulheres ocultarem os fatos por não encontrarem outra solução para sobrevivência, por medo, pela vida dos filhos, por não ter estudos, vergonha da sociedade, por não ver casos de impunidade, diminuindo a coragem na hora de fazer a denúncia, como observamos são várias as alegações que ouvimos quando tentamos encorajar as mulheres para se libertarem dessa vida. Como assegurar que ficaram bem, se nem você, profissional, tem essa certeza?

Através dessas historias observamos a necessidade de um treinamento com os profissionais para que tenham subsidio diante dessas situações, buscarem focar mais nesse assunto, inteirar as mulheres dos seus direitos, criando espaços para ouvi-las, assegurando o sigilo do atendimento e diversos caminhos para sair desta vida, aproveitar a sala de espera dos exames de prevenção e planejamento familiar para abordar esse assunto, formar parceria coma a ação social e promotoria para juntos tentar realizar campanhas e sensibilizar a população.

Nós devemos orientar, dizer os passos a seguir, lembrando que é de responsabilidade da mulher denunciar o homem que a agrediu, as informações nós prestamos, as denuncias ficam a cargo da vitima interessada.

3.6 Saúde Mental e Violência

No objetivo de construir um conhecimento que possibilite a efetividade e a resolubilidade das ações de saúde mental na atenção básica, foi proposto a criação e comentários de casos clínicos. Os casos são situações comuns que comentados podem orientar a conduta geral dos profissionais de saúde em situações semelhantes, como forma de discutir os problemas de saúde mental mais significativos e prevalentes na população adulta (UFC, 2010).

E.S.M, 12 anos residente no município de Coreaú, é filha única de um enlace matrimonial de 14 anos. A mãe é professora e o pai é caminhoneiro, e adolescente é muito querida por toda a família. Todo um problema tomou conta da família quando a adolescente apaixonou-se por um rapaz de 18 anos, este era envolvido com drogas, motivo que fez com que a família não aprovasse o namoro, outro motivo relatado pela família era o fato da menina ser muito jovem e vulnerável. Mas, mesmo sem aprovação da família os dois iniciaram um namoro com ajuda dos amigos, sempre se encontravam as escondidas para que os pais, avós e tias não ficassem sabendo de nada. E o namoro com o passar do tempo foi ficando sério, e os pais ficavam apenas sabendo de boatos que os dois estavam namorando, mas mesmo assim não queriam de maneira alguma o relacionamento dos dois. As paqueras e os encontros duraram cerca de seis meses, até que na noite de natal passada a adolescente aproveitou que o pai estava viajando e enquanto a mãe estava no banho a garota fugiu com o rapaz. A família quando se deu conta da situação entrou em desespero e resolveram ir procurá-la. Eles procuram a adolescente por cerca de 72 horas, andaram por todos os municípios vizinhos e só a encontraram quando acionaram a policia, que fez com que os amigos confessassem onde os dois estavam. A mãe pegou a filha que estava hospedada em uma pousada de um município próximo. Toda a família, juntamente com a adolescente, foram pra delegacia prestar queixa e para o IML para realizar exames. Ao final da historia, o rapaz foi processado por estupro presumido, o dono da pousada que os hospedou também está sendo processado e toda a família está passando por problemas psicológicos. A adolescente está com medo de tudo e tem vergonha de sair de casa, a mãe está depressiva e quer abandonar até o trabalho, a avó apresenta ansiedade excessiva e o pai apresenta-se muito agressivo quando manifesta desejo de matar o rapaz.

Este estudo de caso foi discutido com outras colegas da especialização, objetivando traçar um plano de ação para este caso, dentre as sugestões obtivemos a opção da família

mudar de município, porém chegamos a conclusão que muitas vezes mudar de município é uma alternativa inviável para algumas famílias principalmente quando estas tem uma fonte de renda fixada em uma cidade e não sabem ao certo como irão viver em outro lugar, como exemplo temos a mãe da jovem que é professora, e se este cargo for por conta de um concurso pode ficar difícil de ela abdicar, fora todo o apoio da família que deve morar no município.

Uma nova proposta seria a equipe do Programa Saúde da Família fazer uma visita domiciliar a essa família e propor tratamento psicológico a todos, pois nesse momento é importantíssimo o apoio de uma equipe multidisciplinar, estes profissionais podem apaziguar os ânimos e fortalecer a auto-estima de toda a família, outra ótima opção seria as terapias de grupo, com visitas constantes a essa família.

A adolescente seria acompanhada de perto pela equipe, pois como a adolescência esta ligada com o desenvolvimento e amadurecimento corpóreo bem como da sexualidade, personalidade e caráter, este episódio pode refletir profundamente na qualidade de vida dessa jovem, bem como deixar marcas profundas em seu desenvolvimento psíquico, podendo torná-la um adulto fragilizado.

Em relação à mãe e avó são necessárias medidas para apoiá-las nesse momento de dificuldades, como uma equipe integrada e se necessária avaliar a prescrição medicamentosa em um primeiro momento. As autoridades locais também poderiam ser acionadas para intervir nesse caso uma vez que o pai se encontra revoltado com a situação.

A escola da adolescente também poderia ser acionada, no sentido de fornecer apoio, no caso de no momento oportuno esta jovem voltar às suas atividades escolares, pois é nesse ambiente que essa adolescente vai interagir com pessoas de sua faixa etária e se o corpo docente não intervier de maneira efetiva, esta jovem pode ser vítima de violência moral, bullying, preconceito o que irá agravar cada vez mais o seu quadro, bem como prejudicar sua saúde emocional.

3.7 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

A gestão ambiental é tida hoje como uma exigência e diferencial de mercado, e é algo relativamente recente, como observamos no texto, que nos conta a historia do cenário mundial do trabalho, mostrando a crise ambiental e a modernidade, incluindo as sociedades primitivas, tradicionais, modernas e de transição, buscando enfatizar os processos produtivos, principalmente sobre o capitalismo.

Baseados nos estudos de Karl Marx para relatar os aspectos relevantes do capital e trás dentre outros a questão do consumismo e a falta de limites, nos mostrando o conflito da apropriação inadequada das áreas litorâneas, pude notar o quanto o trabalho, capital, ambiente estão relacionados entre si e com a saúde (UFC, 2010).

Apesar de aprendermos desde o ensino fundamental o impacto que o ambiente sofre com a ação do homem, algumas coisas com o tempo vão se tornando “normais”, um desses exemplos é o aumento no numero de favelas, a maioria em lugares inadequados, que apesar de ter sido criada há algum tempo, que estão inseridas no contexto histórico, esquecemos do perigo que muitas famílias correm por morar dessa forma e só lembramos quando as tragédias ocorrem.

Há algumas décadas percebeu-se que preservar a natureza significa também preservar a própria vida humana no planeta terra porque fazemos parte de todo esse sistema. Inicialmente a preocupação era pela extinção dos animais, mais tarde a questão do desmatamento das florestas, a poluição da atmosfera até que se atentou para todos os tipos de impactos que possam prejudicar o meio ambiente, como por exemplo, a poluição causada pelas indústrias com suas emissões de CO2.

A preocupação com a preservação do meio ambiente torna-se intensificada devido aos fenômenos climáticos que ficam cada vez mais freqüentes e intensos, sendo ocasionados na maior parte por intervenção humana, sendo esta oriunda principalmente das indústrias e desmatamento de florestas. Muitas empresas estão buscando formas de minimizar seus impactos no meio ambiente e outras estão buscando novas formas de produzir seus produtos de forma a utilizar os resíduos ou tratá-los antes do descarte final.

O acidente de trabalho é aquele que acontece no exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional podendo causar morte, perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

O acidente de trabalho deve-se principalmente a duas causas: primeiro pelo Ato inseguro, que é o ato praticado pelo homem, em geral consciente do que está fazendo, que está contra as normas de segurança. Ex. Ligar tomadas de aparelhos elétricos com mãos molhadas, se arriscar no trânsito em alta velocidade. E em segundo a condição insegura, que abrange o ambiente de trabalho que oferece perigo e ou risco ao trabalhador. Ex. Instalação elétrica com fios desencapados, guindastes com cabos deteriorados, locais de trabalho com pregos espalhados pelo chão.

A questão ambiental tem conseguido sintetizar grandes, na medida em que passou a incorporar problemas referentes à pobreza, aos padrões tecnológicos, às formas de propriedade, à organização da sociedade civil, ao controle e regulação social das atividades produtivas, à legislação, planejamento e gestão de territórios.

A humanidade enfrenta problemas sociais hoje devido ações priorizadas no passado como o interesse no crescimento e expansão, visando a globalização, focando apenas na economia e os lucros, tendo como conseqüência o uso desenfreado dos recursos naturais, gerando alterações irreversíveis ao meio ambiente. A Revolução Industrial trouxe como transformação a conversão do trabalho em emprego e juntamente com isso o êxodo rural, migração da zona rural para a zona urbana.

A Saúde do trabalhador foi o primeiro modelo teórico-prático da relação trabalho e saúde. É centrado na figura do médico, onde a doença é vista com base na unicausalidade, restrita a uma abordagem clínica do trabalhador-paciente, o qual é visto como uma máquina que deve está saudável para garantir a produção.

A saúde ocupacional tem ênfase é na higiene industrial, com a teoria da multicausalidade permeando a compreensão de saúde e doença, logo após surgiu a saúde do trabalhador que tem a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Esse novo conceito de saúde-doença permite uma transformação na compreensão das interfaces trabalho e saúde e consequentemente nas ações de saúde do trabalhador e nas reivindicações do movimento dos trabalhadores (UFC, 2010).

Os acidentes no Brasil são divididos em: acidentes típicos, de trajeto e doenças relacionados ao trabalho, dentre estas podemos destacar os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), da perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), da intoxicação por chumbo, das dermatoses ocupacionais, da intoxicação por agrotóxicos e, ainda, dos problemas que cercam o trabalho precoce.

A territorialização em saúde deve ser o primeiro instrumento utilizado pela equipe para a organização dos serviços de saúde prestados. Este permite a delimitação e

caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde a população adscrita, bem como a avaliação do impacto das ações. Atualmente, o Ministério da Saúde trabalha com a concepção da vigilância em saúde como a união das vigilâncias epidemiológica, sanitária, do trabalhador e ambiental.

A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador, sendo também seu dever prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular. Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho. Nos casos de negligência quanto às normas de segurança e saúde do trabalho indicadas para a proteção individual e coletiva, a previdência social proporá ação regressiva contra os responsáveis. O pagamento pela Previdência Social das prestações decorrentes do acidente do trabalho não exclui a responsabilidade civil da empresa ou de terceiros.

A disciplina foi de fundamental importância para aprendermos sobre as ações voltadas para as questões de saúde ambiental e de saúde do trabalhador, onde devemos sempre buscar realizar ações de promoção e prevenção, fazendo o controle dos riscos ambientais e a melhoria das condições do meio ambiente e da saúde das pessoas. Outra questão importante foi a expansão do nosso conhecimento acerca de patologias da saúde do trabalhador, nos ajudando a identificar situações de risco e a tomar decisões de forma que sensibilize a população e o governo.

3.8 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

No século passado as políticas anteriores as políticas de promoção de saúde não se preocuparam com a prevenção das doenças bucais e muito menos com a saúde oral dos indivíduos, o pensamento da época era apenas curativo e não preventivo.

A Odontologia engatinhava e as melhoras tecnologias só atingiam a minoria da população que poderia pagar por um tratamento adequado, enquanto a população mais carente (a grande maioria) ficava a mercê dos práticos que realizavam apenas extrações, mutilando as pessoas, na grande maioria das vezes sem necessidade.

Um bom exemplo é quando em um município pobre e afastado da capital a população sentia dores de dente a única forma de remediar a dor seria através de exodontias que eram feitas por pessoas sem qualificação profissional (práticos) justamente por falta também de profissionais qualificados. Então o retrato atual dos desdentados totais de hoje é conseqüência de um passado que ainda perdura em muitos lugares no Brasil.

Os fatores contribuíram para essa situação é justamente a falta de uma política preventiva e de promoção de saúde juntamente com as desigualdades regionais, em que regiões mais desenvolvidas possuem um índice de desdentados bem menor em relação às regiões menos desenvolvidas.

Os investimentos governamentais e as campanhas têm uma forte influencia sobre o pensamento e as atividades da população quanto ao cuidado e importância da saúde bucal. Se o governo investe em campanha, capacita profissionais e atua através das campanhas sobre higienização oral, anti- tabagismo, e outras coisas mais direcionadas a vida saudável, há uma maior probabilidade de uma mudança de pensamento, ou seja, de um pensamento arcaico e desvantajoso sobre a importância da saúde bucal, para um pensamento baseado em estudos científicos e não empíricos.

No Nordeste estamos numa situação um pouco melhor devido a todas essas mudanças que ocorreram com as diretrizes do SUS em que a odontologia não era privilegio de quem tem dinheiro, mas ela pode atingir a todos através das políticas de promoção de saúde com profissionais qualificados e equipamentos de qualidade, com isso foi instituído o Programa Dentista da Família com a finalidade de ampliar a cobertura do serviço odontológico nos municípios cearenses, fortalecendo a estratégia de organização da atenção básica implantada pelo Ministério da Saúde, denominada “Um dentista em cada equipe” (BRASIL, 2008).

Desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente em 2003, o Ceará aumentou em 106,5% o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Saúde da Família, passando para 1.165 em 2006. A cobertura populacional com ESB saltou, neste período, de 25,4% para 48,9%, alcançando uma redução de 44,8% nas exodontias no período 2003-2006 (BRASIL, 2008).

De acordo com o mesmo projeto, a análise das estimativas revela que o declínio da cárie dentária na população infantil está ocorrendo de forma desigual na população brasileira. A execução do delineamento proposto permitiu estimar a prevalência de todos os problemas de saúde bucal investigados para cada município segundo as principais variáveis demográficas (sexo e idade) e o grupo étnico. Essas estimativas representam a melhor informação epidemiológica disponível sobre a saúde bucal da população brasileira.

Em nível municipal, os dados obtidos possibilitaram com segurança a produção de inferências para estimar o ataque de cárie aos 12 anos de idade. Para os demais agravos e grupos etários em que não foi prevista a produção de inferências em nível municipal, análises posteriores considerando os níveis e as características das unidades de amostragem poderão indicar o seu grau de representatividade e a força das estimativas produzidas em termos de nível de confiança e margem de erro (GAIO; ALMEIDA; HEUKELBACH, 2005).

Em relação à população infantil, tanto na dentição decídua quanto na permanente são notáveis as diferenças na distribuição do ataque de cárie. Essas diferenças foram observadas tanto na experiência global (CPOD/ceod) quanto na análise por componentes. As crianças do norte e nordeste do país apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados. Além disso, no Nordeste a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor que no Sudeste, indicando que o maior ataque da doença combina-se com menor acesso aos serviços odontológicos (SB BRASIL, 2010).

A identificação de bolsa periodontal durante o exame indica agravamento das condições do órgão de suporte dentário relacionadas à presença e/ou risco de infecção periodontal. Região da boca excluída do exame reflete incapacidade funcional gerada por mobilidade e/ou perda do órgão dental. Cerca de 10% dos adultos brasileiros possuíam bolsa periodontal em uma ou mais regiões da boca. Praticamente a mesma proporção de adultos apresentou pelo menos um sextante da boca excluído sendo que esse problema atinge metade dos idosos (GAIO; ALMEIDA; HEUKELBACH, 2005).

A perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um

grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas.

É provável que muitas das diferenças apontadas sejam decorrentes do modelo de atenção em cada área geográfica incluindo, entre outros, o impacto de medidas mais gerais, como por exemplo, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e utilização de serviços de assistência odontológica. Com a continuidade do trabalho e a análise segundo as principais variáveis de estratificação, pretende-se gerar informações adicionais que possam contribuir para a discussão desses e de outros inúmeros aspectos ligados à distribuição dos principais agravos em saúde bucal no País.

Na ESF no qual estou inserida não tem dentista, mas quando trabalhei com esse profissional foi bastante proveitoso, tínhamos um ótimo relacionamento e procurávamos cumprir bem o papel de equipe, começando pelo cronograma onde agendávamos o mesmo dia para atendimento de gestantes.

No pré- natal a enfermeira tentava fazer um encaminhamento para o dentista, alertando para importância da saúde bucal e para tentar conseguir uma melhor adesão, o dentista começou a participar das educações em saúde para esse público-alvo onde buscávamos relatar sobre a higiene oral tanto da gestante quanto do recém-nascido, dessa forma já tentando fazer com que essas gestantes percebam que desde cedo devem trazer o recém-nascido para o dentista, abordamos o aleitamento materno exclusivo e misto, desestimulando o uso de chupetas e mamadeiras. Porem mesmo, com a disponibilidade do dentista, sentíamos rejeição por parte dos pacientes que referiam muito medo e que se recusavam ao atendimento.

Com as crianças, sempre realizamos palestras educativas sobre saúde bucal nas escolas, creches e no próprio posto, procurando sempre dinâmicas, novidades para tentar chamar atenção das crianças.

3.9 Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

Todas as pessoas possuem diferenças, mas essas diferenças não deveriam, pelo menos em tese, servir para rotulá-las. Todavia, observamos que, historicamente, as pessoas que não se enquadram dentro de um certo "padrão de normalidade", que a sociedade estabeleceu, ainda vem sofrendo inúmeras formas de preconceito, sendo constantemente marginalizadas e deixadas à margem da sociedade.

Houve um grande avanço no tratamento de pessoas com deficiência, e não falo de tratamento medico, mas de inúmeras conquistas (política, saúde, em transporte, legislação), um exemplo é a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência define, como propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação:proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2002).

A política de ações integradas para as pessoas portadoras de deficiência deve levar em conta, por um lado, as disparidades regionais, bem como a desigual distribuição de renda que, associadas, produzem sob a forma de pobreza algumas das mais importantes causas de deficiências. Deve ainda integrar-se ao conjunto das ações executadas pelo sistema básico de serviços sociais e levar em conta que os portadores de deficiência não forma na sociedade agrupamentos específicos.

São crianças, jovens, adultos e idosos, homens ou mulheres, negros, brancos ou índios, pertencentes a famílias posicionadas em segmentos sociais e econômicos diversos, possuem valores culturais distintos e habitam as várias regiões geográficas do país em municípios de porte e potencialidades diferentes quanto às oportunidades de oferta de serviços e outros morando no meio rural, com mais dificuldades de acesso a estes bens e serviços.

Infelizmente, na Unidade Básica de Saúde em que trabalho o que fazemos em relação às esses pacientes é dá prioridade no atendimento, realizar visita domiciliar quando necessário, quando é algum deficiente auditivo, sempre vem acompanhado de algum familiar, em relação aos deficientes visuais, tentamos ensinar de um modo pratico quais as medicações e seus horários, mostrando tamanho dos comprimidos e cortando as cartelas, contamos com o apoio dos profissionais do NASF que vem contribuindo para melhora desses pacientes. Porem falta mudança na estrutura física: necessita de rampas, barras de ferro, banheiros apropriados,

as portas com espaço suficiente para passar uma cadeira de rodas, falta também uma capacitação dos profissionais para lidar com esse público-alvo.

A promulgação da Lei nº 7.853/89 dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, define crimes, e dá outras providências. Uma visão assistencialista/paternalista deu lugar à outra que garantiu os direitos individuais e coletivos e a efetiva inclusão social das pessoas portadoras de deficiência. Apesar do grande avanço no marco legal, o Estado brasileiro ainda necessita desenvolver ações que contribuam para as transformações dos paradigmas assistencialistas, permitindo que o portador de deficiência seja sujeito no processo de desenvolvimento do país, exercendo sua plena Cidadania.

O Censo Demográfico 2000, do IBGE, desenhado em conjunto com a CORDE, Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, constatou que a questão da deficiência no Brasil atinge diretamente 14,48% e indiretamente a 43,44% da população, ultrapassando a estimativa da Organização Mundial da Saúde (10%). Em números absolutos significam respectivamente, 24,6 milhões e 73,8 milhões de pessoas, além de profissionais atuantes em áreas de atendimento à pessoa portadora de deficiência.

Assim, o redimensionamento das prioridades de governo para a vertente social irá tanto promover a integração da pessoa portadora de deficiência, quanto reduzir o número de novos casos. A questão das deficiências é, portanto, universal, e deve ser preocupação constante não só do governo, mas da sociedade em geral. As medidas governamentais destinadas a melhorar a situação das pessoas portadoras de deficiência devem, necessariamente, estar ligadas à prevenção, reabilitação e equiparação de oportunidades, de acordo com o Programa de Ação Mundial para Pessoa Portadora de Deficiência, da ONU.

A prevenção de deficiência não se confunde com o conjunto das ações preventivas, nem se esgotam nas atividades necessárias à sua realização. O avanço do conhecimento científico tornou possível prevenir a incidência de algumas deficiências com medidas simples e de custo reduzido. A despeito desses avanços, às ações orientadas para a prevenção de deficiência tem sido pouco expressiva no Brasil e constata-se que a incidência de deficiências permanece elevada. A prevenção de deficiência implica na adoção de medidas intersetoriais que impeçam o surgimento de deficiências em qualquer de suas manifestações (prevenção primária) ou que impeçam que deficiências já instaladas se agravem produzindo conseqüências negativas para a qualidade de vida dessas pessoas (prevenção secundária e terciária).

Para o atingimento da "igualdade" e "plena participação", não são suficientes as medidas de reabilitação orientadas para as pessoas com deficiência, faz-se necessário à adequação do ambiente coletivo às exigências de toda a população, incluindo o grupo de pessoas que apresentam necessidades especiais. Além dos portadores de deficiência, este grupo de pessoas é formado por idosos, obesos, cardíacos, pessoas com problemas respiratórios, mulheres grávidas e todos aqueles que, por alguma razão, no transcorrer de suas vidas cotidianas encontram-se com limitações na sua capacidade de deslocamento ou de acesso aos bens e serviços da comunidade.

A deficiência visual tem com fatores de risco: historia familiar, historia pessoal, senilidade, cuidado no pré- natal, cuidados no trabalho e imunização, tendo como métodos de prevenção a realização de um bom pré-natal, após o nascimento realizar o teste de crede e o teste do olhinho, quando chegar a fase de pré-escolar, fazer uso do exame de acuidade visual, fazer educação em saúde mostrando como prevenir acidentes domésticos e ao idoso, podendo realizar essas explicações em consultas ambulatoriais, não esquecendo a importância da vacinação, de um ambiente seguro e exames de rotina, pois complicações de diabetes e hipertensão podem levar a essa perda (UFC, 2010).

A deficiência auditiva pode ser de origem congênita, causada por viroses materna, doenças tóxicas desenvolvidas durante a gravidez ou adquirida, causada por ingestão de remédios que lesam o nervo auditivo, exposição a sons impactantes, viroses, predisposição genética, meningite, também a incompatibilidade de sangue entre mãe e bebê (fator Rh) pode fazer com que a criança nasça com problemas auditivos. Crianças ou adultos com meningite, sarampo ou caxumba também podem ter como sequela a deficiência auditiva. Infecções nos ouvidos, especialmente as repetidas e prolongadas e a exposição frequente a barulho muito alto também podem causar deficiência auditiva (UFC, 2010).

Devido à importância da audição para a humanidade, torna-se essencial sua prevenção. Devem-se incentivar os cuidados com a mulher antes da gravidez como a imunização contra a rubéola, pelo menos três meses antes da concepção. Já as gestantes não imunizadas, devem evitar ao máximo o contato com a doença. Existe, também, a vacina que é tomada pela gestante, para a incompatibilidade de fator Rh.

O Ministério da Educação desenvolve a política de educação inclusiva que pressupõe a transformação do Ensino Regular e da Educação Especial e, nesta perspectiva, são implementadas diretrizes e ações que reorganizam os serviços de Atendimento Educacional Especializado oferecidos aos alunos com deficiência visando a complementação da sua formação e não mais a substituição do ensino regular (SA et al., 2007).

Com este objetivo a Secretaria de Educação Especial e a Secretaria de Educação a Distância promovem o curso de Aperfeiçoamento de Professores para o Atendimento Educacional Especializado, realizado em uma ação conjunta com a Universidade Federal do Ceará, que efetiva um amplo projeto de formação continuada de professores por meio do programa Educação Inclusiva: direito à diversidade. Essas diretrizes são expostas em três livros (Deficiência Visual, Deficiência Auditiva e Deficiência Física) são atitudes como essa que deveríamos nos espelhar, pois muitos profissionais não são capacitados para lidar com esse tipo de cliente.

Em um estudo realizado por enfermeiras da Universidade Federal do Ceara mostrou que existe despreparo das enfermeiras no domínio do processo de comunicação com deficientes auditivos. Em relação à percepção do processo de comunicação, todas se enquadraram no grupo com dificuldade de comunicação. As enfermeiras mostraram-se inseguras ao se relacionarem com os surdos por não conhecerem a língua utilizada por eles e pela falta de habilidade em transmitir a informação sobre sua saúde (PAGLIUCA, 2006).

É importante enfatizar ainda que a dificuldade de relacionamento com os deficientes auditivos não é geral, pois alguns profissionais sempre tentam aprender maneiras de relacionar-se eficazmente, no intuito de proporcionar o bem estar e transmitir maior confiança. Essas profissionais evidenciaram seu esforço e a busca pela melhor forma de relacionamento com esse tipo de paciente, porém o sucesso é limitado pela falta de preparo desde a sua formação acadêmica.

Na tentativa de superar essa falha, foram citadas sugestões para aperfeiçoar as relações interpessoais entre as profissionais e as pessoas com deficiência auditiva. Entre estas sugestões constam: necessidade de maior preparo profissional, acrescido de ampla divulgação nos meios de comunicação da LIBRAS e ênfase do tratamento humanizado com os deficientes auditivos, com vistas a minimizar o preconceito em relação a esse tipo de paciente.

Como a deficiência auditiva atinge considerável parcela da população mundial, exigi-se particular atenção nesse sentido, pois muitos profissionais, independentemente de estarem ou não preparados, podem se deparar com essa situação. Para enfrentá-la com sucesso, é indispensável o interesse profissional pelo assunto e a adaptação nas grades curriculares de cursos da área da saúde em geral.

Dessa forma, amparado pelo conhecimento e pelo empenho no bem-estar do deficiente auditivo, o profissional poderá concretizar o processo de comunicação e garantir a este deficiente um cuidado eficaz, de acordo com suas necessidades

Apesar das conquistas percebemos que ainda existe um longo caminho a percorrer para conseguir resultados otimizados, observamos que muitas unidades não estão preparadas para receber os deficientes.

3.10 Interdisciplinalidade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

Figura 2: Equipe de Saude da Familia

Fonte: Arquivo pessoal

O Ministério da Saúde criou em 1994, o Programa Saúde da Família, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, após alguns anos, em 2000 foram incluídos profissionais de saúde bucal, todos visando a família como a unidade de intervenção e reorientação das praticas dos profissionais, buscando a promoção, prevenção e recuperação de forma integral e continua (UFC, 2010).

Um dos pontos-chaves é a **interdisciplinaridade**, parece algo simples visto que todos tem o mesmo objetivo (bem-estar da comunidade em que trabalham), porem o que se tem observado são vários profissionais em um mesmo ambiente cada um com sua função, onde ninguém interfere no trabalho do outro, como resultado temos uma falha em um dos princípios do SUS a integralidade.

Um dos principais motivos para tal acontecimento é a formação acadêmica, devo dizer que concordo em partes, na universidade no qual estudei tive a oportunidade de trabalhar e ressaltar a importância desse bom entrosamento coma as demais áreas, não só com os profissionais que compõem a ESF, mas também os que dão apoio como a equipe do NASF

(Núcleo de Apoio a Saúde da Família), concordo que temos muito que evoluir em relação a interdisciplinaridade.

Uma das formas dessa união acontecer é com a realização de reuniões (apenas a equipe como também com a coordenadora da atenção básica) assim sempre ocorrera um momento para aprimorar a junção dos conhecimentos, vejamos se um ACS nos relata um problema em sua área, todos que estão presentes podem sugerir propostas em prol de um resultado para um problema da comunidade seja ele coletivo ou individual.

Na foto acima esta primeira equipe de saúde da família em que trabalhei (da esquerda para a direita: médico, enfermeira, dentista e auxiliar de saúde bucal) todos recém- formados e tínhamos um ótimo relacionamento, podemos dizer que éramos uma equipe, planejávamos algumas estratégias juntos, elaborávamos o cronograma em busca de melhor atender a comunidade, se houvesse algum problema com um paciente tínhamos a liberdade de mostrar o caso um para o outro, levar o caso em discussão para obter melhores resultados. É só não esquecer as quatro operações matemáticas:

(+) conhecimentos

(-) diferenças

(×) saberes

(÷) com a população em forma de benfeitorias

A equipe de saúde da família esta organizando a 14ª Conferencia Municipal de Saúde com o tema geral “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Publica, patrimônio do Povo Brasileiro”, onde serão discutidos subtemas como garantia do acesso e acolhimento com qualidade, participação da comunidade, gestão publica do SUS, dentre outros, como enfermeira da unidade irei realizar uma pré- conferencia para informar sobre as conferencias, o tema e subtemas, levantar propostas preliminares para a conferência e escolher através de votação uma pessoa da comunidade para ser o delegado e outro como suplente.

A atuação da integralidade no decorrer dos anos, antes existia o modelo medico/ curativo, individual, assistencialista e especializada, lembrando também do medico/ privado mais o apoio estatal visando a geração de lucro (tratando apenas a doença).Para ter acesso a

assistência medica apenas se forem trabalhadores com vinculo com o Instituto Nacional de Previdência Social e no caso do trabalhador rural contava-se com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e o restante da população era atendida pelas Santas Casas de Misericórdias (UFC, 2010).

Houve a Reforma Sanitarista, depois a Constituição de 1988 onde se falava da Seguridade Social no art. 196 “Saúde é um direito universal e dever do estado”, com isso foi criada as Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 e o surgimento do SUS tendo com base princípios organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular) e doutrinários (universalidade, equidade e integralidade).

A integralidade tão preconizada pelo SUS vem sendo trabalhada a passos lentos, pois parece que voltamos para a década de 70 onde os médicos eram especialistas e tinha o olhar fragmentado diante do paciente, o que observamos hoje é que principalmente os médicos estão vendo a estratégia saúde da família como algo passageiro, onde trabalham ate passar em residências ou quando estão perto de se aposentar.

Sendo assim temos médicos recém formados que não conseguem criar vínculos com a população por passar pouco tempo e temos médicos especialistas que visam apenas um problema, esquecendo do “todo”, no município em que trabalho acontece muito isso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência significou, principalmente, a possibilidade de qualificação profissional, imprimindo qualidade, atualização e inovação ao programa de Estratégia Saúde da Família, por meio de uma eficaz articulação que é estudo/trabalho. Participar do Curso de Especialização da Saúde da Família tornou - se uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento e capacitação profissional, sem dúvida foi um dos passos iniciais para a construção de um novo olhar crítico, reflexivo e criativo, capaz de comprometer-se com a construção de uma prática profissional enriquecedora.

Um dos maiores desafios à consolidação da estratégia de saúde da família trata-se da desconstrução de um paradigma, ou seja, quebrar conceitos e modelos focados em cultura medicocêntrica alicerçada em procedimentos e medicamentos para uma forma de atenção integral, onde a escuta qualificada, trabalho em equipe, humanização e apropriação do território assumem palavras de ordem nesse novo modelo produzido pelo sistema de saúde (o SUS que queremos).

Considerando a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde.

A Organização Pan Americana de saúde considera a Educação Continuada como um processo permanente que se inicia após a formação básica, e está destinada a atualizar e melhorar a capacidade das pessoas, frente às evoluções técnicas cientificas e as necessidades sociais.

Este novo aprendizado possibilitou a concretização de uma forma de trabalho que requer conhecimento, dedicação, trabalho em equipe, treinamento com envolvimento de todos os profissionais, facilitando o trabalho do enfermeiro, a fim de alcançar a excelência na assistência prestada.

O processo participativo adotado nesta experiência mostrou que exige tempo e dedicação de todos que fazem parte do curso. Entretanto, pela experiência vivenciada pela autora, pode-se resgatar também que o resultado se traduz em crescimento individual e conseqüentemente, em efetivo produto coletivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Departamento de Atençao Basica. Programa de Saude na Escola. Brasilia, 2011. Disponivel em: <http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php> Acessado em : 16 jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 11/96)**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei nº9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 6.253, de 13 de novembro de 2007. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, e sobre a Coordenadoria Nacional para Interação da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Brasília, 1989. Disponível em:< http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/lei7853.asp>. Acesso em: 12 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira**: Resultados Principais. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Acessibilidade -Ações, Produtos e Metas para 2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Estadual de Saúde (2007-2010). Ceara, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional De Saúde Da Pessoa Portadora De Deficiência. Brasília, 2002.

CAMPOS, F. E.; BELISARIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface **Comunic. Saúde Educ.**, v. 9, p.133- 142, ago. 2001.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, out./dez. 2005.

CONASS. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primaria à Saúde – AGAP, **22 CONASS documenta**. Brasília, p. 25, 1ª edição. Disponivel em: <http://www.portalconass.org.br/conassdocumenta/conass_documenta_22_pt_para_download.pdf > Acessado em: 16 jan. 2012.

DATASUS. Secretaria de Assistência a Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Período analisado: 01/2010 a 12/2010. Versão: 6.1, 2010.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. Educação Continuada em Enfermagem Conhecimentos Atividades e Barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 7, n. 5, p. 43-49, 1999.

DE TONI, Jackson. O que é planejamento estratégico situacional? Revista Espaço Acadêmico, n. 32, Janeiro de 2004

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciên. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atençao Primaria à Saude: histórico e pespectiva. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>. Acesso em: 15 jan 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: Século XXI. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

GAIO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.,** v. 8, n. 3, p. 316-323, 2005.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública,** v. 21, n. 2, mar./abr. 2005.

HERNÁNDEZ, F. **Cultura visual. mudança educativa e projeto de trabalho**. Porto Alegre: Artmed. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATISTICA E GEOGRAFICA. **Cidades.** Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acessado em: 25 fev 2012.

LEITE, M. T. M. **O ambiente virtual de aprendizagem Moodle na prática docente: conteúdos pedagógicos**. São Paulo: Laboratório de Educação a Distância – UNIFESP, 2011. Disponível em: <http://www.virtual.unifesp.br/cursos/oficinamoodle/textomoodlevvirtual.pdf>.Acessado em: 10 nov. 2011.

PAGLIUCA, L. M. F. *et al.* Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo**. Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n.3, p. 411- 418, 2007.

PAULON, S. M.; CARNEIRO, M. L. F. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface (Botucatu),** v.13, s.1, p. 749-757, 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, 2005.

SA, E.; CAMPOS, I.; SILVA, M. **Atendimento Educacional Especializado:** Deficiência Visual. Brasília: SEESP/ SEED/MEC, 2007.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e pespectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>. Acesso em: 2 set. 2011.

SOUSA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Est. Psicol.**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Publica**, v.23, n.2, p. 331- 340, fev. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/>. Acesso em: 14 out. 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 e os riscos para a saúde da família. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_01/index.php?p=02.php>. Acesso em: 14 out. 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 e os riscos para a saúde da família. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_02/>. Acesso em: 14 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Saude Mental e Violencia. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_01/>. Acesso em: 14 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Tecnologia para abordagem do individuo, da família da comunidade - Pratica Pedagógicas em Atenção Básicahttp://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_02/index.php?p=02.php>. Acesso em: 15 out a Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: 16 jan. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Tecnologia para abordagem do individuo, da família da comunidade - Pratica Pedagógicas em Atenção Básica a Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_02/index.php?p=03.php>. Acesso em: 15 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_03/index.php?p=03.php>. Acesso em: 15 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_02/index.php>. Acesso em: 15 out. 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 da Mulher no Ciclo Vital. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_01/>. Acesso em: 18 out. 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 da Mulher no Ciclo Vital. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_04/>. Acesso em: 18 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_02/index.php?p=03.php>. Acesso em: 15 out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/index.php?p=02.php>. Acesso em: 15 out. 2011.

VENDRUSCOLO, C.; KRAUSER, I.; KLEBA, M. E. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & contexto - enferm**. v. 20 n.1 Florianópolis Jan./Mar. 2011

VILAR, D. C. L. F. et al. Prevenção de Hipertensão e Diabetes por meio da adoção de estilos de vida saudável e promoção da saúde. Ceara, janeiro de 2010. CONASS. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primaria à Saúde – AGAP, **22 CONASS documenta**. Brasília, p. 25, 1ª edição. Disponivel em: <http://www.portalconass.org.br/conassdocumenta/conass_documenta_22_pt_para_download.pdf > Acessado em: 16 jan. 2012.