



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

CLEVANICE MOREIRA NORTE

**RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIRA EM UMA UNIDADE  
DE SAÚDE DE PEDRA BRANCA-CE**

FORTALEZA-CEARÁ

2011

CLEVANICE MOREIRA NORTE

**RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIRA EM UMA UNIDADE  
DE SAÚDE DE PEDRA BRANCA-CE**

Trabalho de conclusão de curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em Saúde  
da Família, modalidade semi-presencial, da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial para obtenção de Título de Especialista.  
Orientador: Enf<sup>ª</sup>. Ms<sup>a</sup>. Ivana Cristina Vieira de Lima

FORTALEZA-CEARÁ  
2011

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

---

N774r Norte, Clevanice Moreira  
Relato da experiência de enfermeira em uma unidade de saúde de Pedra Branca-CE/ Clevanice  
Moreira Norte. - 2011.  
58 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade  
de Medicina, Núcleo de Tecnologias e Ead em Saúde, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Enf<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Ivana Cristina Vieira de Lima

1. Saúde da Família. 2. Enfermagem em Saúde Comunitária. 3. Educação a Distância. I.  
Título.

---

CDD362.1

CLEVANICE MOREIRA NORTE

**RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIRA EM UMA UNIDADE  
DE SAÚDE DE PEDRA BRANCA-CE.**

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

Aprovada em 12/11/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Ivana Cristina Vieira de Lima

Prof. Ms. Jacirene Gonçalves Lima Franco

Prof. Esp. Luciana Barreto Araújo

Dedico esse trabalho aos meus pais, aos meus irmãos e aos meus sobrinhos, que são meu tudo em minha vida...

## AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre iluminou meus passos, abençoando-me com oportunidades valiosas de crescimento profissional e pessoal...Obrigada por tudo!!!

À minha querida família que sempre me apoiou com incentivos de encorajamento e força para superar as barreiras das dificuldades.

À querida, amiga, tutora virtual e orientadora Ivana Cristina, que sempre acreditou em mim, pelos ensinamentos, pela inspiração e pela confiança depositada a todo momento. Deixo a minha gratidão e respeito.

A todos profissionais envolvidos nesse projeto da UFC/NUTEDS, pela colaboração e empenho para um melhor aprendizado e aproveitamento de conteúdo.

Aos colegas da turma de especialização, o convívio presencial foi pouco, mas a companhia virtual foi muito proveitosa!

À minhas amigas e colegas Monnáina, Elaine e em especial Franciane, que sempre estiveram ao meu lado.

Ao meu irmão Prof. Dr. Tiago Olinda, pelo exemplo de intelectualidade e competência.

À Universidade Federal do Ceará, pela realização desse sonho. Como diz Napoleão Bonaparte “a capacidade nada vale sem a oportunidade”.

A todos que fazem a Unidade de Saúde São Francisco, como diz o ditado japonês “é fácil quebrar uma flecha, mas é difícil quebrar um feixe de dez flechas”. Obrigada pelo companheirismo de todos!

“Em cada resposta aos outros, em cada gesto para com os semelhantes, em cada manifestação de teus pontos de vista e em cada demonstração de tua alma, grafas com tinta perene, a história de tua passagem.”

Emmanuel

## RESUMO

A intenção deste relato de experiência é expor de forma clara e objetiva a experiência vivida pela enfermeira em uma unidade básica de saúde no município de Pedra Branca-Ceará. As reflexões acerca da atuação da enfermeira surgiram a partir da realização Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF), promovido pelo Núcleo de Tecnologia e Educação a Distância em Saúde – Universidade Federal do Ceará. Para respaldar as considerações foi realizado resgate da experiência acumulada pela enfermeira ao longo de quase dois anos de atuação junto à Unidade de Saúde São Francisco. A coleta de dados se deu durante o CESF, a partir da construção de dez portfólios referentes às disciplinas: Processo de Trabalho em Saúde; Modelo assistencial e 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 de Saúde no Contexto da Saúde Bucal ; ABS Pessoas com Deficiência; Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde. Por fim, foi realizada a junção dos portfólios em forma de capítulos, nos quais consta o aprendizado adquirido ao longo do curso somado à experiência vivida pela enfermeira. Os portfólios foram divididos em capítulos. Como profissional de enfermagem, foi possível absorver conhecimentos mediados pelo CESF, os quais contribuíram e ainda contribuirão para a construção da integralidade no cuidado à saúde, tendo uma abordagem mais definida que atenda às necessidades do usuário da Unidade de Saúde São Francisco.

Palavras-chave: Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Comunitária. Educação a Distância.



## **ABSTRACT**

The intention of this report is to expose in a clear and objective manner the experiences that have been lived by a nurse in a basic health unit located at the city of Pedra Branca, Ceará, Brazil. The reflections concerning the nurse's actions arose after the realization of a Family Health Specialization Course (FHSC) promoted by the Health Distance Education Nucleus – Federal University of Ceará. To back up the considerations it was undertaken a recovery of experiences lived throughout almost two years of work at the basic unit São Francisco. The data collection occurred during the FHSC using the construction of ten portfolios referring to the following subjects: Health Work Process; Assistance model and primary health care; Mental health and violence; Woman health; Environment health, Natural and artificial accidents and the risks to family health; Primary health care in oral health; Primary health care to handicapped; Technology to individual approach, family and community – pedagogical techniques in primary health care; Planning and evaluating health actions. It was developed the assembling of the portfolios in chapters which contain what was learned during the course and also the experiences lived by the nurse. As a nurse it was possible to get knowledge through the FHSC a tool that has contributed and will continue contributing to the integrality of health care with an approach focused to the necessities of the patients in the basic unit São Francisco.

Key-words: Family health. Nursing in community health. Long distance education.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....</b>	<b>24</b>
<b>Figura 2 – SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....</b>	<b>28</b>
<b>Figura 3 – POPULAÇÃO FEMININA EM PEDRA BRANCA.....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 4 – SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 5 - MARCOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>47</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Inserção profissional no campo da Atenção Primária em saúde.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Atuação primária à saúde e atuação do enfermeiro.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Gerais.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Cenário e período do estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Recurso para coleta de dados: Portfólio.....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>16</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTFÓLIOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Disciplina 02 - Processo de Trabalho em Saúde.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1.1 Breve histórico de Pedra Branca.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1.2 O município de Pedra Branca e a política de saúde.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1.3 O Processo de Trabalho da ESF São Francisco, Pedra Branca-CE.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1.4 Dilemas e Desafios no Processo de Trabalho em Saúde na Atenção Básica.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1.5 Impactos da disciplina na atuação profissional.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2.1 Atributos de Qualidade na prestação da assistência.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2.2 Impactos da disciplina na atuação profissional.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Disciplina 04 – Saúde Mental e Violência.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3.1 Saúde Mental no Brasil: Histórico, Contextualização e Reflexões.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3.2 Atuação do CAPS em Pedra Branca-CE.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3.3 Impactos da disciplina na atuação profissional.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4 Saúde da Mulher no ciclo vital.....</b>	<b>27</b>
<b>4.4.1 Saúde da Mulher: Breve Histórico.....</b>	<b>27</b>
<b>4.4.2 Violência contra a mulher.....</b>	<b>29</b>
<b>4.4.3 Assistência à saúde da mulher na UBS Saúde São Francisco – Pedra Branca-CE .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4.4 Impactos da disciplina na atuação profissional.....</b>	<b>32</b>
<b>4.5 Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família..</b>	<b>33</b>
<b>4.5.1 Saúde ambiental e do trabalhador: Contextualização.....</b>	<b>33</b>

4.5.2 Estratégia Saúde da Família na assistência ao trabalhador.....	35
4.5.3 Identificando problemas de saúde ambiental na UBS São Francisco.....	36
4.5.4 Impactos da disciplina na atuação profissional.....	37
4.6 Disciplina 07 – Atenção Básica de Saúde no contexto da saúde bucal.....	37
4.6.1 Saúde Bucal no contexto da Atenção Primária.....	37
4.6.2 Saúde Bucal no município de Pedra Branca-CE.....	39
4.6.3 Impactos da disciplina na atuação profissional.....	40
4.7 Disciplina 08 – Atenção Básica em Saúde à pessoa com deficiência (PcD).....	40
4.7.1 Pessoa com Deficiência: Aspectos conceituais e marcos históricos.....	40
4.7.2 Deficiência Visual e Auditiva.....	41
4.7.3 Acolhimento à PcD na UBS São Francisco.....	42
4.7.4 Impactos da disciplina na atuação profissional.....	43
4.8 Disciplina 09 – Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde.....	44
4.8.1 Interdisciplinaridade e Integralidade no âmbito da ESF.....	44
4.8.2 A Bioética no cotidiano da ESF.....	45
4.8.3 Impactos da disciplina na atuação profissional.....	46
4.9 Disciplina 10 – Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade – práticas pedagógicas em atenção básica à saúde.....	46
4.9.1 Marcos históricos da Educação em Saúde.....	46
4.9.2 Enfermagem e educação em Saúde.....	48
4.9.3 Ações de Educação em Saúde na UBS São Francisco.....	48
4.9.4 Impactos da disciplina na atuação profissional.....	49
4.10 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde .....	49
4.10.1 Relato de experiência sobre a construção do plano de ação desenvolvido como atividade de conclusão dessa disciplina.....	49
5 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Inserção profissional no campo da Atenção Primária em saúde**

No ano 2000, fiz o curso de Auxiliar de Enfermagem e em 2003, o Técnico de Enfermagem. Em 2005, comecei minha graduação, concluída em meados de 2009. Trabalho em Unidade Básica de Saúde (UBS) há mais de dez anos. Conhecer, conviver, servir, aprender tem sido uma dádiva divina, pois diversos são os problemas enfrentados no decorrer desses anos na Atenção Primária de Saúde (APS).

Hoje como enfermeira, tenho uma visão mais abrangente com relação ao planejamento de ações, ao gerenciamento da unidade e ao estabelecimento de metas a cumprir. No entanto, percebo que a estratégia saúde da família ainda se apresenta fragilizada.

Estar inserida dentro de uma UBS contribui de forma relevante para o aprendizado e para aplicação prática dos ensinamentos adquiridos no Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF), favorecendo a atenção em saúde da comunidade e o fortalecimento do SUS e de seus princípios. Dessa forma, o presente estudo contribuirá para a caracterização da atuação da enfermagem no âmbito da APS. O cenário escolhido para esta reflexão foi a Unidade Básica de Saúde de São Francisco, localizada na zona rural do município de Pedra Branca – CE.

### **1.2 Atuação primária à saúde e atuação do enfermeiro**

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, com valores, princípios e elementos próprios, que busca integrar todos os aspectos desses serviços, com a perspectiva de atender as necessidades de saúde da população. Sendo esta, o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos e suas famílias (STARFIELD, 2002).

Por sua vez, a Estratégia Saúde da Família (ESF) compreende a reorientação do modelo assistencial, operacionalizada através da implantação de equipes de multiprofissionais em unidades de saúde, as quais são responsáveis por um determinado número de família, localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes atuam de forma interdisciplinares, desenvolvendo ações de promoção da saúde, recuperação e reabilitação, através de consultas programadas, demandas espontâneas, visitas domiciliares e outras (BRASIL, 2011).

A Enfermagem como profissão presente em todos os espaços da APS, tem como principais atividades o monitoramento das condições e problemas relativos à saúde. Atua

também no exercício de uma prática comunicativa, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos, relacionando os fatores sociais, econômicos e culturais ao processo saúde-doença. Pressupõe-se que o entendimento das práticas de enfermagem dentro do ESF, está na prática social com vistas a responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época ou espaço social (ERMEL, 2006).

O papel do enfermeiro na APS não é apenas lidar com a saúde propriamente dita, mas interagir com situações que apoiem a integridade familiar, por conseguinte, compreende-se que a qualificação profissional contribuirá para um melhor desempenho no planejamento de intervenções e melhoria na assistência dentro do ESF, bem como proporciona mudança no modelo hospitalocêntrico (WEIRICH, 2004).

Nesse sentido, como profissional de enfermagem, foi possível absorver conhecimentos dentro do CESF, para construção da integralidade no cuidado à saúde, tendo uma abordagem mais definida que atenda melhor as necessidades do usuário.

A capacitação do profissional produz um conceito inovador dentro das ações sugeridas pela APS, capaz de transformar um modelo assistencialista, curativista em um modelo com maior resolutividade e qualidade, abrangendo o sujeito de forma integral, mesmo que apoiado por outros setores, mas guiado por uma nova proposta sugerida por conceitos adquiridos na qualificação profissional. Sugere-se reordenar a relação entre trabalho e educação, potencializando as ações em saúde com o reconhecimento das subjetividades sociais e humanas (SILVA, 2008).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Relatar a experiência da atuação de uma enfermeira na Unidade Básica de Saúde São Francisco, município de Pedra Branca-CE.

### **2.2 Específicos**

- Averiguar a aplicação dos conhecimentos mediados pelo curso como ferramenta para a capacitação profissional para a promoção da saúde das famílias da Unidade Básica de Saúde São Francisco, Pedra Branca – Ceará.
- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Este estudo trata-se de um relato de experiência, por ser um recurso enriquecedor para a fundamentação teórica com base na própria vivência profissional. É a descrição legitimada, da maneira mais informal incorporada no texto dando mais significado para a leitura, em comparação ao texto analítico (TEXEIRA, 2009).

O contexto no qual a experiência é narrada se dá na UBS São Francisco, localizada na zona rural de Pedra Branca, CE. As reflexões acerca da atuação da enfermeira surgiram a partir da realização do CESF promovido pelo Núcleo de Tecnologia e Educação à Distância em Saúde – Universidade Federal do Ceará

Para respaldar as considerações foi realizado resgate da experiência acumulada pela enfermeira ao longo de quase dois anos de atuação junto a UBS São Francisco. Ademais, procederam-se consultas a fontes bibliográficas (livros, artigos) e ao material didático do curso.

#### **3.2 Cenário e período do estudo**

Todas as informações relatadas foram captadas na UBS São Francisco através de dados epidemiológicos e da vivência diária da equipe, como também do conhecimento adquirido ao longo do CESF, o qual promoveu momentos de estudos e reflexão nas ações desenvolvidas dentro da unidade.

O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2010 a setembro de 2011.

#### **3.3 Recurso para coleta de dados: Portfólio**

O recurso para coleta de dados utilizado na presente pesquisa foi o Portfólio. Segundo Hernandez (2000), o portfólio consiste em um conjunto de diferentes classes de documentos (notas pessoais, experiências de aula, trabalhos pontuais, acompanhamento do processo de aprendizagem, conexões com outros temas e representações visuais) que proporciona uma reflexão crítica do conhecimento construído, das estratégias utilizadas e da disposição de quem o elabora em continuar aprendendo.

Durante o CESF, foram produzidos dez portfólios ao final de cada disciplina: Processo de Trabalho em Saúde ; Modelo assistencial e 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 de Saúde no Contexto da Saúde Bucal ; ABS



Pessoas com Deficiência; Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde ; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.

Esses eram enviados ao ambiente de aprendizagem, onde a tutora fazia a correção e reenviava ao aluno para alteração e ou correção de dados. No final do CESF, foi feita a junção de todos os portfólios e estes foram organizados por capítulos, onde foi estruturado e explanado o conhecimento agregado a práxis diária.

A elaboração dos portfólios norteou o aprendizado ao longo do curso e consistiu em experiência valiosa para o resgate do conhecimento adquirido e a reflexão sobre as possibilidades de aplicação destes à prática profissional.

### **3.4 Aspectos éticos**

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

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTFÓLIOS**

Foram produzidos dez portfólios referentes às seguintes disciplinas: Processo de Trabalho em Saúde ; Modelo assistencial e 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 de Saúde no Contexto da Saúde Bucal ; ABS Pessoas com Deficiência; Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde ; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde. Tendo em vista a magnificência desses portfólios, os dividiremos em capítulos com o objetivo de tornar a leitura mais dinâmica e expor melhor o conteúdo.

### **4.1 Processo de Trabalho em Saúde**

#### **4.1.1 Breve histórico de Pedra Branca**

No local conhecido por Tabuleiro da Peruca - havia uma pedra que chamava a atenção pela sua tonalidade clara, forma e dimensões peculiares. Na primeira metade do século XIX, vaqueiros e viajantes das redondezas passaram a utilizar o local como ponto de referência para seus encontros. Assim, eram reunidos grupos relativamente pequenos que explicam a origem do nome do município de Pedra Branca.

No dia 9 de agosto de 1871 a Lei de Nº 1.407 definiu a criação de novo município com sede no território onde estava situado o povoado de Pedra Branca, o qual passou a ser qualificado como vila.

Pedra Branca possui uma área territorial de 1.197 Km<sup>2</sup> e ocupa 0,82% do território do Estado do Ceará. Tem uma topografia bastante acidentada que dificulta a acessibilidade dos usuários aos serviços públicos. Congrega quatro distritos em seu território: Mineirolândia, Santa Cruz do Banabuiú (Cruzeta), Capitão Mor e Tróia. Sua sede está localizada na Serra de Santa Rita, a 500 metros de altitude em relação ao nível do mar. Pedra Branca está situada a 261,6 km de Fortaleza.

Atualmente com 42.395 habitantes segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Pedra Branca se encontra entre os municípios de médio porte do Estado do Ceará.

A estrutura etária da população do município tem uma forte concentração na idade ativa (15 a 64 anos), porém o maior número de habitantes encontra-se na faixa etária de 0 a 19 anos.

#### **4.1.2 O município de Pedra Branca e a política de saúde**

O município de Pedra Branca assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde em 1998, encontra-se habilitado, segundo a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/2002). Segundo o Plano de Desenvolvimento Regional do Ceará (PDR), o município é classificado como Sede de Módulo Assistencial, com resolubilidade em serviços de Média Complexidade. Dentro do processo de regionalização da atenção, Pedra Branca compõe o pólo assistencial micro-regional de Quixadá, tendo a 8ª CERES (Célula Regional de Saúde) como instância de cooperação técnica. Os municípios da micro-região trabalham com o sistema de referências segundo pactuação prévia, apesar de não serem resolutivos em todos os níveis de atenção. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) tem por finalidade nortear a reorganização das ações e serviços de assistência à saúde em nível local, regional e estadual (CONASS, 2007).

A rede municipal de saúde está estruturada em 12 UBS, 4 Unidades Básicas Descentralizadas de Saúde (UBDS), 1 Centro de Saúde e 1 Hospital Municipal.

Apesar de avanços importantes nos indicadores básicos de saúde nos últimos anos, como a melhoria do acesso da população aos serviços básicos de saúde, a incidência de agravos à saúde ainda é alta, a exemplo da gravidez na adolescência.

Os agravos em saúde decorrentes de causas externas (acidentes e violências) constituem-se problemas de Saúde Pública em nosso município, em decorrência dos altos custos para a sociedade e dos impactos sociais e psicológicos na vida dos indivíduos e das famílias. Nacionalmente, esses agravos correspondem à terceira causa de óbito na faixa etária de 1 a 44 anos em ambos os sexos (BRASIL, 2007).

#### **4.1.3 O Processo de Trabalho da ESF São Francisco, Pedra Branca-CE**

A sede da UBS São Francisco fica a 22 km da zona urbana e possui 819 famílias cadastradas e são realizados em média 600 atendimentos mensalmente. A equipe de saúde possui oito pontos de atendimentos descentralizados, o que dificulta a realização de algumas atividades. Os pontos de atendimento são distantes, sem estrutura física adequada, a maioria

dos atendimentos é realizada em duas unidades descentralizadas, enquanto os demais ocorrem na escola, na casa de farinha ou em residências.

Todos os dias nos deslocamos à unidade, médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, os demais moram na localidade, chegando por volta das nove horas. Trabalho nesta unidade há 1 ano e 6 meses, com a parceria de um médico, colaborativo e muito eficiente.

A rotina de trabalho é cansativa em decorrência da demanda de atendimentos. Temos uma área extensa, população difícil de compreensão, hoje se trabalha muito a educação em saúde, com vistas a atenuar a demanda de usuários. Todos os dias há atendimento de acordo com os programas do SUS, encaminhando os casos graves para o Centro de Saúde ou Hospital Maternidade São Sebastião, localizado na sede de Pedra Branca.

#### **4.1.4 Dilemas e Desafios no Processo de Trabalho em Saúde na Atenção Básica**

A realidade é outra mesmo...! Trabalhamos fazendo valer nossos conhecimentos e sendo barrados por uma cultura pobre, a qual nada derruba os paradigmas criados pelos usuários. Essa cultura está enraizada e nós não conseguimos mudá-la repentinamente, temos que subsidiar meios que levem à mudança de hábitos, através da educação em saúde. Vejo a imprensa como coadjuvante no processo de saúde, colabora muito, falta mais empenho dos profissionais do rádio e até mesmo da saúde para estarem informando, divulgando na mídia educação em saúde. A ESF já faz muito, levamos informações, assistência, mesmo assim, devido a um problema cultural ainda há desvalorização com os profissionais (BRASIL, 2006).

Em contrapartida, a confiança na rede de saúde tem que ser estabelecida. O relacionamento, paciente e profissional tem que ser reavaliado, formas de interação estudadas para que através de um bom desempenho dos profissionais, incorpore-se uma forma diferenciada de atendimento, acolhimento humanizado, para que num futuro bem próximo possam ser atenuadas as divergências existentes entre tais, culminando assim um progresso positivo dentro da APS (BRASIL, 2009).

Faz-se necessário uma revolução no setor saúde para dar uma guinada nas ações desenvolvidas na promoção da saúde, diminuir o número de famílias por equipe de saúde concomitantemente atenderia uma população maior e os benefícios seriam positivos já que se propõe implementar novos programas, além dos já ofertados.

A população precisa está mais engajada, informada, capacitada a participar do controle e/ou melhoria das condições de saúde, pois isto não é a realidade que temos. Um sistema

social e político saudável necessita de ações educativas associada a ações gerenciais e econômicas. Trabalhamos com o apoio dos presidentes de associações da região para que em parceria busquemos recursos para melhor atender a essa população tão carente. Nós como profissionais estamos sempre em busca de melhorias para a população sem esperar nada em troca, apenas ficar feliz quando conseguir algo de bom seja no coletivo ou no individual

Em síntese, é notável que o nível de saúde de uma população depende da ação de vários setores que atuam na sociedade, sendo que o setor saúde é apenas um dentre eles. Se pretendermos alcançar melhores indicadores, precisaremos desenvolver uma ação mais integrada com os demais setores que executam políticas de saúde. A Secretaria de Ação Social sempre nos dá um apoio, conseguimos através da mesma, cestas básicas, *kits* para recém-nascidos, inclusão de bolsa família, auxílios, dentre outros.

Outra ferramenta essencial para a melhoria do processo de trabalho em saúde é a comunicação. A Comunicação em Saúde surge não só como uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, pois se reconhece que a informação não é suficiente para favorecer mudanças, mas é uma chave, dentro do processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida. Reconhece-se que a informação de qualidade, difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde. O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando e considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis (MOISÉS, 2003).

Embora na prática essa comunicação não seja bem difundida, precisa-se trabalhar muito a educação em saúde. O processo de saúde ainda luta contra a cultura curativista, exemplo disso são as grandes filas nos hospitais públicos, pessoas buscando atendimento ambulatorial para tratarem verminoses... Isso mostra que a comunicação anda deficiente, o sistema é falho.

Um ponto crucial da comunicação é o bom relacionamento entre membros da equipe que faz a diferença o qual proporciona efeitos positivos diretos e indiretamente na comunidade. Isso é liderar, é ter carisma, é amar o que se faz, é amar o seu próximo o que está a sua frente. Nosso compromisso como profissionais da saúde é com o outro (funcionário, paciente, cliente), é trabalhar com amor sem jamais tratar os demais com desdém, sejamos firme no nosso dever e não apenas esperar o salário no final do mês, porque esse nem sempre vai compensar o que fazemos.

Destaca-se a necessidade de estar ao lado da comunidade mediante participação em reuniões comunitárias para ouvirmos e agregarmos as solicitações feitas na tentativa de desenvolver um trabalho onde o usuário deixe de ser um mero coadjuvante e seja o ator principal dessa modalidade de saúde tão bem planejada que é o ESF.

#### **4.1.5 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Essa disciplina foi impactante no tocante a realidade vivida por todos os profissionais da estratégia saúde da família. Foi possível encontrarmos as divergências entre profissionais, gestores, usuários e comunidade, assim como as dificuldades enfrentadas diariamente. Foram destacados pontos-chaves para reflexões acerca do que se pode melhorar dentro das unidades de saúde, mesmo independentes do apoio gerencial e ou matricial às unidades de saúde. Conclui-se que, como profissionais de saúde, podemos fazer nossa parte, tendo um bom relacionamento com a comunidade.

A valorização pessoal, a crença no potencial de cada um, seja profissional ou usuário, promove resposta positiva diante das subjetividades vividas por cada indivíduo.

#### **4.2 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde**

O modelo assistencial em saúde constitui-se de uma combinação técnica entre resolver problema e atender necessidades de saúde coletiva ou individual, compostas pelo perfil epidemiológico de determinada população, com necessidades sociais de saúde definidas historicamente, ou seja, são racionalidades e não modelos ou formas de seguimentos que vão definir as intervenções e medidas a serem tomadas. Esses modelos assistenciais podem estar voltados para a demanda espontânea ou para necessidades de saúde, convivendo entre si de forma contraditória ou complementar (ROUQUAYROL, 2003).

Com a implantação das ESF, um novo modelo assistencial de saúde é proposto com vistas a trabalhar a saúde de forma holística, tendo como foco a prevenção e a promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Investiu-se em equipes de saúde compostas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, delimitadas em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados na área adscrita. Seu maior objetivo era desbancar a prática assistencialista hospitalocêntrica (ROSA, 2003).

O modelo assistencial proposto pela APS exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde que deixa de focar apenas na atenção às doenças e passa a se dirigir à promoção e à manutenção da saúde. Neste contexto, cabe às equipes a responsabilidade de desenvolver ações de promoção da saúde, mediante atendimento da demanda espontânea e programada, realização de atividades de prevenção de doenças e atenção em saúde em fases específicas do ciclo de vida (BRASIL, 2007).

#### **4.2.1 Atributos de Qualidade na prestação da assistência**

Para tratarmos dos atributos de qualidade foi nos imposta uma atividade, onde teríamos que descrever, mediante um problema exposto, no caso uma visita domiciliar a uma senhora (D. Maria), onde toda a equipe foi envolvida, quais os atributos de qualidade presentes e os ausentes na assistência prestada a D. Maria.

Os processos de atenção à saúde são regidos por princípios e diretrizes constitucionais, porém determinados atributos dizem respeito à qualidade e que devem ser seguidos na assistência diária ao paciente, são eles: eficácia, eficiência, efetividade, equidade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, aceitabilidade, legitimidade, otimismo e ética (UFC, 2010).

A visita domiciliar é o elemento fundamental na gestão de informações seguras sobre o uso correto e racional de medicamentos para manter a qualidade de vida das pessoas atendidas nas microáreas (BRASIL, 2006).

A falta de compromisso com este instrumento de cuidado por parte dos profissionais de saúde pode desencadear diversos problemas e comprometer a qualidade da assistência prestada ao usuário. É fundamental que a equipe compreenda amplamente o binômio saúde-doença e a necessidade de intervenções a partir dos problemas e das demandas identificadas como a melhoria da qualidade, a humanização do cuidado, o estabelecimento de novas habilidades e mudanças de atitudes, com o objetivo de promover a maior satisfação das pessoas (BRASIL, 2007).

A visita domiciliar desenvolvida pelo enfermeiro é essencial para a solução dos problemas de saúde da comunidade, já que nesta o mesmo realiza orientações gerais a cerca do tratamento com a finalidade de prevenir o aparecimento de danos evitáveis.

Na ESF, o enfermeiro, tem papel de destaque no processo educativo. Mediante estratégias educativas, o usuário busca a adaptação do paciente à doença, a prevenção de

complicações, a adesão ao tratamento, enfim, torna-se um agente do autocuidado e multiplicador das suas ações junto à família e comunidade (ABREU, 2007).

#### **4.2.2 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Considero a disciplina Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, um marco inicial na mudança do processo de trabalho da equipe de saúde na qual trabalho.

Os ensinamentos adquiridos ampliaram os horizontes ainda encobertos pela prática mecanicista desenvolvida na atenção básica. Foi possível a incorporação de um novo modelo de comunicação, estimulando a comunidade a ser co-autora, com participação ativa nas decisões estabelecidas dentro da unidade.

A identificação das Regras de Direcionalidade, Governabilidade e Responsabilidade, também foram importantes para agregação de valores para a reafirmação dos conhecimentos adquiridos na prática profissional. Outro tema importante foi à identificação dos atributos de qualidade inerentes ao cuidado em saúde no âmbito da atenção básica.

### **4.3 Saúde mental e violência**

#### **4.3.1 Saúde Mental no Brasil: Histórico, Contextualização e Reflexões**

“O processo terapêutico é o veículo por meio do qual o paciente é capaz de tornar claros e reconstruir os sentimentos, pensamentos e idéias que possui”.

*Hildegard Peplau, fundadora da enfermagem psiquiátrica.*

A saúde mental é definida como adaptação bem sucedida a fatores de estresse do ambiente interno ou externo evidenciado por pensamentos, sentimentos e comportamentos que são apropriados para a idade e congruentes com normas locais e culturais (TOWNSEND, 2002).

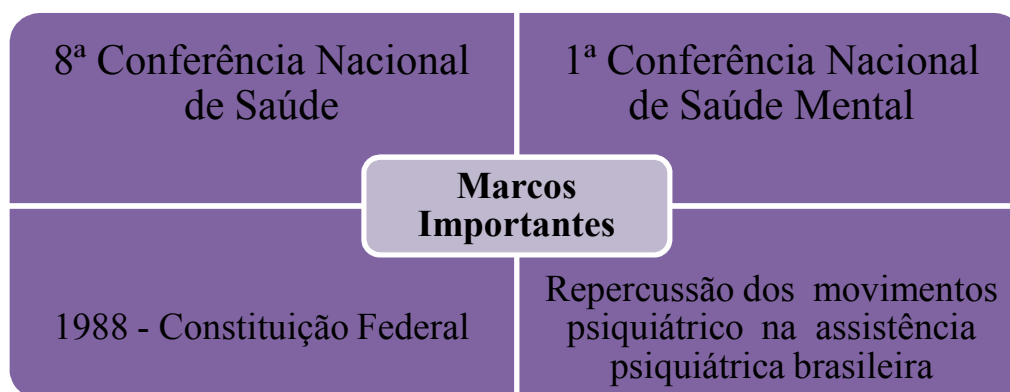
No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1852, foi criado o primeiro Hospital Psiquiátrico Pedro II, servindo de modelos anos mais tarde para outras cidades. No final dos anos 50 a situação era grave, a superlotação, a falta de profissionais capacitados e suplementos básicos para assistência, impeliam em maus tratos, criando a má fama dos grandes hospitais psiquiátricos. Com isso a iniciativa privada criou novos hospitais,



proliferando a clínica psiquiátrica, gerando assim a “indústria da loucura” (MINAS GERAIS, 2006).

O diagrama abaixo aborda marcos essenciais para a evolução da saúde mental no Brasil.

**Figura 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**



Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que delibera pela necessidade de um Sistema Único de Saúde, onde se congregasse todos os recursos para a saúde em um único órgão, que deveria ser organizado com a participação e o controle da comunidade. E em 1988, é promulgada a Constituição Federal, cria-se o SUS norteado por princípios baseados na universalidade, integralidade, hierarquização, equidade e a descentralização do sistema, constituído pela articulação federal, estadual e municipal, com apoio da comunidade. A partir daí, vários são os preparativos para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual representa o marco histórico principal na psiquiatria, marcado pela luta de trabalhadores de saúde e de toda a comunidade científica da área que recomenda a priorização de investimentos nos serviços multiprofissionais e extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

A política de saúde mental instituída no Brasil após a reforma psiquiátrica, a qual preconiza a desospitalização dos doentes mentais em substituição ao modelo biomédico, ainda apresenta fragilidades no tocante ao cuidado ao portador de transtorno mental e à sua família. Dados apontam o aumento do número de mortes ocasionadas por transtornos mentais após a o fechamento de leitos psiquiátricos para implantação dos serviços substitutivos (CAMARA, 2008).

O modelo proposto pela reforma psiquiátrica é relativamente satisfatório, desde que se tenha estrutura e profissionais capacitados a desenvolverem atividades que diminuam a vulnerabilidade de portadores de transtornos mentais. Acredito que a saúde mental ainda está

engatinhando, pois é bastante comum encontrarmos pessoas com *déficit* mental nas ruas, sendo zombadas ou mantidas em cárcere privado.

É oportuno recapitular que o último relatório da OMS (Organização Mundial de Saúde) sobre saúde mental propõe como eixo do atendimento a atenção primária à saúde (FIOCRUZ, 2010). O propósito é atuar em uma maior parcela da população, principalmente com os indivíduos mais vulneráveis. Isso indubitavelmente implica a inclusão desse tema nas ações do ESF, baseado na intervenção precoce, prevenção e educação em saúde, mediante abordagem multidisciplinar e integrada à comunidade adscrita.

Torna-se importante que as equipes de ESF estejam atentas aos aspectos da saúde mental da população atendida, a fim de que efetivamente apliquem a abordagem biopsicossocial a que se propõem o que em última análise seria concretizado mais facilmente pela inclusão do tema saúde mental nas suas metas e prioridades em nível nacional (ASSIS, 2009).

O CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) 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. Essa parece ser, na verdade, a maior diferença entre os CAPS e os hospitais-dia, pois o CAPS questiona os papéis da equipe na família e na comunidade (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

A portaria N° 336, de 2002, do Ministério da Saúde define as modalidades de CAPS (BRASIL, 2004):

- CAPS I
  - População: 20-70 mil hab.
  - Func: 8 às 18:00hs. – seg. à sex.
  - Médico, enfermeiro, 03 prof. de nível superior, 04 prof. de nível médio
- CAPS II
  - População: 70-200mil hab.
  - Func: 8 às 21:00hs. – seg. à sex.
  - Médico, enfermeiro, 04 prof. nível superior, 06 de nível médio.
- CAPS III
  - População: >200mil hab.
  - Func: 24 hs.
  - Médico, enfermeira, 5 prof. de nível superior, 8 prof. nível médio
- CAPS i II - Crianças/ pop: 200mil hab./ hor. manhã e tarde

- CAPS ad (álcool e droga) - pop. >70 mil hab./ 8 às 18hs (deve dispor de dois a 4 leitos para desintoxicação)

#### **4.3.2 Atuação do CAPS em Pedra Branca-CE**

O CAPS do município de Pedra Branca foi inaugurado em 2010 e é coordenado por uma terapeuta ocupacional. Temos uma equipe multiprofissional formada por psicóloga, assistente social, enfermeiro, psico-pedagogo, médico psiquiatra, agentes administrativos e outros. O CAPS funciona em uma casa adaptada com salas para atendimento individual e coletivo, além de uma enfermaria para atendimento ambulatorial. Esta instituição substitutiva em saúde mental veio a somar na saúde do município por trazer grandes benefícios, a exemplo do apoio psicossocial e do tratamento especializado aos portadores de transtornos mentais. Esses pacientes antes tinham que se deslocar para outro município (Quixeramobim-CE) a fim de obter o tratamento específico, sem contar que muitos nem procuravam o serviço de saúde em decorrência do preconceito e do estigma.

É interessante destacar que o CAPS funciona em articulação com os demais serviços através de encaminhamentos, principalmente advindos da Atenção Primária. O atendimento é realizado pelo enfermeiro, o qual faz as devidas orientações acerca da medicação, da higiene, do retorno e dos demais cuidados de enfermagem. As oficinas são realizadas por psico-pedagogos e terapeutas. Considero o CAPS um lugar acolhedor, agradável e que dispõe de profissionais bem orientados, alegres e comprometidos com o projeto terapêutico da atenção integral em saúde mental.

#### **4.3.3 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Essa disciplina veio a somar conhecimentos que podem está sendo utilizados no atendimento diário dentro das unidades de saúde, já que foram repassados diversos conceitos relacionados ao sofrimento mental, formas de abordagens individuais e em grupos. Além disso, foram oferecidos esclarecimentos acerca de tratamentos, aplicação do processo de enfermagem, fatores predisponentes, dentre outros.

Porém o maior impacto é saber que poucas são as capacitações profissionais existentes dentro da Atenção Primária, pois há necessidade de melhor se estruturar as equipes para um atendimento qualificado capaz de se fazer compreender a complexidade do conceito e da prática de Saúde Mental.

Todavia não podemos parar em nossa densa caminhada, como profissionais comprometidos, temos que fazer nossa parte, elaborando um plano de ação, capaz de atender as necessidades e prevenir o adoecimento mental através da criação de espaços interpessoal na comunidade, onde todos possam interagir de forma a amenizar seu sofrimento.

#### **4.4 Saúde da Mulher no ciclo vital**

##### **4.4.1 Saúde da Mulher: Breve Histórico**

Pensar na mulher vai muito além de suas dimensões biológicas, precisamos enxergá-la como um ser social que ao longo dos tempos vem sofrendo preconceitos, discriminações, violências, sem que jamais caísse no desânimo, um ser capaz de amar infinitamente e que, acima de tudo luta por seus direitos e por sua felicidade (NESCON, 2009).

Hoje as mulheres congregam de valores e direitos humanos relacionados à sexualidade e à reprodução, devendo ser exercidos livres de discriminação. Assim, cada indivíduo tem direito à igualdade e de estar livre de todas as formas de discriminação quanto ao exercício da sexualidade, pois, sem igualdade, não há liberdade, e sem a liberdade tampouco existirá a equidade. Os direitos de evitar gravidez, exploração, abuso e assédio sexual são alguns dos quais elencam esta gama de direitos fundamentais (BRASIL,2006).

Abaixo se apresentam momentos chaves no tocante à evolução da assistência à Saúde da Mulher no Brasil (BRASIL, 2007):

**Figura 2 – SAÚDE DA MULHER NO BRASIL**

<u>Saúde da Mulher no Brasil</u>	
1950/1980	<b>Lutas do movimento feminista: promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos, independentes do período reprodutivo e/ou gestacional.</b>
1983	<b>Ministério da Saúde - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).</b>
2003	<b>Construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes - quando a equipe técnica de saúde da mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior.</b>
2004	<b>Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde.</b>
2005	<b>Foram operacionalizadas as ações previstas no Plano de Ação construído e legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).</b>

Fonte: BRASIL, 2007.

As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais freqüentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (FIGUEIREDO, 2005).

Em nosso município, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população feminina é de 21.509 pessoas para o ano de 2010, representando 51% da população total, incluindo as crianças:

**Figura 3 – POPULAÇÃO FEMININA EM PEDRA BRANCA**

<b>Faixa etária</b>	<b>Quant.</b>
<b>10 A 14 anos</b>	<b>2.056</b>
<b>15 A 19 anos</b>	<b>2.058</b>
<b>20 A 29 anos</b>	<b>3.703</b>
<b>30 A 39 anos</b>	<b>2.585</b>
<b>40 A 49 anos</b>	<b>2.180</b>
<b>50 A 59 anos</b>	<b>1.820</b>
<b>60 a 69 anos</b>	<b>1.423</b>
<b>70 a 79 anos</b>	<b>919</b>
<b>80 anos e mais</b>	<b>472</b>

Fonte: IBGE, 2010

#### **4.4.2 Violência contra a mulher**

A violência contra a mulher atinge mulheres dentro e fora da família e não é praticada somente por meio de agressão física, como também violência psicológica, moral, patrimonial e sexual. Essa última pode ocasionar gravidez indesejada e abortos espontâneos, aumentando o risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV. Vale ressaltar que a violência pode ocorrer no espaço público e no espaço doméstico (MINAYO, 2005).

A Lei Maria da Penha que ampara as mulheres vítimas de agressão tem como objetivos reconhecer a mulher como cidadã dotada de direitos e como uma pessoa inteira, onde a história do seu corpo e de sua vida tem importância fundamental, para que ela possa expressar o que sente e, a partir deste fundamento, possa ser ouvida e compreendida nas suas necessidades (PROFAE, 2003). Assegurando assim a sua integridade, baseada no respeito e dignidade.

Em Pedra Branca, não temos Delegacia da Mulher, temos CRAS e CREAS que orientam e prestam assistência às mulheres vítimas de violência doméstica, dando um suporte psicológico e social, encaminhando casos mais graves a Delegacia de Polícia Civil e até ao Ministério Público. Como profissionais da saúde temos que trabalhar muito a Saúde Mental dessas mulheres, afinal o psicológico sofre alterações às vezes até irreversíveis. Acredito muito em oficinas, movimentos feministas, programas de incentivos/apoio psicológico que tem como objetivo maior reerguer a auto-estima perdida, promovendo assim a auto realização, superando desafios sociais e quem sabe até íntimos.

Para isso há uma necessidade de interação do setor saúde com os demais, tornando viável uma recuperação e inserção no meio social, livre de pesadelos e preconceitos que rodeiam as mulheres vítimas de violência doméstica.

Porém faz-se necessário um trabalho de esclarecimento para que casos ainda ocultos sejam relatados e com isso fortalecer essas mulheres vítimas de violência, seja em qualquer esfera.

#### **4.4.3 Assistência à saúde da mulher na UBS Saúde São Francisco – Pedra Branca-CE**

A Saúde da Mulher inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST/HIV, câncer de colo de útero e de mama.

Destacamos aqui dados reais da UBS São Francisco, Pedra Branca-CE, onde a fonte dos dados analisados a seguir foi retirada do SIAB, (Sistema de Informação de Atenção Básica), relativos ao ano de 2010, tornando possível tomarmos conhecimento da situação de saúde da população acompanhada, avaliar a qualidade dos serviços prestados, as principais necessidades da comunidade para que a equipe possa desenvolver suas atividades baseadas nessas informações e assim colaborar para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população feminina.

##### **a. Pré-natal**

Foram realizados 295 consultas de Pré-Natal, o acompanhamento de 100% ao se dá pela implementação do Programa de Assistência Pré-Natal e Puerpério (SisPrenatal), onde todas as gestantes foram cadastradas e mensalmente emitido relatório situacional de consultas, pela aquisição de informações e orientações, através de palestras. Os atendimentos descentralizados facilitam muito o acesso das comunidades mais distantes ao serviço de saúde, a saúde local ainda demanda cuidados em relação à prevenção da gravidez na adolescência, visto que é alto esse índice, especialmente na zona rural.

Observa-se que as mulheres costumam procurar os serviços de saúde, mas voltadas à prevenção ao câncer de colo uterino. É preciso um trabalho anterior, para evitar a gravidez precoce. Devemos implantar um programa de saúde da mulher, voltados para os adolescentes, seja nas escolas, associações, catequeses, para tratar melhor essa questão.

Na UBS São Francisco, o atendimento às gestantes a primeira consulta de pré-natal (PN) é realizada pelo profissional de enfermagem, onde é feita toda anamnese da mulher,

preenchimento de cartão da gestante, ficha perinatal, sisprenatal, solicitação de exames laboratoriais de rotina do PN, solicitação de ultrassonografia obstétrica, cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal), além de orientações gerais relacionadas a número mínimo de consultas a serem realizadas, vacinação, nutrição, alterações fisiológicas da gestação, dentre outras.

As consultas médicas são alternadas, sendo marcados os retornos num livro da unidade e no cartão da gestante. As fichas perinatais são arquivadas em pastas de A a Z, divididas por agentes de saúde. Caso haja faltosas é feita a busca ativa dessas gestantes. O acolhimento é feito de maneira apropriada, calorosa, deixando que a usuária se sintam bem e tenha prazer em voltar e seguir as orientações estabelecidas. Quanto às dificuldades, os descentralizados são o maior desafio, pois há locais distantes que inviabilizam as gestantes de frequentarem a unidade.

Para superação é realizado nesses, de difícil acesso, um atendimento mensal, onde as gestantes são prioridades do atendimento. Relativo ao protocolo de atendimento é seguido à risca, embora o medo de se fazer o Papanicolau no período gestacional ainda é um tabu a ser quebrado, mesmo sendo esclarecidas quanto à necessidade de se fazer.

#### **b. Prevenção de câncer de colo uterino**

Com relação a esse indicador, no ano de 2010, tivemos uma demanda considerável de exames citológicos, 202 preventivos foram realizados durante todo o ano, o qual não nos exige de fazermos busca ativa de mulheres faltosas. Alguns casos necessitaram ser referenciados ao serviço secundário (Ginecologia) para exames e tratamentos mais especializados, como a colposcopia.

É sempre realizada uma ampla abordagem sobre o câncer do colo do útero destacando a promoção, a detecção precoce, os procedimentos de coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento das mulheres, estimulando a tomada de decisão e a responsabilidade de todos os profissionais e usuário envolvidos no atendimento, buscando orientar condutas de acordo com o Sistema Único de Saúde.

#### **c. Planejamento Familiar**

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 à vida doméstica, para isso,



disponibilizamos em oficinas mecânicas, bares e grupos esportivos preservativos masculinos, dispensando burocracias no atendimento (BRASIL, 2002).

Os principais métodos disponíveis na unidade são: anticoncepcionais orais, preservativos masculino, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, a mini pílula e pílula do dia seguinte. Há ainda, um trabalho de orientação sobre outros métodos contraceptivos, entre esses, os comportamentais, naturais (tabelinha, coito interrompido), os cirúrgicos (laqueadura, vasectomia), além de incentivo ao uso da camisinha, principalmente entre os jovens do sexo masculino.

#### **d. Número de óbitos maternos**

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (LAURETTI, 2004), destacamos que nesse ano de 2010 não tivemos nenhum óbito materno. E vamos continuar atuando na promoção e prevenção de agravos que venham a subtrair uma vida feminina.

A fecundidade e a mortalidade são componentes demográficos que influenciam a distribuição etária. Assim, níveis elevados de mortalidade, fecundidade e estrutura populacional bastante jovem eram características ao final dos anos 60. Hoje existe o fenômeno da feminização da velhice, ou seja, as mulheres constituem a maioria da população idosa no mundo inteiro, repercutindo importantes aspectos das políticas públicas (FREITAS, 2006).

Sendo assim, a partir da quarta década de vida, as mulheres enfrentam a sintomatologia do climatério e menopausa, os quais requerem cuidados e orientações individualizadas e específicas. Apesar de a menopausa ser considerada como um acontecimento fisiológico, não deixa de ser um momento de profundas mudanças e requer certo conhecimento para enfrentar este período de grande adaptação. Não só as mulheres como também os companheiros precisam estar ajustados emocionalmente para enfrentar este período com naturalidade (ZAMPIERI, 2005).

Para isso é feito um trabalho de orientação e discussão, junto com a cliente, sobre as mudanças físicas e emocionais que ocorrem. Se necessário encaminhando-a ao serviço secundário, a fim de diminuírem os sintomas climatéricos por meio de terapia hormonal.

#### **4.4.4 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Diante do que foi exposto, afirma-se que os cuidados com a Saúde da Mulher obtiveram um grande impulso por parte das autoridades, gestores e profissionais da saúde. Sabe-se ainda que os movimentos feministas tiveram uma participação decisiva que impulsionaram as políticas de saúde.

Como profissional temos que absorver o máximo de conhecimento, sendo proativo nos cuidados dispensados às mulheres, desde a puberdade até o climatério.

Consideramos essa disciplina como primordial no atendimento a ser prestado a todas as mulheres da rede básica e privada de saúde, diante do que foi proposto espera-se uma garantia de melhor qualidade nos serviços oferecidos a essa classe tão forte que com muito esforço e determinação conseguiu seu espaço na sociedade.

#### **4.5 Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família**

##### **4.5.1 Saúde ambiental e do trabalhador: Contextualização**

A humanidade está sendo desafiada por seus próprios méritos, o capitalismo tomou rédeas próprias, enfurecendo o que nos é mais valioso, a Mãe Natureza. Grandes fábricas, indústrias tem sido o caos da destruição de nosso planeta. A falta de conscientização populacional está promovendo a autodestruição em massa de uma nação (BRASIL, 2008).

Nosso meio ambiente definido como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo; vem sofrendo uma agressão brutal, o crescimento da humanidade, o desenvolvimento das grandes empresas, enfim a falta de esclarecimentos da população são fatores que estão levando nosso ecossistema a um declínio ambiental, que em pouco tempo estaremos sofrendo conseqüências horrendas (BRASIL, 2009).

A seguir, são especificados alguns aspectos chaves e marcos histórico-jurídicos associados à evolução da Saúde do Trabalhador no Brasil (UFC, 2011):

### Figura 4 – SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A 1ª Semana de Saúde do Trabalhador, iniciada em 14 de maio de 1979, foi um marco na história das lutas do movimento sindical.

Art. 6º, 3º da lei 8.080/90, define a Saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Art 200º - Constituição de 1988 - indica, entre suas atribuições, a execução de ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador.

2004 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde - visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Renast - Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009 - garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores - composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)

CERESTs - recebem recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde, para realizar ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Na condição de prática social podemos relacionar a Saúde Ambiental com a Saúde do Trabalhador, visto que as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Como consequência, esse campo de atuação tem interfaces com o sistema produtivo e a geração da riqueza nacional, a formação e preparo da força de trabalho, as questões ambientais e a seguridade social. De modo particular, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador desenvolve ação integrada com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Além disso, associa-se

diretamente à Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), cujas diretrizes compreendem (BRASIL, 2006):

**I** - Ampliação das ações, visando à inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;

**II** - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;

**III** - Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;

**IV** - Estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador;

**V** - Reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política;

**VI** - Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador

São inúmeros os agravos à saúde dos trabalhadores que ocorrem no nosso meio, por isso, como profissionais de saúde, devemos estar atentos para prestarmos atendimento diferenciado para cada um dos casos, priorizando a anamnese ocupacional, o exame físico e os encaminhamentos para serviços de referência.

Citaremos como referência de assistência aos trabalhadores o CEREST, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o qual promove ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e da vigilância. Existem dois tipos de CEREST: os estaduais e os regionais (JACQUES, 2010).

#### **4.5.2 Estratégia Saúde da Família na assistência ao trabalhador**

O ESF visa à promoção e assistência de qualidade ao ser humano, de forma a satisfazer suas necessidades no âmbito individual e coletivo, no seu ambiente físico e social, garantindo acesso em todo o sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Essa complexidade tem levado a uma conscientização dos profissionais de saúde, ampliando sua visão no campo da saúde ambiental e do trabalhador, visto que grande parte dos atendimentos realizados nas UBS tem uma co-relação com o ambiente em que se vivem. Doenças causadas por vetores, água contaminada, falta de segurança no trabalho, enfim uma sucessão de agravos justifica a causalidade dessas patologias (BRASIL, 2008).

Ainda que não seja possível fazer um diagnóstico de certeza, a história ocupacional colhida do trabalhador servirá para orientar o raciocínio clínico quanto à contribuição do

trabalho, atual ou anterior, na determinação, na evolução ou agravamento da doença. A história ocupacional pode desvelar a exposição a uma situação ou fator de risco para a saúde presente no trabalho que, mesmo na ausência de qualquer manifestação clínica e laboratorial, indica a necessidade de monitoramento ou vigilância (BRASIL, 2001).

#### **4.5.3 Identificando problemas de saúde ambiental na UBS São Francisco**

Na UBS São Francisco, Pedra Branca-CE, podemos identificar problemas de saúde ambiental, dentre os quais podemos citar a falta de conscientização da comunidade mediante o lixo doméstico, produzido em demasia e descartado a céu aberto, causando uma poluição ambiental e visual.

Em conjunto com a Vigilância Sanitária do município, foi possível encontrarmos uma solução adequada, centrados na orientação dada pelo técnico, sugeriu-se que cada morador queimasse seu próprio lixo, orientando a uma higiene maior em seus lares, o qual propiciaria um ambiente mais puro sem contaminações das águas e infertilização da terra. O resultado foi positivo nessa localidade, visto que em termos de extensão temos um grande problema que poderia ser resolvido através de uma reterritorialização.

Em nosso município Pedra Branca-CE, a economia de base é a agricultura, temos um contingente de trabalhadores rurais, os quais ainda praticam uma cultura arcaica de queimadas do solo, onde se expõem ao fogo cruzado e fumaça; não usam equipamentos de proteção individual, principalmente no manuseio de agrotóxicos. A Organização Internacional do Trabalho – OIT, afirma que o trabalho rural é significativamente mais perigoso que outras atividades e estima que milhões de agricultores sofram sérios problemas de saúde (TEXEIRA; FREITAS, 2003).

De acordo com Silva *et al.* (2005), a agricultura como produto de subsistências dos moradores dessas comunidades, produz também grandes riscos aos agricultores, dentre os quais podemos citar: acidentes com ferramentas de trabalho, com animais peçonhentos, exposição agentes infecciosos e parasitários, às radiações solares por longos períodos, a fertilizantes, agrotóxicos, e outros.

O papel dos profissionais de saúde parte do desenvolvimento de ações educativas voltadas à prevenção de acidentes, reforçando que a mesma seja construída coletivamente, através do conhecimento técnico dos profissionais e da experiência desses trabalhadores, num processo de aprendizagem mútua, reconhecendo as diferentes situações de risco presentes no ambiente de trabalho. Considerando ainda a possibilidade de formação de grupos de apoio aos

trabalhadores, uma vez inserido poderia dividir suas dúvidas, explanar sua vivência, dividindo conhecimento (AZAMBUJA; KERBER; KIRCHHOF, 2007).

Em nossa UBS São Francisco, os casos mais comuns de acidentes de trabalho, são perfurações causadas por ferramentas de trabalho afirmar que casos como esse, não ficarão apenas no acidentado, com certeza ficará em nível de Atenção Básica, garantindo assim todos os direitos ao trabalhador afetado, mas que antes se passava despercebido mediante a Saúde do Trabalhador, hoje, podemos

#### **4.5.4 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Essa disciplina teve um valor inestimável pelo fato de valorizar a classe trabalhadora, ampliou-se o conhecimento nessa área, e que vão fazer a diferença em nosso dia-a-dia. A percepção de valores e a desigualdade econômica são eixos norteadores da Saúde dos Trabalhadores, a primeira pela desvalorização da classe menos favorecida, e a que mais sofre com acidentes de trabalho, a segunda pela degradação ambiental causada pelo crescimento capitalista, deteriorando a capacidade natural de sobrevivência de vidas, sendo subversivo, sobretudo com a vida humana.

Trabalhar com enfoque na Saúde do Trabalhador produz uma estreita relação com o meio ambiente, gerando comportamentos saudáveis para o ser humano e conseqüentemente produzirá uma diminuição dos acidentes de trabalho, os quais demandam uma série de transtornos para o empregador e principalmente ao trabalhador.

#### **4.6 Atenção básica de saúde no contexto da saúde bucal**

##### **4.6.1 Saúde Bucal no contexto da Atenção Primária**

Desde o ano 2000, quando a atenção em saúde bucal foi inserida no contexto da ESF, passou-se a organizar melhor as ações integradas no sistema com a implantação e extensão dos serviços de saúde. Destacam-se a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS (DIAS-DA-COSTA, 2010).

A Saúde Bucal trouxe um questionamento favorável, pois embora os fatores biológicos sejam essenciais para aparecimento de várias doenças na população, constata-se que existem outros fatores capazes de condicionar o surgimento e influenciar o ritmo de sua

expansão. Dentre esses, são destaque o desenvolvimento econômico social e educacional do País, assim como os padrões de cultura e de tradição popular que regulam os hábitos e as condutas pessoais e coletivas (UNFERA; SALIBA, 2000).

Ao ser inserida na agenda da saúde pública brasileira, a saúde bucal trouxe a necessidade de ampliar o conhecimento das condições de saúde bucal da população e quantificar os eventos de interesse para apoiar o planejamento de ações na área (*QUEIROZ et al.*, 2009).

Trabalhou-se com gestores e profissionais da área para assim criar uma política capaz de abranger e esclarecer a necessidade de se cuidar da saúde bucal do indivíduo abrangendo todos os ciclos de vida, sendo organizada, de acordo com Brasil (2006), da seguinte forma:

**BEBÊS (0 A 24 MESES)** - As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem.

**CRIANÇAS (02 a 09 anos)** - Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas Educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área adscrita, por ocasião do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares entre outros.

**ADOLESCENTES (10 a 19 anos)** - Em geral, o adolescente não procura a Unidade Básica de Saúde para resolver seus problemas. No entanto, quando envolve questões estéticas, o faz com maior facilidade

**ADULTOS (20 a 59 anos)** - Os adultos constituem uma faixa etária bastante ampla que por muitos anos foi desassistida. Estes problemas, apesar de ocorrerem nas demais faixas etárias, adquirem grande relevância nesta faixa etária. Desta forma, o trabalho multidisciplinar torna-se fundamental.

**IDOSOS (Acima de 60 anos)** - A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso.

**ATENÇÃO À GESTANTE** - A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê.

Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal. Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

#### **ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS -**

Na odontologia é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) é composta por um Cirurgião Dentista, um Técnico em Saúde Bucal e um Auxiliar em Saúde Bucal, podendo ser implantada uma ESB para cada equipe de saúde da família. A equipe deve atender até 3500 habitantes ou 1000 famílias. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais, cumprindo-a no mesmo horário dos outros profissionais da ESF. Na atenção secundária temos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), atendendo: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades (BRASIL, 2006).

#### **4.6.2 Saúde Bucal no município de Pedra Branca-CE**

Há alguns anos no município de Pedra Branca-CE era bastante praticada a exodontia, exercida por “práticos” (pessoa que exerce profissão sem ser diplomado), assim como a produção de prótese dentária, considerada como o único meio de se resolver os problemas odontológicos. A mão-de-obra era barata, não era feita a desinfecção/ esterilização de material odontológico adequadamente. Os profissionais odontólogos eram poucos, o que supõe-se não ser uma realidade exclusiva deste município. Por isso, a mutilação dentária era um problema comum.

A condição dentária de total mutilação que afeta os idosos hoje é reflexo das dificuldades em se alcançar atenção bucal satisfatória há alguns anos. Este fenômeno está relacionado ainda à falta de conhecimento sobre as necessidades de cuidado à saúde que



proporciona oportunidade para: influenciar políticas públicas; acessar o impacto das doenças e necessidades da população local; compreender as necessidades e prioridades de pacientes e da população local; identificar áreas de necessidades não satisfeitas e propor objetivos para satisfazer estas necessidades; definição da viabilidade de tratamento nos serviços; quantificar o total de necessidades de tratamento odontológico para a população; decidir o modo de racionalizar os recursos para garantir a efetividade e a eficiência das ações e; propor métodos de monitoramento e promoção da equidade no uso dos serviços de saúde (MOREIRA *et al.*, 2009).

Podemos perceber diante da realidade vivida no município de Pedra Branca-CE, que poucas foram as mudanças no tocante à atenção em saúde bucal. Isso pode ser consequência da carência de profissionais comprometidos e a negligência dos gestores em promover a saúde bucal de forma integral.

Na UBS São Francisco, passa-se muito tempo sem dentista e quando chega um Cirurgião–Dentista, enfrentamos grandes desafios, tais como: as condições de trabalho não se encontram em boa situação; há sempre que reorganizar o consultório odontológico; faz-se requisição de novos materiais e equipamentos, pois os existentes encontram-se já em estado de deterioração.

Mediante todas as dificuldades encontradas e conhecendo a fundamental importância da Saúde Bucal na Atenção Básica, podemos nos embasar e lutar por condições melhores em nossas unidades de saúde.

#### **4.6.3 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Cumprindo ainda com nossos deveres de profissionais de saúde proativos, considero essa disciplina norteadora e rica em informações básicas que até tão pouco tempo desconhecida, conceitos afins relativos à dentição.

No início da disciplina, houve um impacto e uma interrogação, por que tão extensa? Mas não é uma área específica para odontólogos? Ao término da disciplina, este questionamento foi respondido e os tabus foram quebrados.

### **4.7 Atenção Básica em Saúde à Pessoa com Deficiência (PcD)**

#### **4.7.1 Pessoa com Deficiência: Aspectos conceituais e marcos históricos**

O portador de deficiência é aquele que possui incapacidade e limitações em atividades diárias comuns, podendo essa ser física, visual, auditiva e mental. Desde os primórdios essas pessoas são vítimas de exclusão social, preconceitos e mutilação de valores. Na tentativa de amenizar essas diferenças, órgãos internacionais que lutam em defesa da igualdade entre os povos, promovem discussões a cerca dessa problemática, fazendo valer os princípios da igualdade e respeito às diferenças. O que difere uma pessoa de outra é a sua forma de pensar, sua personalidade, seus valores morais, a parte física fica apenas para os medíocres (BERNARDES *et al.*, 2009).

No Brasil há várias leis e regulamentos que norteiam os direitos dos portadores de deficiências, dentre os quais podemos citar (BRASIL, 2007):

- ✓ Constituição de 1988: Afirma que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.”
- ✓ Leis nº 7.853/89: Se relaciona ao apoio e à integração social das pessoas com deficiência.
- ✓ Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90; 10.048/00): Estabelece prioridades ao atendimento em saúde às pessoas com deficiência.
- ✓ Lei nº 10.098/00: Determina critérios para a promoção da acessibilidade às PcD.
- ✓ Decreto nº 3.298/99: Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- ✓ Portaria do Ministério da Saúde (MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002): Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como principal objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e de desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2010).

#### **4.7.2 Deficiência Visual e Auditiva**

Nos dias atuais o tema portador de deficiência está em evidência em diversas áreas, como saúde, educação, edificações, transportes, etc. Na saúde, os profissionais devem ser conhecedores das patologias, as causas, os fatores de riscos e como agir diante de um portador de deficiência, tornado-se assim mais hábeis ao acolhimento e atendimento diferenciado (OTHERO, 2010). Para tanto, faz-se necessário o reconhecimento dos principais tipos de deficiência.

A Deficiência Visual é aquela em que a pessoa mesmo após tratamento ou correção óptica apresenta acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho; e a pessoa considerada cega ou baixa visão, é quando a acuidade visual apresenta-se entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; e o paciente com cegueira total é aquele que perde completamente a visão por diversas causas (BRASIL, 2009).

Conhecer as várias faces dessa deficiência facilita o contato interpessoal. As pessoas com deficiência visual necessitam de maior atenção, pois podem apresentar um grau de revolta, principalmente quando a deficiência é adquirida na idade adulta (SANTOS, 2004). Convivemos diariamente com as diferenças e nada mais justo do que se manter capacitado a tratar e conviver com pessoas deficientes.

Como profissionais de saúde, devemos tratar os portadores de deficiência visual de forma igualitária. É importante não fazer muito e nem menos diante de uma pessoa com deficiência visual, pois afinal ela sente tudo ao seu redor. Os demais sentidos ficam mais aguçados e nada mais justo ter essa percepção diante de situações que podem se tornar constrangedoras para o portador de deficiência. Falar em tom de voz baixa, orientá-lo na deambulação, informando-o os obstáculos à frente, são estratégias básicas de comunicação com o portador de deficiência visual, e como profissionais de saúde podemos está utilizando para um melhor relacionamento.

A Deficiência Auditiva refere-se à perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ. Pode-se dizer que é bastante comum, seja adquirida ou congênita (BRASIL, 2009). Os fatores de risco estão relacionados ao histórico familiar, pessoal, senilidade, cuidados pré-natais, falta de imunização, riscos no trabalho, a utilização de drogas sem prescrição médica na gestação (UFC, 2011). Inúmeros são os artifícios utilizados na comunicação com os deficientes auditivos, os aparelhos auditivos também podem ser indicados em alguns casos.

Desenvolvemos a prevenção das deficiências nas UBS mediante solicitação de exames complementares (toxoplasmose), orientações acerca das vacinas, prevenção de acidentes, a não utilização de medicamentos sem prescrição médica, enfim, medidas que protejam o feto de qualquer seqüela advinda de falta de orientação ou cuidados (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

#### **4.7.3 Acolhimento à PcD na UBS São Francisco**

A UBS São Francisco não está preparada para receber a PcD, pois a instalação é antiga e não há uma estrutura adequada para funcionamento de uma UBS. Não temos nem privacidade para com o paciente, pois os consultórios não possuem forramento no teto.

Para o deficiente físico, o problema se torna maior, pois a área é imersa por uma fonte de água, o portão de entrada é estreito e há batentes altos. Temos um corredor de largura mínima que não condiciona uma cadeira de rodas, além de não possuir corrimão. Os banheiros são pequenos e estreitos. Durante as reuniões com o gestor principal e a secretaria de saúde, indagamos sobre essa questão. Conforme informado, está em planejamento a proposta de reforma da unidade de saúde para atender às PcD.

Quando recebemos um portador de deficiência em nossa unidade, tratamos de resolver seu problema com prontidão, sem espera, pedimos a colaboração de usuários na locomoção dessas pessoas, como também dispomos do carro da unidade para deslocamento.

Como profissionais de saúde, sabemos que muitas são as dificuldades encontradas diariamente na vida dessas pessoas, dentre as quais podemos citar a locomoção, a falta de acesso a lugares públicos e privados, o uso de equipamentos públicos. Na saúde, também convivemos com essas dificuldades, o que nos deixa com sensação de incapacidade no que tange ao princípio da equidade.

#### **4.7.4 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Conclui-se que a Atenção Primária é a porta de entrada para o atendimento às pessoas com deficiência. É nesse nível de atenção que devem ser implementadas ações para prevenção de deformidades advindas de patologias como o diabetes, hipertensão arterial e doenças gestacionais.

Para tanto, os gestores precisam ter olhos mais abertos aos decretos e leis, fazendo valer as diretrizes, investindo na acessibilidade as unidades de saúde, pois as instalações ainda são um obstáculo aos portadores de deficiências, devido à falta de estruturação adequada.

Essa disciplina trouxe à tona um problema vivido por todos profissionais, e fazia-se necessário uma abordagem mais ampla nesse âmbito. Diariamente atendemos pessoas portadoras de deficiências e usávamos o bom senso como aliado ao atendimento diferenciado. Hoje, podemos promover um acolhimento mais digno às PcD, embasado no conhecimento adquirido no decorrer desta disciplina.

## **4.8 Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde**

### **4.8.1 Interdisciplinaridade e Integralidade no âmbito da ESF**

O conceito de interdisciplinaridade é amplo, contempla o conjunto de várias disciplinas no âmbito da saúde, além da interação de profissionais dentro de uma mesma equipe com um só objetivo: o bem estar do usuário. A formação acadêmica agregada à humanização e aos valores interpessoais impulsiona o atendimento interdisciplinar dentro de uma equipe de saúde, dando ênfase ao paciente, imputando aí a integralidade, um dos princípios do SUS (SANTOS; CUTOLO, 2003).

A importância do trabalho em equipe na ESF (Estratégia Saúde da Família) é ressaltada, principalmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados em saúde, buscando apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAUJO; ROCHA, 2007).

No entanto, na prática estes conceitos estão longe de serem alcançados, as equipes de saúde estão se desfalcando na consolidação de idéias, priorizam a individualidade, buscam benefícios pessoais e por vezes os profissionais põem em prática o egoísmo. Na equipe de saúde da UBS São Francisco, o médico e a enfermeira consolidam suas idéias com os demais membros, já o profissional odontólogo, desenvolve suas atividades e formula seu cronograma sem um planejamento prévio com a equipe.

Sendo assim, torna-se difícil implementar a interdisciplinaridade. Já foram realizadas reuniões com objetivo de motivar a integração da equipe, mas tudo ocorreu em vão, os profissionais continuam atuando de forma isolada. Participam de uma equipe, porém de fato não constituem uma equipe.

Neste contexto, destaca-se que os maiores desafios ficam atrelados ao entendimento e à compreensão dos profissionais, os quais necessitam de uma visibilidade proativa no tocante ao que se espera da ESF, a interdisciplinaridade não pode ser agregada a uma equipe que vivenciam uma relação pessoal mal definida.

Acredita-se que no SUS, mediante ações de profissionais comprometidos, são motivados pelas diretrizes da integralidade, onde procura-se atender o usuário dentro das suas necessidades por meio do acolhimento, o ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias

definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006).

Na prática profissional, consolidar o conceito de integralidade é uma atribuição de cunho árduo. As dificuldades enfrentadas não podem ser somente atribuídas ao sistema de saúde, a população também contribui muito fortemente para esse desalinho, principalmente quando não segue as orientações advindas dos profissionais de saúde.

Como profissionais de saúde, temos que nos engajar em projetos que viabilizem o entendimento acerca dos princípios que regem o SUS, fazendo com que o usuário compreenda a dimensão do sistema de saúde. É preciso que ele compreenda que determinadas ações não estão ao nosso alcance, apesar de lutarmos para que os seus direitos e deveres sejam levados em consideração.

Em nosso dia-a-dia, procuramos resolver as situações de riscos enfrentadas pelas comunidades, porém, em determinadas ocorrências, tal como, um exame de maior complexidade, ficamos a mercê da fila de espera, a qual tanto tem causado infortúnios ao SUS, devido à falta de resolutividade.

#### **4.8.2 A Bioética no cotidiano da ESF**

É fato que a ética da saúde está profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a vida é o primeiro dos direitos (ZOBOLI, 2003). O conceito de bioética está relacionado a palavras como compromisso, direitos, deveres, valores, moral, vida e ciência (SCHRAMM, 2010).

A bioética é caracterizada por fundamentais: Individualismo – liberdade, ponto de referencia, limite entre o certo e o errado; Hedonismo – busca do prazer, sociedade fútil; Utilitarismo – só serve para a sociedade se for útil (UFC, 2011). Conhecer esses princípios e agir de forma ética com o usuário fomenta um cuidado ímpar, valoriza a vida, implica em questões humanitárias valiosas a vida de cada um.

Além disso, os princípios éticos são norteadores no atendimento geral aos usuários da rede do SUS, acredita-se na postura ética dos profissionais envolvidos na estratégia da família. Situações constrangedoras relativas a questões éticas são frequentes na rede pública de saúde, principalmente em áreas de fragilidade socioeconômica.

Questões como aborto, estupro, violência doméstica, são exemplos em que a ética profissional se faz de suma importância. O usuário é beneficiado pelo seguimento dos

princípios éticos: benefício (fazer o bem e evitar o mal), autonomia (respeitar a liberdade com responsabilidade) e justiça (respeitar com imparcialidade o direito de cada um) (UFC, 2011).

Na UBS São Francisco, a comunidade vive um dilema enraizado há décadas causado pela atividade econômica desenvolvida com base no engenho de cachaça e nos alambiques. Devido a esse trabalho, a maioria dos moradores se tornaram alcoólatras.

Esse fenômeno desencadeou situações polêmicas, tais como: aumento da violência; jovens sem perspectivas de vida; uso de drogas/álcool; pais que estupram filhas; irmão tendo relações sexuais com irmãos menores; agressão de pais e mães negligentes. Tentamos resolver orientando e encaminhando a população a serviços especializados, porém aspectos individuais e éticos são difíceis de serem compreendidos e interrelacionados. O relacionamento com o usuário se faz necessário para se manter o diálogo e a confiança mútua.

### **4.8.3 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Infere-se então, que a interdisciplinaridade está intimamente ligada a bioética, transferem valores entre si, uma complementa a outra. Conceitos como os que foram aprendidos nesta disciplina foram esclarecedores, pois na prática profissional nos deparamos com situações reais, as quais dispõem de uma solução, porém se posicionar frente a problemas reais, os quais demandam direitos e deveres causam uma certa insegurança. Torna-se imprescindível a conduta ética frente a determinadas situações, a relações com usuários, queixas, manuseio com o corpo, enfim o respeito ao ser humano em suas dimensões deve ser priorizado nas ações e cuidado.

## **4.9 Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à saúde**

### **4.9.1 Marcos históricos da Educação em Saúde**

A educação em saúde vem se destacando por valorizar o desenvolvimento crítico das pessoas, despertando para necessidade de lutar por direitos à saúde e à qualidade de vida. Contribui de forma relevante para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação

biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde e doença (SOUSA *et al.*, 2010).

Quando falamos de educação logo vem uma escola em nossas mentes, mas os antropólogos ao se referirem sobre o assunto pouco querem falar de processos formalizados de ensino, estes identificam processos sociais de aprendizagem onde não existe ainda nenhuma situação propriamente escolar de transferência do saber. Tudo o que se sabe, se adquire por viver muitas e diferentes situações de trocas entre pessoas, com o corpo e com a consciência. As pessoas convivem umas com as outras e o saber flui, pelos atos de quem sabe e faz para quem não sabe e aprende (DEMO, 2010).

A seguir faremos um breve relato dos marcos históricos da educação em saúde (BRASIL, 2011):

**Figura 5– MARCOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

<u>Marcos históricos da Educação em Saúde</u>	
1924	Pelotão da Saúde, em São Gonçalo-RJ, criado por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira.
1925	É criada por Horácio de Paula, a Inspetoria de Educação e Centros de Saúde em SP, com a finalidade de " <i>promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica</i> ".
1930	Criação do Ministério da Educação e Saúde – MÊS
1958	12ª Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra
1970	Implantação dos primeiros sistemas nacionais de informações de saúde, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (1976) e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979)- onde veículos de informação começaram a divulgar as condições de saúde da população.
1989	Projeto Nordeste II, com financiamento pelo Banco Mundial, de US\$ 20 milhões, para as ações de IEC - Informação, Educação e Comunicação.
1996/1997	Atividades de educação em saúde voltaram a receber alguma atenção por parte dos dirigentes do Ministério, atitude que foi reafirmada na atual administração, com o projeto Saúde na Escola, integrado a TV Escola do MEC e em execução desde 20 de agosto de 97.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral, seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa



os serviços de saúde colocados à sua disposição, c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (BRASIL, 2005).

#### **4.9.2 Enfermagem e educação em Saúde**

A enfermagem é uma profissão comprometida com o cuidado e a assistência ao ser humano, envolve a relação de proximidade com o usuário dentro das unidades básicas de saúde, nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliares. Neste âmbito, a educação em saúde se torna uma importante estratégia de cuidado em saúde.

De acordo com Monteiro, 2010, os profissionais de enfermagem precisam estar sensibilizados quanto à importância do trabalho com grupos, devem vivenciar a experiência de ensino participativa e libertária, com vistas à melhor apreensão dos limites e possibilidades de sua aplicação no cenário da Educação em Saúde. A abordagem tradicional de ensino encontra-se muito enraizada ao longo da formação dos profissionais de saúde, conduzindo a uma automação na reprodução de práticas educativas em saúde, acarreta a oferta de receitas e imposições de condutas de saúde desarticuladas das expectativas e dos interesses da comunidade.

Para melhor desempenhar as atividades educativas, faz-se necessária a utilização de distintas tecnologias de cuidado, que envolva o atendimento humanizado e o acolhimento.

#### **4.9.3 Ações de Educação em Saúde na UBS São Francisco**

Na UBS São Francisco, trabalhamos com um cronograma diário de atendimento, o qual nem sempre é respeitado pelos usuários, e mesmo assim atendemos a demanda espontânea como também a programada. A sobrecarga dos profissionais da ESF é um problema diário.

Temos a recepcionista, uma ex-auxiliar de serviços gerais, estudante do curso técnico de enfermagem, que procura está em sintonia com o usuário, ouvindo suas necessidades e guiando-os ao serviço procurado. As queixas nem sempre são de cunho médico, muitas vezes de caráter emocional, as quais resolvemos apenas sendo bons ouvintes.

Nas visitas domiciliares, tentamos praticar a educação em saúde no tocante às orientações quanto à amamentação, aos cuidados higiênicos, à dispensação de lixo e dejetos a céu aberto, etc. Consideramos importante aproveitarmos estes momentos para nortear os

usuários acerca das práticas de saúde. Sendo esse um dos trabalhos mais importantes desenvolvidos pelo ACS, pois este mantém contato direto com o usuário e participa mais ativamente dentro da comunidade.

No momento não temos grupos de educação em saúde, procuramos sempre está mantendo contato com o usuário e orientando-os à prática de condutas saudáveis.

#### **4.9.4 Impactos da disciplina na atuação profissional**

Essa disciplina contribuiu para a reflexão sobre o processo de práticas educativas na saúde. Com o conhecimento adquirido, novas propostas incentivadoras nortearão os papéis da ESF desempenhados dentro da unidade de saúde São Francisco.

Todos dentro da unidade podem e devem praticar a educação em saúde. Lutaremos para a inserção de novas condutas educativas, visto que só depende da equipe querer, isso é fato.

As dificuldades para implementação da educação em saúde na UBS São Francisco são inúmeras, desde a ausência de cadeiras até a falta de material didático, mas não serão elas que nos derrubarão em nossa nova empreitada, objetivando uma mudança real na promoção da saúde.

Partindo do princípio da humanização, da resolutividade, baseadas em conceitos estudados nessa disciplina, com certeza iremos agregá-los ao nosso dia-a-dia, fazendo a diferença e compartilhando benefícios com a equipe e os usuários.

#### **4.10 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde**

##### **4.10.1 Relato de experiência sobre a construção do plano de ação desenvolvido como atividade de conclusão dessa disciplina**

Planejar, como visto na disciplina, faz parte de nossa vida diária. Na construção desse plano de ação encontramos diversas dificuldades, dentre as quais podemos citar a falta de articulação e entrosamento entre os membros da equipe.

Na construção do plano de ação usamos a UBS São Francisco como referência, diante de tantos problemas existentes, planejamos ações capazes de amenizarem as dificuldades.

A princípio foi feita uma análise da situação da área, discutimos os principais problemas e planejamos uma solução que suprisse as necessidades de saúde daquela área tão carente de profissionais de saúde como da atenção dos gestores.

Considerando que o planejamento deve ser executado quando se pretende obter alguma resposta positiva frente às dificuldades enfrentadas. O planejamento deve ser feito quando se deseja obter uma resposta afirmativa de determinado problema ou quando há necessidade de se implementar uma ação para melhor atender o usuário e a comunidade na sua amplitude e que dentro dos parâmetros utilizados não se está obtendo uma resposta positiva. Apreciei de forma relevante conhecer os conceitos definidos por Matus, onde ele correlaciona o planejamento estratégico situacional a arte de governar. Governar sem que tenha um planejamento prévio e conhecimento a cerca da situação a qual se pretende novas mudanças não garante sucesso (UFC, 2011).

Podemos citar como exemplo, na UBS São Francisco, os atendimentos descentralizados são distantes da sede da unidade, então a equipe se desloca uma vez por semana para quatro regiões. Isso ocasiona sobrecarga de toda a equipe, pois a demanda era alta e sempre era feito um atendimento rápido sem qualidade e mesmo assim, os profissionais só retornavam para suas residências no período noturno.

A enfermeira juntamente com a comunidade e presidentes de associações das referidas localidades, sentaram e planejaram uma forma de melhor atenderem a essa comunidade. Foram expostas as necessidades da comunidade como também dos profissionais, entraram num consenso e resolveram dividir as localidades e promoverem um atendimento a mais nessa localidade. Finalizando, a equipe hoje trabalha mais feliz e a comunidade é mais bem assistida, pois a demanda ficou dividida e o melhor de tudo foi que o benefício foi mútuo.

Para a prestação da assistência a cerca de 1500 famílias, faz-se necessário um planejamento de ações, até porque determinadas localidades ficam descobertas, pois uma só equipe é pouco para dar o apoio necessário, para tanto é de suma importância que se trace estratégias, planos de ações que sejam capazes de amenizar a ausência da equipe, e mesmo assim, manter a comunidade em comunicação diária com a equipe, através dos ACS. O planejamento é o ponto chave para o desenrolar de tantos "nós" dentro da Atenção Primária de Saúde. Ademais, destaca-se que na Atenção Primária de Saúde, é de suma importância planejar as ações objetivando a melhoria na qualidade dos serviços prestados a comunidade em si. Porém, na realidade acredito serem poucas as equipes que se utilizam dessa ferramenta para realização de tarefas.

## 5 CONCLUSÃO

Mediante este curso, foi possível aprofundar conhecimentos sobre a Atenção Primária e seus princípios, os quais perpassam a magnitude do SUS. Esse relato de experiência favoreceu ao reconhecimento das dificuldades e fragilidades da minha atuação enquanto enfermeira da ESF. Identificamos as causas da não funcionalidade da atenção primária e refletimos sobre a burocracia a que somos responsáveis, como também à quantidade de programas e a ausência de profissionais comprometidos. O conhecimento adquirido ampliou meus horizontes no que tange aos problemas enfrentados e às possibilidades de soluções.

Para melhor compreender a atenção primária à saúde, faz-se necessário uma melhor adaptação de compreensão dos conhecimentos adquiridos na graduação. Nessa especialização foi possível aprimorarmos nosso aprendizado, com vistas a colocarmos em prática nossas habilidades com base no conteúdo trabalhado no curso.

Dentro do “ensino a distância”, nos beneficiamos de uma autonomia restrita aos direitos e deveres dos estudantes, já que temos tarefas e prazos a cumprir dentro de uma ação pedagógica, baseada num processo dialético virtual, representado e subsidiado pelas tutoras, ao qual tínhamos que ter a responsabilidade e a assiduidade de cumprir com o que nos foi determinado, além do que, não podíamos extrapolar os prazos em razão dos demais participantes desta modalidade de ensino, sem esquecer a gama de profissionais envolvidos nesse projeto. Diante de tantos temas relevantes, enfrentamos vários momentos problemáticos, pois tivemos que sermos autodidatas e autônomos em nossos estudos, o ensino a distância promove uma certa responsabilidade. A partir do Curso, aprimorei a minha autonomia e responsabilidade, já que tarefas e prazos eram rigorosamente cumpridos, dentro de uma ação pedagógica, baseada no processo dialético.

Considero o ensino à distância uma modalidade favorável aos profissionais da área da saúde que buscam o conhecimento, e ao mesmo tempo são privados dessa excelência devido a extensa carga horária a que são submetidos, sem contar que muitos trabalham em localidades distantes das vias de acesso onde se tem uma instituição educacional. Portanto, a partir dessa reflexão, sugiro a inserção de novos cursos, abrangendo diferentes profissionais, pois é importante para manter a motivação profissional para a aprendizagem continuada.

Dentre as disciplinas, destaco a destinada à assistência ao portador de deficiência, pois pude conhecer as diversas formas de deficiências, compreender as suas causas e refletir sobre as responsabilidades no tratamento diferenciado a essas pessoas com vistas a garantir a inclusão e a emancipação social desta clientela.

A partir do conhecimento adquirido, desenvolverei minhas potencialidades e irei superar minhas limitações dentro de uma unidade de saúde. Considero esse curso enriquecedor, pois servirá como base para a implementação de novas estratégias de atendimento, acolhimento e promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, R. N. D. C. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem.** Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.
- ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013532002.pdf> >. Acesso em: 19 dez. 2010.
- BERNARDES, L. C. G. *et al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 31-38, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf> >. Acesso em: 05 jun. 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da saúde.** Brasília: CONASS, 2007.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diretrizes para Criação de Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Brasília: CONADE, 2007. 42 p.
- \_\_\_\_\_. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. **Educação em Saúde: Histórico, Conceitos e Propostas.** Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 07 ago. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília: 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 dez. 2010.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 55 p.
- \_\_\_\_\_. Departamento de Apoio à Descentralização. **Café com idéias: as ideias do café.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196p.
- \_\_\_\_\_. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.
- \_\_\_\_\_. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p.
- \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 82 p.
- \_\_\_\_\_. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**(on line), 2011. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 08 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Manual de Gestão e Gerenciamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2008. 16p.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2009. 36 p.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos**. 2. ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, 2005. 36 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4.ed. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Programa Senado Verde. **Manual de boas práticas ambientais: pesquisa e redação**. Brasília: Senado Federal, 2008.

CAMARA, F. P. Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v. 11, n. 2, p. 278-285, 2008. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a10v11n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a10v11n2.pdf) >. Acesso em: 19 dez. 2010.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

DEMO, P. Vida e aprendizagem: **Síntese**: Revista de Filosofia, 2010. Disponível em: < <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/732/1165> >. Acesso em: 14 set. 2011.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez. 2005.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 79-88, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_arttext) > Acesso em: 10 set. 2011.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000400012&script=sci_arttext) >. Acesso em: 18 de ago. 2011.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005.

FIOCRUZ. **OMS divulga relatório sobre saúde mental e desenvolvimento – ENSP**. 2010. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=23065> >. Acesso em: 22 de ago. 2011.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 178-185, 2009.

FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2006.

HERNÁNDEZ, F. **Cultura visual, mudança educativa e projeto de trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários**: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 31 ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários**: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popprs.def>>. Acesso em: 28 ago. 2011.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATTOS, R. C. O. C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Disponível em: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=6619](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=6619)>. Acesso em: 14 set. 2011.



LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.4, p. 449-460, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p. 23-26, 2005. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010105.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

MOISES, M. A educação em saúde, a comunicação em saúde e a mobilização social na vigilância e monitoramento na qualidade da água para consumo humano. **Jornal do Movimento Popular em Saúde**, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo2.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2011.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; SOUSA, M. L. R.; Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.12, p. 2661-2671, 2009.

OTHERO, M. B. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência: necessidades sob a perspectiva dos sujeitos**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, p. 1807-5762, 2009. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo133.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2011.

QUEIROZ, R. C. S.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.1, p.47-58, 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.6, p. 1027-1034, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-71.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arq. Cat. Med.**, v. 32, n. 4, 2003.

SCHRAMM, F. O uso problemático do conceito 'vida' em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. **Bioética**, Brasília, v.17, n.3, mar. 2010. Disponível em: <

[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/505/506](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/505/506) >. Acesso em: 14 set. 2011.

SILVA, J. M. *et al.* Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400013)>. Acesso em: 16 mar. 2011.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n.1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v42n1/07.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

SOUSA L. B. *et al.* Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n.1, p. 55-60, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, G. J. W. **Artigo Científico: Orientações para sua elaboração**. Disponível em: <<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/m%C3%B3dulos/metodologia-da-pesquisa/artigo-cient%C3%ADfico-orienta%C3%A7%C3%B5es-para-sua-elabora%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 17 ago. 2011.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

UNFERA, B.; SALIBAB, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, v.3, n.4, p.190-195, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Saúde Mental e Violência**. Fortaleza, 2010. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/saud\\_ment/aula\\_01/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/saud_ment/aula_01/index.html). Acesso em: 28 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família: Planejamento e avaliação de ações de saúde**. 2011. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan\\_aval/aula\\_02/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_02/). Acesso em: 14 de set. 2011.

\_\_\_\_\_. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Intervenções Profissionais e o papel da Bioética**. 2011. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int\\_bio/aula\\_04/](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_04/). Acesso em: 20 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência**. Fortaleza, 2011. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs\\_port\\_def/aula\\_03/index.php?p=02.php](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/index.php?p=02.php). Acesso em: 28 jul. 2011.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 172-180, 2004. Disponível em:< [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em: 18 ago. 2011.

ZAMPIERI, M. F. M. *et al.* **Enfermagem na Atenção primária à Saúde da Mulher: textos Fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família**. 2003. 253 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.