

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

MARIANA BRITO DE SOUSA

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

CRATO

2011

MARIANA BRITO DE SOUSA

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientador: Prof. Dr(a): Nancy Costa de Oliveira

CRATO

2011

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

S697e Sousa, Mariana Brito de
 Experiências vivenciadas durante o curso de especialização em saúde da família/ Mariana Brito
 de Sousa. – Crato, 2011.
 48 f.

 Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de
 Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Crato, 2011.
 Orientação: Prof^a.Dr^a Nancy Costa de Oliveira
 Co-orientadora: Prof^a. Esp. Gardênia Maria Costa de Oliveira

 1. Saúde da Família 2. Educação a Distância I. Título.

CDD 362.1

MARIANA BRITO DE SOUSA

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Aprovada em ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Nancy Costa de Oliveira
Orientadora

Gardênia Maria Costa de Oliveira
1ª Avaliadora

Sueli Fernandes C. M. Ferreira
2ª Avaliadora

RESUMO

A atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde e a Estratégia de Saúde da Família é o foco dessa atenção, onde a equipe multidisciplinar precisa estar capacitada para atender essa população. O TCC reúne Portfólios que apresentam as experiências vivenciadas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família, constituída como modalidade semipresencial, da Universidade Federal do Ceará. Descreve as atividades desenvolvidas relacionando-as a prática profissional e o conteúdo teórico apresentado no decorrer do curso. Trata-se de um relato de experiências, onde foram utilizados como referencial teórico as disciplinas que fizeram parte do processo ensino aprendizagem do curso de especialização e outros conteúdos disponibilizados nas bases de dados pela internet. Todo conhecimento adquirido e as trocas de experiências contribuíram significativamente para a qualificação profissional, resultando num melhor atendimento na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Educação de pós-graduação. Saúde da Família. Educação à distância.

ABSTRACT

The primary attention is the door of entrance of the health system and the Strategy of Health of the Family is the focus of this attention, where the team to multidiscipline needs to be able to take care of this population. The TCC congregates Portfólios that presents the experiences lived deeply during the Course of Specialization in Health of the Family, consisting as semiactual modality, of the Federal University of the Ceará. Practical professional describes the developed activities relating them it and the presented theoretical content in elapsing of the course. One is about a story of experiences, where they had been used as to referencial you discipline them theoretician that they had been party to suit education learning of the specialization course and other contents disponibilizados in the databases for the Internet. All acquired knowledge and the exchanges of experiences had contributed significantly for the professional qualification, resulting in one better attendance in the Strategy of Health of the Family.

Word-key: Education of after-graduation. Health of the Family. Long-distance education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVOS	08
3	METODOLOGIA	09
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
4.1	EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA	10
4.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	11
4.3	MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15
4.4	SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA	17
4.5	SAÚDE DA MULHER	20
4.6	SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA	22
4.7	ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL	24
4.8	ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	27
4.9	TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE - PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	28
4.10	PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE	29
4.11	INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE 1 – PLANO DE AÇÃO	38
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	44

1 INTRODUÇÃO

A Universidade Federal do Ceará (UFC) desenvolveu uma proposta educativa através do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS) onde permitiu aos trabalhadores da saúde realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) mediante a modalidade de ensino a distância, a fim de atender às necessidades de formação e educação permanente no âmbito da Saúde Coletiva e Atenção Básica (UFC, 2010).

A educação a distância permite que um maior número de pessoas, de vários locais possa aprimorar seus conhecimentos através de um ensino diferenciado, onde são utilizadas tecnologias inovadoras responsáveis por apresentar os conteúdos necessários para o processo ensino aprendizagem. A autonomia e autodidatismo para a realização dos estudos e viabilidade de acesso aos conteúdos em qualquer hora e local são aspectos importantes dessa modalidade de ensino.

A formação de profissionais da saúde dentro do seu contexto de trabalho é o principal objetivo do CESF, utilizando uma nova metodologia que permite a descentralização das atividades educativas mediante o uso de educação a distância, com isso proporciona ao profissional uma qualificação através de conteúdos de interesse a nossa realidade, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade (UFC, 2010).

A atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde e a Estratégia de Saúde da Família é o foco dessa atenção, onde as necessidades básicas de saúde da população devem ser atendidas pela saúde da família e a equipe multidisciplinar precisa estar capacitada, com foco em manter vínculo com as famílias a fim de que as ações sejam desenvolvidas da melhor forma possível.

Estudos apontam que o perfil dos profissionais formados não são adequados o necessário para uma atuação qualificada com relação à saúde integral e práticas nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, indispensáveis ao atendimento no âmbito da saúde da família, e mostram a necessidade da formação de recursos humanos para o SUS (GIL, 2005).

Sendo assim, reconhecendo a importância da aquisição de novos conhecimentos sobre saúde da família, formação de recursos humanos e a necessidade de conhecer outras realidades fomos motivadas a realizar este curso na perspectiva de poder relacionar as nossas práticas de trabalho com os conteúdos propostos a fim de compreender as condutas e com isso melhorar o nosso atendimento como profissionais da ESF.

OBJETIVO GERAL

- Apresentar as experiências vivenciadas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atividades desenvolvidas durante o curso;
- Correlacionar às atividades desenvolvidas na prática profissional com o conteúdo do curso;
- Refletir sobre o processo ensino aprendizagem;

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência com revisão literária sobre a trajetória durante o curso de Especialização em Saúde da Família ofertada pela UFC na modalidade à distância, que ocorreu durante o período de agosto de 2010 a setembro de 2011. Como recurso metodológico foi utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), o qual consiste num ambiente virtual onde as atividades propostas ficam a disposição do aluno em qualquer hora e local, utilizando-se de um computador com acesso a internet. O acompanhamento é através de tutor presencial, tutor à distância e os orientadores acadêmicos virtuais (UFC, 2010).

O estudo se deu através do conteúdo de onze disciplinas consolidadas em forma de portfólio onde se registrava os relatos de experiência, as reflexões das atividades por meio de fórum, chats, e-mails. Os conteúdos abordados compreenderam as experiências como profissional de saúde analisando a luz da literatura atual.

Os materiais utilizados para análise foram às atividades desenvolvidas durante o curso. As disciplinas apresentadas sob a forma de módulos, que compõem o estudo são: Educação à Distância; 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 e Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

Primeira disciplina do curso, onde este foi apresentado e se estabeleceu o primeiro contato. Tivemos como instrumentos de aprendizagem, vídeos, fóruns, chats, questionários e tarefas, onde começamos a familiarizar com essa nova modalidade de ensino e nos conhecemos.

É um método onde o processo ensino-aprendizagem esta sendo realizado de forma a abranger um maior número de pessoas, de diferentes locais, através de tecnologias onde possibilitam uma adequabilidade de horários entre alunos e professores (tutores) não sendo necessária a presença dos mesmos. Neste sentido com o avanço dessas tecnologias, esse processo vem se aperfeiçoando cada vez mais e assim melhorando as condições e oportunidades de ensino.

A educação brasileira esta vivendo um momento transformador, onde os paradigmas estão sendo modificados pelas necessidades sociais, aparecendo, portanto, um novo modelo de educação em processo de construção. Este modelo visa atender as necessidades da população através de instrumentos capazes de transformar a educação no Brasil, utilizando-se de tecnologias de informação e comunicação (BEHAR; PASSERINO; BERNARDI, 2007).

A educação á distância permite que um maior número de pessoas, de vários locais possa aprimorar seus conhecimentos através de um ensino diferenciado, onde são utilizadas tecnologias inovadoras responsáveis por apresentar os conteúdos necessários para o processo ensino aprendizagem. A autonomia e autodidatismo para a realização dos estudos e viabilidade de acesso aos conteúdos em qualquer hora e local são aspectos importantes dessa modalidade de ensino.

A autonomia é a capacidade que o ser humano tem de decidir sobre suas ações de acordo com a vontade própria, no entanto, é importante ressaltar que nem sempre o que pretendemos/decidirmos pode ser realizado da maneira que queremos. Existem limitações que podem interferir em nossas ações de forma inaparente, determinando uma mudança ou adequabilidade de idéia e/ou ações que resultem em outra determinada situação.

Em se falando em educação à distância, a autonomia é um conceito bastante relevante, visto que no ambiente de aprendizagem, nos cursistas e tutores temos a autonomia de horários, ou seja, ingressamos na plataforma de ensino no horário mais conveniente para nos, porém, este tempo deve ser delimitado para uma melhor organização e sucesso do processo ensino aprendizagem, evitando assim prejuízos para todo o grupo.

É neste sentido que precisamos perceber nossos limites de autonomia. Isto se reflete diretamente nas responsabilidades individuais. Acredito que num curso como este, nós profissionais, temos a consciência e responsabilidade para cumprimento de nossos deveres (estudos e tarefas), visando o sucesso do curso e boa qualificação profissional.

4.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho em saúde é a forma pelo qual são desenvolvidas as atividades pelos profissionais de saúde, onde os membros da equipe possuem responsabilidades e definem a competência de cada um deles, com o objetivo de acolher, cuidar e produzir vínculo com os usuários (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A disciplina Processo de Trabalho em Saúde permitiu a realização de algumas discussões durante a participação em dois fóruns: democratização de idéias e diferenças das diferenças e através de uma atividade onde as reflexões possibilitaram uma melhor análise sobre as diferentes possibilidades de se trabalhar em saúde, sendo apresentadas a seguir:

O estado participa em parte nas orientações para o trabalho em saúde, através da preconização de modelos assistenciais de saúde, no entanto, é evidente a necessidade de uma participação conjunta e local, de profissionais, gestores e usuários, uma vez que a realidade local interfere no modo como serão realizados os serviços de atenção a saúde. A atenção primária é a porta de entrada dos serviços de saúde, e onde estamos em maior contato com a comunidade, isto nos permite reconhecer as necessidades locais, e isso saber como atuar junto a essa comunidade. A partir disso podemos perceber que a realidade é outra, sendo assim, não podemos trabalhar apenas de forma que o estado preconiza, mas sim saber adaptar as ações com as necessidades apresentadas.

Considero bastante importante a questão de gestão participativa, uma vez que é preciso conhecer a realidade local para então planejar e efetuar o que será mais adequado e eficiente para aquela população, pois muitas vezes o gestor não tem o conhecimento suficiente do que a população esta sofrendo e necessitando, daí a importância da integração de outros atores, como profissionais, comunidade. No mesmo município podemos encontrar realidades diferentes, ate mesmo na própria unidade de saúde, basta sair de uma micro área para outra, podemos observar questões culturais, religiosas, políticas e econômicas diferentes, onde teremos que atuar de forma diferente para cada realidade. No município que trabalho enfrentamos estes tipos de diferenças, daí a importância de conhecer bem a realidade local para então atuar de forma eficiente, existe uma micro área que atendo, onde a população é bem informada e consciente de seus direitos, de forma ate exagerada, pois ao evidenciar

qualquer dificuldade, já é motivo de denúncia, de envolvimento político, enquanto que outra micro área, a população compreende mais as dificuldades. Enfim, é necessário conhecimento da realidade local, para podermos atuar de forma integrada e com eficiência.

A atenção básica a saúde, através da estratégia de saúde da família, é a principal entrada do usuário ao sistema único de saúde (SUS), sendo considerada como estratégia fundamental de humanização e acolhimento a comunidade. Essa humanização à saúde vai desde a sua primeira visita ao serviço até o acompanhamento de suas necessidades, sendo importante uma boa comunicação entre usuários e funcionários, para então permitir uma empatia favorável para o desenvolvimento das ações de saúde. Quando essa relação é desenvolvida adequadamente, ou seja, objetivando uma comunicação efetiva, que se apresenta de acordo com as individualidades próprias de cada comunidade, isso permite um melhor funcionamento do serviço e conseqüentemente um bom resultado para a saúde da população.

A comunicação é uma estratégia fundamental no processo de trabalho em saúde, principalmente na atenção básica. O conhecimento das características individuais e coletivas da comunidade torna-se importante para uma comunicação adequada, o que leva a uma efetiva interação entre profissional e usuário, permitindo uma melhor resposta às suas ações. A prevenção e promoção da saúde é foco primordial da atenção básica, onde a comunicação eficiente representa meio de atuação do profissional para concretizar essa ação.

Essas características individuais e coletivas demonstram as formas como os determinantes sociais influenciam na vida das pessoas. As suas características socioeconômicas e culturais além de suas próprias peculiaridades são determinantes do processo saúde doença, e o profissional deve estar atento a esses determinantes, para atuar de forma ética e com responsabilidades.

As redes sociais, como associações e organizações são importantes meios de fortalecimento da sociedade, levando ao melhor desenvolvimento humano, que resulta em melhores condições de vida. As condições sociais, como também ambientais, moradia e trabalho, refletem na forma como os indivíduos são mais vulneráveis a riscos à saúde, associado a isso a restrição no acesso à educação e saúde por parte dessa população aumenta consideravelmente a sua vulnerabilidade. Sendo assim, esses mecanismos são determinantes sociais da saúde.

Além dos determinantes sociais que condicionam as questões de saúde/doença estão os psicossociais, onde os fatores individuais, como realização pessoal, autonomia entre outros são igualmente responsáveis por determinar o adoecimento da população.

Sendo assim, o processo saúde doença está diretamente relacionado aos determinantes sociais, onde deveriam ser levados em conta na realização do processo de trabalho em saúde, sendo importante a visão holística do ser para assim compreender os determinantes e poder atuar de forma mais efetiva, com ética e responsabilidade.

Diante da importância de reconhecer a realidade local para assim atuar de forma eficiente e, tendo em vista as diferenças vivenciadas por cada equipe e a importância de trabalhar em cima dessas diferenças objetivando melhorar a assistência, esta disciplina propôs uma atividade que apresente um resumo sobre local de atuação profissional e sobre os membros da equipe básica.

O município descrito foi o de Icapuí-CE, com pouco mais de 19.000 habitantes, localizado no litoral leste há 202 km de Fortaleza, é divisa com Rio Grande do Norte. Apresenta clima quente semiárido. A economia local é baseada na agricultura, principalmente, caju e pesca de lagosta. Há mineração de petróleo pela Petrobras. O turismo contribui pouco com a economia local, apesar da localização litorânea, com belas praias, não há investimento nesta área. A política é dividida por dois grupos. A religião predominante é evangélica. As questões políticas e religiosas influenciam bastante na vida da população. A pesca é um grande problema que estamos enfrentando no município, pois esta existindo rivalidade entre os pescadores, uma vez que parte deles pesca legalmente e outra não, trazendo enormes conseqüências para todos. Na área da saúde, o município apresenta um hospital de pequeno porte, com maternidade, porém a maioria dos partos são encaminhados para o hospital de referência, localizado em Aracati, município vizinho há cerca de 50 km. Conta com sete unidades básicas de saúde, um CAPS I e o apoio do SAMU litoral leste.

UNIDADE DE SAUDE DE MORRO ALTO

É uma das duas unidades de saúde localizadas na sede do município, que recentemente mudou-se de local, era no centro da cidade próxima ao hospital, agora esta no bairro de morro alto, há aproximadamente 2 km do centro. Funciona numa casa adaptada com adequado espaço para as atividades, que antes eram prejudicadas devido à falta de espaço. Apesar da melhora de espaço físico, ainda existe dificuldades referentes a equipamentos e materiais, sendo constantemente discutida esta problemática nas reuniões com a coordenação e secretária de saúde. Nesta unidade funciona também a central de vacina, onde são armazenadas e distribuídas vacinas para as demais unidades.

EQUIPE DE MORRO ALTO

È formada pelos seguintes profissionais:

ELIEIDE: 32 anos solteira, agente comunitária de saúde da micro área 1, com 199 famílias. Sua área é pequena, no entanto populosa, com facilidade de acesso, por se localizar em apenas duas ruas paralelas e bem no centro da cidade. A maioria dos hipertensos estão inseridos nesta área, o que vem sendo um problema com a mudança do posto de saúde, que ficou mais longe para eles e isso está dificultando o acesso as consultas de hiperdia. Estamos procurando uma solução, tal como realizar atendimento de 15 em 15 dias nesta área para atender essa demanda.

REJANE: 38 anos, casada, duas filhas, evangélica, agente comunitária de saúde da micro área 2, com 150 famílias. Pessoa muito responsável e interessada com os problemas de saúde da área. Sua área é de fácil acesso, localizada também no centro da cidade. Por se localizar muito próximo ao hospital, os pacientes estão procurando mais por esse serviço.

ELIZABETE: 28 anos, solteira, um filho, agente comunitária de saúde da micro área 3, com 190 famílias. Área compreendida por serra, considerada a microárea de maior risco, levando em conta o baixo nível sócio econômico e educacional da população, o que reflete em condições de vida precárias e que interfere no processo saúde doença. É observado também grande envolvimento em tráfico e drogas.

FRANCISCA: 42 anos, solteira, uma filha, agente comunitária de saúde da micro área 4 com 240 famílias. Esta é área que apresenta maior número de famílias e de maior abrangência, onde se encontra a unidade de saúde. Devido a sua extensa área, que vai desde morro alto ate a praia de requenguela, que é a comunidade mais distante que atendemos, a ACS apresenta dificuldade de acompanhamento de suas famílias.

ALDAIR: 46 anos, solteira, auxiliar de enfermagem e responsável pela central de vacina. É concursada, tem 20 anos de serviço no município, anteriormente trabalhava no hospital. È uma profissional competente, porém tem problemas de saúde o que compromete o seu trabalho e a faz faltar bastante o serviço.

GLAÉLBIA: 25 anos, casada, é técnica de enfermagem, faz faculdade de serviço social á noite. Muitas vezes pelo cansaço e trabalhos da faculdade, se acomoda um pouco nas suas atividades. Sendo então necessário esta continuamente solicitando os seus serviços.

GORETE: 42 anos, solteira, recepcionista, concursada, tem mais de 15 anos de serviço. Fica responsável pela recepção e prontuários.

ROBERTO: 45 anos, solteiro, médico da unidade, plantonista do hospital e atende também no CAPS, esta no município há 6 meses.

MARIANA: 25 anos, solteira, enfermeira, formada há 2 anos e 6 meses, primeiro emprego, trabalha há 2 anos no município.

DALVA: 58 anos, viúva, auxiliar de serviços gerais, concursada, tem mais de 15 anos de serviço, apresenta problemas de saúde, com incapacidade física e mental, dificultando seu trabalho, sendo, portanto um grande problema para unidade.

FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAUDE

A unidade de saúde funciona das 7:00 as 11:00 e de 13:00 as 16:30, de segunda a sexta-feira. Sendo usado um dia a tarde para visita domiciliar e atendimento na comunidade. Uma vez no mês é realizado reunião com medico e enfermeiro na secretaria municipal de saúde.

O DIA A DIA DA EQUIPE

É seguido um cronograma de atendimento, onde são inseridos os programas prioritários de saúde e atendimento, como: planejamento familiar, hiperdia, prevenção de câncer ginecológico e de mama, puericultura e pré-natal. Estão inseridas também no calendário, as visitas domiciliares, divididas por agentes de saúde e o atendimento de demanda livre, como também, reuniões de equipe, realizadas mensalmente na unidade de saúde e reunião de PSF, realizadas também mensalmente na secretaria municipal de saúde. São agendados também oficinas nas escolas, uma vez que o município faz parte do programa saúde na escola.

4.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde e compreende o conjunto de ações em Saúde desenvolvidas pela saúde da família, seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Nesta disciplina foi apresentado um fórum de discussões abordando o conceito de modelo e quais os modelos existentes no cotidiano de cada um. Um modelo assistencial é o modo pelo qual nos guiamos para atuar nos serviços de saúde de forma a garantir uma adequada assistência à população. No município em que trabalho a atenção básica a saúde representada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, é o modelo assistencial predominante, onde atuamos de maneira preventiva e curativa. O modelo médico hospitalar é

utilizado, apesar de contarmos com apenas um hospital de pequeno porte e com poucas condições para assegurar uma assistência adequada.

Os modelos assistenciais vêm sofrendo mudanças no decorrer dos anos, saem de uma visão convencional de vigilância sanitária e partem para um assistência baseada na promoção e proteção, podendo também ser de forma alternativa através da ESF, ações programáticas de saúde, entre outras.

Outra atividade desenvolvida durante esta disciplina foi apresentada através de alguns questionamentos em relação ao desafio de implementar mudanças no modelo assistencial, sendo apresentado da seguinte forma:

O processo de trabalho realizado em nossa equipe é baseado na demanda programada e espontânea, onde buscamos realizar ações de âmbito preventivo, nas quais preconizamos o atendimento de grupos vulneráveis, tais como crianças, gestantes, idosos e adolescentes, sem deixar de mão os grupos de pessoas que estão à procura do serviço. Procuramos atuar levando em conta as diretrizes e princípios do SUS, principalmente de forma integral e equânime, uma vez que a nossa área adscrita é bem diversificada, na qual realizamos o diagnóstico situacional, e com isso percebemos aquelas áreas mais vulneráveis e prioritárias, para nossa atuação. Outra ação importante em nosso trabalho, que procura esta de acordo com o novo modelo assistencial é a intersetorialidade, onde buscamos interagir com outros setores da administração, como educação, saneamento e assistência social, trazendo com isso benefícios para a comunidade de forma a modificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, promovendo assim uma melhor qualidade de vida e saúde para todos.

Apesar de atuarmos preferencialmente de forma preventiva, promovendo ações de promoção à saúde, a procura por consultas médicas ainda é bastante prevalente em nosso serviço, e isso dificulta a participação do médico em outras atividades de prevenção, tais como: educação em saúde, grupos de gestantes, adolescentes, entre outras, onde a maioria das vezes é realizada apenas pela enfermeira. Outro fator importante que dificulta a participação do médico com essas ações é a rotatividade desses profissionais. Mesmo com essas dificuldades, conseguimos seguir adequadamente nosso cronograma e atuarmos nas ações prioritárias a saúde da população, levando em conta todos os seus aspectos.

Um caso relatado na última aula desta disciplina foi utilizado como reflexão quanto aos atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidado a saúde. No caso de Dona Maria apresentado nesta aula podemos encontrar atributos de qualidade como o diagnóstico de hipertensão arterial, representado pela eficácia do atendimento, no entanto a paciente vinha fazendo uso irregular de anti-hipertensivo, isso pode demonstrar a falta de

acompanhamento do ACS e/ou a não realização de consultas de controle com a enfermeira ou médico na UBS, sendo considerado como ausência do atributo de continuidade da assistência prestada, o que favoreceu para o desenvolvimento de AVC. O fato de a ACS ter informado a equipe a alta da paciente pode ser considerado um atributo de qualidade, no entanto, não foi realizada visita domiciliar, apenas após quinze dias de alta, quando um familiar foi solicitá-la na UBS. A falta de atendimento oportuno, representado pela ausência de um atributo importante, trouxe conseqüências negativas para a paciente, como surgimento de escaras. Através da realização da visita domiciliar a equipe pode atuar efetivamente nos problemas existentes, melhorando assim a qualidade da assistência prestada.

4.4 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

A saúde mental no Brasil segue os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, através da política de saúde mental, onde o sujeito portador de sofrimento psíquico deve ser inserido na sociedade, resgatando a cidadania, através de um modelo psicossocial de cuidado em saúde mental (KANTORSKI, et al,2006).

Mediante essa temática tão importante, durante esta disciplina foi proposta a atividade reflexiva sobre reforma psiquiátrica, relato de experiências em saúde mental, tarefa sobre ações de saúde mental e também contemplou casos clínicos na comunidade.

As pessoas portadoras de transtornos mentais inicialmente viviam perambulando pelas cidades, após as conquistas provenientes da reforma psiquiátrica foram encaminhados às prisões e aos porões das santas casas, posteriormente veio os hospícios, em seguida ocorreu a proibição do internamento em hospitais gerais e a criação de hospitais psiquiátricos (SOUZA; BRAGA, 2006).

Com o surgimento da reforma sanitária na década de 70 e criação do SUS, iniciou-se uma reorientação do sistema da saúde no Brasil, inclusive na área de saúde mental. Deu início a reforma psiquiátrica com transformações importantes no modelo assistencial ao doente mental. Esse novo modelo procurou diminuir a assistência centralizada em hospitais psiquiátricos, com isso surgiram novos serviços substitutos de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, apesar de não serem suficientes. Podemos citar como exemplo o centro de atenção psicossocial (CAPS), que funciona com equipe multiprofissional, incluindo médico psiquiatra e clínico, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, técnico de enfermagem entre outros, onde o atendimento é diferenciado daquele realizado nos

tradicionais hospitais psiquiátricos. Esse atendimento visa à inserção do indivíduo na comunidade, procura integrar a família no cuidado ao doente, funciona com equipe multiprofissional com realizações de terapias em grupo, atendimento individual, oficinas, trabalhos em grupo, entre outras atividades, que permitem um melhor relacionamento do indivíduo a sociedade, diferentemente da visão excludente dos hospitais psiquiátricos.

Nos dias de hoje, a política nacional de saúde mental reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional. Essa reorientação pode ser observada na diminuição do total de leitos psiquiátricos e no aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país. Pode-se observar uma tendência à inversão do modelo de assistência em saúde mental, havendo uma retração do modelo hospitalar e um avanço do modelo de atenção psicossocial (FREIRE,2004).

Apesar da importância desses novos serviços substitutivos de atenção em saúde mental, após o início da reforma psiquiátrica, que vieram melhorar a assistência ao doente mental, o funcionamento de hospitais psiquiátricos ainda torna-se presente, devendo ser realizado em casos de emergências psiquiátricas, como venho a citar neste caso clínico abaixo.

ESTUDO DE CASO

N.F.S., 30 anos, sexo masculino, filho caçula numa prole de três, portador de esquizofrenia, diagnosticado aos 19 anos de idade, faz uso de medicação controlada, porém, com dificuldade para familiares fornecerem os fármacos, devido à agitação do paciente. É obeso, P:130 kg, 1,89cm de altura, tem hábitos alimentares impróprios, tais como ingestão de carne crua e grande quantidade de refrigerantes, que se não fornecido deixa o paciente bastante agitado. Vem apresentando crises de comportamento com tentativas de agressão a vizinhos e a própria integridade, incluindo: mordidas, lesão em couro cabeludo (bate a cabeça na parede), entre outras atitudes. Devido a esse comportamento, amedronta a comunidade, a qual procura o serviço de saúde em busca de providências. Ultimamente, apresentou uma crise, onde sofreu alguns ferimentos no corpo, levando a perda importante de sangue. Neste dia, seus familiares procuraram a Unidade de saúde para tentar resolver o problema, como neste caso teria que levá-lo ao hospital, solicitamos a ambulância, no entanto, pelo comportamento agressivo do paciente, pela força que ele apresenta e pelo medo por parte dos populares, e até dos próprios familiares em conter o paciente, o motorista da ambulância não teve condições de pegá-lo. Então solicitamos o SAMU, sendo que este também não apareceu. Naquele momento ficamos sem saber como proceder, resolvemos integrar os três setores da saúde com ajuda do serviço policial. Vieram dois policiais para conter o paciente, o

enfermeiro do CAPS para sedá-lo e fazer os cuidados aos ferimentos com ajuda da equipe do PSF, usamos a ambulância do município para levá-lo ao hospital psiquiátrico de referência. O paciente já é conhecido neste serviço, haja vista ter passado períodos internado no hospital. O mesmo também já fora internado em domicílio. Quando se encontra em casa, a comunidade nos procura constantemente devido à insegurança e ao medo que se instalam no bairro. Nós do PSF, tentamos nos unir ao CAPS para amenizar esta situação, principalmente no que diz respeito ao uso constante da sua medicação, que ameniza as crises, neste ponto, trabalhamos com a família, orientamos a mãe e irmãos quanto aos meios de administrar a medicação de forma que ele não perceba, assim como a questão alimentar, o que é muito difícil para família. Solicitamos também constante auxílio do CAPS para melhor assistência ao paciente, e fazemos visitas mensais ao paciente e sempre que nos solicitam.

O que fazer numa situação dessas?

Até que ponto o PSF pode atuar? E de que forma?

Quais seriam as necessidades de melhora do serviço de saúde para o tratamento ou acompanhamento desses pacientes?

A atuação conjunta da ESF e CAPS é fundamental para o sucesso no atendimento a esse caso, pois nem um nem outro serviço sozinho poderia oferecer uma assistência de forma eficiente, tendo em vista a magnitude do caso, o envolvimento da família e principalmente da comunidade. A principal atuação do PSF, seria a intervenção na comunidade e com a família, na busca de um melhor entendimento e compreensão para com o paciente, tentando estabelecer uma adequada socialização, tendo em vista o processo de reforma psiquiátrica, o que não é fácil, devido o estigma social com a pessoa com esse tipo de sofrimento mental.

Os serviços de saúde deveriam ser mais estruturados para o atendimento destes casos, em termos de pessoal e de estrutura física, como é o caso de leitos psiquiátricos em hospitais municipais e capacitação de profissionais para atuarem nesse serviço, o que ainda é insuficiente e dificulta todo o processo.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, tornou-se possível melhorar vida das pessoas que viviam confinadas no interior dos hospitais psiquiátricos, além de estimular o sistema de saúde a elaborar modos mais humanizados e dignos de cuidado. Também se buscaram desenvolver estratégias que possibilitassem a ampliação das fronteiras de atuação para além dos bem demarcados limites dos hospitais psiquiátricos e das universidades (SOUZA, 2006).

Nas estratégias de atendimento em saúde mental, é necessário o autoconhecimento por parte dos profissionais, para que possam perceber os seus limites, conhecimentos, atitudes,

entre outros, e assim atuarem de forma que a assistência prestada seja integral, sem separação do corpo e da mente e que possa atingir todos os objetivos propostos.

A atuação profissional nas crises psiquiátricas é realizada a partir da identificação do evento que ocasionou a crise e assim a sua exploração, como o indivíduo e família está se comportando ao enfrentar o problema, com isso o profissional pode ajudar o cliente a adaptar-se ao problema, apoiando as situações para resolução desses.

Em todas as situações de crises é importante que o profissional possa realizar o acolhimento do cliente e da família de forma a oferecer apoio, sem realizar juízo de valores, através de um atendimento integral, observado o indivíduo holisticamente.

O atendimento em saúde mental pode ser realizado através de grupos, que permitem a utilização de um tempo menor atingindo um maior número de pessoas. Para a realização de um grupo é necessário um planejamento estratégico, para identificar a clientela, necessidades e abordagem que este terá. O grupo pode ter finalidades operativas ou terapêuticas, de acordo com a necessidade da clientela. Esta forma de atendimento é muito importante em saúde mental e trás conseqüências positivas na resolução de problemas de pessoas em várias formas de sofrimentos psíquicos.

4.5 SAÚDE DA MULHER

Os cuidados com a saúde da mulher através da equipe multidisciplinar na atenção básica tem se mostrado como importante meio de promover a saúde, prevenir doenças e realizar tratamento de forma oportuna, evitando assim os problemas de saúde mais presentes nesta população.

A disciplina apresentou na primeira aula de forma geral, o ser mulher e seus direitos reprodutivos e sexuais, seguiu com a assistência durante a gestação e puerpério, onde foi discutido através do fórum o porquê de prestar assistência à mulher que está num estado fisiológico e natural, passando por uma gestação e para que ela deve ter assistência, consultas, orientações, vacinas e exames.

A assistência pré-natal é indispensável para toda gravidez, independente do risco gestacional, uma vez que constitui um período de grandes transformações fisiológicas e psicológicas para a mulher.

A base do cuidado pré-natal fundamenta-se principalmente em medidas preventivas, em que são prestadas orientações importantes objetivando uma gravidez livre de complicações para mãe e o nascimento de um bebê saudável. O atendimento de qualidade durante a gravidez permite também a identificação precoce de complicações típicas desse

período, possibilitando o tratamento e minimizando assim os danos para a mãe e para o bebê.

O atendimento de pré-natal é de fundamental importância para o preparo da maternidade, deve ser reconhecido como uma forma de prevenir intercorrências clínico - obstétrica, bem como assistência emocional, e não apenas como simples assistência médica (BENIGNA, NASCIMENTO, MARTINS, 2004).

Na aula três, foi apresentada a assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério, onde foi proposta uma atividade para identificar junto à equipe e no sistema de informação da unidade básica de saúde e/ou município alguns dados referentes a prevenção do câncer uterino e de mama.

A equipe de saúde realiza algumas ações que visem à prevenção do câncer de útero e de mama, uma vez por semana é realizada a coleta para exame de citopatológico do colo do útero, neste momento faz-se também o exame clínico das mamas e orientações quanto ao auto-exame das mamas. Cerca de 30 mulheres realizam o exame por mês, destas cinco apresentaram lesão no período de um ano. Quanto as amostras, cerca de 90 % são satisfatórias.

Com relação a quantidade de exames disponibilizados pelo município e/o UBS, temos o seguinte: os dados do município não foram identificados, no entanto, para a unidade de saúde são disponibilizados 07 USG por mês, e quanto a citologia, as mesmas são realizadas conforme a demanda da unidade, sendo que temos apenas 07 espéculos e não dispomos de autoclave na própria unidade, o que nos permite a realização de apenas 07 exames por semana.

Na evidência de uma lesão de colo durante exame preventivo, ou quando este vem com resultado apresentando alteração, a mulher é encaminhada para consulta com ginecologista no hospital municipal, o mesmo realiza colposcopia e biopsia, os demais procedimentos e exames necessários são encaminhados para o centro de referência.

Na UBS, no ano de 2010, cinco mulheres foram tratadas e/ou acompanhadas. Usamos como estratégias para busca ativa dessas mulheres as orientações realizadas pelos ACS, bem como o encaminhamento a UBS. Na própria unidade realizamos orientações a todas as mulheres que procuram o serviço para qualquer atendimento e assim procuramos orientá-las quanto à importância do exame preventivo.

Na última aula dessa disciplina foi apresentado um protocolo de cuidados com vítimas de violência de acordo como vem sendo tratada a mulher vítima de violência na UBS. Foi proposto um fórum sobre a possibilidade de implantar atividades de saúde juntamente com

outras instituições sociais do município no sentido de promover e proteger a saúde das mulheres que se encontram em situação de violência.

As ações de saúde para o enfrentamento de situações de violência contra a mulher deve ser realizada através de parcerias, tanto da equipe de saúde, centro de assistência social, CAPS, hospital e serviços policiais e jurídicos. Não é fácil haver essa interação e muitas vezes as ações se delimitam a um único serviço. Outro fato importante que dificulta a resolubilidade das ações é a não aceitação por parte das vítimas de violência, a denunciar o agressor, onde já pude presenciar por algumas vezes, ter recebido vítimas com lesões corporais para o atendimento, em que as mesmas solicitaram o sigilo e não denunciar a autoridade policial o agressor, por medo ou pena do mesmo. Como deveríamos agir numa situação dessas? A denuncia será apenas realizada com a autorização da mulher, isso favorece o retorno da mesma a unidade de saúde com as mesmas queixas.

Em um estudo realizado por Deslandes, Gomes e Silva (2000) num hospital do Rio de Janeiro, das 72 mulheres entrevistadas vítimas de violência apenas três mulheres afirmaram que iriam dar queixa do agressor. Esses mesmos autores relatam a importância da sensibilização dos profissionais para o atendimento desses casos e para a notificação e encaminhamento a outros profissionais e serviços para o acompanhamento dessa mulher.

Os serviços de atenção primária são de grande importância para o atendimento a essas mulheres vítimas de violência, visto sua grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e atuar de forma oportuna, antes de incidentes mais graves.

4.6 SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS

Atualmente vivemos as conseqüências problemáticas dos modos de produção e reprodução material criados na modernidade. Os problemas ambientais são decorrentes tanto da modernidade avassaladora quanto do atraso e da pobreza, gerados pela riqueza e pela miséria. Para se extinguir a fome e a miséria não é nada fácil. Na verdade, a extinção da fome e da miséria, que é imposta a parte considerável da população mundial, pressupõe nova economia, novas tecnologias, novas modalidades de apropriação da natureza, novas relações de trabalho e novas formas de propriedade, enfim, uma formação econômico-social ecológica, isto é, uma estrutura econômico-social-política e cultural em que produção, distribuição e consumo de riquezas se façam a partir da busca da equidade e da sustentabilidade social e temporal (RADICCHI & LEMOS, 2009).

As questões ambientais apresentadas na disciplina refletem a maneira de como o desenvolvimento, o capitalismo e a globalização e suas relações de trabalho vem interferindo

no meio ambiente, trazendo conseqüências negativas quanto à qualidade de vida e saúde das pessoas. O consumismo exagerado e cada vez mais globalizado de bens e serviços, exigindo o aumento da produção desses determina a utilização do meio ambiente como fonte de recursos. Para que esses recursos sejam utilizados de forma equilibrada sem maiores prejuízos para o meio ambiente e população vem se falando em políticas de sustentabilidade, onde todos os setores governamentais, não governamentais e sociedade devem participar de maneira a amenizar os impactos causados pela enorme degradação que vem ocorrendo em nosso meio ambiente. Sendo assim, torna-se importante a participação de todos nesta caminhada em busca do desenvolvimento sustentável, pois se continuarmos com o uso indiscriminado dos recursos naturais, a vida de todos os seres humanos estará em risco.

Na realidade a qual trabalho, existe um sério problema quanto à utilização do meio ambiente, especificamente a vida marinha. A pesca ilegal da lagosta, principal fonte de renda do município, vem apresentando enormes conseqüências, tanto econômicas, social e ambiental, desta forma trazendo prejuízos para toda população. Sendo assim, observa-se a necessidade urgente de políticas públicas com vistas ao desenvolvimento sustentável, ou seja, a valorização da pesca artesanal.

Enfim, a educação ambiental para a sustentabilidade é de fato o meio mais importante e efetivo para o crescimento que permita o uso equilibrado dos recursos naturais, e que determinem uma melhor qualidade de vida e saúde onde todos devem ser responsáveis pela construção de um ambiente saudável e livre de danos.

No Brasil os principais agravos a saúde do trabalhador são os acidentes de trabalho, as intoxicações por substâncias químicas, os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, dermatoses ocupacionais e perda auditiva induzida pelo ruído. Os acidentes de trabalho são os mais comuns, e que podem trazer conseqüências graves aos trabalhadores. Por esse motivo existe hoje organização dos serviços para o cuidado com a saúde dos trabalhadores (UFC, 2011)

A maioria das empresas conta com serviços de saúde do trabalhador e demais serviços de assistência a acidentes de trabalho, com equipe multidisciplinar e equipamentos necessários em casos de emergência, porém não basta apenas esse tipo de atendimento, mas sim a utilização de medidas preventivas, como manutenção de equipamentos entre outras para assim minimizar os riscos de acidentes de trabalho.

Apesar da melhora nos serviços de saúde do trabalhador e a atuação de inúmeras empresas com essa responsabilidade ainda encontramos alguns setores que não atuam de forma a garantir a saúde do trabalhador.

Neste contexto, torna-se importante a implantação de políticas públicas com vistas ao controle e fiscalização dos serviços no intuito de evitar esses tipos de acidentes e melhorar a saúde dos trabalhadores.

Segundo Nardi (1997), a saúde do trabalhador é entendida como uma inter relação de diversos conhecimentos, tais como: saúde pública, medicina social, saúde coletiva, clínica médica, entre outros, que são responsáveis juntamente com o conhecimento do próprio empregado, permitindo assim uma nova compreensão sobre a influência do trabalho e suas dimensões com a saúde como um todo. Atuando assim através de práticas de saúde do trabalhador e intervindo nas necessidades.

Sendo assim, os serviços de saúde do trabalhador devem atuar em ações quanto à promoção e prevenção da saúde, bem como do tratamento e reabilitação dos casos. Estratégias que atuem na fiscalização dos processos de trabalho e segurança do trabalhador são de fundamental importância.

A atenção primária a saúde, é o modelo de porta de entrada do sistema único de saúde, através da estratégia de saúde da família, sendo, portanto um aliado no processo de saúde dos trabalhadores. A ESF deve atuar conjuntamente com os demais níveis de complexidade do sistema, através da incorporação da assistência a saúde do trabalhador nas atividades cotidianas da equipe atuando também quando necessário na orientação das referências para níveis mais complexos. Através do reconhecimento da área, definida como territorialização, são identificados os ambientes de trabalho, principais problemas relacionados ao trabalho, e assim permitir a atuação com vistas à promoção e prevenção da saúde do trabalhador (UFC, 2011)

Na compreensão atual, as áreas ou campos temáticos saúde ambiental e a saúde do trabalhador compartilham a característica da transversalidade, exigindo políticas públicas que articulem os setores sociais responsáveis pela produção e geração de riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e o ambiente e aqueles responsáveis pela atenção integral, a vigilância e a reparação dos agravos. Nessa perspectiva, o SUS deve desenvolver práticas de saúde inovadoras, envolvendo equipes multidisciplinares que incorporem, além de seus princípios e diretrizes próprios, outros como o da precaução e o poluidor-pagador, originários da área ambiental, em estreito diálogo com os movimentos e organizações da sociedade civil (DIAS et al, 2009).

4.7 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Saúde Bucal veio reorientar as ações de saúde bucal tendo como locus e atuação a Estratégia de Saúde da família, no entanto os pressupostos desse modelo de atenção não vêm sendo estruturados de forma a garantir total resolubilidade no que concerne ao atendimento integral e universal da população, associados a essas características encontramos ainda uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, principalmente aos equipamentos e insumos de trabalho, fato este que pude observar no município o qual trabalhei por quase 03 anos, tendo sido observado por muitas vezes a falta de materiais básicos para realização de procedimentos odontológicos, nos quais os profissionais odontólogos ficariam impotentes ao se depararem com situações as quais não poderiam atuar por falta de luvas, compressores, entre outros, isso não quer dizer que não houve melhora no contexto de saúde bucal no Brasil e que esse serviço pôde abranger uma maior parcela da população, no entanto ainda se tem muito a melhorar, através de medidas básicas e administrativas, com vistas à melhor qualidade e abrangência do serviço de saúde bucal.

As ações de saúde bucal na atenção básica são realizadas por meio dos ciclos de vida, com atendimento interdisciplinar na assistência pré-natal, de puericultura, cuidado da criança, adulto e idoso. No entanto quando não dispomos de profissional odontólogo, essa atuação se torna dificultosa, como exemplo posso citar a unidade de saúde a qual trabalhei, onde não existia esse profissional na própria unidade, sendo que este realizava atendimento no hospital municipal, diminuindo assim o nosso contato, no entanto acredito ser de fundamental importância essa relação entre os profissionais, no intuito de qualificar a assistência prestada à população, principalmente em se tratando de saúde da gestante e dos bebês. A enfermagem torna-se importante meio de contato com essa população, através do atendimento pré-natal e de puericultura, sendo assim pode-se observar de perto as intercorrências odontológicas, bem como atuar na promoção da saúde bucal e prevenção de agravos, visando uma melhor qualidade da saúde bucal da população.

È evidente o quanto é importante a atuação conjunta dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, e assim contribuir melhor para saúde bucal da população. Na verdade, na ESF na qual trabalhava há pouco tempo, esse atendimento não era realizado e as ações de saúde bucal eram bem fragmentadas, principalmente com relação aos adolescentes e adultos, sendo que esse atendimento era realizado exclusivamente pelo profissional dentista, fora da unidade, visto a ausência de consultório dentário no local. Essa situação pode dificultar o atendimento, mas não justifica uma atuação de forma tão fragmentada. Hoje, se estivesse trabalhando ainda na ESF, com certeza teria outra visão em relação a esse serviço de saúde bucal e iria buscar integrar as ações médica e de enfermagem com o atendimento a saúde

bucal de forma ampliada atingindo não apenas crianças na puericultura e gestantes no pré-natal, mas sim a toda a população atendida pela ESF.

A população muitas vezes desconhece a importância do atendimento odontológico, principalmente em se tratando das gestantes, as quais apresentam medo na procura do serviço de odontologia. Em estudo realizado por Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004), foram encontradas barreiras que impedem a procura desse serviço, sendo a baixa percepção da necessidade, medo, custos e dificuldade de acesso os mais encontrados entre os indivíduos. Entre os fatores limitantes a prática odontológica o estudo mostra que a inadequação dos recursos humanos, a formação inadequada dos profissionais e a má distribuição geográfica da mão de obra constituem fatores determinantes.

O progresso nas condições de saúde e qualidade de vida da população brasileira trouxe o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente um envelhecimento populacional, no entanto quanto à saúde bucal esse desenvolvimento não foi acompanhado de forma a garantir uma cobertura universal a esses serviços, sendo que apenas uma parcela da população tinha direito a assistência bucal (UFC, 2011 a).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, aliados a questões culturais e regionais são considerados determinantes dos problemas que vem atingindo a população idosa nos dias de hoje, caracterizando essa condição dentária de total mutilação que vem sendo apresentada nos perfis epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira.

Um estudo realizado por Silva e Castellanos Fernandes (2001), mostrou que os idosos apresentam precária percepção quanto aos problemas bucais, mostrando que 60,8% e 81,3% dos examinados declararam não ter nenhum problema em seus dentes ou gengivas respectivamente. Isso se caracteriza como um processo cultural, onde se foi construído um paradigma o qual o edentulismo é considerado um processo normal da pessoa idosa.

Estudos demonstram que essa realidade ainda é mais evidente na região nordeste. No Ceará, um estudo realizado por Gaiao, Almeida e Heukelback (2005), em idosos institucionalizados no município de Fortaleza, mostrou um índice CPO-D dos idosos bastante elevados, com valor de 29,73, enquanto que no Brasil em 2003 esse valor foi de 27,79. Segundo os autores essa situação é reflexo de um sistema de saúde pública que não priorizou a saúde bucal, demonstrando uma inexistência de ações preventivas, educativas e curativas no passado.

No município o qual trabalhava, não apresentava informações para os profissionais quanto ao índice de CPO-D dos idosos, nem de outra faixa etária, apenas obtive conhecimento acerca desses índices através da especialização. Acredito ser de fundamental importância o

conhecimento da realidade local para que possamos atentar para as ações e serviços de saúde na ESF que possam contribuir com a saúde bucal da população seja criança, adolescente, adulto e idoso, e assim promover ações que visem à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de todos, principalmente na atuação interdisciplinar que venham a promover perfis epidemiológicos diferentemente dos encontrados atualmente.

4.8 ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência através do seu artigo 1º, as PcD são aquelas que possuem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas (BRASIL, 2008).

Foi criada a política nacional de saúde para as pessoas com deficiência, diante da necessidade de um melhor atendimento a essas pessoas, tendo sido aprovada a no Conselho Nacional de Saúde e publicada pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 10.060/2002. Esta política trouxe o detalhamento para as ações tanto no Sistema Único de Saúde e nas diversas instâncias governamentais, como nas relações intersetoriais e nas de parceria com as organizações não-governamentais da sociedade (BRASIL,2006a).

A disciplina apresentou um fórum onde foi possível discutir as conquistas legais da pessoa com deficiência nas questões de saúde e atendimento implementado na unidade de trabalho.

A acessibilidade da pessoa com deficiência aos serviços de saúde, bem como a outros serviços, vem sendo conquistada legalmente no decorrer dos anos, no entanto não é evidenciado frequentemente na prática cotidiana, ainda sim observamos uma dificuldade considerável por parte destas pessoas a utilização de serviços, entretenimento entre outros de forma igualitária. Os vídeos demonstraram alguns pontos importantes os quais os portadores de algum tipo de deficiência enfrentam no seu cotidiano, seja na sua locomoção ate suas atividades de lazer. As equipes de saúde da família bem como a estrutura física da unidade de saúde devem estar preparadas para o atendimento integral dessa população, visando uma melhor qualidade de vida das pessoas com algum tipo de deficiência.

Os tipos de deficiências foram abordados durante a disciplina de modo onde foram conceituadas, classificadas e apresentadas as formas de contato desenvolvidas com essas pessoas, com vistas a uma comunicação eficiente, preservando a igualdade de direitos dos todos os cidadãos.

Uma dificuldade que limita o atendimento é a relação interpessoal com alguns pacientes, a comunicação se torna dificultosa na maioria das vezes por despreparo da própria equipe. Para tanto seria primordial a qualificação dos enfermeiros e demais profissionais, com ênfase desse tema nas graduações e possibilitando-os contato com instituições que prestem serviços a PcD (FRANÇA & PLAGLIUCA, 2009).

Por fim, foi realizada uma atividade através de um roteiro de observação (APÊNDICE 2), onde foi possível observar as condições de acessibilidade de uma unidade básica ou unidade hospitalar ou um domicílio de uma pessoa com deficiência.

Realizei a atividade através do roteiro de observação numa unidade de saúde, a qual estava trabalhando. Foi possível identificar as dificuldades que as pessoas com deficiência têm com relação à acessibilidade a um serviço de saúde, bem como a falta de qualificação profissional no atendimento a essa demanda.

4.9 TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE - PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

As atividades educativas no cotidiano de trabalho na ESF são de grande importância e durante esta disciplina tivemos a oportunidade de refletir sobre as práticas pedagógicas desenvolvidas e a sua importância, bem como analisar as ações educativas desenvolvidas em nossa prática profissional.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) no seu art. 1º, afirma que “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996).

Assim, percebemos a importância das atividades educativas no processo saúde-doença da população.

No fórum dessa disciplina discutimos como poderíamos melhorar nossas atividades educativas para uma mudança real da situação de saúde da população por nós acompanhada, e de acordo com os modelos apresentados no texto de Bodernave (1999), pude compreender os seguintes aspectos relacionados: A construção de conhecimentos nas atividades educativas proporcionadas pelos profissionais de saúde precisa expressar a ciência a tecnologia e a responsabilidade social, sempre inserindo o público alvo como principal modificador da nossa realidade, por isso devemos seguir um caminho e não um trilho, neste as idéias são impostas e a população tem que seguir. Sabemos que a construção de conhecimentos precisa de muita

reflexão e discussão, então devemos inserir a comunidade como protagonista da educação em saúde e devemos ser parceiros da Saúde, verdadeiros orientadores de Saúde.

As atividades educativas fazem parte das responsabilidades dos profissionais da Estratégia de saúde da família – ESF, por meio do princípio da integralidade da assistência, sendo assim o profissional deve olhar o usuário em sua totalidade, buscando suas necessidades mais abrangentes (ALVES, 2005).

Para que haja uma efetiva atuação profissional no que concernem as práticas educativas em saúde na ESF, torna-se necessário acima de tudo conhecer a realidade a qual aquela comunidade se encontra, bem como sua cultura. A relação intercultural torna-se importante para determinar um maior vínculo entre as partes e as representações sociais de saúde e doença. Deve haver uma relação de confiança, onde a negociação torna-se evidente, o conhecimento deve ser construído reciprocamente e o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença deve ser conjunto. O saber popular deve ser compreendido de forma a garantir a cooparticipação dos usuários no sistema de saúde.

Através do acolhimento podemos entender a proposta de humanização dos serviços de saúde como política nacional que propõe humanizar o que é humano e aprimorar as relações humanas, essencial para a produção da saúde. É preciso construir vínculos com a comunidade para que você também seja acolhido. Sob esse aspecto, o acolhimento se concretiza como “tecnologia do encontro”, que se constrói no cotidiano (BRASIL, 2006).

Existem algumas tendências pedagógicas que podem aparecer em nosso meio, em se tratando da educação em saúde podemos relatar duas, uma é a de condicionamento, onde o processo educativo pode ser realizado através da condição da troca, “se você fizer isso você vai ganhar isso”, outra tendência que pode ser vista de forma mais adequada e que é bastante utilizada nos serviços de saúde é a pedagogia da problematização, na qual são utilizados elementos da realidade para então detectar problemas e assim tentar resolve-los. No processo educativo relacionado às ações do Sistema único de saúde – SUS, a metodologia a ser trabalhada deverá esta relacionada a uma pedagogia crítica, onde os sujeitos são considerados participantes ativos do processo ensino aprendizagem.

4.10 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

Para que haja um eficiente processo de trabalho tem-se usado o planejamento como ferramenta fundamental para administrar situações cotidianas. Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um

cálculo que precede e preside a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nossas discussões, na disciplina Planejamento e Avaliação de Ações de saúde foram norteadas através de algumas questões apresentadas no fórum: como uma equipe de saúde deve planejar as intervenções que dão resposta às necessidades de saúde de sua área de abrangência? Quando é feito o planejamento, os interesses dos envolvidos e os possíveis conflitos são considerados?

Os serviços e ações na ESF devem ser planejados de acordo com o diagnóstico e análise situacional da realidade, tendo em vista as peculiaridades e necessidades de cada comunidade. Sendo assim as intervenções são realizadas de acordo com esse planejamento estratégico, que visa uma melhor compreensão da realidade. Na realização de um planejamento devem-se levar em conta os sujeitos e as variadas situações envolvidas no processo, tornando mais eficiente as atividades a serem desempenhadas.

A Vigilância à Saúde busca conceitos do planejamento situacional dentro do contexto da construção da idéia de distrito sanitário como processo social de mudança das práticas sanitárias, no sentido da eficiência e eficácia sociais, equidade e democratização. Este processo manifesta-se no espaço local, mediante as relações entre instituições de saúde, sob a regulação de uma autoridade sanitária local e a sociedade ou grupos sociais, com a diversidade de problemas que se expressam na singularidade daquele território (RIVERA & ARTMANN, 1999).

A realização de um plano de ação foi outra atividade desenvolvida no decorrer desta disciplina, primeiramente organizamos os grupos de trabalho, os quais se comunicaram através de fóruns para elaboração de um plano de ação de acordo com os conhecimentos adquiridos durante a disciplina.

Na elaboração do plano de ação os componentes da equipe trocaram experiências com relação aos problemas mais evidentes na sua prática cotidiana, a identificação das prioridades, como também a construção de um planejamento estratégico situacional, apresentando as medidas de intervenção com objetivo de alcançar a meta apresentadas, todo esse trabalho foi concluído com a realização de um plano de ação.

Em relação à prática, percebi que realizar um plano de ação (APÊNDICE 1) para uma problemática vivenciada pelos integrantes do grupo foi muito importante e contribuiu muito para o meu crescimento profissional, fez com que eu visualizasse como as atividades educativas realizadas no meu ambiente de trabalho são importantes para a qualidade de vida

da população, bem como me estimulou a modificar a atual situação na qual a educação em saúde se encontra.

Essa experiência me incentivou a pesquisar mais sobre o assunto e produzir conhecimento científico para analisar melhor a situação na qual se encontra a educação em saúde da nossa região.

4.11 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE

Última disciplina do curso onde abordou em sua primeira aula de forma histórica os saberes e suas relações. Apresentou também o conceito de interdisciplinaridade e suas classificações.

A interdisciplinaridade é uma atitude coerente, onde os conhecimentos estão relacionados e tidos como de igual importância. O diálogo e interação são meios que possibilitam a interdisciplinaridade, compreendendo o comprometimento pessoal como aspecto importante de sua realização (FAZENDA, 2002).

Na estratégia de saúde da família o trabalho se dar através da equipe multidisciplinar, onde são integrados vários conhecimentos que trazem o cuidado de forma integral a população.

A interdisciplinaridade considerada como a integração de conhecimentos, habilidades e atitudes de diferentes áreas no atendimento multiprofissional é de fato importante na construção de uma atenção à saúde baseada nos princípios do SUS como a integralidade, universalidade e equidade e a ESF que vem como reorientação da atenção básica, torna-se o ambiente propício de atuação dessa equipe multiprofissional, onde deve existir o compromisso dos membros da equipe na realização de um trabalho conjunto que permita uma visão de áreas distintas de conhecimento, onde deve haver respeito, empatia, responsabilidade, atitude, compromisso mútuo, entre outros aspectos que visem uma atenção integral e de qualidade na busca da promoção e proteção à saúde da comunidade e dos indivíduos.

O trabalho em equipe na ESF tem como principal objetivo a obtenção de impactos sobre os fatores que determinam o processo saúde-doença e o atendimento interdisciplinar permite que a prática de um profissional possa se reconstruir na prática do outro, trazendo a transformação para a intervenção na realidade inserida. Sendo assim, o atendimento integral dos indivíduos e famílias torna-se facilitado pela integração de conhecimentos dos diferentes profissionais que compõe as equipes interdisciplinares (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

A integralidade na assistência visa atender as necessidades da população em todos os níveis, desde a promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, proporcionando o bem estar de todos e contribuindo para a saúde. As ações integrais de saúde devem seguir de acordo com as necessidades locais, visto as diferenças encontradas entre as famílias, sendo assim, torna-se necessário o conhecimento de cada realidade para que as ações sejam concretizadas de forma eficaz.

O cuidado integral favorece a ação interdisciplinar nas práticas da ESF, onde a valorização das diversas disciplinas contribui de forma significativa para uma melhor abordagem e resolubilidade do cuidado (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

Na última aula dessa disciplina foi abordado o tema da bioética, onde foram apresentados conceitos e seus aspectos atuais.

As relações entre os profissionais e pacientes devem ser mantidas observando as questões da bioética, levando em conta as necessidades dos indivíduos, suas peculiaridades, sua privacidade, sigilo, entre outros, aspectos esses necessários para o bom relacionamento e qualidade do serviço prestado. Nossas ações devem respeitar os indivíduos e em todos os nossos atos devemos informar e solicitar autorização para tal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária a Saúde, representada pela ESF através da equipe multiprofissional, vem realizar ações de forma interdisciplinar contemplando a assistência integral a população brasileira. Neste contexto, a formação profissional para este atendimento visa proporcionar aos profissionais conhecimentos e experiências necessários para o bom desempenho de suas atividades, contribuindo e melhorando com as condições de saúde da população.

O processo de trabalho em saúde realizado pela equipe de saúde da família, esta pautado no desenvolvimento de atividades relacionadas às necessidades locais, são utilizados modelos assistenciais que visem à criação de vínculo, comunicação efetiva e cooparticipação.

O curso de especialização à distância em saúde da família trouxe a oportunidade para um grande número de profissionais de vários locais poderem participar dessa experiência e assim aperfeiçoar seus conhecimentos quanto ao seu trabalho na ESF. Sendo assim, pode contribuir com a qualificação profissional trazendo melhorias para atendimento na Atenção Primária à Saúde – APS.

As trocas de experiências no ambiente virtual de aprendizagem através do conhecimento de realidades distintas, processos de trabalho diferenciados, bem como as discussões e reflexões que existiram através de fóruns relacionados aos conteúdos propostos pelo curso contribuíram de forma significativa com a atuação profissional dos cursistas.

Dificuldades existiram, no entanto o compromisso de cada um os levou a conclusão do curso, com experiências positivas que certamente os seguira por toda vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALBUQUERQUE, Olga Maria Ramalho de; ABEGG, Cláides and RODRIGUES, Cecile Soriano. **Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil.** Caderno de saúde publica, rio de janeiro, 2004.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 455-464. ISSN 1413-8123. DISPONÍVEL EM: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2011.

BENICIA, Maria José Cariri; NASCIMENTO, Wezila Gonçalves de; MARTINS, João Lopes. Pré-natal no Programa de Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. 23-31, jul.-dez. 2004.

BEHAR, Patrícia Alejandra; PASSERINO, Liliana; BERNARDI, Maira. Modelos Pedagógicos para Educação à Distância: Pressupostos teóricos para construção de objetos de aprendizagem. *Novas Tecnologias na Educação. CINTED-UFRGS.* v 5, nº 2, dezembro de 2007.

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos.** In: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU (J. P. Santana & J. L. Castro, org.), pp. 261-268, Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN.1999.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes do Nasf - Núcleo de Atenção à Saúde da Família.** Caderno de atenção à saúde. Brasília (DF). 2010.

_____. Lei nº 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm>. Acesso em: julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Brasília, 2008. Disponível em: <http://assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006a.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p. Disponível em:
<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 05 de setembro de 2011.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu and SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. **Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, n.1, pp. 129-137. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n1/1571.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2011.

DIAS, Elizabeth Costa et al . **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, Dec. 2009 . Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fev. 2011.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e Interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia**. 5ª Ed. 2002. ISBN: 851500506-9. Edição Loyola, São Paulo, Brasil.

FRANÇA, ISX; PLAGLIUCA, LMF. **Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem**. *Rev Esc Enferm USP*, 2009, p. 178-185.

FREIRE, FHMA. **O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2004.

GIAIO, Luciene Ribeiro; ALMEIDA, Maria Eneide Leitão de and HEUKELBACH, Jorg. **Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2005, vol.8, n.3, pp. 316-323. ISSN 1415-790X. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n3/13.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2011.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. *Cad. Saúde Pública* (online). 2005, vol.21, n.2, PP. 490-498. ISSN 0102-311X. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>. Acesso em: 28 de novembro de 2011

KANTORSKI, Luciane Prado *et al* . **O Cuidado em Saúde Mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante**. *Revista Enfermagem (UERJ)*, v. 14, p. 366-371,

2006. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-438693>. Acessado em: 08/08/2011.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.) (1997) *Trabalho e tecnologia, dicionário crítico*. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 219-224.

RADICCHI, Antônio Leite Alves; LEMOS, Alysson Feliciano. Saúde ambiental. NESCON/UFGM - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 76p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2786.pdf>. Acesso em: 09 de fev. de 2011.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 de out. 2011.

SCHIMITH MD, LIMA MADS. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família**. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1487-1494. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>. Acessado em: 08/08/2011.

SILVA, Silvio Rocha Corrêa da and CASTELLANOS FERNANDES, Roberto A. **Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.4, pp. 349-355. ISSN 0034-8910.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. **Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400012&lng=pt&nrm=iso. acessos em 04 nov. 2011.

SOUZA, Ângela Maria Alves e; BRAGA, Violante Augusta Batista. Reforma **psiquiátrica brasileira: muito a refletir**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200013&lng=pt&nrm=iso. acessos em 03 nov. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_04/. Acesso em: 06 novembro de 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil parte 1. Fortaleza 2011. Disponível em

http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_03/. Acesso em 14 de março de 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Políticas de saúde bucal. Fortaleza 2011 a. Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_01/. Acesso em 25 de março de 2011.

APÊNDICE 1- PLANO DE AÇÃO

1 – DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Após o diagnóstico situacional da área adscrita, foram encontrados alguns problemas, tais como: gravidez na adolescência, baixos índices de aleitamento materno exclusivo até os seis meses, uso de drogas, baixas taxas de mulheres para coleta de exame de citopatológico, baixa adesão ao tratamento para hipertenso e diabético, baixa participação popular nas atividades educativas.

2 – PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Consideramos que todos os problemas citados anteriormente têm grande importância no processo saúde e doença da população, no entanto, escolhemos como problema prioritário a baixa participação da clientela adscrita em atividades educativas, tendo em vista a relação imediata com os demais, uma vez que, quando realizada adequadamente pode contribuir de maneira satisfatória nos indicadores de saúde que foram citados também como problemas importantes.

3 – DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS

Esta baixa participação popular nas atividades educativas realizadas pela equipe de saúde da família pode estar relacionada a alguns fatores:

- A falta de infra-estrutura e locais adequados para realizar essas ações
- A falta de recursos materiais e operacionais para as atividades
- A dificuldade em organizar os grupos, horários e a periodicidade das reuniões
- A falta de transporte no dia agendado para locomoção dos profissionais ao local marcado para a reunião
- A falta de capacitação dos profissionais e estímulo a realização dessas atividades
- O baixo nível econômico, social e educacional da população para compreender a importância da educação em saúde.

A baixa participação popular pode ser descrita como a falta de interesse, falta de motivação da população em participar das atividades elaboradas pela equipe, com isso a atividade não tem eficácia. Uma das formas de manifestação da participação popular exercida pelo usuário refere-se aos Conselhos de Saúde Municipais em suas várias áreas de

organização. No caso citado há participação direta em decisões e ações por parte da população.

A partir das nossas vivências como integrantes da Equipe da Estratégia Saúde da Família do estado do Ceará, identificamos o quanto é baixa a frequência da participação popular nas atividades educativas desenvolvidas pelas equipes da ESF, e que, quando as realizamos, fazemo-nas de maneira verticalizada, com temas prontos, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela. Percebemos, também, que a orientação individual oferecida por ocasião das consultas, restringe-se ao simples repasse de informações, denunciando problemas relacionados com a falta de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais à realização adequada dessa atividade. A falta de interesse, e motivação da população em participar das atividades elaboradas pela equipe, bem como a postura profissional daqueles que atuam como meros repassadores de informações, sem fazer uma reflexão da realidade local e priorizando atividades curativas, permite que a educação em saúde fique em segundo plano.

Segundo Alves (2005) a abordagem profissional deve ir além de ações meramente curativas, mas sim deve buscar dimensionar fatores de risco a saúde, através de ações preventivas no âmbito da educação em saúde.

4 – EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A ausência ou pouca participação popular faz com que as atividades educativas que são primordiais para promoção, prevenção e recuperação da saúde percam a sua efetividade, levando a desmotivação dos profissionais e da própria população, sem falar que os problemas de saúde continuarão a aumentar naquela comunidade. A educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade.

O objetivo de uma educação em saúde onde haja diálogo, que é considerado primordial na efetividade do processo, não é o de informação para a saúde, mas sim o de transformar os saberes existentes dos sujeitos, trazendo autonomia e responsabilidade por parte dos mesmos quanto ao cuidado com a saúde. (ALVES, 2005)

5 – SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Um dos principais nós críticos é a falta de informação por parte da população e seu nível educacional, onde em sua grande maioria acha que os profissionais estão ali para tratar as doenças e que atividades educativas não resolvem nada. A disponibilidade de tempo da

população também interfere na adesão às reuniões, os mesmos entendem que só precisam de atendimento quando estão realmente doentes, não podendo disponibilizar seu tempo para ir a reuniões com a equipe.

A alta demanda das pessoas interessadas em consultas diminui o tempo que a equipe tem em realizar atividades educativas e se torna um nó crítico. Muitos dos profissionais, por não disporem de área física e de material de apoio para o desenvolvimento dessas atividades, não encontram motivação para executá-las e outros profissionais não possuem habilidade para o trabalho com grupos, apresentando timidez e inibição para o desenvolvimento dessa tarefa, transformando as atividades em apenas repasses de informações, sem criatividade e dinamismo, afastando com isso a população.

6 – DESENHO DAS OPERAÇÕES

A falta de informação é resultado do sistema educacional precário: melhorar a qualidade do ensino, incentivar as pessoas à leitura e estudo, mostrar a importância da participação popular, dar incentivo para as pessoas participarem, oferecer brindes aos participantes, oferecer benefícios aos participantes sem, no entanto lesar os que não participarem integrar as atividades à escola, a fim de prover as futuras gerações daquela comunidade de conhecimento aplicável. Capacitar e motivar os profissionais, incentivando a criatividade e o envolvimento com o público-alvo. Estipular limite de atendimento com base em protocolos existentes já que o programa de saúde da família está pautado, dentre outras diretrizes, no trabalho multiprofissional e na participação social, divulgação do objetivo da participação popular em rádios e panfletos. Organizar o serviço com um cronograma que disponibilize períodos para realização de educação em saúde. Dispor de transporte na necessidade de atividades fora da unidade de saúde. Sugerir que prêmios ou gratificações sejam dados pelos gestores aos profissionais da ESF que mais se destaquem na realização das práticas mais eficazes e resolutivas de educação e saúde.

7 – IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

- Econômicos ou financeiros
- Organizacionais (mobilização social, falta de espaço físico adequado, recursos humanos, equipamentos.)
- Cognitivos e culturais

- Político (conseguir o espaço na rádio local, construção de espaço físico adequado, transporte)
- Financeiros (aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos)
- Culturais (abordagem de assuntos com base no problema local levando em conta a condição sócio-econômica da comunidade em foco e suas representações sociais quanto ao processo saúde e doença, adequação da informação a ser divulgada junto ao grau de intelecto da população)

8 – ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO

Para a realização da educação em saúde não são necessários apenas o uso de materiais sofisticados. Se estes não estão disponíveis, a troca de idéias poderá ser enfatizada a partir da utilização de gravuras, recortes de jornal ou revista, materiais acessíveis na rotina de atendimento (por exemplo, o instrumental para exame ginecológico) e amostra de cada contraceptivo disponível. Dessa forma, a criatividade e o envolvimento dos profissionais com o seu público-alvo, tornam-se determinantes no sucesso das atividades de educação em saúde. Acreditamos que o PSF oferece uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de práticas dessa natureza.

9 – ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Muitos dos programas de saúde têm sido desenhados e executados para a população, quando o mais adequado para garantir a participação seria que fossem elaborados e aplicados com a população, quer dizer, entre os trabalhadores dos setores públicos em nível hierarquizado e a população. Este há de ser um processo de diálogo e negociação, cuja situação deve ir mudando com propostas de programas desenhados pela população e executados com a ESF.

As ações podem ser executadas dependendo da iniciativa e criatividade de cada profissional. O fator estímulo é de fundamental importância tanto pelos gestores como pelos membros da equipe. O quadro a seguir demonstra a divisão das responsabilidades e o prazo determinado para execução do plano.

Operação	Resultado	Produto	Operação estratégica	Responsável	Prazo
Aprender +	População mais informada sobre	Avaliar o nível	Apresentar de	Secretaria Municipal	Apresentar projeto em 3

	importância da sua participação	participação popular	projeto, Apoio das associações e ONGs	Saúde – SMS profissionais e gestor.	meses, e 6 meses para início das atividades
Receber melhor	Adequação da estrutura para poder acolher bem a população e realizar uma boa atividade educativa	Estruturar a UBS (Unidade Básica de Saúde), capacitação profissional	Apresentar projeto de estruturação da rede	SMS	Apresentação projeto 3 meses, início das atividades em 6 meses.
Participe também	Maior participação da comunidade	Criar uma agenda de atividades educativas	Apresentar projeto para ir aumentando a frequência de quantidade de atividades educativas	Profissionais da Estratégia de Saúde da Família - ESF.	Apresentação projeto 3 meses, início das atividades em 6 meses.

10 – GESTÃO DO PLANO

O quadro abaixo mostra o andamento na realização do plano após seis meses do seu início.

Planilha para acompanhamento do projeto:

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Participação popular	SMS, profissionais e gestor	6 meses	Projeto apresentado		
Estruturação da UBS capacitação profissional	SMS	6 meses	Capacitação realizada, UBS não estruturada	Falta de recursos financeiros	6 meses
Realização	Profissionais	6 meses	Iniciado, no	Estrutura	6 meses

de atividades educativas			entanto, forma irregular	de	da UBS	
--------------------------------	--	--	--------------------------------	----	--------	--

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Dados de identificação:

Nome da instituição: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MORRO ALTO

Tipo de instituição

- Hospital geral
- Hospital especializado em _____
- Unidade Básica de Saúde

Localização: ICAPUI-CE

Condições de Acesso da Pessoa Portadora de Deficiência às Instituições de Saúde

Assinalar com V ou F:

1. Via Pública

As avenidas de acesso das pessoas com deficiência (PD) no percurso casa-instituição de saúde possuem:

- (F) Faixas para pedestres
- (F) Rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos para tráfego de cadeiras de rodas
- (F) Obras públicas protegidas por tapume delimitador da área de construção de modo a deixar a calçada livre para a passagem das PD
- (F) As calçadas estão livres de cadeiras de bar ou outro tipo de mobiliário que impeça ou dificulte o trânsito das PD
- (V) As avenidas estão livres de buracos
- (F) As calçadas estão livres de buracos e desnivelamentos
- (F) As calçadas possuem largura mínima de 1,50 metros de modo a promover o livre trânsito das PD
- (V) As placas de sinalização de trânsito estão em locais visíveis
- (F) Existe sinalização indicativa do percurso para a instituição de saúde
- (F) Existem semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando para assegurar a travessia segura das avenidas pelas PD
- (F) Existem semáforos em pontos estratégicos munidos de dispositivo sonoro para orientar a travessia da avenida por PD do tipo visual
- (F) Os semáforos dos cruzamentos de avenidas possuem sinalização visual e auditiva para orientar a travessia das PD

2. Do acesso ao prédio:

- (F) A via pública de acesso ao prédio possui rebaixamento de guias por todo o trajeto obedecendo a inclinação transversal máxima da calçada

- (F) Possui estacionamento privativo para PD devidamente demarcado com o Símbolo Internacional de Acesso. (Nº de vagas ____ ; vagas demarcadas ____)
- (F) Os corredores de circulação e entrada de estacionamento possuem setas indicativas no sentido do deslocamento com o Símbolo Internacional de Acesso encaminhando para as entradas, saídas, sanitários, vagas ou locais acessíveis
- (F) O percurso da vaga até a entrada do edifício é livre de obstáculos

3. Do acesso ao interior do prédio

- (F) Através de escadaria sem corrimão
- (F) Através de escadaria com corrimão
- (V) Através de rampa de acesso para PD
- (V) As áreas de circulação possuem portas que têm largura livre de 0,80 cm
- (V) As portas do tipo vai e vem são dotadas de visor vertical
- (F) As portas de correr possuem trilhos rebaixados para o livre tráfego de cadeiras de rodas e o trânsito de deficientes visuais
- (F) O piso possui superfície regular, estável, firme e antiderrapante
- (V) As áreas de circulação coletiva possuem no mínimo 1,20 m de largura e estão livres de obstáculos tipo lixeiras, bebedouros e mobiliários

4. Condições de circulação vertical no interior do prédio

Circulação vertical através de

- (V) Rampa
- (F) Escadas
- (F) Elevador
- (F) equipamentos eletromecânicos especiais

4.1 Acesso por rampa

- (V) O acesso possui inclinação máxima de modo a minimizar esforços da PD
- (F) O piso é antiderrapante
- (F) No início e término da rampa o piso possui acabamento diferenciado para orientação dos deficientes visuais

4.2 O corrimão da rampa

- (V) é de material rígido
- (V) firmemente fixado
- (F) instalado em ambos os lados da escada ou rampa
- (V) a altura do corrimão é de 92 cm do piso
- (V) está afastado 4 cm da parede
- (V) prolonga-se pelo menos 30 cm antes do início e término da rampa ou escada, sem interferir com a área de circulação ou prejudicar a vazão

4.3 Acesso por escada fixa: (pessoas idosas, usuários de muletas, deficientes visuais)

- (F) possui patamar de 1,20 m sempre que houver mudança de direção ou vencer desnível superior a 3,25 m
- (F) os degraus
 - (F) têm piso de no mínimo 28 cm
 - (F) têm piso de no máximo 32 cm
 - (F) têm espelho de no mínimo 16 cm
 - (F) têm espelho de no máximo 18 cm
- (F) possui piso antiderrapante
- (F) corrimão
 - (F) de material rígido
 - (F) firmemente fixados
 - (F) instalados de ambos os lados da escada
 - (F) afastados 4 cm da parede
 - (F) altura de 92 cm do piso
 - (F) prolongamento de pelo menos 30 cm no início e término da escada

4.4 Os elevadores:

- (F) estão situados em local acessível
- (F) garantem a circulação até eles
- (F) estão situados em nível com o pavimento a que servem ou estão interligados por rampa
- (F) têm cabine com dimensão mínima de 1,10 m por 1,40 m e com espelho na parede oposta à porta
- (F) a porta do elevador possui vão livre de 80 cm
- (F) o elevador serve ao estacionamento onde há vagas reservadas para veículo de pessoas deficientes
- (F) possui botoeira com marcação em Braille e sinal sonoro para abertura e fechamento da porta
- (F) se possui botoeira, está na altura mínima de 89 cm e máxima de 1,35m do piso
- (F) possui corrimão na parte interna e posterior da cabine

5. Equipamentos e mobiliário

5.1 Equipamentos eletromecânicos

- (F) estão devidamente sinalizados com o símbolo Internacional de Acesso
- (F) possuem orientação sobre o seu funcionamento
- (F) existe sinalização em Braille explicando o seu funcionamento

5.2 O mobiliário

- (V) os balcões e mesas de trabalho têm, na sua parte superior, a altura de 80 cm do piso
- (F) os assentos de uso público têm profundidade mínima de 45 cm e estar instalados a 46 cm do piso, de preferência com alças de apoio

- ou braços
- (F) os bebedouros estão instalados a 80 cm do piso
- (F) os telefones estão instalados a uma altura entre 80 cm e 1,00m do piso
- (F) as botoeiras, os comandos ou sistemas de acionamentos estão entre 80 cm e 1,20m do piso
- (F) os locais de reunião possuem espaço reservado para cadeiras de rodas que devem ser de 90 cm por 1,20m nas primeiras filas e 90 cm por 1,50m quando nas fileiras intermediárias
- (F) os assentos ambulatoriais reservam um espaço livre frontal ao acento de 0,60m

6. Instalações sanitárias

- (F) existem sanitários e vestiários adequados para deficientes próximo a circulação principal do prédio
- (F) os sanitários e vestiários estão devidamente sinalizados
- (F) existem sanitários e vestiários disponíveis para ambos os sexos

6.1 Área de manobra de, no mínimo

- (F) 1,20 m para circulação em linha reta
- (F) 1,20m por 1,20m para rotação de 90°
- (F) 1,50m por 1,20m para rotação de 180°
- (F) 1,50m por 1,50m para rotação de 360°

6.2 Área de transferência

- (F) possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto de peças sanitárias para transposição de pessoa usuária de cadeira de rodas

6.3 Área de aproximação:

da bacia sanitária

- (V) possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 80 cm junto às peças sanitárias e acessórios que não precisam de transposição
- (F) na parede lateral e de fundo junto a bacia sanitária estão instaladas barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para bacia sanitária
- (F) as barras horizontais têm comprimento mínimo de 90 cm
- (F) as barras horizontais estão a uma altura de 76 cm do piso
- (F) a bacia sanitária está a uma altura de 46 cm do piso
- (F) papeleira junto a bacia sanitária, a 40 cm do piso e 15 cm a partir da extremidade frontal da bacia
- (V) a válvula de descarga está a uma altura máxima de 1,00m do piso

- (V) a válvula de descarga funciona com leve pressão

dos lavatórios

- (V) são do tipo sem coluna
- (V) estão a uma altura de 80cm do piso para permitir aproximação de cadeira de rodas
- (V) a torneira é de mono comando

dos mictórios

- (F) estão a uma altura de 46 cm do piso
- (F) possuem barras paralelas de 80 cm de comprimento, a 70 cm do piso e afastadas horizontalmente 80 cm
- (V) a válvula de descarga deve estar a 1,00m do piso e funciona com leve pressão

dos chuveiros, na área de internação

- (F) possuem banco retrátil instalados a 45 cm de profundidade por 70 cm de comprimento e a 46 cm do piso
- (F) possuem toalheiros, saboneteiras e cabides instalados a 1,0m do piso
- (F) possuem espelho com borda inferior a 90 cm do piso, quando plano; e a uma altura de 1,10m, quando inclinado
- (F) possuem área de transferência de 80 cm por 1,10m dentro ou fora do boxe para permitir a transferência de cadeira de rodas para o banco interno do Box
- (F) a área de transferência possui barras de apoio firmemente instaladas

7. Localização de espaços e assentos em salas/auditórios

- (F) garantem conforto, segurança, boa visibilidade e acústica
- (F) estão integrados com a disposição geral dos assentos, de maneira a não segregar seus ocupantes e permitir que estes possam sentar próximo a seus acompanhantes
- (F) não estão obstruindo o acesso aos demais assentos e à circulação
- (F) estão localizados próximos às circulações de emergência

8. As portas de entrada, as saídas, rotas de fuga, elevadores e instalações sanitárias estão identificadas com Símbolo Internacional de Acesso:

- (F) no piso
- (F) vertical, fixada a uma altura de 1,70m do piso
- (F) vertical, fixada a 2,20m, em placa suspensa sob as mesmas