

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

KALLINE BELISA SAMPAIO MONTEIRO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SOB UMA VISÃO HUMANIZADA E
ACOLHEDORA**

FORTALEZA

2011

KALLINE BELISA SAMPAIO MONTEIRO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SOB UMA VISÃO HUMANIZADA E
ACOLHEDORA**

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: Profa. Tutora: Ms. Patrícia Maria Costa de Oliveira

FORTALEZA

2011

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

M777aMonteiro, Kalline Belisa Sampaio

Atenção primária em saúde sob uma visão humanizada/ Kalline Belisa Sampaio Monteiro. – 2011.
55f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.

Orientação: Profa. Tutora Ms. Patrícia Maria Costa de Oliveira

1. Humanização da Assistência. 2. Acolhimento. 3. Participação Comunitária. I. Título.

CDD 610.73

KALLINE BELISA SAMPAIO MONTEIRO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SOB UMA VISÃO HUMANIZADA E
ACOLHEDORA**

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

Prof^a. Tutora: Ms. Patrícia Maria Costa de Oliveira
Universidade Federal do Ceará

Prof. Especialista Jander Torres
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Especialista Francisca Lopes de Souza
Universidade Federal do Ceará

Ao meu esposo Antônio Júnior Uchôa Monteiro, por todo amor, apoio, dedicação e compreensão, que lado a lado foi cúmplice neste trabalho, aos meus filhos Joshua Sampaio Monteiro e Aisha Sampaio Monteiro, por estarem sempre comigo, participando desta caminhada, a minha mãe Ávia de Fátima Sampaio Lourenço, por todo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

O Deus: Senhor, por me propiciar essa conquista. Hoje olho para trás e sinto gratidão, olho para frente e sinto esperança.

Aos colegas da turma pelo apoio, incentivo e carinho durante todo o curso.

Aos professores, que me abriram horizontes de cultura e vida, em especial à professora tutora Patrícia Maria Costa de Oliveira pela valiosa orientação, decorrente de sua formação teórica e prática, dedicação, flexibilidade e firmeza.

Ao tutor presencial Jânder Magalhães pela dedicação, empenho, disponibilidade e sabedoria.

A Josiele Coutinho, por suas ricas orientações, sempre ágil e gentil em suas colaborações.

Aos profissionais que fazem parte do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da UFC (NUTEDS), por todo o empenho e contribuição.

“O ponto chave do trabalho de humanização está no fortalecimento desta posição ética de articulação do cuidado técnico científico, já construído, conhecido e dominado, ao cuidado que incorpora a necessidade, a exploração e o acolhimento do imprevisível, do incontrolável, ao indiferente e singular.” (Moraes)

RESUMO

Este trabalho é resultado de uma reflexão sobre a atuação da equipe de saúde na Estratégia Saúde da Família. A relevância do tema consiste em salientar as práticas de humanização em saúde e a participação coletiva e interdisciplinar nas ações planejadas e desenvolvidas. Relata a trajetória da saúde no Brasil, até ao Sistema Único de Saúde, descrevendo seus princípios e estratégias de organização e evolução da saúde dos seus usuários. Refere a atuação de forma humanizada e acolhedora dos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família. Descreve técnicas para que a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família seja de forma humanizada, analisando o usuário como um todo, em todos os seus aspectos, fazendo saúde sob seu conceito atualizado, lembrando que cada pessoa possui suas limitações, fazendo com que os clientes tenham confiança na equipe e autonomia. Descreve ainda, como a equipe deve atuar sempre de forma dinâmica e com ações planejadas coletivamente, atraindo a comunidade do território fazendo com que seja participativa, interagindo com parceiros e com multiprofissionais de forma interdisciplinar. Aborda a necessidade da educação especializada, fazendo com que os profissionais conheçam as vulnerabilidades existentes em seu território, obtendo êxito e resolutividade.

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Acolhimento, Participação Comunitária.

ABSTRACT

This work is result of a reflection about the action of Family Health Strategy. The relevance of the theme consists of pointing out of human practices in the health and the collective participation and interdisciplinary in the planned actions and developed. He/ She/ tells about the trajectory of the Brazilian health, until the Single Health System, describing your beginnings and organizagion strategies and evolution of your's health. Refers to human actions and welcoming of the professionals that make the Family Health Strategy. Describes techniques to actions of teamwork of Family Health Strategy in a humane way is by analyzing the user as a whole, in all aspects, doing the health under its current concept , reminding each person possesses your limitations, so that customers have confidence in the team and autonomy . Also describes how the team should always act deforms dynamic and planned actions collectively, attracting the community's territory making it participatory, interacting with partners in a multidisciplinary and interdisciplinary way. Addresses the need of specialized education, so that professionals be aware of vulnerabilities in your territory, succeeding and resolution.

Keywords: Humanization of Assistance, User Embracement, Consumer Participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1- Pacto da Saúde: uma estratégia para viabilizar a equidade em saúde no Brasil.....21
- Figura 2- Programa Saúde na Escola (PSE), reunião realizada na escola municipal Marcelo da Cunha Araújo, localizada no distrito de Oitizeiro em Reriutaba, no Estado do Ceará.....25
- Figura 3- Grupo de Gestantes. Roda de conversa, realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) Lucas Rodrigues de Brito, localizada na zona rural do município de Reriutaba, no Ceará.....29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AR - Alto Risco

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

BR - Baixo Risco

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CPOD - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados.

DANT - Doenças e Agravos não Transmissíveis

DOTS - Tratamento Supervisionado

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

NBR - Normas Brasileiras de Acessibilidade.

NUTEDS - Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PDSUS - Pacto em Defesa do SUS

PG - Pacto de Gestão

PHPN - Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento

PS - Pacto pela Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

PV - Pacto pela Vida

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RD - Redução de Danos

RN - Recém Nascido

SB - Saúde Bucal

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré – Natal e Nascimento

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

UNASUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Temáticas estabelecidas.....	16
2.1. Processo de Trabalho em Saúde.....	18
2.2. Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde.....	21
2.3. Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.....	23
2.4. Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.....	26
2.5. Saúde da Mulher.....	29
2.6. Saúde Mental e Violência.....	33
2.7. Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família ..	36
2.8. Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	39
2.9. Assistência Básica em Saúde a Pessoas com Deficiência	42
2.10. Interdisciplinalidade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	47
3. Considerações Finais	50
4. Referências	51

1. INTRODUÇÃO

O estudo pretende trazer à baila uma discussão atual e necessária, que é a atuação humanizada dos profissionais na atenção primária à saúde. Conhecer a trajetória dos modelos de saúde implantados no Brasil, acompanhar sua evolução, como o movimento sanitário e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, culminando na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde no Brasil vem evoluindo significativamente, na perspectiva de consolidação dos princípios ideológicos e organizacionais do SUS. No ano de 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) tendo como foco implementar a atenção primária, sendo considerado Estratégia Saúde da Família (ESF) por sua dinâmica.

Na perspectiva da saúde, as ações das equipes da ESF devem ser conduzidas por um maior número de profissionais inseridos na rede do SUS. Observamos um déficit de profissionais capacitados, a educação à distância em saúde, é uma forma alternativa para que essa realidade seja modificada, evoluindo o modo de promover saúde, para uma atuação dinâmica transdisciplinar.

É interessante que a equipe da saúde conheça seu território, obtendo uma visão maior de suas individualidades, para conhecer a realidade de cada indivíduo, sua cultura, comportamento, anseios, dúvidas e tabus.

Diante do exposto, considera-se importante, um maior conhecimento sobre o sistema de saúde no Brasil, ter objetivo de torná-lo organizado e resolutivo, buscar meios mais eficazes do acompanhamento das pessoas do território e suas relações, contribuindo de forma mais efetiva para a saúde da comunidade.

As ações articuladas da equipe multiprofissional devem conter elementos humanizados para um bom acolhimento, observando-se o elo de confiança mútua entre equipe e cliente, tendo como consequência a resolutividade. Nesse panorama, faz-se necessário estudarmos a saúde como um todo, possibilitando compreender as mudanças e evoluções no meio em que vivemos.

O conceito de saúde é amplo, envolve vários aspectos, sendo uma condição de vida, um dos veículos para a longevidade. As equipes de saúde devem ter compromisso

empenho, com o intuito de promover saúde em vários campos, em benefício de suas comunidades, como o princípio da acessibilidade.

A acessibilidade deve estar presente em todas as unidades de saúde, em seus sentidos de humanização e acesso universal. A estrutura física das unidades de saúde deve seguir as medidas e padrões das Normas Brasileiras de Acessibilidade (NBR) 9050, de pessoas com deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para assim haver igualdade de acesso aos usuários, não havendo dificuldades e ou constrangimentos. A acessibilidade aos serviços de saúde deve ser garantida para todos os clientes, não havendo distinção.

Diante desse contexto, é possível planejar atividades que atendam os interesses da comunidade e assim, conseguir atingir objetivos a partir de uma práxis pedagógica, planejar com objetividade, para alcançar com melhor sucesso a proposta da ESF.

Valerão todos os esforços nas adversidades de ações trabalhadas nos territórios, pela transformação das comunidades. Um envolvimento assim desperta nos usuários o grau de confiabilidade gerando vínculo e amizade. É interessante que as pessoas, sintam-se valorizadas.

O presente estudo é de grande valor, apresentando o caminho adequado para uma atuação acolhedora em saúde da família, possibilitando uma visão abrangente e humanizada da atenção primária, de forma que possa ofertar a comunidade resolutividade e autonomia, buscando como objetivo final a saúde e bem estar dos usuários.

Entretanto, conhecer o território é fundamental, assim como planejar as ações em conjunto, possibilitando que a ESF seja capaz de atender efetivamente as necessidades das pessoas de sua comunidade, sempre ouvindo com atenção e falando a mesma linguagem, fazendo com que haja vínculo entre equipe de saúde e usuários.

Nesse sentido, fez-se necessário estabelecer parcerias das esferas municipal, estadual e federal, possibilitando ações de promoção à saúde e sua continuidade.

Este estudo tem como objetivo geral, enfatizar o fortalecimento das ações de atuação da equipe de saúde multiprofissional na ESF, obtendo melhores resultados com a inserção de ações coletivas, diminuindo a vulnerabilidade da comunidade assistida. Os objetivos específicos buscam a reforçar a proeminência da capacitação dos profissionais inseridos na rede do SUS, possibilitando saberes específicos em saúde da família, fomentando um maior vínculo entre equipe de saúde e comunidade, realizando ações com humanização.

Evidenciar a importância das ações qualificadas da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. Refletir sobre as boas práticas em saúde da família exemplificadas pelo acolhimento humanizado.

2. TEMÁTICAS ESTABELECIDAS

O trabalho faz parte de um estudo especializado desenvolvido através da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), por meio de Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da UFC (NUTEDS) em modo semipresencial. A atuação do projeto foi realizada na cidade de Reriutaba, no estado do Ceará, no período de 28 de maio de 2010 a 01 de julho de 2011. O desenvolvimento do estudo em forma de portfólio possibilitou a elevação da qualidade das práticas em saúde.

O município de Reriutaba está localizado na região Noroeste do estado do Ceará. Reriutaba possui uma população de 19.455 habitantes, área de 383 Km² tendo como bioma a caatinga. Cidade pacata, de famílias tradicionais. Sua economia está focada no comércio local, agricultura, piscicultura e órgãos públicos.

O local das práticas de estudo foi a Estratégia Saúde da Família (ESF) Lucas Rodrigues de Brito, a unidade de saúde foi inaugurada há 22 anos, localizada na zona rural, aproximadamente 12 km da sede do município de Reriutaba- Ceará, abrangendo 07 localidades, promovendo saúde a 567 famílias.

A ESF consta em sua estrutura física de uma recepção pequena, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico (desativado), uma farmácia básica, um banheiro e um almoxarifado.

O cronograma de atividades mensal é exposto em um flanelógrafo contendo desenvolvimento de grupos operativos, puericultura, prevenção do câncer de mama e colo do útero, pré-natal, avaliação das crianças desnutridas, atendimento individual ao hipertenso e ao diabético, acompanhamento do desenvolvimento do adolescente, hanseníase, tuberculose com Tratamento Supervisionado (DOTS) domiciliar, visitas domiciliares, demanda espontânea, avaliação programa bolsa família e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

A unidade dispõe de sala de situação atualizada. Há a sistematização da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, melhorando as ações a cada avaliação. São realizadas semestralmente campanhas contra parasitose, em crianças de dois a dez anos.

Nessa perspectiva o trabalho é desenvolvida de maneira coletiva, dinâmica e humanizada, transmitindo a cada família segurança e autonomia.

A ESF Lucas Rodrigues de Brito foi o local onde foi desenvolvida e aplicada a prática de todos os estudos dos módulos. O curso ofertado possibilitou várias mudanças no modo de atuação em saúde, evoluindo de maneira significativa os resultados alcançados. A equipe implementou no cronograma de atividades, práticas como aplicação de flúor nas escolas da comunidade, grupos operativos e orientações sobre a higiene bucal nas ações de puericultura.

Entretanto, houve vários fatores que somaram na caminhada como exemplo: a organização do tempo para leitura, sendo estudados vários assuntos e inúmeros livros, artigos, revistas, entre outros, enriquecendo as atividades. A maneira de avaliação com portfólios foi magnífica, proporcionando conhecimentos específicos, evoluindo o modo da prática da dinâmica da ESF, estreitando laços, compartilhando pensamentos e discussões, sempre respeitando a opinião do outro.

Sá-Chaves (2000 *apud* Vieira, 2002): “[...] refere-se ao portfólio reflexivo como sendo instrumentos de diálogo entre educador e educando, que não são produzidos só no término do período para fins avaliativos. São continuamente (re) elaborados na ação e partilhados de forma a recolherem, em tempo útil, outros modos de ver e de interpretar, que facilitem ao aluno uma ampliação e diversificação do seu olhar, levando-o à tomada de decisões, ao reconhecimento da necessidade de fazer opções, de julgar, de definir critérios, além de permitir as dúvidas e conflitos para deles poder emergir mais consciente, mais informado, mais seguro de si e mais tolerante quanto às hipóteses dos outros.”

O curso foi composto de onze módulos, sendo eles: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher; Saúde Mental e Violência; 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 e Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde. Os portfólios foram desenvolvidos ao final de cada módulo, usamos várias fontes como pesquisa, como: fotos das atividades na ESF, manuais técnicos, artigos na web, resoluções do conselho nacional de saúde, diário oficial da união, diagramas.

O estudo é um relato de experiência, não sendo obrigatória a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Contudo, foram preservadas as identidades de indivíduos nas fotografias divulgadas.

2.1. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para que todo trabalho consiga êxito satisfatório, é preciso que a equipe seja motivada, elevando sua autoestima, atingindo o equilíbrio entre tempo e movimento, realizando um trabalho com amor e dedicação, conquistando uma autorealização profissional.

O trabalho em saúde deve ser desenvolvido com olhar humanizado, ouvindo o cliente, criando um vínculo de amizade e confiança, obtendo assim, resultados saudáveis. Há relatos na história da humanidade de cura pela fé e confiança em curandeiros, rezadores e religiosos, hoje essa cultura ainda faz-se presente em nosso meio, sendo mais forte em algumas comunidades.

A função da equipe multidisciplinar, no processo de trabalho em saúde é a realização da promoção à saúde, por meio da educação (grupos, atividades com a comunidade, campanhas) sendo de grande valor, pois por meio dela é possível desmistificar alguns mitos.

O processo de trabalho em saúde leva grandes benefícios às comunidades assistidas. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) proporcionam bens de serviços sociais de saúde a qualquer lugar, fazendo o acompanhamento das famílias como um todo, assistências biológicas, psicológicas, segurança, e sociais, buscando saúde em cada indivíduo, trabalhando assim a educação em saúde e o controle de inúmeras doenças e agravos.

“A atenção ou os cuidados primários de saúde como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas articulando a um sistema de promoção e assistência integral à saúde.” (ALEIXO, 2000 *apud* ABRAHÃO, 2007, p. 01.)

O cliente busca um bom acolhimento e resolutividade. A saúde é um dos fatores para longevidade do indivíduo, devendo ser analisado de forma singular, pois cada pessoa possui suas particularidades e limitações.

Entretanto, é de suma importância saber comunicar-se, falar a mesma linguagem, ouvir e ter atenção, transmitindo segurança e confiança, olhar humanizado individual, buscando a intervenção necessária para cada indivíduo.

O fator psicológico é decisivo para que exista segurança e vínculo com a comunidade, conhecendo seus costumes, crenças e religiosidades, sendo primordial para o processo de trabalho em saúde.

“A condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade.” (STARFIELD, 2002.)

Dessa forma, faz-se necessário conhecer nossa região em um aspecto amplo, seu comércio, política, costumes, classes sociais, cultura, clima, relevo e vegetação, obtendo um bom planejamento dos programas de saúde. Cada território possui características e identidade próprias, sendo possível conhecer seu perfil epidemiológico, organizando o serviço de saúde de acordo com sua realidade em saúde.

Conseguir aproximação com a população e seus seguimentos faz parte de um plano de humanização e melhoria da atenção em saúde traduzindo em resolução, satisfação e fortalecimento das relações humanas frente às demandas identificadas e promoção do autocuidado. (MATRICARDI *et al.*, 2008, p. 02.)

Todavia, para que as ações da equipe saúde da família sejam implementadas, é preciso à consolidação do vínculo entre equipe de saúde, comunidade e lideranças locais atraindo assim, as pessoas do território para as ações de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida.

2.2. MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Brasil transcendeu por vários modelos de saúde desde a década de 1920 aos dias atuais. Com o advento da revolução industrial e as conseqüentes epidemias e pragas, várias reivindicações foram realizadas em busca de saúde para os trabalhadores, sendo criadas as caixas de aposentadorias e pensão. Em 1988 houve a 8ª conferência nacional de saúde, culminando na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cuidado de saúde com a comunidade iniciou em 1987 com o programa emergencial no atendimento às vítimas da seca, com participação ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em 1988 a emergência foi desativada, iniciando o Programa Agentes Comunitário de Saúde (PACS), evoluindo para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando a mudança do modelo hegemônico.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028.)

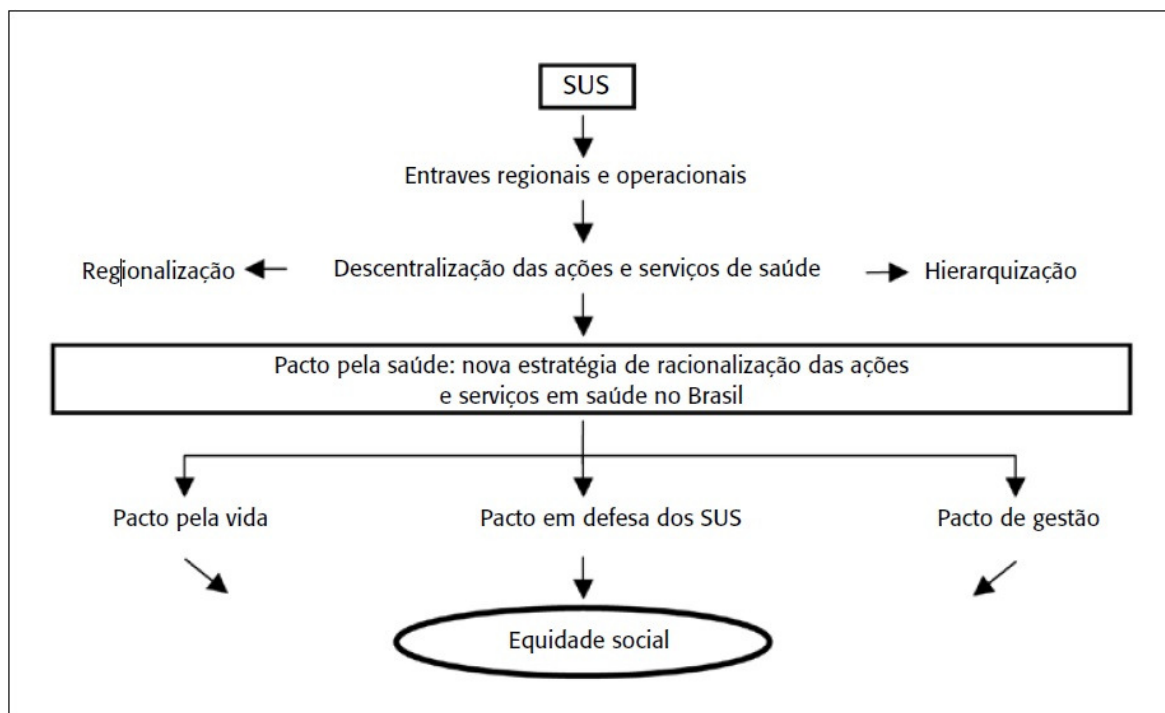
A ESF é o meio ideal, para tornarmos o modelo de saúde preconizado pelo SUS, firme e estável num futuro próximo. Os princípios do SUS, universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, controle social, descentralização, hierarquização e regionalização, devem ser seguidos, para um bom desempenho da equipe de saúde.

A atenção primária é a primeira entrada para saúde do usuário, deve constar de equipe multiprofissional, atuando em conjunto. É essencial conhecer as características diversas de seu território, assim como atuar com humanização, sempre ouvindo o usuário e falando a mesma linguagem. A ESF é uma estratégia de organização do modelo de saúde, desenvolvendo vários programas entre eles, o pacto pela vida e o Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT).

Como uma oportunidade, aos gestores federados no âmbito do SUS, de avanço estratégico nessa área, o Pacto pela Saúde (PS) visa à qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde do Brasil à luz da evolução e aprimoramento do processo de pactuação intergestores. Entre seus objetivos, destacam-se elencar, aperfeiçoar e definir responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três componentes: o Pacto pela Vida (PV), o Pacto em Defesa do SUS (Pdsus) e o Pacto de Gestão (PG), como mostra a figura. (BRASIL, 2006 apud FADEL *et al.*, 2009, p. 450.)

Figura 1- Pacto da Saúde: uma estratégia para viabilizar a equidade em saúde no Brasil. Visa a qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do Sistema de Saúde do Brasil.

Fonte: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>>



O Pacto pela Vida é de grande importância para a população, através dele podemos fazer algumas melhorias no modelo. Ele é focado no aprimoramento do acesso, da qualidade dos serviços e melhoria na qualidade de vida das pessoas dos territórios.

A indução de ações de prevenção de DANT e de promoção da saúde constitui uma das principais atividades da área de vigilância. A partir do monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco, da ocorrência dessas doenças na população e do impacto econômico e social que elas provocam, é possível construir uma forte argumentação sobre a necessidade de se prevenir DANT. (BRASIL, 2006a, p. 60.)

As comunidades em geral, estão habituadas ao modelo assistencial curativo, buscamos sempre essa metamorfose em relação ao modelo de promoção à saúde e qualidade de vida, por meio de ações desenvolvidas na ESF. O projeto DANT é um dos meios de promoção à saúde, visando à elevação qualidade de vida da população, por meio dele podemos programar ações que combatam sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, acidentes, violência, hábitos alimentares inadequados, hipertensão arterial, obesidade e decorrentes da atividade ocupacional.

A transformação do modelo se faz de forma contínua e gradativa, consciente de que todos os objetivos serão alcançados, por meio de equipe multiprofissional atuando na promoção à saúde e elevação da qualidade de vida, proporcionando saúde ao usuário. Os profissionais de saúde especializados são aptos a desenvolver ações, de modo a promover a metamorfose do modelo de saúde no Brasil.

2.3. PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

O planejamento é de suma importância, sendo um norte, para a realização e orientação de ações, fazendo com que as metas sejam alcançadas precocemente.

Para iniciarmos um planejamento é essencial conhecermos nosso território, a realidade econômica, social, biológica e psicológica de nossas famílias. A equipe deve atingir metas e ao mesmo tempo suprir as necessidades prioritárias para a comunidade. Para isso é preciso trabalhar em equipe e com parcerias intersetoriais, fazendo assim, a integração de vários setores e órgãos.

Integrar implica discutir ações a partir da realidade local; aprender a olhar o território e identificar prioridades assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população. Para isso, o ponto de partida é o processo de planejamento e programação conjunto, definindo prioridades, competências e atribuições a partir de uma situação atual reconhecida como inadequada tanto pelos técnicos quanto pela população, sob a ótica da qualidade de vida. (BRASIL, 2008e.)

Contudo, faz-se necessário planejar de forma coletiva, as ações que irão ser desenvolvidas, raciocinando com organização e atuação contínua, permitindo assim a resolutividade em menor tempo, menor gasto financeiro, alcançando por meio de equipe multiprofissional os objetivos de forma eficaz, sendo um processo permanente, para a melhor saúde da comunidade.

O planejamento estratégico é uma orientação para a melhor resolutividade dos problemas do território. Deve ser realizado em conjunto com a equipe de saúde multidisciplinar, comunidade, associações, igrejas e outros órgãos, formando um grupo de opiniões para um planejamento em saúde, podendo ser articulado a qualquer momento, sendo assim flexível, de acordo com as variações de situações do território. O planejamento estratégico situacional é o melhor veículo para planejarmos nossas ações, pois sendo um complexo contínuo, permitindo flexibilidade e participação da equipe e comunidade.

Artmann (1993) define planejamento estratégico como método de planejamento que leva em conta a complexidade da realidade social, com suas variações e situações imprevisíveis. Suas etapas correspondem: I - identificação, seleção e priorização dos problemas; II - descrição do problema; III - explicação do problema; IV - definição da situação objetivo; V - identificação das operações necessárias ao enfrentamento do problema; VI - análise de viabilidade; VII - implementação.

Para identificar os problemas de uma área, faz-se necessário montar um diagnóstico situacional do território, assim podemos elaborar planos de ações específicos, para atingir os objetivos.

É imprescindível a participação intersetorial e multiprofissional, bem como apoio financeiro dos gestores de todas as esferas. A elaboração dos planos de ações é peça fundamental para nossa intervenção aos problemas identificados no território. Ao planejarmos, revisamos os instrumentos como: plano de saúde, programação anual de saúde e o relatório anual de gestão.

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art. 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria. (BRASIL, 2006c.)

A portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, divulga o pacto pela saúde, sendo composto pelo pacto pela vida, o pacto em defesa do Sistema único de Saúde (SUS) e o pacto de gestão, respaldando legalmente o planejamento.

2.4. TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

A saúde e a educação têm sincronismo perfeito, suas ações devem ser permanentes, respeitando sempre a autonomia do indivíduo e de sua comunidade, havendo uma transformação em vários campos, como político e social, melhorando a qualidade de vida da comunidade, fazendo com que a saúde em sua amplitude, esteja presente.

Figura 2- Programa Saúde na Escola (PSE), reunião realizada na escola municipal Marcelo da Cunha Araújo, localizada no distrito de Oitizeiro em Reriutaba, no Estado do Ceará.

Fonte: Acervo Pessoal.



A educação em saúde é fundamental para a formação integral da criança e do adolescente. Essa prática entre professores, alunos, equipe de saúde, família e comunidade possibilita autonomia, para que o aluno se torne autor de sua própria aprendizagem. A pedagogia da problematização mostra melhor meio de aprendizagem e construção de raciocínio lógico, buscando o conhecimento, pois sendo uma pedagogia crítica e que busca o envolvimento de profissionais de saúde e comunidade, como ator ativo no planejamento é possível atingir resultados em nossas ações melhorando a vida da comunidade. Contudo, com essa pedagogia temos base para desenvolver ações de ensino em grupo, usando todas as

tecnologias ao alcance, sendo importante a pesquisa, para desenvolver o ensino-aprendizagem.

Segundo Pereira (2003) A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinado ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender.

O acolhimento e a humanização no atendimento são fundamentais, para que as pessoas se sintam importantes quando são ouvidas, o saber ouvir e a linguagem clara, estreita laços e transmite confiança e respeito. Os profissionais de saúde devem interagir de forma multidisciplinar, buscando assim, melhor solução para os problemas ocorridos, individuais ou coletivos, pois os problemas são cada vez mais complexos, havendo a necessidade de estreitar laços e fortalecer parcerias multiprofissionais.

“O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”. (BRASIL, 2006b.)

No acolhimento, a receptividade é fundamental, pois nesse momento ocorrem aproximação e relação de confiança entre profissional de saúde e comunidade, sendo de grande valor, a garantidos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O planejamento de ações faz com que o acolhimento seja satisfatório, como organização da demanda e a escuta, o diálogo deve ser feito em ambiente em que haja privacidade, ouvir com atenção e dar soluções aos problemas apresentados pelos indivíduos.

Os grupos devem utilizar a pedagogia da problematização, onde ocorrem trocas de experiências e saberes diversos, transmitindo confiança, fazendo com que o indivíduo perceba que não está sozinho.

Além dos grupos, outra atividade importante é a visita domiciliar, por meio desta, a equipe de saúde busca um conhecimento mais profundo sobre seu território, sua realidade, as prioridades dos indivíduos, assim avaliando as situações de risco existentes e condições de vida da comunidade. Os agentes comunitários de saúde são o elo entre a equipe de saúde e seu território, todas as informações são buscadas e transmitidas por eles, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem papel primordial na educação em saúde, eles conhecem as pessoas pelo nome, residem no mesmo território, proferem a mesma linguagem, sendo respeitado e o primeiro integrante da equipe a ser procurado pela comunidade.

A visita domiciliar é o instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações. (FERRAZ, 2005.)

Entretanto, na consulta, o usuário é avaliado individualmente, devendo ser entrelaçada com o acolhimento humanizado, o profissional de saúde deve ouvir com atenção, transmitindo confiança, um exemplo significativo são as palavras de apoio e segurança, elevando a autoestima do cliente. Deve-se avaliar o indivíduo como um ser singular.

2.5. SAÚDE DA MULHER

Mulher em sua plenitude é a mais bela e forte dos seres, sua importância e capacidade intelectual muitas vezes não são reconhecidas em vários campos, como exemplo: familiar, econômico e social.

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamento das pessoas. (BRASIL, 2004c.)

A mulher em sua luta constante por seu reconhecimento busca cada vez mais a independência financeira, entretanto, há uma discrepância entre os salários de homens e mulheres. A inserção das mulheres no mercado de trabalho é cada vez mais forte, havendo grande aumento nos níveis de escolaridade, melhorando sua qualidade de vida, aumentando sua longevidade.

No contexto da independência social, há grandes avanços, as mulheres planejam sua família, realizando o controle de natalidade. O preconceito em relação à mulher, principalmente as afrodescendentes e as indígenas, é intenso, o que muitas vezes dificulta o exercício da cidadania.

A atenção à mulher é essencial em todas as fases da vida, em especial na gestação, onde ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. Esse momento natural da vida da mulher requer cuidados. É preciso identificar os riscos evitando assim, intercorrências, pois a grande maioria das mortes maternas é por causas evitáveis. Devemos realizar uma abordagem coletiva, envolvendo toda a equipe, fomentando a humanização no acolhimento e a privacidade, favorecendo a autonomia.

O acolhimento aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2005a.)

O Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento (PHPN) deve ser dinâmico havendo toda uma atenção especial, com solicitações de exames, no mínimo seis consultas com médico e enfermeiro, vacinação, classificação em Baixo Risco (BR) e Alto Risco (AR), esse programa veio fortalecer a atenção oferecida à gestante, fazendo com que o

profissional de saúde reconheça os riscos, evitando intercorrências obstétricas. O profissional deve estar sempre atento, a qualquer acontecimento novo, ouvindo e orientando, sobre suas dúvidas, transmitindo segurança e conforto materno e neonatal. É de suma importância assegurar os direitos das gestantes, como o acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato, alojamento conjunto e parto humanizado, onde mãe e Recém-Nascido (RN) são vistos de forma integral.

A atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém- nascido. Isso pode significar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal. (BRASIL, 2005a.)

As ações educativas no pré- natal, são de um valor imensurável, pois há intensa troca de vivências e conhecimentos. Os grupos operativos englobam os mais diversos assuntos, como: tabus, sexualidade, etnias, medos, angústias, dentre outros, fazendo com que as gestantes e puérperas não se vejam sozinhas, havendo ajuda mútua do grupo. As consultas individuais e os grupos se complementam para um único objetivo, promover segurança e bem- estar às gestantes e seus bebês.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido- puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. (RIOS; VIEIRA, 2007.)

Figura 3- Grupo de Gestantes. Roda de conversa, realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) Lucas Rodrigues de Brito, localizada na zona rural do município de Reriutaba, no Ceará.

Fonte: Acervo Pessoal.



A gestação planejada e a anticoncepção é um direito sexual que precisa ser assegurado, garantindo orientações e continuidade de métodos contraceptivos em todos os municípios. Os meios anticoncepcionais geraram a oportunidade aos casais de planejar sua

família, segundo ao número de filhos e quando tê-los, sendo controle de natalidade uma das maiores conquistas das mulheres.

A filosofia básica do programa de saúde da família no Brasil é a de oferecer, ao maior número de pessoas possível, informações e orientações quanto aos métodos de planejamento familiar legalmente reconhecido em nosso meio, proporcionando à mulher ou ao casal a possibilidade de uma escolha consciente. Além disto, o programa propõe-se a promover o acesso a tais métodos. (DUNCAN, 1996.)

Durante a gravidez, os exames preventivos de mamas e colo do útero são indispensáveis para que a gestação seja segura. Entretanto, a equipe deve estar voltada para uma triagem, um acolhimento mais sensível e específico para detecção precoce, fazendo com que a taxa de mortalidade caia significativamente.

A detecção precoce é o fator mais importante na elevação da taxa de sobrevivência. O autoexame das mamas deve ser realizado regularmente, uma vez por mês, aproximadamente uma semana após a menstruação, assim como todos os meses após a menopausa. (BURROUGHS, 1995.)

A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame citopatológico (papanicolau), permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. (BRASIL, 2002.)

O climatério é a fase em que ocorre uma diminuição hormonal na mulher, podendo causar em algumas mulheres a síndrome climatérica ou menopausal, que constitui-se de alguns sintomas: fogachos, alterações urogenitais, alterações de humor, diminuição da libido, aumento de risco cardiovascular e osteoporose. É de fundamental importância que a cliente seja orientada sobre hábitos de vida, como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, exposição ao sol em horário adequado e eliminação do álcool e fumo.

O climatério corresponde ao período de vida em que a mulher sofre grandes modificações, incluindo a falta de ovulação e o déficit na síntese de hormônios esteroídicos. Representa a transição do período reprodutivo (menacme) ao não reprodutivo (senectude). (PRADO, 2007.)

Desde os primórdios da humanidade, o gênero feminino foi estigmatizado pela soberania masculina, os homens tinham "direito" de violentar as mulheres. Com a Lei Maria da Penha nº 11.340/2006 de 07/08/2006 foi dado às mulheres condições legais e jurídicas de punirem seus algozes, ressaltando todos os direitos de equidade de gênero, garantido na Carta Magna de 1988.

A atenção às mulheres em situação de violência apresenta uma tendência progressiva de expansão nos últimos quatro anos, ainda que os serviços estejam concentrados nas capitais e regiões metropolitanas. Em 1999, 17 serviços hospitalares estavam preparados para atender às mulheres vítimas de estupro. Em fins de 2002, esse número chega a 82, sendo que o aborto pós-estupro é realizado em 44. Observa-se maior investimento dos gestores na rede, porém, apesar dos esforços, a maior parte das mulheres agredidas ainda não tem acesso a esse tipo de atenção. (BRASIL, 2004c.)

Durante muito tempo a violência contra a mulher foi vista como normalidade, com a evolução da humanidade esta visão ficou obsoleta. A questão da violência contra a mulher tornou-se um caso de saúde pública e privada, havendo respaldo da Lei Maria da Penha nº 11.340/2006 de 07/08/2006, que veio prevalecer e garantir os direitos da mulher a não sofrer nenhum tipo de violência, seja ela física, moral, psicológica, sexual e material, cabendo ao seu agressor à punição severa de lei.

2.6. SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

A denominação de “louco”, na época clássica se dava a todo e qualquer indivíduo que transgredisse o que a sociedade da época impunha como verdade aos valores morais e bons costumes ou quando representasse perigo para a ordem.

A História da loucura é feita com o objetivo preciso de esclarecer um fato nunca antes observado: que, na época clássica, as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade não dependiam de uma ciência médica, mas de uma “percepção” do indivíduo como ser social; que o estatuto de louco era conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma “percepção social”, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como polícia, a justiça, a família, a igreja etc., a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas a transgressão das leis da razão e da moralidade. (MACHADO, 2006.)

Em meio à maneira errônea de analisar o “louco”, e suas conseqüências como maus tratos, tortura e exclusão, iniciou-se a reforma psiquiátrica nos anos 70. Havendo nessa mesma época vários acontecimentos importantes, como a revolução industrial, o pós- guerra, a revolução feminista, a reforma sanitária brasileira e no cenário político o apogeu do golpe militar. Havia a necessidade de transformar o sistema de saúde, buscando melhorias na gestão e modelos de saúde e equidade e humanização nos serviços para todos os clientes. Em 1988 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), vindo fortalecer a luta pela mudança do sistema psiquiátrico, mas só em 2001, com projeto de lei Paulo Delgado foi sancionado no Brasil, lei federal 10.216, impulsionando a III Conferência Nacional de Saúde Mental, fazendo com que o movimento ganhasse força e bases fortes.

Com base nos indicadores clínicos, epidemiológicos e de organização dos serviços, além dos indicadores sociais em geral, a Assessoria de Saúde Mental encaminhou aos gestores municipais o Plano de Implantação da Rede de Atendimento Psicossocial, centrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico, capaz de funcionar como centro articulador, em uma lógica de rede, das instâncias de cuidados básicos em saúde, incluído o Programa de Saúde da Família, rede de ambulatórios, atendimento terciário (internações) e atividades de cuidado e suporte social. (DELGADO, 2001.)

Fundada em um período em que a saúde psiquiátrica encontrava-se em crise, devido à violência asilar dos hospitais, onde não existiam humanização e identidade própria, sendo excluídos do meio social e do seio familiar. A família não era vista como parceira não tendo participação na recuperação. Na década de 70, com as comunidades terapêuticas, houve a inserção da família no tratamento dos clientes psiquiátricos. Com a reforma, surgiu a necessidade de rever a assistência prestada a esses pacientes, os seus direitos civis,

previdenciários, penais e a reinserção no meio social como cidadão, havendo implantação de redes assistenciais, onde a família participava em todo o processo de autonomia e reabilitação psicossocial, pois esta instituição oferece a direção para as relações sociais para a construção de identidade pessoal, sendo parceira da equipe multiprofissional de saúde mental, esta, por sua vez oferece liberdade para família expressar suas angústias, receios e necessidades.

A família, ao tornar-se alvo de atenção das políticas públicas de saúde na sociedade brasileira contemporânea, despertou a necessidade imperativa de considerá-la prioridade política e parceira dos serviços de saúde. Essa realidade vem sendo observada, sobretudo, na conjuntura da reforma psiquiátrica, na qual a família passou a ser requisitada para atuar como dispositivo primário de atenção e participar ativamente do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental. (RANDEMARK, 2007.)

O estigma vem trazendo marcas históricas, devido à atribuição deficitária à imagem do “louco”, gerando sofrimento e medo, sendo secularmente responsável pela exclusão. Com a reforma antimanicomial, os pacientes psiquiátricos são inseridos na comunidade, na sociedade, com apoio da família e comunidade, tentando diminuir a cada dia o estigma enraizado nas pessoas, mostrando que esses pacientes apresentam limitações, mas não devem ser excluídos da sociedade, fazendo valer seus direitos de cidadãos. O movimento dos usuários lutava contra a segregação e a estigmatização do “louco” e pela recuperação de sua capacidade de decidir sua vida, visando o direito a igualdade e inclusão social.

A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva em relação ao custo e respeito os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. (OMS, 2001.)

A presença de clientes psiquiátricos nos territórios possibilita a maior interação da equipe de saúde da família, criando elos, sendo capaz de construir laços de confiança e transmitir autonomia, analisando e cuidando de cada cliente de maneira individual e complexa, fazendo com que sua evolução possa ocorrer de maneira positiva em vários aspectos, como autoconfiança e inclusão social.

A saúde mental compreende várias patologias, dentre elas o alcoolismo. O álcool é consumido há milhares de anos, por vários povos, o consumo de álcool faz parte da cultura do brasileiro dentre outras nações, seu fácil acesso, condições econômicas e o meio são fatores bastante influenciáveis. Entretanto é uma substância psicoativa que afeta a mente e quase todos os órgãos, tendo efeito bastante tóxico.

O alcoolismo (chamado mais corretamente de dependência de álcool) é um transtorno definido por suas consequências. A quantidade que uma pessoa consome é uma pista importante, mas o diagnóstico em si baseia-se nos efeitos que a bebida tem sobre o indivíduo e o ambiente. (MORRISON, 2010.)

O álcool não é considerado pela lei brasileira uma droga ilícita, tornando-se acessível no meio social. O consumo indiscriminado pode causar dependência, resultando em efeitos intensos para o cliente e sua família. As Estratégias Saúde da Família (ESF) e os CAPS Álcool e Drogas apoiam a reabilitação desses clientes, a equipe multiprofissional tem papel essencial em todas as etapas do tratamento.

Para Edwards (1999) os problemas com o álcool e os transtornos mentais são ambos comuns, e, portanto podem se sobrepor a qualquer população. Mais importante é o fato de o álcool ser uma medicação facilmente acessível para muitos tipos de sofrimento mental, e nesses casos a bebida vem a complicar a patologia subjacente e primária.

Quando o cliente é dependente do álcool, podem ocorrer vários problemas psiquiátricos como abstinência alcoólica, delirium tremens, intoxicação pelo álcool, síndrome amnésica, síndrome demencial alcoólica, anorexia, dentre outros. A família tem papel importante, fazendo com que o cliente perceba que precisa de tratamento psiquiátrico, seu apoio complementa o processo de reabilitação.

As estratégias de Redução de Danos (RD) podem ser aplicadas de forma a contribuir para que a pessoa consiga atingir submetas aproximadas rumo à moderação ou à abstinência. A RD estimula uma diminuição gradativa do uso para reduzir as consequências prejudiciais do álcool. (BRASIL, 2008b.)

A estratégia de redução de danos tem papel fundamental na reabilitação das pessoas atingidas pelo álcool. As ESF devem construir o diálogo entre instituições públicas e a sociedade, com objetivos de prevenção ao uso, tratamento de usuários e reinserção social.

2.7. SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

A revolução industrial foi um marco no processo evolutivo da humanidade. Com o advento da industrialização e conseqüente globalização houve várias mudanças no modo de ser, trabalhar e na própria saúde.

As ações dos seres humanos interferem diretamente ou indiretamente no ecossistema, é preciso identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

O processo Fordista presente desde a revolução industrial mecanizou o homem em seu trabalho nas fábricas, pois cada trabalhador era responsável por uma linha de produção, sendo a jornada de trabalho desumana. Houve uma grande imigração da zona rural para os grandes centros, onde concentravam-se as fábricas.

A procura de emprego era superior à oferta, desencadeando um aumento de pessoas nas ruas, havendo decréscimo da qualidade de vida, surgindo várias doenças, epidemias devastadoras, prostituição elevada e vários pedintes.

O meio ambiente e a biodiversidade, foram modificados devido às fábricas exigirem grandes áreas desmatadas, com as indústrias também veio à poluição dos mares, rios, solo e atmosfera, destruindo aos poucos o planeta Terra.

Esse processo evolutivo ocasionou várias metamorfoses no ecossistema, seria necessário que os donos das fábricas tivessem uma preocupação com o planeta, devendo ter responsabilidade ambiental e vida sustentável, pois todos os seres são interligados.

O aumento das estatísticas de indivíduos portadores de doenças profissionais criou a necessidade da realização de um fórum para a troca de experiências e harmonização de conceitos e critérios para uma medicina do trabalho. Surge então, a ideia de se criar eventos internacionais relacionados à patologia do trabalho, resultando na realização do I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho, na cidade de Milão, em 1906. (BRAGA, 2001.)

Com tamanho avanço industrial, em que o modelo de produção se baseava na mais valia, havendo exploração do trabalhador, com jornadas de trabalho desumanas, maior exposição de riscos e salários mal remunerados, em paralelo havia degradação excessiva do meio ambiente, esse conjunto de fatores desfavoráveis ao trabalhador, culminou no desgaste

físico e mental, dificultando suas relações, surgindo as doenças ocupacionais, mutilações e mortes relacionadas ao trabalho.

Os trabalhadores tinham assistência à saúde por meio das Caixas de Previdência ou pelas Santas Casas de Misericórdia. Houve a necessidade de reformar a saúde no Brasil, buscando equilibrar as desigualdades, nesse cenário ocorreram os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, o surgimento dos Auxiliares de Saúde, futuros Agentes Comunitários de Saúde. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo inserida a saúde na Constituição de 1988.

A execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do SUS, prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela LOS. O artigo 6.º dessa lei confere à direção nacional do Sistema a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador. Segundo o parágrafo 3.º do artigo 6.º da LOS, a saúde do trabalhador é definida como um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Além da Constituição Federal e da LOS, outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento das ações nesse campo, no âmbito do setor Saúde, entre os quais destacam-se a Portaria/MS n.º 3.120/1998 e a Portaria/MS n.º 3.908/1998, que tratam, respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e prestação de serviços nessa área. A operacionalização das atividades deve ocorrer nos planos nacional, estadual e municipal, aos quais são atribuídos diferentes responsabilidades e papéis. (BRASIL, 2001.)

A saúde do trabalhador na atenção primária é primordial, pois cada equipe de saúde é conhecedora de seu território, sendo possível o diagnóstico do impacto das doenças e dos óbitos relacionados ao trabalho que incidem em uma população, analisando um conjunto de fatores sociais e ambientais. As ações de saúde do trabalhador dividiram-se em assistência aos agravos, vigilância do ambiente e condições de trabalho, situação de saúde do trabalhador e das características ambientais de um território.

A ecologia política e o movimento pela justiça ambiental repensam questões sociais, econômicas e ambientais numa perspectiva territorialista e têm por desafio básico fortalecer a integridade e a saúde das comunidades – incluindo os trabalhadores/as – e dos ecossistemas. (BRASIL, 2005b.)

Faz-se necessária estrutura adequada dos ambientes de trabalho adquirindo novas tecnologias, capacitação profissional e instrumentos de proteção, melhorando a qualidade de vida do trabalhador e diminuindo riscos, fazendo com que seu trabalho seja uma terapia benéfica a sua saúde e bem estar físico e mental. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) apoia a classe trabalhadora, implantando os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), integrando a rede de serviços do SUS,

voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador.

Faz-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador que tenha por objetivos promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência; explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões específicas de Saúde do Trabalhador dando visibilidade à questão; viabilizar a pactuação intra e intersetorial; e fomentar a participação e o controle social. (BRASIL, 2006d.)

Portanto, o desenvolvimento do capitalismo industrial globalizado nos levou a repensar e evoluir nossas ações e planejamentos, tendo como objetivo maior interação e respeito pelo ecossistema e a biodiversidade. Respeitando as condições de trabalho para os seres humanos, usufruindo das biotecnologias e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), havendo assim, economia e ambiente sustentáveis.

2.8. ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A saúde bucal é um dos componentes primordiais para o bem-estar do indivíduo. Observamos alguns aprimoramentos nos modelos assistenciais em saúde bucal desde 1950, como a odontologia sanitária, preventiva, social, simplificada, integral e atualmente a saúde bucal coletiva. As transformações dos modelos constituíram-se na política de saúde bucal dos dias atuais, seguindo os princípios do sistema único de saúde, buscando elevar a qualidade de vida de seus clientes, de acordo com os ciclos de vida.

O campo da saúde bucal vem evoluindo lentamente em toda sua trajetória, sendo inserida no Programa Saúde da Família no ano de 2000, buscando a coletividade e a prevenção e cura de patologias odontológicas. Os fatores determinantes para a saúde bucal de qualidade de um indivíduo são a cultura, meio social, economia, qualidade de vida, hábitos saudáveis, escolaridade e higiene. A saúde bucal está relacionada com o modo de vida e da saúde do indivíduo. Em 2004 foi criado o Brasil Sorridente, com a finalidade de reorganizar a saúde bucal abrangendo os cuidados em todos os níveis da atenção.

As linhas de cuidado e condições de vida são as formas de modelos para superar o modelo biomédico existente desde o princípio da história da saúde bucal, havendo integração da saúde bucal e outros programas de saúde.

A atuação da equipe de saúde bucal deve estar integrada as da equipe, havendo a participação conjunta nas atividades em saúde. Assim como, nos grupos operativos, em ações de prevenção e promoção de saúde nas escolas da comunidade. A demanda espontânea deve ser atendida, havendo planejamento de ações, fazendo uso do agendamento.

Para a prevenção de doenças bucais é necessário orientações como o uso do dentifrício com flúor, saneamento básico, água fluoretada, orientações na dieta, combate ao álcool e ao tabaco, autoexame da boca, visitas domiciliares e encaminhamentos para centros de maior complexidade.

A prevenção do surgimento da cárie dentária é a maneira mais eficaz para diminuirmos os índices dos Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD). As principais

medidas de prevenção da cárie são a fluoretação das águas de abastecimento público e dentifrícios fluoretados.

Concebida como uma tecnologia de intervenção em saúde pública, a fluoretação das águas de abastecimento público se fundamenta no fato, cientificamente comprovado, de que compostos de flúor, na forma sólida ou solução aquosa, podem ser adicionados às águas de abastecimento público, nas estações de tratamento ou poços de captação, previamente ao seu envio à rede de distribuição e, assim, agirem na prevenção da cárie dentária. Os produtos mais frequentemente empregados no Brasil são o fluorsilicato de sódio e o ácido fluorsilícico. (BRASIL, 2009, p.15.)

As mulheres durante a gravidez passam por várias transformações, no campo da saúde bucal observamos aumento da acidez bucal e alterações fisiológicas. A gestante deve ser orientada no sentido que são metamorfoses normais ao período gestacional, entretanto requerem cuidados especiais como hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal, prevenindo assim cárie dentária e doença periodontal.

O atendimento ao pré-natal deve ser no mesmo dia do atendimento odontológico, havendo interatividade entre médicos, enfermeiros e o profissional odontólogo. Na consulta odontológica devem ser orientados os cuidados com a mãe e o futuro bebê. Ao nascer, o novo ser necessita de atenção global, a genitora deve leva-lo ao dentista recebendo orientações, como higiene oral, erupção de dentes decíduos e dieta adequada. As mães devem estar sempre atentas, as medidas de prevenção são muito importantes, evitando assim cárie precoce e fluorose dentária.

Os indicadores epidemiológicos avaliam o estado da saúde bucal, o principal índice de cárie dentária é o CPOD, seu cálculo é realizado aos doze anos de idade para medir a saúde bucal. As faixas etárias que compreendem as crianças e os adolescentes são ideais para conscientização da higiene oral, deve-se trabalhar escovação supervisionada com participação da escola, saúde e família, todos integrados, havendo continuidade no domicílio, garantindo autonomia na vida adulta.

Nas atividades de saúde na escola deve ser sempre abordado assuntos como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em cavidade oral, combate ao álcool, fumo e outras drogas, evitando um possível câncer de boca.

O índice de CPOD ainda é alto em adultos de classes sociais vulneráveis, onde, não há abastecimento de água com flúor e saneamento básico, nessas circunstâncias, deveria ser realizado de maneira coletiva o bochecho fluoretado ou flúor - gel. Havia uma demanda reprimida da população adulta em geral, ocasionando vários dentes perdidos.

Nos dias atuais observamos o aumento da longevidade, havendo uma grande elevação no número de pessoas idosas, esse aumento é incompatível com o crescimento da qualidade de vida, fazendo com que a saúde do idoso fique a desejar, inclusive no campo da saúde bucal. Vários idosos sofrem com a mutilação dentária, dificultando a mastigação e a dicção. A autoestima e a autoimagem estética sofrem um decréscimo, o estigma sobre esse tema está muito presente em nossa sociedade.

A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social. (BRASIL, 2008a, p.62.)

A instrução sobre a prevenção é fator decisivo para diminuir as patologias. As campanhas de combate ao tabaco, o álcool e outras drogas, são de suma importância, diminuindo o índice de câncer de boca. As medidas de higiene e melhoria da saúde contribuem para a diminuição de CPOD.

Devido à perda dentária, o SB Brasil analisou o uso e a necessidade de prótese e constatou, de modo geral, que os indivíduos da Região Nordeste, juntamente com os da região Norte, apresentavam maior necessidade de prótese. Segundo o SB Brasil, para a região Nordeste, os adolescentes apresentam necessidade de prótese superior e inferior de 12,96% e 30,80%, respectivamente. Em adultos a necessidade de prótese encontrada foi de 37,36% para prótese superior e 77,14% para prótese inferior. A necessidade de prótese superior e inferior na faixa etária de 65 a 74 anos para o Brasil foi 32,40% e 56,06%, e o resultado para o Nordeste foi de 46,36% e 66,64%. Os resultados encontrados no SB Brasil, referentes à região Nordeste, para todas as faixas etárias foi menor que no SB Ceará. (VIEIRA *et al.*, 2010, p.92.)

A citação anterior descreve a realidade da saúde bucal no Ceará, no Nordeste, e Brasil. Observamos que a necessidade de prótese em idosos no Ceará é maior que em todo o território brasileiro. A saúde bucal deve ser uma constante na vida de um indivíduo, a pesquisa a cima demonstra o grande índice de adolescentes e adultos que apresentam edentulismo atualmente.

Entretanto, é preciso que a saúde bucal seja mais abrangente, estando presente nas comunidades, em todas as estratégias saúde da família, desempenhando suas atividades no território, transformando a realidade atual em um futuro de melhor qualidade.

2.9. ASSISTÊNCIA BÁSICA EM SAÚDE A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A atenção primária é a porta de entrada do cliente para a saúde. A equipe exerce papel fundamental na prevenção e controle de condições que possam afetar a saúde como um todo, inclusive a ocular, auditiva e física de sua comunidade.

A equipe de saúde da família pode ter um impacto significativo nesses campos em especial, da saúde de seus clientes, através de triagens de populações de risco para comprometimentos, controle de fatores de risco para perda de funções, manutenção do tratamento e referências específicas para exames com especialistas.

Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
(BRASIL, 2008c, p.05.)

A visão compreende um dos cinco sentidos, sendo essencial modo de relações com o meio em que vivemos. Os indivíduos com deficiência visual possuem situação irreversível, observando-se ausência total ou redução de visão.

Consideram-se ajudas técnicas, para os efeitos deste Decreto, os elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, com o objetivo de permitir-lhe superar as barreiras da comunicação e da mobilidade e de possibilitar sua plena inclusão social.

Parágrafo único. São ajudas técnicas:

- I - próteses auditivas, visuais e físicas;
- IV - equipamentos, maquinarias e utensílios de trabalho especialmente desenhados ou adaptados para uso por pessoa portadora de deficiência;
- V - elementos de mobilidade, cuidado e higiene pessoal necessários para facilitar a autonomia e a segurança da pessoa portadora de deficiência;
- VI - elementos especiais para facilitar a comunicação, a informação e a sinalização para pessoa portadora de deficiência;
- VII - equipamentos e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa portadora de deficiência;
- VIII - adaptações ambientais e outras que garantam o acesso, a melhoria funcional e a autonomia pessoal. (BRASIL, 1999.)

Acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado. No acolhimento o profissional de saúde deve desenvolver a ampla utilização de linguagens acessíveis, incluindo o Braille e a libras. As pessoas com deficiência devem ser tratadas como qualquer cidadão, sem restrições, não devendo ser tratadas como doentes, e sim como pessoas normais que vivem em situações especiais, respeitando suas limitações. Devemos abordar em nosso território assuntos como estigma e bullying, promovendo assim, a interação do indivíduo com a comunidade, fomentando a inclusão social, fazendo com que haja autonomia e autoconfiança.

Para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, é de fundamental importância que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à pessoa com deficiência. Também é necessário que essas unidades de saúde forneçam ajudas técnicas que são produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida. (BRASIL, 2008d, p.08.)

A humanização deve ser uma prática constante no acolhimento nas unidades de saúde, havendo um olhar de igualdade para com os deficientes. Devemos focar nossa atenção à prevenção das patologias e a garantia da continuidade dos tratamentos. A audição é um mecanismo importante na evolução do ser humano. É o sentido que nos permite ouvir, sentir e interpretar as vibrações do meio ambiente, no qual estamos inseridos.

“O som é um tipo de energia mecânica, resultado da transmissão de energia de partículas de ar em vibração, de uma fonte sonora em direção a partes mais distantes.” (PAULUCCI, 2005.)

A Atenção Básica deve avaliar seu cliente como um todo, analisando o estado de saúde em todos os aspectos, como físico, psicológico e social. As ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem ser voltadas para a prevenção e reabilitação de agravos a saúde, havendo importante papel na saúde auditiva, possibilitando assim, a detecção precoce, havendo acompanhamento da média complexidade em parceria com a equipe de saúde do território do cliente assistido.

Os órgãos e as entidades da administração Pública Federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar aos assuntos objeto desse Decreto tratamento prioritário e adequado, viabilizando, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

I- a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico, ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência, e à detecção

precoce das doenças crônico- degenerativas e a outras potencialmente incapacitantes.

III- a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho;

VI- o desenvolvimento de programas de saúde voltados para a pessoa portadora de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a inclusão social;

VII- o papel estratégico da atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. (BRASIL, 2007a, p.312.)

As equipes de saúde possuem o dever e a responsabilidade de prevenir patologias que possam interferir na audição de seus clientes. Com o planejamento familiar, o casal planeja a chegada de um novo ser, realizando todas as ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes da concepção: vacinação contra rubéola pelo menos três meses antes, uso de ácido fólico a partir de três meses antes até 12 semanas de gestação, prevenção ginecológica e entre outros. Durante a gestação: início precoce de pré-natal, realizando todos os exames e vacinas que contemplam o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré - Natal e Nascimento (SISPRENATAL), controle de doenças crônicas pré-existentes ou gestacionais e combate ao uso de álcool, tabaco, entre outras drogas. Puerpério: realização do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (teste da orelhinha) ainda na maternidade, orientação sobre cuidados com o recém-nascido, triagem neonatal (teste do pezinho), manter calendário vacinal atualizado, cuidados com acidentes domésticos, amamentação exclusiva, nesse momento, elevar a cabeça do bebê, evitando alterações no ouvido médio.

Com o avanço do SUS, podemos vivenciar a realização gratuita, rotineira do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas nas maternidades do nosso país. O exame proporciona a identificação de perdas auditivas em recém- nascidos, permitindo tratamento precoce, evitando problemas na dicção, desempenho na educação escolar e meio social.

O acolhimento ao paciente com deficiência auditiva deve ser realizado de maneira natural, sem restrições. O profissional de saúde deve ter conhecimento de libras, proporcionando atenção humanizada ao cliente, fazendo com que o mesmo sintase seguro ao expressar suas intercorrências, com a certeza de sua resolutividade.

Línguas de sinais - São línguas que são utilizadas pelas comunidades surdas. As línguas de sinais apresentam as propriedades específicas das línguas naturais, sendo, portanto, reconhecidas enquanto línguas pela Linguística. As línguas de sinais são visuais- espaciais captando as experiências visuais das pessoas surdas. (BRASIL, 2004b, p.08.)

Entretanto, todas as medidas a cima citadas e comentadas, viabilizaram a inserção destes indivíduos tidos como “deficientes” no meio social, intelectual e virtual. A ESF com parcerias multiprofissionais vem acompanhando a evolução da prevenção e reabilitação dos clientes com deficiência auditiva.

O Brasil evoluiu bastante no aspecto da acessibilidade, mas temos uma gama de locais, sociedade e profissionais de todas as áreas necessitando de transformações, sob o aspecto de infraestrutura, engenharia, urbanismo, psicológico e humanista.

Os indivíduos com deficiência física sofrem vários constrangimentos, pois o país não oferece total acessibilidade para seu povo. Surge nesse momento o sentimento de incapacidade e diferença, gerando o autoestigma e diminuição da autoconfiança, levando muitas vezes a tristeza extrema.

Observamos que muitos serviços de saúde tem acesso precário, não só nos interiores, mas também nas grandes capitais do país. Entretanto essa realidade atinge todas as pessoas, sejam elas deficientes físicos ou não, pois os locais de assistência á saúde deve oferecer total segurança à comunidade assistida, devendo seguir as normas de medidas e padrões da NBR 9050 da ABNT.

As barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com limitações temporárias, aos idosos e aos portadores de deficiências são formadas por todas e qualquer barreira relacionada às construções urbanas e edificações. As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. Esta mesma dificuldade é experimentada nos espaços destinados aos cuidados à saúde, como prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários. (SIQUEIRA *et al.*, 2009, p.40.)

As unidades de saúde devem seguir os princípios que regem o SUS, entre eles a equidade e universalidade, garantindo os mesmos direitos que as outras pessoas. Deve haver fiscalizações rigorosas, fazendo com que as normas de acessibilidade sejam garantidas.

Garantir que, a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, aos centros de reabilitação e de referência em reabilitação responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade; incentivar a eliminação de barreiras arquitetônicas e ambientais, incluindo a adaptação de equipamentos que obstaculizam o acesso de portadores de deficiências aos serviços de saúde. (BRASIL, 2003, p.149.)

As ações de prevenção às deficiências físicas devem ser constantes na ESF, havendo sempre apoio de equipe multiprofissional, comunidade, sociedade, associações

comunitárias, igrejas, polícia militar, conselho de saúde, autoridades locais, conselho tutelar entre outros.

As unidades básicas de saúde ainda não oferecem total acessibilidade aos clientes com deficiência física, porém há muitas iniciativas por parte dos governos, equipe multiprofissional e sociedade, focando sempre o bem-estar da comunidade assistida.

2.10. INTERDISCIPLINALIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta de equipe multiprofissional, tendo a inserção do profissional cirurgião-dentista a partir de 2000, buscando conhecimentos complexos, enriquecendo o trabalho com sua comunidade, tendo como foco o bem-estar e elevação da qualidade de vida do território. Exercendo atividades de saúde, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a saúde e autonomia da comunidade.

As universidades em sua concepção mais ampla devem preparar os futuros profissionais para ações e atividades envolvendo saberes plurais. Dessa forma, as práticas em saúde serão cada vez mais dinâmicas, possibilitando que o indivíduo seja avaliado como um todo, com apoio conjunto da ótica de cada profissional de saúde.

No Brasil, os movimentos de críticas e alternativas à racionalidade moderna culminaram, na década de 1990, no ensino e na criação de novas diretrizes curriculares, as quais propõem a formação de profissionais flexíveis com conhecimentos mais abrangentes e interdisciplinares e um sistema de saúde e currículos calcados na multiprofissionalidade, embasados nas necessidades e demandas sociais. Tais diretrizes enfocam a necessidade da responsabilização social e da comunicação entre as escolas e a sociedade, identificando necessidades de saúde em seu conceito mais amplo e organizando o currículo com integração horizontal/vertical, teórico/ prática e básico/profissionalizante, ou seja, fundamentado na integralidade e interdisciplinaridade.
(GARCIA *et al.*, 2006, p. 476.)

A integralidade está inserida nos princípios do SUS, funcionando como veículo na atenção primária, para promoção a saúde sob a visão de seu conceito ampliado. Sendo sua prática, uma das mais complexas, pois requer a atenção de diversos profissionais, para um objetivo comum: responder às necessidades de cuidados para uma vida saudável, promovendo melhor qualidade de vida e saúde para as famílias do território.

A integralidade enquanto um dos princípios do Sistema Único de Saúde assume uma definição legal relacionada à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade situados em cada caso. Entendemos que a integralidade consiste num conceito polissêmico, guardando uma dimensão plural, ética e democrática, que se revela em diferentes saberes e práticas operados no cotidiano de trabalho e vivência dos sujeitos (educadores, trabalhadores de saúde, usuários e gestores) e se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos. (KANTORSKI *et al.*, 2006, p. 435.)

O exercício da integralidade atuando de forma universal é desafiador. O SUS vem articulando estratégias para que a integralidade seja uma constante em nossa saúde. É preciso

que as instituições de saúde e os profissionais assumam novas posições no que se refere às práticas de saúde. Os problemas de saúde devem ser solucionados por meio de ações intersetoriais, envolvendo os mais variados campos. Torna-se, portanto, de suma importância desenvolver mecanismos de cooperação e de gestão que respondam às necessidades de saúde tanto individuais como coletivas.

Para efetivar o direito a saúde é necessário romper a espiral multidimensional que caracteriza esses vários processos de exclusão fruto da política macroeconômica. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, e de recursos materiais, cabendo especificamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa, respeitando as diferenças. (NARVAI, 2005, p.02.)

As ações de saúde devem ser voltadas para a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação. O usuário deve receber um acolhimento humanizado de qualidade e excelência. O cliente deve ser focado como um todo, não somente sua doença, mas o seu psicológico, seu estado de vulnerabilidade, em fim, o usuário deve ser atendido em todos os seus aspectos.

A linha do cuidado na rede de assistência integral deve ser seguida e respeitada, sendo o cliente ativo em todo o processo de produção da saúde integrada. Entretanto, a manutenção dos recursos é indispensável para a produção do cuidado, visando uma assistência integral à saúde.

A década de 1990 foi marcada pela inserção da qualidade, humanização dos serviços, ecossistema sustentável e autonomia dos usuários. A bioética está inserida nesse contexto evolutivo, buscando refletir sobre os valores e princípios da sociedade, entre eles as evoluções científicas e tecnológicas.

RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária resolve: aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2007b, p.282.)

A humanização trata-se da avaliação ou análise de cada pessoa de forma singular, existindo suas particularidades, buscando assim, a resolutividade de suas necessidades. Os usuários possuem direitos amparados por leis federais, como receber tratamento de saúde digno, ter acesso ao prontuário médico, conhecer sobre sua patologia, sigilo profissional, aceitar ou recusar o tratamento médico, entre outros.

Princípios norteadores da política de humanização.

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas. (BRASIL, 2004a, p.17.)

Os princípios norteadores do Humaniza SUS, enfoca a atenção ao usuário, o cuidar do profissional de saúde e a melhoria da organização dos serviços, como: garantir o exercício dos princípios do SUS, atividades por meio de equipe multiprofissional com integralidade, projetos terapêuticos, fomento da autonomia dos usuários, sendo eles, sujeitos ativos, acolhimento humanizado, fortalecimento do elo entre profissional de saúde e usuário, valorização e respeito aos profissionais de saúde e educação permanente.

A bioética exerce práticas pluridisciplinares, sendo referencial importante para vida e saúde com qualidade em sociedade. A interdisciplinaridade na bioética promove o exercício dos direitos à vida.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões aqui formuladas levam a compreensão de que a equipe de saúde da família deve conhecer seu território, atuar em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, fazendo com que haja resolutividade no processo de cuidar da saúde da comunidade.

É necessário reconhecer os obstáculos para a aplicação das ações em saúde, diante da problemática onde envolve vários fatores sociais. A tarefa é longa e requer o compromisso de todos que fazem a saúde. Trata-se de uma constante, atuar pela saúde do cliente e melhoria da qualidade de vida, dessa forma, almeja-se alcançar sua plenitude, preparando o usuário para a cidadania, sendo conhecedor de seus direitos e deveres, respeitando as regras sociais estabelecidas.

A educação especializada para os profissionais de saúde é uma realidade. A iniciativa da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), por meio de Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da UFC (NUTEDS) possibilitou a especialização em Saúde da Família para os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), fazendo com que a equipe tenha uma nova visão em relação ao significado e o método para a promoção da saúde.

Partindo dessa premissa, observamos a elevação da qualidade de nossas ações, refletindo no maior impacto no território, efetivando o desenvolvimento da autonomia do usuário. A postura humanística da equipe da ESF deve ser uma constante em suas atividades; sendo participativa, acolhedora, criativa e motivadora da promoção à saúde, objetivando a saúde do usuário como um todo.

Ao considerar a ESF como instrumento favorável a organização do modelo da saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde, oportunidade em educação em saúde surgirá, é necessário promover amplas discussões visando oferecer mudanças no modo de fazer saúde, para que ela atenda de fato as necessidades da comunidade assistida.

4. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. **A atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde.** Informe-se em Promoção da Saúde. v.3, n.1, 2007 p. 1-3. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2011.

ARTMANN, Elizabeth. **O Planejamento Estratégico Situacional:** a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde: uma abordagem comunicativa. 1993. 228p. (Mestrado Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->> Acesso em: 03 nov. 2010

BRAGA, A. O.S. **A Problemática da Saúde do Trabalhador.** Estud Med 2001. Disponível em: <http://estudmed.com.sapo.pt/trabalhos/problematica_saude_trabalhador_5.htm> Acesso em: 22 fev. 2011.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos.** Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm> Acesso em: 19 mai. 2011.

_____. Ministério da Educação. **O Tradutor e Intérprete de Língua Brasileira de Sinais e Língua Portuguesa:** Programa Nacional de Apoio à Educação de Surdos. Brasília: MEC, 2004b.08p.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho:** Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 114. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do colo do Útero:** manual técnico-profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

____Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde,11:** o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS, acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 196 p. Disponível em: <<http://157.86.173.10/beb/textocompleto/000536>> Acesso em: 03 jul. 2011.

____Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.17p.

____Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

____Ministério da Saúde. **Pré- natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.15p.

____Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DO TRABALHADOR, 3., 2005, Brasília. **Trabalhar, Sim! Adoecer, não!** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 81 p.

____Ministério da Saúde. **Relatório:** A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.60p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5artigo_construcao_cronicas.pdf> Acesso em: 10 jul. 2011.

____Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/>> Acesso em: 28 nov. 2010.

____Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.** 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 11 jul. 2011.

____Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento.** 1ed. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006d.

____Ministério da Saúde. **Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil:** Legislação Federal Copilada- 1973 a 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 312-313p.

____Ministério da Saúde. **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde.** Série E. Legislação de Saúde. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 282p.

____Ministério da Saúde. **Saúde Bucal:** série A. normas e manuais técnicos cadernos de atenção básica n.17. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.62p.

____Ministério da Saúde. **Drogas e Redução de Danos:** uma Cartilha para Profissionais de Saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008b.

____Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde.** 2ed. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 05p.

____Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. 05p.

____Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde:** Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2008e.

____Ministério da Saúde. **Guia de Recomendações para uso de Fluoretos no Brasil:** série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 15p.

BURROUGHS, A. **Uma Introdução à enfermagem Materna**. 6ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DELGADO. P. G.G. **Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4629.pdf>> Acesso em 29 jan. 2011.

DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

EDWARDS. GRIFFITH. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

FADEL, Cristina Berger et al. **Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil**. **Rev. Adm. Pública**. 2009, vol.43, n.2, p. 445-456. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2011.

FERRAZ, L. **O cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre**. Ciências e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.10, n.2. Abril/ Junho, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 28 nov. 2010

GARCIA. M. A.A. **INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRALIDADE NO ENSINO EM SAÚDE**. Revista de Ciências Médicas. nov./dez, 2006, 476 p. Campinas. Disponível em: <<http://www.puccampinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v15n6a01.pdf>> Acesso em: 29 jun.2011.

KANTORSKI. L. P. **A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO NO MUNICÍPIO**. 2006, 435p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a07.pdf>> Acesso em: 28 jun.2011.

MACHADO, ROBERTO. **Foucault, a ciência e o saber**. 3ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MATRICARDI, I. B. **DIVULGAÇÃO E PUBLICIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**. São Paulo. Investigação. v.08. Jan/ Dez. 2008. 03p. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/65/31>> Acesso em: 10 jul. 2011.

MORRISON, JAMES. **Entrevista inicial em Saúde mental**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NARVAI, P. C. **Integralidade na atenção básica à saúde**. Integralidade? Atenção? Básica? 2005, 02p. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/IntegralidadeAtencaoBasicaNarvai.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL D SAÚDE- OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001- Saúde Mental**: Nova Conceção, Nova Esperança, 2001.

PAULUCCI, B.P. **Fisiologia da Audição**. 2005. Disponível em: <http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_28.pdf> Acesso em: 27 mai. 2011.

PRADO, F. C.; RAMOS, J; VALLE, J. R. **Atualização terapêutica 2007**. 23ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

PEREIRA, A.L.F. **As tendências Pedagógicas e a Prática Educativa nas Ciências da Saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.5, Setembro/ Outubro, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031. Acesso em 16 nov. 2010

RANDEMARK, NORMA, F. **A experiência das famílias sobre o cuidado terapêutico de pessoas com transtorno mental nas instituições psiquiátricas.** 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources>> Acesso em: 29 jan. 2011.

RIOS, C.T. F; VIEIRA, N.F.C. **Ações educativas no pré-natal:** reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Rio de Janeiro: março/ abril. 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413>> Acesso em: 06 dez. 2010.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA.** *Rev. Latino-am. Enfermagem.* São Paulo. Nov/ Dez. 2005-1028p. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2011.

SIQUEIRA, F. C. V. **Barreiras Arquitetônicas a Idosos e Portadores de Deficiência Física:** um Estudo Epidemiológico da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde em Sete Estados do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* Associação Brasileira de Pós – Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.14, n. 01, 40p. janeiro/ fevereiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100009&script=sci_arttext> Acesso em: 03 jun. 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO, 2002.

VIEIRA. A. H. M. **Epidemiologia das doenças bucais no estado do Ceará.** *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.* 2010. 92p. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/831/608>> Acesso em: 30 abr. 2011

VIEIRA, V. M. V. **Portfólio:** uma proposta de avaliação como reconstrução do processo de aprendizagem. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.) v.6, n.2 Campinas: Dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572002000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 18 jul. 2011.

