

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA-
NUTEDS

QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATRAVÉS DE
EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: UM NOVO OLHAR NA PRÁTICA DA
ESF

Fortaleza - 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

A452q

Almeida, Valdizia Oliveira de Lima

Qualificação de profissionais através de educação à distância: um novo olhar na prática da ESF/ Valdizia Oliveira de Lima Almeida. – 2011.

62 fls.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Canindé, 2011.

Orientação: Profa. Rubiane Diogenes Alves

1. Educação à Distância 2. Educação Permanente em Saúde 3. Programa Saúde da Família 4. Atenção Primária a Saúde I. Título.

CDD 362

Fortaleza - 2011

RESUMO

A Constituição Federal de 1988, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), dando ao indivíduo mais acesso aos serviços ofertados. O Programa Saúde da Família, constitui uma estratégia de grande alcance, tendo em vista o seu objetivo de aumentar a cobertura assistencial, pois é o primeiro contato do paciente, família e comunidade, com o sistema de saúde, garantido, assim a igualdade de acesso à saúde para a população. A Educação Permanente em Saúde contempla todos os membros das equipes da saúde da família de forma objetiva, comprometida e reflexiva. O Curso de Especialização Saúde da Família é baseado em relato de experiência, é ministrada pela Universidade Federal do Ceará, na modalidade à distância, tendo início em agosto de 2010 a novembro de 2011, os cursistas recebem orientações de uma tutora virtual e uma tutora regional. Durante o Curso de Especialização Saúde da Família foram ofertadas 11(onze) disciplinas, onde foram aplicadas tarefas, avaliações (provas), fóruns, chat's, videoconferências, discussões, reflexões e relatos de experiências profissionais, e, no final de cada disciplina, essas atividades foram postadas nos portfólios. Para confecção dos portfólios foram utilizados além dos relatos das experiências profissionais, vivenciadas na unidade de saúde e no território de abrangência, livros, artigos científicos, internet, material didático e material complementar do curso. Estou concluindo o Curso de Especialização da Saúde da Família, e, estou convicta que vou levar para meio campo de trabalho, mais conhecimentos e experiências que adquiro ao longo do curso. Sei que as mudanças são difíceis, mais com dedicação, determinação e força de vontade é possível obter bons resultados dentro do Programa da Saúde da Família, pude também observar através dos relatos de experiências, que existem profissionais realmente comprometidos com Atenção Primária à Saúde, a fim de promover e prevenir doenças dentro do seu território de atuação.

PALAVRAS CHAVES: Educação à distância, educação permanente em saúde, programa saúde da família, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 created the National Health System (SUS), giving the Individual more access to services offered. The Family Health Program, is a wideranging strategy in view of its objective to increase the coverage, it is the first contact of the patient, family and community with the health system, guaranteed, and equal access health for the population. The permanent Health Education includes all members of the family Health team objectively, committed and reflective. The Specialization Course in Family Health is based on experience report, is administed by the Federal University of Ceará, in the distance mode, starting in August 2010 to November 2011, Cursillists receive guidance from a tutor and a virtual tutor regional. During the Course of Specialization Family Health were offered eleven(11) subjects, which were applied tasks, evaluations (tests), forums, chat's, vídeo conferences, discussions, reflections and stories of experiences Professional and at the end of each course, these activities were posted in the portfolios. For preparation of portfolios were used in addition to reports of Professional experience, experienced in the health unit the territory covered, books, papers, internet, textbooks and supplementary materials of the course. I am completing the Specialization Course in Family Health, and, I believe I'll take half of the field work, the more knowledge and experiences acquired during the course. I know that change is difficult, cesbut with dedication, determination and willpower you can get good results within the Family Health Program, I also look through the accounts of experiences that are truly committed professionals with Primary Health care, the order to promote health and prevent disease within their territory of operation.

KEYWORDS: distance education, continuing education in health, family health program, primary health car

QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: UM NOVO OLHAR NA PRÁTICA DA ESF

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

Orientadora: Rubiane Diogenes Alves

Fortaleza - 2011

QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: UM NOVO OLHAR NA PRÁTICA DA ESF

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

Aprovada em 14/04/2011

BANCA EXAMINADORA

Rubiane Diogenes Alves----- Orientador(a)

Prof. Fernando André Campos Viana----- 1º Avaliador

Profª Ismênia Osório Leite Viana----- 2º Avaliador

HOMENAGEM ESPECIAL

À Deus, por ter me amparado nas situações de maiores dificuldades, por ter me propiciado momentos de alegria, por ter me permitido discernimento para compreender melhor minha tarefa, por ter me dado forças para superar aos desânimos, aflições e incertezas, pela oportunidade que me destes de aprender, pelos verdadeiros profissionais que colocaste em meu caminho, pela graça de que, mesmo não fazendo parte do corpo docente, continua sendo o meu maior mestre.

AGRADECIMENTOS

À Deus , que sempre me encorajou e me deu forças para vencer.

Aos meus pais, Valdy Felipe de Lima (falecido) e Maria Luiza Oliveira de Lima, que trabalharam para me dar uma educação de qualidade e que são a razão da minha existência.

As minhas Orientadoras, Rubiane Diogenes e Edilene Abreu, que tiveram paciência e compreensão durante o curso.

À Secretaria da Saúde, na liberação para que eu pudesse realizar o curso, sem falar no incentivo para a conclusão do mesmo.

Aos meus filhos, Rafael, Nayara e Nayane, pelo apoio e compreensão na conclusão deste trabalho, que era um objetivo de minha carreira em me tornar uma especialista em Saúde da Família.

Ao meu esposo, Francisco José, que direta ou indiretamente me ajudou na conclusão deste trabalho.

Ao Francisco, digitador da Secretaria da Saúde, que me ajudou,, muitas vezes, no manuseio do computador.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO-----	10
2-METODOLOGIA-----	13
3-RESULTADOS E DISCUSSÕES: PORTFÓLIOS	
3.1-Processo de Trabalho em Saúde -----	14
3.2 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde-----	19
3.3-Saúde Mental e Violência-----	24
3.4-Saúde da Mulher e Ciclo Vital-----	29
3.5-Saúde Ambiental, Ac. Naturais, Artificiais e Riscos para à Saúde- Da Família-----	33
3.6-Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal-----	37
3.7-Atenção Básica de Saúde aos Portadores de deficiências-----	41
3.8-Tecnologia p/ abordagem do Indivíduo, da Família e Comunidade: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica em Saúde-----	46
3.9-Planejamento e Avaliações de Ações de Saúde-----	50
4.0- Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde-----	56
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	60

1 - INTRODUÇÃO

A Organização atual do setor de saúde no Brasil é decorrente de resultado de transformações iniciadas na década de 1970 e, formalizada na Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), para que toda a população tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Esse Sistema foi detalhado e teve sua forma definida pelas Leis nº 8080/90 (“ dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”) e Lei nº 8142/90(“ dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”). O SUS pode ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade), e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos (participação popular, regionalização, hierarquização, descentralização e comando único).

A Origem do PSF (Programa Saúde da Família) no Brasil conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família, por não se tratar mais apenas de um “Programa“, teve início no ano 1994, como um programa proposto pelo Governo Federal aos municípios para implementar a atenção primária. A Estratégia de Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente na maioria das vezes em grandes hospitais. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF, como Política Nacional de Atenção Básica, como caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, o Governo emitiu a portaria nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviço de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básico do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade- mediante o cadastramento e a vinculação dos usuário.

A Educação Permanente em saúde deve ser contínua e programada, para que as equipes de saúde recebam a devida capacitação de modo a atender as necessidades trazidas pelos problemas existentes na área de atuação. Além de possibilitar o aperfeiçoamento da equipe de saúde, a Educação Permanente serve de vínculo entre a equipe de saúde e comunidade. A educação permanente deve ser iniciada desde o treinamento da equipe, e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, de acordo com a realidade de cada contexto, ressalta-se aqui, a educação à distância.

O Curso de Especialização Saúde da Família, é ministrado na modalidade semi-presencial, é um método inovador, pois favorecer demais os profissionais que não dispõem de tempo, para fazê-lo presencialmente, permitindo que o aluno estude autonomamente em horários distintos e, possa fazer relatos de experiência, e adquirir outros conhecimentos, através de interatividade com os outros cursistas. Esse curso veio qualificar e capacitar os profissionais de saúde, no enfrentamento de situações indesejadas.

É importante o diálogo e a interatividade entre os membros da equipe e a população adscrita, sem a participação da comunidade é impossível ter bons resultados, quando cheguei na área há 13 anos, a comunidade tinha um elevado número de gestantes adolescentes, a cobertura vacinal em crianças menores de 2 anos era em torno de 45%, os exames de prevenção de câncer de colo e mama não eram realizados, a cobertura de acompanhamento de hipertensos e diabéticos era pequena, sem falar na demanda espontânea que era totalmente desordenada, hoje o cenário é outro, melhorou bastante, temos um dos melhores índices de pré-natal, a cobertura vacinal é em torno de 95%, os exames de prevenção de colo e de mama são realizados, embora precise melhorar, por isso, que foi elaborado o plano de ação, a procura dos hipertensos à unidade é satisfatória, e a cobertura dos agentes de saúde em visitas domiciliares é recomendável. Trabalhamos junto a Associações Comunitárias, Conselho Comunitário, Escolas Municipais. É necessário interagir com a comunidade, a fim de promover ações em saúde. Outro fato importante na vivência do dia-a-dia da equipe na unidade é a participação popular, onde ocorrem as articulações para resolver os problemas existentes na área de atuação, contudo podemos direcionar ações resolutivas, através de projetos sociais, firmando parcerias intersetoriais. Procuramos também respeitar as crenças, mitos, tabus da população, e, só assim, foi possível buscar cumplicidade das

relações interpessoais, trabalhar na área de atuação há 13 anos, é gratificante porque é possível avaliar as reais necessidades da população, priorizar os grupos de riscos, e buscar estratégias para solucionar problemas existentes. Durante esses anos de trabalho na unidade, pude perceber que a demanda espontânea está diminuindo a cada dia, quer dizer, algumas vezes, eles procuram a unidade para conversar, desabafar, pedir orientações, até mesmo, quando tem médico, eles procuram pela enfermeira, às vezes querem a última palavra na tomada de alguma decisão. Nos 13 anos de convivência na unidade, percebi como é importante o trabalho desenvolvido pelos Agentes de Saúde, e, recentemente com a implantação da equipe do NASF na zona rural, formou-se uma parceria essencial no processo de saúde-doença, pois o trabalho que desenvolvem na área é de fundamental importância na busca de uma melhor qualidade de vida.

2- METODOLOGIA

O curso de Especialização em Saúde da Família é oferecido pela Universidade Aberta do SUS, com parceria o Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde da Universidade Federal do Ceará (NUTEDS/UFC), na modalidade semi-presencial. O curso ocorreu no período de Agosto de 2010 a setembro de 2011. Os cursistas receberam orientações de uma tutora virtual e uma tutora regional. Durante o Curso foram ofertadas 11(onze) disciplinas. Tais como: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial à Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental e Violência; Saúde da Mulher; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica à Saúde no Contexto de Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde Pessoas com Deficiência; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade- Práticas Pedagógicas em Atenção Básica; Planejamento e Avaliações em saúde; Interdisciplinaridade, Bioética e abordagem integral dos processos de Saúde, durante cada disciplina foram relatadas experiências vivenciadas nas Unidades de Saúde e no território de atuação por todos os participantes do referido curso.

A Participação nas disciplinas foi realizada através dos fóruns de discussões, chat's, atividades em grupos, teleconferência, videoconferência, avaliações presenciais, relatos de experiência, e de material didático e complementar oferecido pelo curso. No final de cada disciplina, o Aluno postava seus relatos de experiência e suas reflexões no Portfólio.

Segundo (Jones & Shelton), Portfólio é um documento personalizado de percurso de aprendizagem, é rico e contextualizado. Contém documentação organizada com propósito específico que claramente demonstra conhecimentos, capacidades, disposições e desempenho específicos alcançados durante um período de tempo. O Portfólio representa uma ligação estabelecida entre ações e crenças, pensamento e ação, provas e critérios. É um meio de reflexão que possibilita a construção de sentido, torna o processo de aprendizagem transparente e a aprendiz visível, cristaliza perspectivas e antecipa direções futuras (Jones & Shelton, 2006; 18-19)

Para a realização desse trabalho, não foi necessário a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em seres Humanos (CEPH), pois se trata de um relato de experiência. Houve respeito nos princípios éticos contidos na resolução 196/96, que norteia a Ética na Pesquisa com Seres Humanos.

3- RESULTADOS E DISCUSSÕES: PORTFÓLIOS

3.1-PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Diante do que foi exposto na disciplina construa um texto com as reflexões solicitadas nos fóruns II e III, juntamente com suas reflexões referentes a esta aula. Acrescente ao documento, o que foi pedido na aula I e não esqueça de enviá-lo para o seu portfólio no ambiente moodle.

“A equipe verde é lotada na unidade de Saúde de Vila Formosa I; que fica situada na principal rua do bairro. É uma casa alugada, adaptada para ser uma unidade de saúde, é inadequada para a demanda da população que é de 3100 pessoas, a Área de recepção é pequena, dificultando o atendimento e o fluxo dos usuários, não tem cadeiras para toda a clientela, ficando muitos usuários esperando o atendimento em pé. A unidade funciona de 7.30 às 18.00, precisando do apoio dos agentes comunitários de saúde que se revezam fazendo trabalho de arquivo, durante a semana, pois só existe uma auxiliar de enfermagem na equipe de saúde. “

O MUNICÍPIO DE CANINDÉ, é uma cidade pertencente ao sertão central distante de Fortaleza 110 km, tem aproximadamente 78.000 habitantes, é uma cidade que vive do turismo religioso, cuja principalmente festa é uma homenagem ao padroeiro da cidade SAO FRANCISCO DE ASSIS, durante esse período (10 dias), a cidade tem um fluxo imenso de romeiros, vindo de todo o Brasil. A cidade teve um crescimento intenso populacional importante. Existem Indústrias de Calçados, Cosméticos, mas o índice de desemprego ainda é grande, como a cidade é religiosa, existe pequenas fabricas de “SANTOS “, o comércio, também está atraindo grandes lojas de eletrodomésticos para a região, a população da zona rural vive da agricultura de subsistência e pecuária. Apesar de ser uma cidade turística sua infraestrutura é precária, as ruas estão esburacadas, o saneamento básico, esta deixando a desejar, coleta de lixo é insatisfatória. O município de Canindé é composto de VII(sete) distritos (zona rural) + sede do Município. NA AREA DA SAÚDE, Canindé pertence a 5ª CERES, tem um hospital filantrópico, conveniado pelo SUS, recebe pacientes dos municípios de Madalena, Boa viagem, Caridade, Paramotí, Itatira, está sendo construído uma Policlínica, um CEO (centro de

especialidades odontológica), tem um Centro de Saúde (CSCC- centro de saúde Chico Campos) que serve referencia para os PSF'S, é composto de um laboratório de análises clínicas, especialistas em cardiologia, ginecologia, dermatologia, neurologia, clinico geral. Em 1997, o município passou a adotar o PSF (PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA), hoje é composto por 7 (sete) equipes na zona rural e 9 (nove) equipes na sede do Município, tem uma cobertura de 85% da população. Foi inaugurado em 2009, o IML (Instituto de medicina legal) e foi implantado o NASF (Núcleo de Atenção Saúde da Família). NA AREA DA EDUCACAO foi inaugurado o IFCE (Instituto Federal do Ceará). Existem várias escolas municipais, estaduais e particulares, lembrando também que, Faculdades (UVA, EADCON, ACERTE), estão complementando a educação no município. NO CAMPO POLITICO, existe vários partidos políticos, cujas lideranças se revezam na administração municipal.

A UNIDADE DE SAÚDE que trabalho, foi inaugurada há 10 anos, está situada a 45 km da sede do Município, tem área de abrangência com os Municípios de Madalena, Choró, Aratuba, Itapiúna. É uma unidade ampla, bem estruturada, com uma sala de vacina, sala de ambulatório, SAME, consultórios, sala de espera (cadeiras e bancos), farmácia, sala para reunião, banheiros, copa, expurgo, sala para um consultório odontológico (que será inaugurado em breve) e banheiros. Sua estrutura física está precisando de uma reforma, pois existem infiltrações e rachaduras. A unidade é bem equipada com materiais, medicamentos e equipamentos para um bom atendimento à comunidade. A unidade também recebeu recentemente uma ambulância em parceria com a Secretaria do Estado do Ceará. A equipe de Saúde é composta por 11 Agentes de saúde, um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, três auxiliares de serviços gerais, dois vigias, um motorista da ambulância e um motorista que transporta a equipe, este é contratado pelo dono do carro. Todos os profissionais, exceto o médico são concursados. A unidade funciona de 7.30 às 16.30 hs, mas a equipe chega ao distrito às 8.30(segunda e terça-feira). Nos outros dias (terça, quarta, e quinta), não trabalhamos na sede do distrito, nos deslocamos para as áreas descentralizadas. Assistimos a 1200 famílias, aproximadamente 5000 pessoas, o atendimento nas áreas descentralizadas é realizada em escolas, casas da fazenda, não temos espaço adequado para realizar todas as ações do programa saúde da família. Na Unidade de Saúde são realizadas demanda espontânea, puericultura, pré-natal, exame preventivo do colo uterino, vacinação, curativos, retirada de pontos, inalação, aplicação de injeções, as visitas domiciliares são

solicitadas pelos ACS's (agentes comunitários de saúde) e familiares sempre que for necessário, são feitas após o término das consultas, claro, se houver uma emergência, a visita será realizada imediatamente. A preocupação da equipe é falta de tempo para desenvolver outros projetos. O dia a dia da equipe, como falei anteriormente, trabalhamos na sede do distrito, dois dias da semana fazendo demanda espontânea e realização outras ações (exame preventivo de colo uterino, pré-natal...), não temos condições de fazer um apazamento mensal por programas, por exemplo, um dia para hipertensos, outro dia para pré-natal, não é possível, porque temos 14 postos de atendimentos nas áreas descentralizadas. Geralmente fazemos horário corrido na área descentralizada, pois é difícil fazer os dois horários (manhã e tarde), é uma reivindicação que as associações sempre pleiteiam, mas o profissional (médico) não aceita. Outra reclamação é o número de consultas, a população reclama muito, pois não tem consultas para todos, mas o médico não aceita aumentar o número, pois segundo ele, as consultas perderiam a qualidade, é difícil, pois, só vamos uma vez por mês, em cada localidade. Vale ressaltar que os exames preventivos de colo uterino, só são realizados em locais que tenham condições de fazê-los. É também outra reivindicação que as associações dos assentamentos fazem, pois onera muito para a família, o deslocamento para a unidade de saúde na sede do distrito, mas já estamos resolvendo essa questão. COM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E SOCIAL, membros da comunidade fazem parte do conselho municipal de saúde, fazendo suas aprovações, reivindicações e votações em melhorias para a comunidade.

Para Merhy (1999), o modo de operar os serviço de saúde é definido como um processo de produção de cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos (equipe e comunidade) para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo ensino-aprendizagem. Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza-se ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber o qual coloca-se em jogo um saber Territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos para um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (Merhy, p.7,1999).

A Realidade do programa da saúde da família que vivenciamos contraria aos ensinamentos que recebemos nas faculdades, porque quando passamos a trabalhar, sentimos na pele a falta de

incentivo dos gestores, a deficiência de material e recursos humanos, espaço físico precário na área descentralizada, o difícil acesso as comunidades da zona rural, a sobrecarga de trabalho do profissional (enfermeiro), devido ao número insuficiente de consultas médicas, e a intensa rotatividade de médicos, quando falo na sobrecarga de trabalho do enfermeiro é bom enfatizar, falta de tempo, que o mesmo não tem em desenvolver os programas (por exemplo, hipertensão e diabetes), por que na realidade é o nosso verdadeiro papel. Para uma interação adequada é necessário uma boa comunicação entre os membros da equipe de saúde e a comunidade, pois precisamos da participação social; para a equipe é essencial para buscar estratégias, para melhorar a qualidade de vida da população; para a população o dialogo é imprescindível na transmissão das mensagens, essas devem ser feitas de formas claras, para que os usuários possam entendê-las, o que podemos observar é a falta de interesse nas palestras e/ou reuniões. A dificuldade encontrada é a mistificação da auto-medicação; muitos usuários já chegam no posto com o nome do medicamento, porque seu vizinho tomo e fico bom, entre outros... Sobre os determinantes sociais individuais. Ressaltamos os valores sócioeconômicos e culturais, diferenças essas, que requer dos profissionais de saúde habilidades em tratar cada indivíduo, respeitando suas crenças, independente de raça e de cor. As Políticas Públicas de Saúde trabalham com a finalidade de atender a população que luta por melhor qualidade de vida. As Organizações e associações comunitárias são organizadas e registradas, lutam para dá a população, o direito à saúde, uma garantia de vida digna, de acesso universal e igualitário as ações e serviços de preservação e recuperação a saúde.

A equipe verde é bastante comprometida com o seu trabalho, apesar de que a falta de recursos humanos e espaço físico, para que ela possa desenvolver suas ações, e, isso atrapalha muito o desenvolvimento das ações e dos princípios que preconiza o Sistema Único de Saúde, mas força de vontade, e disposição ela tem demais, é preciso que os Gestores tenham também a força de realização que esses profissionais da equipe verde possui. Nós nos assemelhamos, no respeito que temos pela comunidade que trabalhamos, na disposição em melhorar a qualidade de vida dos nos usuários, na disposição de mudar o perfil dos usuários. Diferenciamos, no sentido de que trabalhamos numa unidade de saúde ampla, com condições de infraestrutura satisfatória, com uma equipe de profissionais suficientes para atender a demanda, com 12(doze) Agentes de Saúde trabalhando no campo, sem precisar ajudar na Unidade de Saúde, infelizmente o rodízio de médico é imenso. Estou relatando em relação a Unidade de Saúde da sede do distrito, porque nas áreas descentralizadas a situação é totalmente diferente do que estou relatando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio que se propõe o profissional da saúde é desenvolver ações de fundamentação crítica e propositiva que desencadeiem motivação nos membros da equipe, para com eles vivenciar o processo de exercício da cidadania e levar à comunidade elementos de convencimento que promovam o aperfeiçoamento das políticas de saúde. Nós, profissionais temos que refletir melhor em relação à educação em saúde, para que esses usuários saibam realmente o significado de uma consulta, qual a razão do programa saúde da família, em sua comunidade, para possamos desenvolver melhor a promoção e prevenção das doenças, porque trabalhar na atenção primária, não é só “passar remédio”, é comunicar-se, é interagir com os usuários, trabalhando grupos, para serem multiplicadores dentro da própria comunidade.

3.2 -MODELO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Em relação ao desafio de implementar a mudança do modelo assistencial, responda as seguintes questões:

1-Quais das estratégias e ações que sua equipe tem utilizado visando a mudança do modelo assistencial

2-Quais as dificuldades mais freqüente 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?

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde recomendava que a reestruturação do sistema nacional de saúde deveria resultar na criação do Sistema Único de Saúde (SUS); com comando único em cada esfera do governo, considerando que as atribuições de cada nível de governo devem ter por fundamento o Caráter Federativo da nova República, de modo a romper com a centralização que esvaziou nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios.. O sistema único de saúde deve neste sentido, reforçar o Poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios. A partir da constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da união e começam a acontecer, então, as grandes mudanças estruturais anteriormente propostas na área da saúde. Dessa forma, passam a se definir melhor as competências, e, particularmente inicia-se o processo de descentralização.

Antes de comentar as diretrizes do SUS, é importante apresentar o conceito de saúde, definido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, porque de alguma forma esse conceito sintetiza o pensamento do movimento sanitário: “em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso à serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Esse é um conceito basilar para entender as diretrizes do SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE).

Universalidade é a garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde, garantido por uma rede de serviços hierarquizados e com tecnologia apropriada para cada nível. A definição legal de universalização aproxima-se muito das concepções de um sistema nacional de saúde. Mas há uma evidente defasagem entre o legalmente estabelecido e a realidade do atendimento a saúde, hoje no Brasil.

#Equidade- o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda população em condições de igualdade, sem discriminação, seja esta de ordem racial, de gênero, econômico, social, cultural ou religiosa. Esse acesso, também deve garantir possibilidade de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, incluindo as terapias alternativas que já tenham reconhecimento científico.

#Integralidade no Brasil, durante muitos anos, havia uma clara separação entre as ações preventivas, ligadas ao ministério da saúde, e as ações curativas vinculadas ao ministério da previdência. A nova legislação é muito clara na definição: não deve haver essa separação; as ações de caracteres individual e coletivo devem ser financiadas e estar articuladas no mesmo sistema, gerando atendimento da demanda espontânea da população, sem que sejam esquecidos os programas pré-estruturados para atender as necessidades epidemiologicamente definidas pelo gestor do serviço de saúde. Enfim, integralidade tem como prioridade as atividades de promoção e prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais especializados.

#Eficácia, a habilidade de um determinado tratamento em melhorar o curso clínico de uma doença, em teoria, conhecendo-se os mecanismos fisiopatológicos da doença, e conhecendo-se o mecanismo de ação de um agente terapêutico, pode-se inferir a possibilidade de melhora do curso clínico da doença a partir deste tratamento.

Eficiência, além do grau da eficácia, antes parâmetros também são utilizados nesta escolha. Esse processo é conhecido em epidemiologia com o nome de análise de eficiência. Sempre feita com base na comparação de várias opções terapêuticas. A análise leva em consideração, além da eficácia, a efetividade. Aceitabilidade pelo paciente, a facilidade de acesso e de uso é essencial para garantir melhor o tratamento do paciente. A diferença entre eficácia e efetividade diferenciam-se, fundamentalmente por a primeira evidenciar que um tratamento funciona quando realmente aplicado e a segunda, quando realmente prescrito.

E tem também os princípios organizativos/ operativos do SUS, que são os meios pelos quais se realizam os princípios doutrinários:

#Descentralização com direção única, se propõe uma redistribuição do poder, repassando competências e instâncias decisórias para esferas mais próximas à população.

#Participação comunitária, através dos conselhos e das conferências de saúde. A participação popular deve ter caráter deliberativo, oferecendo condições para que a população determine qual é a política de saúde que interessa para o conjunto da população.

#Rede regionalizada e hierarquizada, é fundamental uma articulação adequada entre os níveis do sistema, de modo que haja fluxos de referência claramente normatizados e funcionando de forma automática. A busca por serviços de emergência é determinada por necessidades individuais prementes e, por isso, o fluxo dessa demanda deve ser livre e sem barreiras burocráticas.

Vale lembrar que esses princípios são interdependentes e os detalhamentos necessários para sua operacionalização vem sendo feito através de regulamentações complementares e de Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

Estudo de caso

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

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

A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

A comunicação é vida e fator de mais vida. Mas, se a comunicação e a informação ocorrem ao nível da vida sobre o suporte, imaginemos sua importância e, portanto a dialogicidade na existência humana no mundo (Freire, 2004 ,p-74-75). Não há comunicação sem diálogo e a comunicação está no núcleo do caso relatado, o que faltou foi a comunicação entre os membros da equipe, porque assistência a Dona Maria, demorou a ser prestada. Alguns atributos estão presentes, tais como: Eficácia, apesar da visita dos membros demorarem, as ações desenvolvidas pela equipe, tiveram uma boa resolatividade; Eficiência, pois a equipe utilizou os recursos que dispunham na unidade para ações prestadas; Efetividade, sim pois os membros envolvidos, souberam dá uma solução satisfatória e rápida para os problemas encontrados; Equidade, pois devemos tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, a rede de serviços deve atenta às necessidade reais da população a ser atendida, enfim, é justiça social; Longitudinalidade, assegura a Dona Maria, cuidados contínuos ao longo do tempo do tratamento; Integralidade, pois assistiu a paciente como um todo, Alguns atributos ficaram ausentes, tais como: Oportunidade e acessibilidade, oportunidade, porque foi demorada a assistência prestada, e a acessibilidade, foi difícil, devido a falta de comunicação dos agentes de saúde com a equipe, foi preciso a família procura a equipe na unidade para que fossem prestados os cuidados necessários a Dona Maria.

Na unidade de saúde que trabalho buscamos oferecer todos os serviços, que antes a população do distrito não tinha acesso, tais como prevenção de Câncer de colo uterino e mama, educação em saúde, pré-natal de baixo risco, planejamento familiar, vacinação em crianças menores de 2 anos, como também em adolescentes, outra questão importante, dentro de nossa equipe, é a participação social, que nos ajuda a traçar estratégias, para solucionar problemas levantados pelos próprios moradores, isso é indispensável, para garantir uma melhor qualidade de vida dessa população. Infelizmente, dificuldades sempre vão existir, o que posso relatar é a falta do profissional, médico, que não consegue se fixar na área, sem falar na falta de material, insumos e medicamentos, para que possamos desenvolver as ações, e dá seguimento aos programas do Ministério da Saúde. A dificuldade de reuniões com os gestores, para esclarecimentos da falta desses recursos, com também, de educação continuada, com propósito de capacitar e habilitar os profissionais no enfrentamento dos problemas da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tudo o que estamos propostos a realizar a um ou a vários pacientes exigem-se dedicação, conhecimentos técnicos, como também uma comunicação eficaz, com relação aos procedimentos que foram realizados e os que serão realizados, por que sem uma interação recíproca dos membros da ESF (equipe de saúde da família), o trabalho não é satisfatório, todo envolvimento dos atributos relatados anteriormente, exige a participação de toda a equipe com interação e integração dentro da comunidade, pois a busca de uma melhor qualidade de vida resulta no compromisso de mudança do modelo assistencial, observando melhor os princípios que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Claro, que houve uma mudança na assistência, mas ainda é necessário mais compromisso e respeito por aqueles que procuram atendimentos nas unidades de saúde e hospitais conveniados pelos SUS, porque paciente estão morrendo nos corredores, por falta de leitos, sem falar na medicação para pacientes portadores de doenças crônicas, tudo isso reflete, na mudança do modelo assistencial de saúde.

3.3 –SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Elabore um documento com suas reflexões, no que diz respeito aos conteúdos da disciplina, saúde mental e violência

O modo como a loucura é vista hoje não é a mesmo de séculos anteriores, o jeito de entender, de tratar, de lidar e de olhar a loucura foi se modificando, como tudo o mais se modificou no mundo: valores, cultura, avanços na área médica etc... Por exemplo, na Grécia antiga o louco era considerado uma pessoa com poderes divinos. Acreditava-se que as frases enigmáticas (na realidade incompreensíveis) dos loucos aproximavam os homens das ordens dos deuses. A loucura encontra espaço para se manifestar, não sendo necessário controlá-la ou excluí-la, pois ela é transformada pela cultura em um instrumento necessário para que se compreendam as mensagens divinas. Indo mais adiante, chegando à idade média, na Europa, marcada pela peste e a lepra, a loucura é vista com expressão das forças da natureza, como algo não humano. Mais adiante a loucura deixa de ser instrumento das forças da natureza e ganha um caráter moral, passa a ser vista como um conjunto dos vícios dos homens, como a preguiça. No século XVII, os loucos permaneceram encarcerados, já que eram considerados perigosos para o convívio social. No final do século XVIII, com Phillipe Pinel, é que se difunde uma nova concepção loucura, este, fundamenta a alienação mental como sendo um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso. A loucura adquire então o estatuto da doença mental, que requer um médico e técnicas específicas; ou seja, neste momento, fica também, constituída a psiquiatria como saber médico, que tem com seus princípios representantes Pinel, na França, Tuke na Inglaterra, e, posteriormente Esquirol. A escola francesa, inaugurada como Pinel, trouxe muitas inovações neste campo, como por exemplo, a influência de tóxicos nas alterações do comportamento, a conceituação de esquizofrenia e a divisão dos portadores de doenças mentais: os degenerados que apresentam estigmas morais e físicos, sendo propensos a apresentar acessos delirantes; e os não degenerados, que eram indivíduos normais, porém predispostos ao transtorno mental (AMARANTE, 1995)

No Brasil, paralelamente, a todo esse processo, a política com relação ao tratamento dos transtornos mentais permaneceu atrelada ao modelo europeu do século XIX, centrado no isolamento em instituições fechadas. Já em 1916, o código civil, prescrevia a

interdição civil (quando o indivíduo perde os seus direitos civis, através de ordem judicial, a pedido de alguém) e a conseguinte curatela (é a indicação de alguém para administrar os bens) aos “loucos” de todos os gêneros. No fim da década de 1980, a partir das transformações sociais e políticas que vinham acontecendo no campo da psiquiatria, em países da Europa (Inglaterra, França e Itália) e nos Estados Unidos da América inicia-se no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica, com destaque para João Carlos Teixeira Brandão (RESENDE, 1992).

Entende-se por reforma psiquiátrica, o conjunto de modificações presentes que vêm sendo produzidas ou tentadas, a partir do final da década de 70, interessando ao modelo de assistência psiquiátrica pública, sua sustentação teórica e técnica, e as relações discursivas que se vêm estabelecendo entre a psiquiatria, demais disciplinas de saúde e do campo social e as instituições e movimentos sociais (DELGADO,1992). A criatividade é marca registrada da rede terapêutica que envolve a saúde mental. Com a reforma psiquiátrica dos fins 1980-1990, que abre as portas dos asilos e manicômios, passa-se a enxergar o portador de transtorno mental como alguém que está “vivo” e, portanto, reabilitável. Com a reforma psiquiátrica, para que não houvesse um rompimento abrupto entre a unidade de internação e o atendimento ambulatorial, surgiram estratégias, tais como: Hospital-dia, CAPS, Residências terapêuticas, leitos em hospital geral. (Ana Maria Fernandes Pitta, 1994). Os hospitais-dias são locais onde o paciente passa um período limitado (algumas horas durante o dia) sem se afastar do seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo assim a reclusão e a marginalização do paciente, ao mesmo tempo em que proporciona a sua reabilitação e reinserção social. Num hospital-dia, trabalha-se com terapias individuais, com intervenções familiares, mas, sobretudo, trabalha-se em grupos. As atividades terapêuticas se resumem, em: Reuniões matinais (acontecem nas primeiras horas da manhã), sessões de expressão corporal, musicoterapia e dramatização, assembléia de grupo terapêutico, psicoterapia em grupo (psicólogo é um membro da equipe), psicodrama, dinâmica de grupo, oficina de expressão plástica. O CAPS é uma forma de assistência do SUS para problemas de saúde mental individual ou coletiva que se distingue principalmente pelo acesso local. É um exercício de democracia, pois atua com uma sensível redução da hierarquia assistente/assistido. O CAPS é uma prática indutora da “crise” voltada para o auxílio de paciente estabilizado em um patamar clínico empobrecido do ponto de vista afetivo e ideacional, enfim o trabalho de um

CAPS é o de estimular este paciente introduzindo em seu campo mental, através de novos vínculos afetivos. O paciente de um CAPS desenvolve uma relação de confiança com o tratamento que lhe permite recorrer aos integrantes da equipe para receber ajuda. Vale salientar que são vários os serviços oferecidos pelo CAPS: Visita domiciliar, oficinas terapêuticas, ações intersetoriais, educação continuada, atendimento às famílias e as atividades comunitárias, atendimento individual e em grupos.

Em Canindé funciona o CAPS II, pois tem uma população entre 70 a 200 habitantes, composto por uma equipe terapêutica de um médico, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, e, seis profissionais de nível médio, funciona em dois turnos (8 às 18hs), podendo comportar um terceiro turno (até às 21 hs), nos 5 dias úteis. Residências terapêuticas são alternativas aos usuários internados há anos e que não contam com o suporte adequado na comunidade, e apoia usuários de outros serviços que não contam com suporte familiar e social adequados. A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de serviços residências terapêuticas (SRT) surge neste contexto com componentes decisivos de política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os serviços residenciais ou simplesmente moradias são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Segundo COSTA NETO (2000), “A estratégia Saúde da família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade “.

Nos casos clínicos postados, percebe-se que o profissional não deve ser unidirecional, mas apresentar uma proposta compartilhada, ou seja, a educação e orientação têm de se constituir em uma proposta de parceria entre quem está propondo e a própria família para juntos construir programas de intervenção e desenvolvimento que promovam a saúde e o bem-estar de todos. Constata-se também que as famílias demonstram dificuldades em lidar com a doença mental, pedem esclarecimentos sobre a mesma e orientações. Diante do caso relatado, foi possível constatar a falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com pessoas portadores de deficiência mental, sem falar

na falta de políticas públicas de saúde, que poderiam ser mais presentes na atenção básica de saúde. O CAPS II é gerenciado pelo Hospital São Francisco, recentemente foi inaugurado o CAPS AD, gerenciado pela Secretaria da Saúde do município, mas ainda precisa melhorar bastante, para o atendimento dessa clientela. Com relação à assistência a esse grupo, a equipe não tem muita experiência, pois se resume ao tratamento medicamentoso, e, em visita domiciliar quando a família necessita de ajuda. Observamos que no Distrito de atuação, existe uma demanda enorme de pessoas que utilizam medicação ansiolíticas, psicotrópicas, alguns médicos, tentam aplicar as doses em pequenas quantidades, para ir diminuindo gradativamente, mas infelizmente, o processo não tem resultado, satisfatório, devido a grande rotatividade desses profissionais, sem falar na grande ausência do referido profissional, muitas vezes, esses pacientes nem precisa tomar esses medicamentos, a equipe de saúde, promove palestras, no sentido de esclarecimento dos efeitos de certos medicamentos, com relação ao processo de adoecimento desses indivíduos em questão, mas, não tão simples e fácil, tirar a idéia de não usar referidos medicamentos, mas a luta tem que continuar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lidar com nossas emoções é sempre algo muito difícil. Enfrentar os desafios e as mudanças que a vida nos oferece todos os dias, assim como lidar com traumas e transições importantes, como a perda de pessoas queridas, dificuldades conjugais, problemas escolares e profissionais insatisfeitos com os baixos salários, não pode ser muito fácil. O Despreparo dos profissionais de saúde dificultam o funcionamento de todos os setores, sem falar no preconceito que atrapalha o preparo desses profissionais para o setor em questão. É imprescindível a busca de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde quanto aos fatores geradores do processo saúde-doença na área de saúde mental para que ele possa elaborar estratégias no lidar com este tipo de clientela contraditoriamente tão comum, mas tão especial. Enfim, espera-se que os profissionais da saúde mental tornem a assistência mais abrangente oferecendo à família do doente mental apoio necessário para que ela possa assumir o seu papel de agente de inclusão do mesmo como um membro familiar “diferente”, inserindo-o na comunidade a qual pertence. Diante do que foi exposto é necessário que os gestores municipais de

saúde busquem implantar mais políticas públicas de saúde, com o propósito de promover uma melhor qualidade de vida dessa população, com também fazer sua inclusão social, resgatando com isso sua cidadania.

3.4 -ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER

Elabore um texto sobre as reflexões sobre a realidade feminina, bem como as dificuldades encontradas na Unidade de Saúde, na promoção e proteção à saúde das em situação de violência.

A assistência à saúde da mulher engloba vários setores dentro desse contexto, tais como: pré-natal, planejamento familiar, prevenção de CA de colo uterino, violência e maus tratos à mulher. A assistência pré-natal em sua totalidade focaliza os aspectos sociais, psicológicos e terapêuticos, com isso, requer um sistema multidisciplinar de atendimento, visto que estas questões interagem entre si. Um bom plano de acompanhamento da gestação, inclui apoio psicológico, orientação educacional relativa à saúde e aos hábitos de vida e preparação para a maternidade, além do diagnóstico e do tratamento de patologias próprias da gravidez. Esta atenção tem com propósito o benefício físico e emocional da futura mãe, seu bebê e sua família. Embora o objetivo principal do acompanhamento da gravidez seja a saúde materno- fetal, a promoção de uma boa experiência afetiva e emocional assume igual importância. A gestação é uma fase de mudanças físicas e psicológicas que mobiliza ansiedades e desperta fantasias.

O atendimento ao pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes da área de atuação, por meio da atualização de conhecimento técnico-científico e de recursos adequados e disponíveis. Além disso, deve proporcionar facilidade e continuidade no acompanhamento pré-natal e respostas positivas das ações de saúde materna e perinatal. Enfim, deve-se dá prioridade e acessibilidade aos exames de laboratório e ultrasonografias, para que a gestante tenha motivação para realizar-los. Pois é através dos exames que detectamos alguns riscos que possa prejudicar o binômio mãe-filho. As consultas de pré-natal têm que ser iniciadas no 1º trimestre, a fim de que toda a investigação a respeito da saúde seja completa em tempo hábil. O número de consultas preconizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde), não deve ser inferior a 6 consultas. Além das consultas, a UBS (Unidade Básica de Saúde) deverá contar com uma retaguarda de pessoal habilitado (enfermeiro, assistente social, nutricionista, dentista...) que possa promover a complementação da atividade médica e por meio de orientação individualizada/grupal, abordando temas como higiene, alimentação, aleitamento materno e vacinação. É necessário o controle

das gestantes às consultas, procurando saber o motivo das faltas, quando estas acontecerem. Nestes casos, as visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são imprescindíveis. Outro fator importante é a captação precoce das gestantes, e até mesmo, as gestantes resistentes a realização das consultas de pré-natal como também realização dos exames solicitados. Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante é calculada através do peso e estatura, permitindo avaliar o estado nutricional atual e pressupor o ganho de seu peso até o fim da gestação. É importante frisar a participação do pai na consulta de pré-natal, que deve ser estimulada durante as atividades com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculo e provocar transformações pessoais. É essencial saber acolher o(a) acompanhante da escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal e trabalho de parto..

Sabemos que planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha. O planejamento familiar é um direito das pessoas assegurado na Constituição Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar, e deve ser garantido pelo governo. Na sociedade em que vivemos, as questões relacionadas à anticoncepção são tradicionalmente vistas como de responsabilidade exclusiva das mulheres. Entretanto, ninguém faz filho sozinho. Para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas ou de alto risco, à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, dividindo também com as mulheres as responsabilidades com relação à criação dos filhos e a vida doméstica. É importante saber o que são métodos anticoncepcionais, maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias usados pelas pessoas para evitar a gravidez. Existem métodos femininos e masculinos. Existem métodos considerados reversíveis, que são aqueles em que a pessoa, após para de usá-los, volta a ter a capacidade de engravidar, como também, existem os irreversíveis, como a ligadura de trompas uterinas e a vasectomia, porque após utilizá-los, é muito difícil a pessoa recuperar a capacidade de

engravidar. Por isso, para optarem para ligadura de trompas uterinas ou pela vasectomia como método anticoncepcional, as pessoas precisam estar seguras de que não querem mais ter filhos. A escolha deve ser livre e informado. É importante procurar um serviço de saúde para receber informações sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis e para obter o método escolhido. Estar bem informado é fundamental para se fazer a melhor escolha. Hoje existem vários métodos disponíveis nas unidades de saúde, que são distribuídos gratuitamente, claro que se faz necessário procurar um serviço de saúde antes de iniciar o uso de qualquer método anticoncepcional, porque existem situações em que determinados métodos não devem ser usados. Além disso, é necessário fazer acompanhamento periódico para verificar se o método está sendo usado corretamente e se houve o aparecimento de algum problema. O melhor método para uma pessoa usar é aquele que a deixa confortável e que melhor se adapta ao seu modo de vida e à sua condição de saúde. Outro programa importante, que o governo disponibiliza a saúde da mulher é a realização do exame citopatológico do colo do útero (papanicolau), sendo fundamental que todas as pacientes recebam orientações sobre a necessidade de se fazer o retorno para buscar os resultados, até mesmo porque o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero garante o tratamento dos problemas detectados. O que podemos constatar em pleno século XXI, é que a mulher está adquirindo seu espaço dentro da sociedade, através de sua interdependência social e financeira, e isso, faz com que os homens reajam muitas vezes com violência, as mulheres deixaram de ser submissas a vontade masculina, elas trabalham, se sustentam, e isso, faz com que alguns homens não aceitem esse lugar que a mulher vem adquirindo dentro da sociedade. Devido o machismo e a insatisfação que ocorrem os crimes passionais, estupro, maus tratos, agressões de seus parceiros/ namorados/ familiares. A Violência surge como uma característica perversa ao anular a relação entre dois sujeitos: Um deles se vê transformado em objeto. É importante realçar que as mulheres também podem ser violentas com seus parceiros, outras mulheres e crianças, porém isto ocorre em menos frequência (Andrade, 2009). Com a lei, Maria da Penha (Lei nº 11340, de 7 de agosto de 2006), que criou mecanismos para coibir a violência contra a mulher no Brasil triplicou a pena para agressões domésticas contra mulheres e aumentou os mecanismos de proteção das vítimas. A lei possibilita que o agressor seja preso em flagrante ou tenha sua prisão preventiva decretada. De acordo com a lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que

lhe cause morte, lesão, sofrimento físico sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

Pontos para reflexões

Muito se tem feito para assistir a mulher como um todo, mas é preciso aprimorar melhor a assistência, principalmente, a assistência a mulher da zona rural, que é grande a dificuldade de acesso a exames / ultrasonografia, muitas vezes o profissional de saúde, agenda os exames de rotina, porque as gestantes não têm condições financeiras para vir à sede do município para agendar os exames solicitados, muitas só fazem a primeira amostra, algumas não conseguem fazer nenhuma ultrasonografia. É preciso que os gestores busquem estratégias para melhorar essa assistência, porque se nada for feito, a evasão dessas mulheres vai se tornar cada vez maior. Outro ponto detectado foi a deficiência no atendimento a saúde bucal, além da falta de consultório odontológico na unidade de saúde, existe a dificuldade do atendimento a gestante na sede do município. Como relatei anteriormente, muito se tem feito para prevenir e promover seu completo bem-estar, dando assistência desde o planejamento familiar até o puerpério e respaldar a integridade física e mental, através da Lei Maria da Penha, mas é preciso que nós, mulheres, tenhamos coragem de denunciar nossos agressores, pois, a lei, está para nos assegurar, não adianta denunciar e, depois retirar as queixas. A lei esta para ser cumprida, e, depende de nossa coragem e determinação para garanti-la. Precisamos nos impor diante dessa sociedade, ainda machista. Os gestores têm que garantir e fazer valer as denúncias realizadas pelas vítimas. Os gestores devem fazer a prevenção através de campanhas educativas que disseminem valores éticos, respeito à dignidade de pessoa humana conscientizando a população que a lei independe da classe social, raça e etnia. Para assegurar o bem-estar das mulheres na comunidade no processo saúde-doença reunimos uma vez por mês na Unidade de Saúde do Distrito, para fazer palestras onde são abordados temas, como: CA de colo uterino e de mama, Planejamento Familiar, Aleitamento materno, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Violência e Maus tratos. Procuramos apoiar as mulheres vítimas de violência domésticas com apoio da Equipe de Saúde do NASF.

3.5 - DISCIPLINA: SAÚDE AMBIENTAL

Elabore um texto sobre as experiências, no tocante às questões ambientais.

Nos anos 90, o Processo denominado terceira revolução industrial ou de reestruturação produtiva entendido como uma nova forma de produzir, viabilizada pelos avanços tecnológicos, e por novas formas de organizar e gerir trabalho, que tem uma abrangência global, vem introduzindo mudanças radicais na vida e relações das pessoas e países, e por consequência, no viver e adoecer das pessoas. Pela intensidade e radicalidade, estas mudanças têm sido comparadas àquelas ocorridas na revolução Industrial do século XVII, com a diferença, de que, em decorrência dos avanços da informática e comunicação, o processo, hoje, é quase simultâneo, em escala global. Como consequência da universalização do mundo e desigualdade crescente, chama atenção à concentração do poder político e econômico, a deterioração da qualidade, expressa na poluição e degradação ambiental, o desemprego estrutural, o crescimento de formas variadas de violência, recrudescimento de movimentos fundamentalistas, entre outros. Observa-se, também, o aumento da expectativa de vida (vive-se cada vez mais e melhor, apesar das desigualdades), e abrem-se novas perspectivas de revisão dos atuais sistemas de valores ético-políticos e estéticos.

A Conferência da Terra (ECO 92), realizada no Rio de Janeiro, em 1992, endossou a Agenda 21, um programa de ação mundial para promoção do desenvolvimento sustentável, que envolve modificação de conceitos e práticas referente ao desenvolvimento econômico e social, mas sua efetiva implementação permanece indefinida. Neste contexto, cresce a consciência que as questões ambientais, devem ser consideradas como problemas de saúde pública. O trabalho compreendido com toda transformação da natureza para benefício do homem, além de necessário para a manutenção da vida humana, é importante fator na definição das condições de saúde de cada indivíduo. O emprego de novas tecnológicas, novas práticas gerenciais e a incorporação de novas matérias primas aos processos de trabalho tem repercussão direta sobre a morbi-mortalidade dos trabalhadores.

Considerando que o assunto SAÚDE DO TRABALHADOR implica necessariamente a noção de meio ambiente. A discussão dos temas: saúde e trabalho, deve levar em conta as relações existentes entre o homem que trabalha e o ambiente no

qual atua. Esse ambiente foi se modificando ao longo da história, da mesma forma que se modificaram as relações entre os que mandavam e os que obedeciam no trabalho, por exemplo. Inicialmente na busca de sua própria sobrevivência através do cuidado da terra, em seguida, como escravo e, atualmente, como trabalhador, o homem tem sempre se relacionado com o trabalho em suas diferentes formas. A evolução técnico-científica, ao mesmo tempo em que foi melhorando a qualidade de vida do homem, foi exigindo dele mais habilitação para o exercício de suas atividades, colocando-o diante da competição pelo mercado de trabalho. Além disso, crescente expectativa de obtenção de lucro por parte dos empresários aumentou a exploração da força de trabalho e piorou as condições de vida e de trabalho desse homem.

Antes de tudo, o profissional de saúde precisa saber que a questão de saúde do trabalhador é tão importante que mereceu, por parte do Ministério da Saúde, a criação do PROGRAMA SAÚDE DO TRABALHADOR. Esse programa visa à implementação de medidas que tem como objetivo promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde do trabalhador. Esse programa não tem a intenção de resolver problemas já ocorridos, doenças já instaladas, mas a de atuar com vistas a:

- Intervir na realidade atual, modificando-se por meio de ações voltadas para o investimento na qualificação dos processos de trabalho.
- Melhorar as relações que ocorrem no ambiente de trabalho, investindo em recursos humanos, qualificando o profissional, melhorando as relações interpessoais e reduzindo o estresse físico e mental.
- Orientar a adoção de medidas que promovam a redução da incidência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (disfunção orgânica decorrente do trabalho).
- Adotar medidas de orientação ao trabalhador, às empresas e à sociedade em geral.
- Organizar e prestar assistência aos trabalhadores , com procedimentos de diagnósticos, tratamento e reabilitação de forma integrada do SUS.

A saúde do trabalhador constitui uma área de saúde pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde.

Entre os determinantes de saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), e aqueles decorrentes da organização laboral, presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de

uma atuação multiprofissional interdisciplinar e intersetorial. Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exerceram ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho e ou foi realizado (MENDES e DIAS, 1999) :

- doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação ao trabalho.
- doenças comuns (crônico – degenerativas, infecciosas, neoplasias, traumáticas, etc..) , eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial, em motorista de ônibus urbanos, nas grandes cidades.
- asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva pelo ruído (ocupacional)
- agravos à saúde específicos, pelos acidentes de trabalho e pelas doenças profissionais. A Silicose e Asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos. No Brasil, o sistema público de saúde vem atendendo os trabalhadores ao longo de toda sua existência. Porém, uma prática diferenciada do setor, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surge apenas no decorrer dos anos 80, passou a ser ação do SUS, quando a constituição Brasileira de 1998, na seção que revela o direito à saúde, a incluiu no seu artigo 200. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) - (lei nº 8080/90), que regulamentou o SUS e suas competências no campo da saúde do trabalhador, considerou o trabalho como importante fator determinante/ condicionante da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão ambiental tornou-se o centro de discussão mundial, pois os desastres ambientais, tanto biológicos como naturais, vem preocupando demais as grandes nações. Estamos vivenciando grandes catástrofes, como enchentes, avanços do mar, maremoto, desertificação, mudanças climáticas, surgimento de novas bactérias letais, situações que servem de alerta, no sentido de preservar o meio ambiente. Enfim a natureza está procurando tomar seu espaço, já que o homem, insiste em degradar o seu habitat.

No campo de atuação, posso relatar como experiências, as questões de cunho da natureza, como a **contaminação da água**; todos nos sabemos que a água consumida pela população da zona é de açude, tivemos muito trabalho na preservação dessa água, pois servia desde para o consumo, como para tomar banho e dar banho em animais, mas, hoje, houve uma melhora indiscutível, temos um sistema de abastecimento da água, em todas as casas. Claro, que ainda existe consumo de água de açudes nas áreas que não tem abastecimento de água, mas a vigilância contínua desses açudes é feita através do trabalho dos agentes comunitários de saúde, placas são colocadas, alertando a proibição de banhos e lavagem de roupas, Quando ocorre aumento nos casos de diarreia, dores estomacais, prurido, notificamos a vigilância sanitária, para que seja feita a coleta da água, para análise; **acidentes de trabalho**, a fonte de renda da população é a agricultura, por isso ocorre agricultores lesionados com instrumentos, equipamentos elétricos e agrotóxicos, o que percebeu-se foi a falta de atenção na manipulação desses instrumentos e a ingestão de bebida alcoólica durante o manuseio. São realizadas reuniões com a população do distrito, onde são abordando temas, tais como: o uso inadequado da água, os acidentes de trabalho, perigo de acidentes graves como amputações de membros, etc..., orientações dadas, não só aos trabalhadores, mas as pessoas que os contratam para seja proibida a ingestão de bebida alcoólica, como também seja dada melhores condições de trabalho, tais como uso de equipamentos de proteção. O profissional de saúde, atua orientando os trabalhadores quanto as medidas de prevenção de acidentes e aos riscos de adoção desse ou daquele estilo de vida. Quanto ao seu próprio trabalho, entretanto, agem como se desconhecêssem todas essas informações. Não tomam, muitas vezes, os cuidados necessários à preservação de sua própria saúde nem exigem dos responsáveis as condições necessárias para tal. Podemos citar como acidentes de trabalho: acidentes com produtos químicos, contato com secreções e eliminações, contatos com material perfuro cortante..., o trabalho de enfermagem, além de ser desgastante e pesado, geralmente não recebe o devido reconhecimento dos que gerenciam os serviços de ações práticas, como salários, benefícios e valorização. Para cuidar satisfatoriamente de outras pessoas, os trabalhadores da enfermagem precisam, antes, aprender a cuidar de si mesmo.

3.6 -ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

Elabore um texto sobre suas experiências no tocante à saúde bucal

O acesso aos serviços de saúde em nosso país tem sido discutido há anos. Com a implantação das estratégias de atenção básica ampliada, houve uma melhoria nos índices de morbidade. Entretanto alguns agravos, como as odontopatias, ainda persistem e necessitam de intensificação das ações de saúde voltadas para prevenção. É muito comum, observarmos adultos e idosos utilizando próteses, completamente desdentados. Isto reflete a ausência de assistência odontológica anterior, a essa condição, e na falta de compromisso dos gestores com relação a essa questão. A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que 85% dos adolescentes devem estar com todos os dentes aos 18 anos, entretanto, no Brasil apenas 32% dos adolescentes conseguem atingir essa idade sem perder nenhum dente. Além da preocupação com os dentes, devemos atentar ao câncer de boca. Sua incidência tem aumentado nos últimos anos, principalmente devido ao tabagismo, mas se detectado precocemente possui grandes chances de cura sem sequelas (BRASIL,2004).

As gestantes constituem grupo de risco para o desenvolvimento de cáries, devido às carências nutricionais comuns durante a gestação. Por sua vez, o demasiado consumo de açúcar na gestação pode influenciar a formação de cáries na criança em desenvolvimento, daí, a necessidade de se fazer a higiene oral na criança, desde bebezinho. Pois é preciso trabalhar e/ou educar as crianças com relação à promoção e prevenção da higiene bucal o mais cedo possível. As gestantes têm elevado índice de cárie e acentuado grau de odontalgia, merecendo ter certa prioridade no atendimento, embora, sabemos que nem tudo é colocado em prática. A dificuldade de consultas é enorme, devido à limitação do número de equipe de saúde bucal.

O Ministério da Saúde, juntamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), entendeu a necessidade de expandir as ações de odontologia, numa expectativa que contemplasse a integralidade, articulando as ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras considerando que a fluoretação da água é uma eficaz medida de prevenção das odontopatias.

Algumas medidas de prevenção /promoção devem ser implantadas nas escolas em parceria com a ESF e a Saúde Bucal, tais (BRASIL,2004):

#HIGIENE BUCAL SUPERVISIONADA: compreende evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada, realizada, no mínimo, a cada três meses ao longo do ano, com a entrega a cada participante de uma escova de dente e um tubo de pasta fluoretada de 100 a 90g a cada três meses (SAI/SUS).

#BOCHECHOS C/ FLÚOR: realizados semanalmente, com solução de sódio a 0,2%, ao longo do ano no mínimo 25 aplicações. Poderá ser utilizado, outro método alternativo com flúor gel na escova, moldeira ou outras formas dependendo da faixa a que se destina a situação epidemiológica do grupo. As aplicações de flúor gel ficarão com periodicidade condicionada, segundo o risco de cárie. O objetivo final de todos os meios de utilização de flúor e a manutenção do íon na cavidade bucal para interferir no desenvolvimento da cárie dentária (CURY; TENUTA, 2008).

#EDUCAÇÃO EM SAÚDE: realizada no mínimo trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (controle da placa bacteriana, uso do flúor através da água de abastecimento e métodos tópicos, dieta, desenvolvimento oro-facial, aleitamento materno e risco social). A educação é uma parte essencial do tratamento, constitui um direito e um dever do paciente, e, também um dever dos responsáveis pela promoção da saúde.

#ATENDIMENTO CLÍNICO-INDIVIDUAL: assim como o coletivo, deve ser planejado baseado em informações epidemiológicas de saúde bucal. Os usuários cadastrados pela necessidade de tratamento poderão ter seu atendimento concluído.

É fundamental para o desenvolvimento do Programa de saúde bucal, o controle das ações desenvolvidas pela ESF, destacamos a seguir:

- Transmitir informações sobre a saúde bucal no domicílio e espaços coletivos (igreja, escolas, salas de espera das unidades, etc.);
- Transmitir informações sobre a promoção à saúde e prevenção dos principais agravos em saúde bucal);
- Orientar a realização de higiene bucal, através de escovação supervisionada e uso de fio dental e, emprego de métodos alternativos de flúor a serem desenvolvidos no domicílio e espaços sociais existentes.
- Indicar e organizar referências e demandas para visitação de dentista, de acordo com a oferta dos serviços existentes;
- Programar visitas às escolas do seu território, da equipe de saúde bucal, para realização de atividades educativas com grupos de adolescentes e crianças.

A SAÚDE BUCAL NO IDOSO

Sabemos que a saúde no idoso, engloba também a saúde bucal que é um serviço necessário, embora, pouco trabalhado. Vale ressaltar que a pesquisa de câncer de boca, é um fato relevante, devido ao uso de próteses dentária, já bastante inadequada para o uso, causando lesões na mucosa. O idoso é um indivíduo prioritário na pesquisa, embora, não seja contínua, muitas vezes, por falta de profissional (dentista), pois, nem toda unidade de saúde, tem equipe de saúde bucal. Quando comparece à unidade idosos com alguma queixa, encaminhamos para as unidades da sede do município, que tem equipe de saúde bucal. Por isso, a dificuldade desse grupo procura esse serviço.

É preciso sensibilização dos gestores, com relação aos idosos, pois para estabelecer às prioridades do tratamento é necessária a periodicidade do seguimento das consultas e a busca ativa a esses pacientes. No atendimento ao idoso, é essencial a verificação da pressão arterial, principalmente no paciente hipertenso e diabético, investigação obrigatória, a fim de evitar futuras complicações durante o tratamento a ser seguido.

Infelizmente, a saúde bucal, a esse grupo de risco é insatisfatória, pois temos no município um déficit de dentista para uma população com alto índice de dentes cariados e pacientes desdentados. É necessário um acompanhamento sistêmico para avaliar melhor o quadro e sua evolução; conhecer melhor o paciente, seu contexto; suas necessidades para realizar uma compreensão; estabelecer vínculo; conhecer as reais necessidades do paciente e planejar em equipe o projeto terapêutico a ser desenvolvido. É necessário, a conscientização do idoso, para com o serviço oferecido, pois desconhecem a sua priorização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem uma deficiência no atendimento odontológico, principalmente na região nordeste, pois existe uma enorme demanda de usuários, mas o serviço público não disponibiliza profissional, nem material suficiente, para tal demanda, ficando a população desmotivada. Outro fator, agravante para a procura a esse profissional, é o valor dos procedimentos, que são caros, e a população carente não pode pagar os referidos procedimentos. Preconiza-se uma equipe de saúde bucal para duas equipes da saúde da família, mas infelizmente não é possível, pois temos unidades de saúde sem

serviço odontológico há 6 anos. Em algumas ocasiões, é disponibilizado o carro móvel, com o consultório para a sede do distrito, para realização de exodontias. A demanda é tão grande que fica inviável o atendimento, pois as áreas descentralizadas ficam sem o serviço. Infelizmente, como não temos equipe de saúde bucal, o trabalho aos grupos de idosos, crianças e gestantes, praticamente não existe, contudo é trabalhada a promoção e prevenção nas escolas do distrito. Para qualquer assistência desse serviço, é necessário referenciar para as unidades de saúde da sede do município, ficando os usuários a uma longa espera, muitas vezes, sem a conclusão do tratamento.

A dificuldade da implantação da equipe de saúde bucal, na zona rural, faz com que os usuários, quando precisam dessa assistência se submetem ao um “prático de dentista”, o mesmo realiza as exodontias à domicílio, sem nenhuma técnica asséptica, o material não é esterilizado adequadamente, e, as vezes, faz a retirada de 2 a 3 dentes, em pacientes idosos, hipertensos, sem a verificação da pressão arterial. A dificuldade financeira faz com que os pacientes referenciados não compareceram as consultas agendadas, principalmente os idosos, que tem dificuldade em viajar em carros de horários.

3.7 - ABS AOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

Avalie as condições de acessibilidade de sua Unidade de Saúde com relação aos portadores de deficiências.

“Inicialmente, ampliemos nosso olhar sobre a definição de deficiência e as suas consequências, pois este trabalho nos permitirá compreender a urgência de todo tipo de investimentos na área de prevenção. A promoção e a prevenção são preocupações constantes, ações persistentes e cotidianas nos trabalhos das pessoas com o sem deficiências, das instituições e organizações, sejam governamentais ou não governamentais, ocupadas com essas questões. Todos sabemos o grau de sofrimento e o ônus que a presença de uma deficiência causa para as pessoas afetadas e suas famílias e para uma sociedade como um todo. (...) Deficiências são todas as alterações do corpo ou aparência física de um órgão ou de uma função qualquer que seja sua causa, em principio significam perturbações a nível de órgão. Incapacidades refletem as consequências das deficiências em termo de desempenho e atividade funcional do indivíduo; as incapacidades representam perturbações a nível da própria pessoa”(SORRI- BRASIL,1999)

A promulgação da Constituição República Federal do Brasil, em 1988, fruto do processo democratização do país, veio garantir direitos fundamentais para os cidadãos brasileiros. Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “ é competência comum de União, Estados, Distrito Federal e municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.”

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade. Após ter declarado o ano de 1981 como Ano internacional da Pessoa Deficiente, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em 1982, o programa de Ação Mundial para pessoas com deficiência. Finalmente. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) tem o direito de promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência. O Brasil assinou-a sem reservas, em 30 de março de 2007, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se

com os cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiências. A Política Nacional de Saúde é, portanto, resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional.

CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS

Segundo o Programa de Ação Mundial para pessoas com deficiência da ONU (Organização das Nações Unidas), as causas da instalação de incapacidade “ variam no mundo inteiro e o mesmo ocorre com a predominância e as consequências das deficiências. Essas variações são o resultado das diferentes condições sócioeconômicas e das diferentes disposições que cada sociedade adota para assegurar o bem-estar dos seus membros. “. Assim, em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, o “Ciclo Geracional das Deficiências” é responsável pelo crescente aumento do número de indivíduos deficientes e, em especial, de portadores de deficiência mental. (OLIVEIRA, 1983).

MARGINALIZAÇÃO SOCIAL

CARÊNCIA BIO-PSICO-SOCIAL

ESTRUTURA FAMILIAR INADEQUADA

EVASAO ESCOLAR

BAIXO RENDIMENTO ENTELECTUAL

AUSÊNCIA DE ESTIMULAÇÃO EM ETAPAS CRÍTICAS DA VIDA

FALTA DE INFORMAÇÕES OU DE RECURSOS COMUNITÁRIOS

OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E DE TRABALHO,AS QUEDAS EM IDOSOS

AS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

A ASSISTÊNCIA INADEQUADA AS GESTANTES, AO PARTO E ÀS CRIANÇAS RECEM-NASCIDAS

A DESNUTRIÇÃO NA INFÂNCIA- CARÊNCIAS DE VITAMINAS/FERRO

É muito importante saber as principais causas das deficiências, porque a partir desse conhecimento, é possível planejar medidas de prevenção, direcionando políticas públicas nas áreas do trânsito, violência, educação, saúde, saneamento e assistência social. Se quase nada ou pouco podemos fazer em relação ao dano, deficiência e incapacidade, o mesmo não acontece em relação às desvantagens. Isto porque estas não se localizam exclusivamente no indivíduo com deficiência, mas sim na sua relação com seu meio ambiente. Assim, por exemplo, uma pessoa com uma lesão medular, que apresenta uma deficiência física, tem uma incapacidade de deambulação, locomovendo-se em cadeira de rodas; ao defrontar com uma escada, não consegue acesso ao piso superior de um prédio. Aqui, não é a pessoa como um todo que é deficiente, mas possui uma deficiência que é evidenciada ou não em determinadas situações vivida. Analisando esse exemplo, fica bem clara a dimensão social e política da deficiência. Há ainda, a acrescentar a grande dificuldade que o portador de deficiência enfrenta socialmente, a dos preconceitos sociais e estigma, responsável pela construção de relações sociais assimétricas, a discriminação, a marginalização e a limitação no exercício da sua cidadania.

Segundo definição adotada pela Organização das Nações Unidas, prevenção é “ o conjunto de ações e medidas destinadas a impedir que se instalem deficiências motoras, mentais ou sensoriais, ou impedir que as deficiências, quando já instaladas, tenham consequências físicas, psicológicas e sociais negativas” (Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde- 1993).

Os autores Leavell & Clarck citam três fases do processo de prevenção. Estas fases comportam cinco níveis de intervenção e as medidas preventivas adequadas para cada um deles: As fases são as seguintes:

NO PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO:

*PREVENÇÃO PRIMÁRIA- Promoção à saúde (saneamento básico, renda adequada ao atendimento das necessidades básicas, fortalecimento dos vínculos familiares).

- Proteção específica (vacinação, cuidados de puericultura, controle de gestações de alto risco, uso de equipamentos de segurança no trabalho e no trânsito, atenção à desnutrição da gestante e da criança)

NO PERÍODO PATOGÊNICO

*PREVENÇÃO SECUNDÁRIA- detecção (avaliação clínica global na mulher e no bebê, exames para identificação de erros inatos do metabolismo)

-prevenção das incapacidades (procedimentos imediatos e adequados para evitar e/ou minimizar sequelas, intervenção em berçários junto a bebês de alto risco e de crianças até 3 anos).

*PREVENÇÃO TERCIÁRIA- reabilitação (desenvolvimento de capacidades adaptativas junto a pessoas com quadro de deficiência já instaladas, visando a sua integração psicossocial).

As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim, vivendo em situações especiais, que a sociedade e os governos têm a obrigação de considerar no sentido de igualar as oportunidades de convivência, modificando os ambientes e adaptando-os, para que permitam o livre acesso de todos. Portanto, a cidade como um todo, e as calçadas, rampas, guias rebaixadas, semáforos com sonorização, corredores e portas, banheiros, transportes coletivos, devem ser pensados para permitir que todo cidadão possam usufruir dos bens e serviços disponíveis. Assim, também serviços e ambientes públicos ou coletivos, como praças, escolas, unidades de saúde e de assistência social, ginásios de esporte, bancos, áreas de embarque/terminais de transporte, devem tornar-se cada vez mais acessíveis a todos. Os postos de saúde e as unidades de saúde devem acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, fornecer medicamentos básicos, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar para unidades de atenção especializada, quando necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se tem feito, através de implantação políticas públicas de saúde, com o propósito de incluir o portador de deficiência dentro da sociedade, hoje, o deficiente tem espaço no campo de trabalho, esporte, lazer, exercendo atividades de acordo com suas limitações. Mas, ainda, é preciso aprimorar, as nossas unidades de saúde, pois não são projetadas para atender esses grupos em questão. Na unidade de saúde que trabalho, ela não tem condições de receber um portador de deficiência, pois não tem rampas, portas larga, mobiliários adequados; os corredores são estreitos, nem tampouco calçadas

largas, a única adaptação existente na unidade de saúde, são os banheiros dos usuários que tem portas largas com corrimões, falta também capacitação dos profissionais para lidar com esses usuários. Então é necessário que nossos gestores sejam solidários e, ponham em prática tudo que está escrito. No distrito, temos um número de 7(sete) clientes em cadeiras de roda; 1(um) acamado, vítima de acidente de carro, fazendo uso de sonda vesical; 8(oito), deficiente visual(cinco portadores de glaucoma, e, três, vítima de arma de fogo); 2(dois) deficientes auditivos; 3(três) portadores de paralisia cerebral; 2(dois) portadores de hidrocefalia; e, 3(três) devido acidentes de trabalhos, é importante que fazemos o possível para que esses clientes tenham acessibilidade aos serviços ofertados pelo município, e quando necessários, dispomos de uma ambulância, para fazer seus deslocamentos para Fortaleza, trabalhamos, também, com o NASF da zona rural, com psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social, dando todo suporte de apoio a esses portadores

É essencial que a sociedade em geral, veja esses pacientes especiais como cidadãos, que pagam seus impostos, e, isso, é gratificante, pois a cada dia, eles ocupam seu espaço. É fundamental que nossos governantes promovam medidas preventivas que envolvam ações de natureza informativas e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde, e aos gestores de serviços, em todo território nacional.

3.8 - PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE- TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM AO INDIVÍDUO, FAMÍLIA E COMUNIDADE

Elabore um texto com as reflexões das atividades “ FATORES PEDAGÓGICOS”, o filme “ MÁQUINAS DE ENSINAR” de Skinner sobre a tendência pedagógica para condicionamento e aula 3, as TECNOLOGIAS E ESTRATÉGIAS: acolhimento, trabalhos em grupos, visita domiciliar e consulta.

No Brasil, recentemente, a educação permanente em saúde foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para arena da formação e do desenvolvimento de profissional de saúde abordagens metodológicas e democráticas. Essa estratégia, tendo como referência o que foi proposto pela OPS, considera o processo de trabalho como o lócus gerador de aprendizado significativo. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade à resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. No programa Saúde da Família, trabalhamos muitas práticas desenvolvidas no nosso dia-a-dia, como o acolhimento e visita domiciliar, mas precisamos aprimorar outras práticas, como os grupos operativos e as consultas, onde a demanda espontânea é totalmente desordenada.

O ACOLHIMENTO

O acolhimento deve garantir a resolutividade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário (SOLLÁ-2005) , oferecer sempre uma resposta positiva à demanda de usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduzindo a idéia do acolhimento como diretriz operacional. O acolhimento de ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender. Escutar, dialogar, tomar decisão, amparar e orientar os usuários que procuram a unidade de saúde, em busca de atendimento.

Com relação ao acolhimento na unidade de saúde que trabalho, ainda é preciso colocar em prática, o que é preconizado na literatura, pois os profissionais (auxiliares de enfermagem), precisa receber capacitação sobre a humanização no atendimento dos nossos usuários. Infelizmente, reclamação existe bastante, às vezes, a triagem precisa ser feita, devido a demanda, e, como sabemos o acolhimento é a porta de entrada do usuário na unidade de saúde, e tem usuário que não quer dizer o que está sentindo a esses profissionais, a não ser para o médico e/ou enfermeira .

CONSULTA

(...) é preciso que ambos desejem se respeitar mutuamente e colaborar com o outro para o sucesso do tratamento, cujo andamento deverá ser negociado conjuntamente a cada momento crucial, e as decisões que somente o terapeuta poderá tomar deverão ser comunicadas e, neste sentido, compartilhadas com aquele que se submeterá à ação. Afinal, o que está em jogo não é uma saúde ideal objeto de uma fantasia científica, mas a saúde singular do indivíduo que está sendo tratado, (MARTINS, 2004)

Claro que as consultas fazem parte literalmente da estratégia programa da saúde da família, na unidade de saúde, a procura é imensa, já estão tão acostumados, que já chegam com o nome do remédio, querendo que o médico prescreva, o número de consultas é enorme, muitas vezes, procuram para um simples resfriado, retirando a oportunidade de fazer uma consulta adequada aquele que realmente está necessitando. Na verdade, o que observo, na minha vivência na atenção básica é a quantidade de consultas, em vez da qualidade no atendimento as mesmas, dificultando a resolutividade dos problemas existentes na área de atuação. A alta rotatividade de médicos é uma fator relevante na procura desordenadas por consultas, dificultando a formação de um vínculo entre o médico e o paciente, sabemos que muitas vezes, só um dialogo, uma conversa, o paciente sai do consultório satisfeito, porque o profissional soube ouvir suas queixas, dúvidas, seus desejos, medos. As consultas de enfermagem, hoje é um fato essencial, na promoção á saúde e prevenção de doenças, a procura é grande porque procuramos ver o paciente com um todo, desde o pessoal até dentro do contexto familiar, dentro dessa questão, saber ouvir, esclarecer dúvidas dando sugestões adequadas a situação, favorece a criação de compromisso e confiança dentro da comunidade assistida.

GRUPO OPERATIVO

Para PICHON-RIVIÉRE, o grupo operativo cumpre uma função terapêutica pois se caracteriza por se cuidar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui uma finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, etc... Ele definiu “grupo” com um conjunto de pessoas ligadas no tempo e no espaço, articuladas para sua mutua representação interna, que se propunham explícita ou implícitamente a tarefa, interagindo para isso, em uma rede de papéis como o estabelecimento de vínculos entre si. (PICHON-RIVIÉRE ,2000)

Tendo como base nossa vivência, temos dificuldades na formação de grupos operativos, por que a população é bastante trabalhosa, procuramos articular a formação de grupos dentro da comunidade, para que tenha uma melhor qualidade de vida, mas a procura é pequena. Já

tentamos formar grupos de hipertensos, caminhada, adolescentes e gestantes, mas infelizmente não foi possível dá seguimento, porque buscamos parcerias com o NASF (Núcleo de Atenção Saúde da Família) , e nos dias agendados a esses grupos , a equipe do NASF , não comparecia as reuniões, com isso os grupos foram perdendo a credibilidade e o não comparecimento as reuniões, mas temos um grupo de gestante na unidade de saúde, que trabalhamos com palestras, reuniões. Abordamos vários temas vacinação, aleitamento, planejamento familiar, etc..., sempre temos sorteios para segurar a gestante ao grupo, percebemos a frequência assídua do grupo, e nessas reuniões procuramos interagir, com o propósito de formar um elo de confiança, trocando experiências, tirando dúvidas, medos, tabus. Com exemplo desse grupo, observamos um preparo adequado durante toda a gestação, pois o grupo se reuni mensalmente.

VISITA DOMICILIAR

O processo de envelhecimento da população é o aumento da esperança de vida, causando um maior número de indivíduos que apresentam múltiplos problemas de saúde de origem multifatorial que precisam de uma frequência crescente de atenção domiciliar. O cuidado com estas pessoas é de suma importância e requer muita atenção por parte dos profissionais e seus familiares. Os serviços de saúde devem dar respostas a esta demanda de saúde, que junto com outros setores podem dar atenção no próprio domicílio. Os cuidados de saúde dispensados às pessoas nos domicílios não constituem uma prática nova. Os programas de saúde pública sempre enfatizaram ações de promoção e prevenção voltadas para grupos familiares em seus domicílios, quase sempre vinculadas a atuação em atendimento à demanda específicas.

Na unidade de saúde que trabalho, fazemos visitas domiciliares agendadas pelos agentes de saúde a pacientes impossibilitados de ir à unidade de saúde. Com esta disciplina que uma visita domiciliar é preciso de uma elaboração adequada como: planejamento, execução, registro de dados e avaliação. Outro fator que precisamos aprimorar é o uso do prontuário familiar, que infelizmente alguns profissionais de saúde (médico) , não faz as devidas anotações durante as visitas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas pedagógicas desenvolvidas na atenção básica, se baseiam nos princípios que norteia o Sistema Único de Saúde, preconiza, dando aos usuários acessibilidade a todos os serviços. Sabemos que a eficácia de qualquer programa de promoção à saúde depende da

vontade política expressa em ações governamentais, frente as desigualdades socioeconômica e político-cultural vivenciadas pela maioria da população, que sobrevive a margem dos benefícios e serviços. Podemos observar que os obstáculos encontrados pela unidade, relacionam-se principalmente, pelo número reduzido de profissional na equipe e na rede municipal, sem falar na imensa rotatividade do médico, que infelizmente só trabalham 3 dias na semana, e mesmo assim, só ficam no município 2 a 6 meses, a equipe da zona rural não consegue fixar o médico na área, ficando inoperante o vínculo com a comunidade assistida.

3.9 - PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Uma das funções do profissional do programa de saúde da família é sem dúvida, a de planejar as ações que é uma ferramenta útil para a obtenção de promoção e proteção à saúde das famílias na busca da melhoria da qualidade de vida. O planejamento estratégico tem como propósito a mudança mudar a situação significa eliminar ou pelo menos tentar diminuir as desigualdades dentro do processo saúde-doença, na perspectiva de utilização do planejamento em saúde enquanto instrumento favorecedor da transformação da realidade sanitária(ENSP-1992). Dentro desse contexto e após feito o diagnóstico da realidade local, privilegiam-se os aspectos da situação que tenham maior importância para o plano de ação e que sejam político-administrativo e economicamente viáveis.

A partir daí, são traçadas propostas que devem possuir caráter estratégico com a intenção de realizar ações que visem mudar a realidade local, pensadas desde sua viabilidade, utilizando os atores certos, dentro de prazos determinados, acompanhadas e avaliadas sistematicamente.

A TÉCNICA DA ESTIMATIVA RÁPIDA

Em 1988, a Organização Mundial da Saúde, procurando enfrentar o desafio de desenvolver métodos capazes de contribuir para a melhoria das condições de saúde das populações, investiu na preparação de diretrizes para a implementação de uma técnica de estimativa rápida, que permitisse o conhecimento e avaliação das necessidades de saúde e que subsidiasse a elaboração de um plano de ação para enfrentamento dos problemas prioritários. Um modo de se obter este tipo de informação é fazendo uma estimativa rápida, com uma equipe composta por técnicos da saúde, de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações em conjunto sobre as condições da vida em determinado território. A estimativa rápida apoia-se em três princípios:

1-Coletar somente os dados necessários porque este é o único modo pelo qual se pode garantir avaliação rápida. Os dados coletados devem ser mínimos e pertinentes.

2-Obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais, adaptando as investigações para esse fim.

3-Envolver a população na realização da Estimativa Rápida. Nas experiências daqueles que trabalharam em áreas urbanas de baixa renda, este princípio tem mais um desdobramento, o da necessidade desenvolver a população na definição dos seus problemas e na busca das soluções pertinentes e não apenas fornecer informações para que os planejadores as usem visando a obter a aceitação para uma intervenção sanitária predeterminada.

A melhor maneira de se fazer uma estimativa rápida para identificação dos problemas de saúde de grupos populacionais, é com uma equipe intersetorial. É importante compreender suas limitações: a Estimativa Rápida é um passo crítico no processo de elaboração de um plano de ação baseado nos problemas identificados.

ANÁLISE SITUACIONAL

É um processo que objetiva identificar e coletar, através de múltiplas fontes, informações de saúde e informações relacionadas à saúde da comunidade em uma área de atuação da equipe de saúde. “O diagnóstico de saúde da comunidade compreende uma pesquisa de dados secundários disponíveis sobre uma comunidade, um reconhecimento de campo dessa comunidade e um levantamento demográfico, de saúde e de recursos e serviços. O diagnóstico de uma comunidade incluiria essas etapas acrescidas de uma tentativa de compreender o comportamento da comunidade”.(Tavares e Takeda). Análise de uma situação concreta em um determinado distrito sanitário, implica, portanto, um conjunto de procedimentos a serem executados sob direção da equipe responsável pela gerência. Estes procedimentos compõem um processo de trabalho, com passos específicos, dirigidos a organizar a coleta, processamento, discussão e análise de informações que, uma vez sistematizadas, configurem em perfil o mais aproximado possível da situação real” (Teixeira).

OBJETIVOS DA ANÁLISE SITUACIONAL

*Identificação de grupos populacionais existentes no distrito sanitário, segundo critérios demográficos, epidemiológicos, sócio-econômico e políticos.

*Identificação e descrição dos problemas de saúde dos distintos grupos populacionais.

*Priorização de problemas de saúde visando a definição preliminar das intervenções.

*Explicação dos problemas priorizados tendo como objetivo a identificação dos fatores determinantes nos vários planos da realidade sócio-sanitária.

*Identificação e seleção de soluções necessárias nos vários espaços de ação do distrito sanitário, visando resolver problemas.

As equipes de saúde da família procuram desenvolver através do processo de análise situacional uma maior interação com a comunidade permitindo a elaboração de estratégias que facilitarão a estruturação dos serviços de saúde e a identificação das necessidades vividas pela população, compreendendo melhor os aspectos relacionados com a produção social da saúde. Busca também, alcançar o desenvolvimento de comunidade saudáveis garantindo qualidade de vida e uma responsabilidade participativa. A participação comunitária junto ao processo de apropriação do território e análise situacional é fundamental para o sucesso do diagnóstico em saúde e a estruturação dos serviços de saúde.

PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta de planejamento, em que estão descritas todas as ações que a equipe de saúde da família pretende realizar durante um período, assim como as atividades a serem desenvolvidas, as metas e resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis e parcerias necessárias para a execução dessas ações. É um momento importante para a equipe de saúde pensar sobre a missão, identificando e relacionando as atividades prioritárias para o ano em exercício, tendo em vista os resultados esperados. O plano de ação deve ser elaborado considerando as demandas e avaliações dos usuários e o cenário em que estão envolvidos. Quanto maior o envolvimento dos responsáveis para sua execução, maior a garantia de se atingir os resultados esperados. Um plano de ação pode conter, além de outros dados:

-OBJETIVOS: “São propósitos específicos, alvos a serem alcançados ao longo de determinado período de tempo, que, em conjunto resultarão no cumprimento da missão da equipe de saúde”.

-ESTRATÉGIAS: ”São os caminhos escolhidos que indicam como a equipe pretende concretizar seus objetivos, e, conseqüentemente sua missão”.

-CRONOGRAMA: Relaciona as atividades a serem executadas e o tempo previsto para sua realização.

-RESPONSÁVEL: Indica os responsáveis pela execução.

-RECURSOS NECESSÁRIOS: Indica os recursos necessários para execução da ação;

Tudo no nosso dia-a-dia tem que ter um planejamento, e, para, isso é necessário uma elaboração de prioridades, para que possamos buscar estratégias de enfrentamento para situações de difícil resolutividade. No setor saúde, não é diferente, é necessário realizar ações, para que, possamos dar uma melhoria na qualidade de vida da população assistida, e, para isso, é preciso um plano de ação, organizado e planejado adequadamente.

Com relação ao fórum 1, quando falamos em planejamento, fiz um comentário sobre o calendário de atendimento da equipe na zona rural, pois tudo que fazemos é preciso um planejamento, pois precisamos saber , quais as áreas descentralizadas que serão assistidas durante todo o mês , porque as vezes, algumas comunidades ficam sem assistência durante o mês, e, as agentes de saúde recebem o calendário mensal dos atendimentos médicos, para que possam avisar suas comunidades, sobre as ações que serão desenvolvidas no dia do atendimento, e que todos os indivíduos possam ter acessibilidade a esses serviços, outro ponto importante do calendário, é que todos os usuários possam tomar conhecimento onde a equipe se encontra durante todo o mês, quando não estiver atendendo na sede distrito. Baseado no fórum 2, é possível refletir sobre um planejamento estratégico situacional, com isso, elaborar um plano de ação, definindo os problemas mais prevalentes na comunidade, sendo necessário escolher um problema mais difícil que a equipe tem de encontrar resolutividade, dando espaço para haja mais interação junto com a comunidade, e busque parcerias para o enfrentamento, claro que não é fácil elaborar um plano de ação, é necessário a participação dos agentes comunitários de saúde, com também a sensibilização dos gestores públicos para aquisição de materiais e recursos orçamentários, é importante fazer um plano que a equipe possa cumprir os prazos definidos para a obtenção dos resultados esperados.

Como relação a escolha do Plano de Ação, foi escolhido a Prevenção de Ca de colo uterino na zona rural, devido a baixa cobertura, por falta de locais adequados para a realização do referido exame: falta de tempo do profissional (enfermeiro) na execução,

sem falar na sobrecarga de ações que o mesmo tem que desenvolver, principalmente nas áreas descentralizadas; observou-se também à procura das usuárias para realização dos exames, devido a incidência de CA no município. Isso não quer dizer, que não realizamos os exames, mas em menor quantidade. Tal fato nos estimulou à elaboração do plano de ação, esperando com a implementação contribuímos a nível municipal, na luta em busca da reversão de tal indicador. A descentralização da realização dos exames de prevenção do câncer ginecológico, foi uma medida que poderá por si, contribuir substancialmente para que o objetivo seja alcançado. O público-alvo feminino residente na zona rural é o mais prejudicado com relação a atual sistemática de exames preventivos, haja visto que os mesmos somente são realizados na unidade, instalada na sede dos distritos, a identificação de locais estratégicos na zona rural, que tenham condições mínimas exigidas para a realização, tais como: energia elétrica e água, será uma etapa deste plano a ser cumprida. Procurar junto a Secretaria da saúde, um fornecimento de material necessário para a coleta, em cotas mensais e sucessivas, o agendamento prévio por dos agentes de saúde, das usuárias a serem examinadas em datas e locais previamente agendadas, compõe todo o plano de ação. Com a ampliação de cobertura dos exames, é importante a participação da comunidade, como um passo inicial nesse plano de ação, pois a sensibilização da comunidade e seu engajamento é extremamente essencial. Dentro desta proposta, é necessário capacitar os agentes comunitários de saúde, para que eles possam entender e orientar a comunidade sobre o câncer ginecológico e sua prevenção, como também abordar as doenças sexualmente transmissíveis. O treinamento deverá ocorrer na Secretaria da Saúde (Canindé), pelo fato do difícil acesso dos agentes de saúde a sede dos distritos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que um plano de ação, trata-se de um real instrumento de pressão, pois só mesmo consciente de suas necessidades é que uma equipe pode fazer reivindicações concretas que possibilite o alcance de resultados satisfatórios. Assim podemos garantir que uma equipe, agindo com mais clareza, identificando suas necessidades mais urgentes, dentro do seu território, sabe exatamente o que deseja das autoridades, e organizações de apoio, assumindo também a responsabilidade para suas ações e movimentos, começando a exercer, enfim, sua cidadania. O Planejamento de qualquer atividade ou ação é essencial para se alcançar um

objetivo. É o que indica, o que se deve fazer, com quem, quando, como, onde, com o que, que recursos são necessários, e se os resultados são os esperados. É importante frisar que só vale a pena elaborar um plano de ação, se a equipe a plena convicção em executá-lo, mesmo diante das dificuldades existentes, não adianta deixá-lo somente no papel.

3.10 - INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE.

Relate a importância da bioética com relação ao trabalho dos profissionais de saúde, faça um breve comentário sobre as disciplinas desenvolvidas durante o curso

A primeira condição de interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade, neste sentido tornando-se particularmente necessária uma formação adequada que pressuponha um treino na arte de entender e esperar, um desenvolvimento no sentido de criação e da imaginação. A importância metodológica é indiscutível, porém é necessário não fazer-se dela um fim, interdisciplinaridade, não se ensina, nem se apreende, apenas vive-se, exerce-se e, por isso: exige uma nova pedagogia, a da comunicação. A integração, um momento da interdisciplinaridade, refere-se a um aspecto formal, ou seja, à questão da organização das disciplinas num programa de estudos (IVANI CATARINA ARANTES FAZENDA, 2002).

A Bioética e o Biodireito andam necessariamente juntos com os direitos humanos, não podendo, por isso obstinar-se em não ver as tentativas da biologia molecular ou da biotecnociência, de manterem injustiças contra a pessoa humana sob a máscara modernizante de que busca o progresso científico em prol a humanidade. Se em algum houver qualquer ato que não assegure a dignidade humana, ele deverá ser repudiado por contrariar as exigências ético-jurídicos dos direitos humanos (MARIA HELENA DINIZ,2002). Assim sendo, intervenções científicas sobre a pessoa humana que possam atingir sua vida e a integridade físico-mental deverão subordinar-se a preceitos éticos e não poderão contrariar os direitos humanos : As práticas médicas e científicas, que perigosas e imprevisíveis, e , por tal razão, estes profissionais devem estar atentos para que não ultrapassem os limites éticos impostos pelo respeito à pessoa humana e a sua vida, integridade e dignidade. (MARIA HELENA DINIZ, 2002).

POTTER, considerado por muitos, como pai da bioética, utilizou “bio” para representar o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos, e, “ética” para representar o conhecimento do sistema de valores humanos. Ele definiu a Bioética como “ ciência da sobrevivência humana “, cujo objetivo era promover mudanças no meio ambiente onde se pudesse realizar uma adaptação humana ideal dentro do meio. Segundo GOMES (1996), a formação ética do profissional de saúde deve ser iniciada nas disciplinas básicas do estágio pré-clínico com noções gerais de ética, um curso técnico e

substantivo de introdução Bioética, a ética aplicada ao ambiente do mesmo e relativa ao cadáver, aos mestres, animais de experiência e até à postura acadêmica. A razão da implantação da ética profissional da saúde está ligada à necessidade de formar uma consciência ética de relação de imprimir, na personalidade do educando um forte acerto de respeito incondicional aos direitos fundamentais e também oferecer ao profissional de saúde à postura ética apreendida, estimulada, saudável e proveitosa na relação com o paciente, outros profissionais e a sociedade geral (GOMES, 1996).

A Bioética é uma grande área interdisciplinaridade que busca auxiliar na reflexão dos novos problemas que estão constantemente, sendo apresentados a todos nós, individual e coletivamente (GONDIM, 1997). O trabalho interdisciplinar é uma alternativa importante para resolver não apenas os problemas da assistência, mas também os problemas que ocorrem no âmbito da interdisciplinaridade das relações interprofissionais (CREPALDI, 1989).

Trabalhar em equipe é muito importante, porém muito complicado, pois é necessário que cada membro da equipe tenha capacidade para entender, aceitar e ouvir a opinião de cada um desses membros. Na estratégia Saúde da Família é indispensável trabalhar a interdisciplinaridade, pois a equipe é multiprofissional e o objetivo é promover e prevenir doenças, cada um desempenhando sua função, mas trocando idéias e experiências, buscando alcançar uma melhoria da qualidade de vida da população. Dentro desse contexto, procuramos dá uma assistência de forma universal, integral e igualitária ao indivíduo e sua família resolvendo problemas mais simples e referenciando os mais complexos, a assistência prestada por uma equipe multiprofissional comprometida com a comunidade, faz com que essa comunidade tenha confiança, aceitação e segurança na procura de soluções para suas queixas, repassando informações seguras e confiáveis durante as consultas, visitas domiciliares e reuniões. Sabemos que para adquirir bons resultados dentro da estratégia saúde da família é necessário realizar educação continuada entre os membros da equipe, desde os agentes comunitários de saúde aos profissionais de nível superior, essas reuniões são realizadas semestralmente, a fim de analisar os indicadores do distrito, como também, repassar informações, e, tirar dúvidas existentes entre esses profissionais, conforme questões levantadas pelos membros da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na estratégia Saúde da Família, é indispensável trabalhar a interdisciplinaridade, para capacitar os profissionais, a fim de promover e prevenir doenças, dentro do contexto saúde-doença. O trabalho executado pelas equipes saúde da família, exige habilidade e capacitação na elaboração das estratégias, sem tira o foco das questões relacionadas à qualidade de vida dos indivíduos, pois com o avanço da ciência, muitas descobertas foram feitas, desde o surgimento da penicilina à clonagem, em virtude disso, fica um alerta para a humanidade, até que ponto o homem tem o direito de intervir na natureza. É preciso analisar os excessos que estão ocorrendo. Claro que novas descobertas foram necessárias para a erradicação de algumas doenças, como também controlar as doenças já instaladas. Políticas Públicas de Saúde devem ser implantadas para que os profissionais de saúde, tenham mais compromisso e capacidade para resolver problemas dos mais simples aos mais complexos.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estou concluindo o Curso de Especialização Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal do Ceará e Universidade Aberta do SUS, na modalidade à distância. É uma forma inovadora de ensino, onde veio proporcionar ao aluno que não tem oportunidade de realizá-lo, devido a falta de horário disponível, e, por trabalharem longe dos grandes centros urbanos. É um curso baseado em relato de experiência vivenciado por cada aluno em sua unidade de saúde, com o auxílio da internet, foi possível trocar ideias e adquirir novos conhecimentos. Estou convicta que renovei o meu conceito sobre o Programa Saúde da Família, trabalhando melhor a equipe de saúde, como relação a humanização dentro do contexto saúde- doença. Hoje, tenho oportunidade e capacidade para inovar projeto para minha clientela, de maneira que posso buscar parceiras no planejamento de novas ações, para a melhoria da qualidade de vida. Sei que não é fácil ocorrer novas mudanças, naquilo que já sendo trabalhado, mas com força de vontade, dedicação e compromisso, é possível ter essas transformações. A grande dificuldade encontrada durante o curso foi o acesso à internet, não por parte do curso, mas pela queda da internet, em casa, com isso, houve atraso na realização das tarefas e as participações nos fóruns. Tive o apoio e o incentivo da Secretaria da Saúde na liberação para o curso, pois especializando, tenho capacidade de formar novos multiplicadores de saúde, mais sensibilizados, comprometidos para desenvolver trabalhos dentro da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-AMARANTE, P. (org) Loucos pela vida- A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. RJ, SDE/ENSP, 1995.

- BORBA. PC. de. Relato de Experiência- Análise de situação e plano de ação de uma Unidade de Saúde do CAIC, IGUATU-ce : Escola de Saúde Pública do Ceará, 2001

-BRASIL, Ministério da Saúde, Instrumentalizando o Profissional de Enfermagem, Caderno de Saúde Coletiva, 2001.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, 2008

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 2ª Ed. Brasília, 2006.

- BRASIL, Ministério da Saúde - Manual técnico de assistência pré-natal, 3ª edição. 2006.

- BRASIL, Ministério da saúde - Direitos sexuais; direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais, 1ª edição, 2006.

- BRASIL, Ministério da Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. NUASF. Portaria 154 de 24.01.2008

- BRASIL, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Editora, Saraiva. 1998.

- CORDEIRO, Joselma C. Redes Sociais em saúde. Recife: Editora Universitária, 159p
<http://revista-redes.Redires.es/>

- CREPALDI, M.A, Hospitalização Infantil: Estudo das interações família-equipe hospitalar (1989).

- DIAS, E.C. et al. Saúde ambiental e Saúde do Trabalhador na atenção primária à saúde do SUS: Oportunidade, Desafios, ciência & Saúde Coletiva. 14(6): 2061-2070, 2009.
- DINIZ, Ma. Helena. O Estado atual do biodireito, 2ª Ed, aum. e atual. De acordo com o código civil(Lei nº 10406 de 10.10.2002). São Paulo, Ed. Saraiva.2002, pag. 19 e 20.
- DI VILLAROSA, F.N. A estimativa Rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário. Manual de instruções. Série Desenvolvimento de serviços de Saúde. Brasília: OPS. Representação do Brasil, 1993.
- DUCAN,H.A. Dicionário Andrei p/Enfermeiros e outros profissionais de saúde. 2ª Ed. São Paulo: Andrei Editora LTDA, 1995.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA- Ce – Especialização Saúde da Família – Apostila, Atenção ao portador de transtornos mentais, 2002
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. Curso de Especialização em Saúde da família. Apostila Atenção aos Portadores de Deficiência , 2002
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE CEARÁ. Curso de Especialização em Saúde da Família, Apostila, módulo IV, Organização dos serviços de atenção primária, unidade 5, visita domiciliar e internamentos, Fortaleza, 2002
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. Curso de Especialização em Saúde da Família, apostila (ver manual da unidade V – Plano de ação), 2002
- FONSECA, R.M.G.S. Equidade de Gênero e Saúde das Mulheres. Revista da Escola de Enfermagem da USP, V. 39, nº 4. P.450-9,2005.
- GONDIM, Jose Roberto, Bioética e interdisciplinaridade, texto publicado, 1997, 4.24
- GRAÇA, L. Evolução do Sistema Hospitalar: Uma perspectiva sociológica, 2000. Disponível em <http://WWW.Ensp.unl.pt/história-2-hospital.html>
- Lei Maria da Penha, 7 de Agosto de 2006 (cap. 1, art 5º)

- Bruce B. Duncam, Maria Inês Schimdt, Elsa R. J. Giugliani, - Medicina Ambulatorial, 2ª edição, 1996, ARTMED,
- MENDES, Eugenio Villaça, Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS, São Paulo- HICITEC- ABRASCO, 1993.
- MERHY, E.E. O ato de cuidar com um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP-SP,1999.
- PITTA, Ana. Reabilitação psicossocial, HUCITEC,1996
- SORRI-BRASIL, Curso de capacitação em Políticas Públicas em Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência,1999.

SITE VISITADO

[www.panoptica-org/ biodireito.htm](http://www.panoptica-org/biodireito.htm)