

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

**VALDILÉIA LIMA MARQUES MIRANDA**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA APRENDIZAGEM CONTÍNUA**

**FORTALEZA**

**2011**

**VALDILÉIA LIMA MARQUES MIRANDA**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA APRENDIZAGEM  
CONTÍNUA**

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

Orientadora: Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro  
Maciel Vidal

**FORTALEZA**

**2011**

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

---

M672p Miranda, Valdileia Lima Marques.  
Programa saúde da família: uma aprendizagem contínua / Valdileia Lima Marques Miranda. –  
2011.  
56 f. : il.

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS  
(UNA-SUS), Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde-NUTEDS, Curso de  
Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal.

1. Saúde da Família. 2. Promoção da Saúde. 3. Educação Continuada. I. Título.

---

CDD 362.1

VALDILÉIA LIMA MARQUES MIRANDA

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA APRENDIZAGEM CONTÍNUA

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

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal  
Orientadora

---

Profa. Ms. Patricia Maria Costa de Oliveira  
Avaliador

---

Profa. Ms. Marta Maria Soares Herculano  
Avaliador

*Aos meus pais, que me ajudaram e todos os  
momentos da minha vida.*

*Aos meus amigos, pelos momentos de alegria  
durante o período em que estivemos juntos.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) - ao Núcleo do Ceará e ao Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde (NUTEDS), por disponibilizarem, juntos, um curso semipresencial aos profissionais de saúde, de qualidade e sem custos;

À professora mestre Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal, pela orientação do portfólio e pelo tempo concedido em corrigir tarefas e estar sempre presente nos momentos de dúvidas das disciplinas;

À Josiele Coutinho pela formatação do TCC;

Aos professores e tutores, por disponibilizarem seu tempo, inclusive em finais de semana, com sugestões valiosas nos trabalhos, fóruns e tarefas;

Aos colegas de turma da especialização, pelas discussões, reflexões e ideias nos chats e fóruns.

## RESUMO

Expõe a vivência de disciplinas pertinentes à pós-graduação Saúde da Família. Inicia-se com a descrição da aluna, sua história, trabalho, expectativas quanto à iniciação da Especialização em Saúde da Família na modalidade de EaD, dentre outros. Nesse contexto, o estudo teve como objetivos: Relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC; Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC); Refletir sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional. Trata-se de um relato de experiência, tendo como bases teóricas os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), material didático e complementar do curso Especialização em Saúde da Família, promovido pelo Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS) da Universidade Federal do Ceará (UFC), realizado no período de abril/2010 a junho/2011. O portfólio foi lançado a partir do estudo aprofundado, da interpretação das disciplinas, de discussões, de aprendizagem, da troca de ideias entre os alunos e, principalmente, da experiência de pôr em prática o que foi aprendido. As disciplinas pertinentes ao trabalho são: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade; Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e ABS Pessoas com Deficiência. Para concretização desse trabalho, não foi necessário a aceitação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), uma vez que se aborda um relato de experiência. Considera-se que o maior benefício resultou aos clientes das Unidades Básicas de Saúde, pois, ao colocarmos em prática o que foi aprendido por meio das disciplinas apresentadas, resultou numa assistência de melhor qualidade e humanização, acreditando-se que a proposta de Promoção de Saúde na ESF torna-se um fator essencial para a visão de uma atenção primária mais efetiva.

**Palavras-chaves: Saúde da Família. Promoção da Saúde. Educação Continuada.**

## ABSTRACT

Exposes the experience of relevant disciplines will graduate Family Health. It begins with a description of the student, its history, work, expectations regarding the initiation of Specialization in Family Health in the form of distance education, among others. In this context, the study aimed to report the learning along the Specialization Course in Family Health - NUTEDS / UFC; present the portfolios produced during the courses of the Specialization Course in Family Health (NUTEDS / UFC) Reflect on the application of course content in practice. This is an experience report, with the theoretical fundamentals of the Unified Health System (SUS), teaching materials and additional travel Specialization in Family Health, sponsored by the Center for Technology and Distance Education (NUTEDS) of Federal University of Ceará (UFC), conducted from April 2010 to June/2011. The portfolio was launched from the detailed study of the disciplines, interpreting them in discussions, learning, exchange of ideas between students and especially the experience of putting into practice what was learned. Disciplines relevant to the work are: Process Work in Health, Mental Health and Violence; care model and Primary Health Care, Planning and Evaluation of Health Action; Approach Technologies for Individual, Family and Community Care- Pedagogical Practice Primary Health Care, Women's Health, Social Participation and Health Promotion, Environmental Health, Accident, Natural and Artificial Risks for Family Health Primary Health Oral Health in the Context of Disability and ABS. To accomplish this work, it was not necessary for acceptance in the Ethics and Human Research (CEP), since it addresses an experience report. It is considered that the greatest benefit to customers resulted from Basic Health Units, as by putting into practice what was learned through the disciplines represented, resulted in improved quality of care and humanity, believing that the proposed Health Promotion the FHS becomes an essential factor for the vision of a more effective primary care.

**Keywords: Family Health. Health Promotion. Continuing Education**



**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - <b>Imagem da estudante durante a formatura da mesma.</b>	12
Figura 2 - <b>Logomarca do PSF.</b>	16
Figura 3 - <b>Fachada da Unidade de Saúde.</b>	17
Figura 4 - <b>Fotografia da cidade de Teresina – Piauí.</b>	20
Figura 5 - <b>Imagem do encontro das águas em Teresina – Piauí.</b>	21
Figura 6 - <b>Fachada da festa junina, comemorada no CAPS.</b>	23
Figura 7 - <b>Imagem para conscientização popular, sobre a inclusão de deficientes mentais na sociedade.</b>	25
Figura 8 - <b>Reprodução de uma adolescente grávida.</b>	26
Figura 9 - <b>Logomarca da Atenção Básica.</b>	28
Figura 10 - <b>Reprodução do filme Políticas de Saúde do Brasil.</b>	29
Figura 11- <b>Imagem de uma senhora representando um relato de caso.</b>	30
Figura 12 - <b>Fluxograma de planejamento.</b>	32
Figura 13 - <b>Representação que o planejamento correto possui a participação de toda a equipe.</b>	33
Figura 14 - <b>Logomarca do Mobiliza SUS.</b>	36
Figura 15 - <b>Foto de mãos unidas, representando que todos precisam de apoio.</b>	37
Figura 16 - <b>Imagem de crianças na escola.</b>	38
Figura 17 - <b>Figura feminina, simulando uma imagem delicada.</b>	39
Figura 18 - <b>Frase de incentivo à denúncia de mulheres vítimas de violência.</b>	41
Figura 19 - <b>Fotografia representando a miséria.</b>	42
Figura 20 - <b>Imagem do planeta Terra, representando a “comunidade terrestre”.</b>	45
Figura 21- <b>Caricaturas de ovos, simulando um acidente de trabalho.</b>	47
Figura 22 - <b>Imagem de um dentista ensinando o modo de escovação correta à criança.</b>	48
Figura 23 - <b>Figura revelando as dificuldades que sofrem os deficientes na sociedade.</b>	51
Figura 24 - <b>Desenho, evidenciando as conquistas dos deficientes.</b>	52

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1 - Intervenções de profissionais à Unidade de Saúde</b>	<b>19</b>
<b>Quadro 2 - Plano de ação</b>	<b>35</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**CAPS** – Centro de Assistência e Promoção Social

**CEP** - Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

**EaD** – Educação a Distância

**ESF** – Equipe Saúde da Família

**MS** – Ministério da Saúde

**NUTEDS** - Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde

**PcD** – Pessoa com Deficiência

**PSF** – Programa Saúde da Família

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFC** – universidade Federal do Ceará

**Una-Sus** - Universidade Aberta do SUS

## SUMÁRIO

	<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>08</b>
	<b>LISTA DE QUADROS</b>	<b>09</b>
	<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO: COMO CHEGUEI ATÉ AQUI</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS</b>	<b>16</b>
<b>4.1</b>	<b>Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde</b>	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>Disciplina 02 – Saúde Mental e Violência</b>	<b>22</b>
<b>4.3</b>	<b>Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde</b>	<b>27</b>
<b>4.4</b>	<b>Disciplina 04 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde</b>	<b>32</b>
<b>4.5</b>	<b>Disciplina 05 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde</b>	<b>36</b>
<b>4.6</b>	<b>Disciplina 06 – Saúde da Mulher</b>	<b>39</b>
<b>4.7</b>	<b>Disciplina 07 – Participação Social e Promoção da Saúde</b>	<b>42</b>
<b>4.8</b>	<b>Disciplina 08 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família</b>	<b>45</b>
<b>4.9</b>	<b>Disciplina 09 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal</b>	<b>48</b>
<b>4.10</b>	<b>Disciplina 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO: COMO CHEGUEI ATÉ AQUI

A seguir, apresento o Portfólio, o qual consta as disciplinas presentes na especialização semipresencial Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará (UFC), necessário para a conclusão do curso. Meu nome é Valdileia Lima Marques Miranda e me formei em Enfermagem em 2009.2. Meu primeiro emprego foi na área hospitalar e, após



Figura 1 - Imagem da estudante durante a formatura da estudante. Fonte: foto pessoal.

três meses, iniciei esta pós-graduação em Saúde da Família. Coincidentemente, um mês após iniciar este curso, comecei a trabalhar no Programa Saúde da Família (PSF), alegrando-me, pois é uma especialidade que gosto e por já está inserida nesta especialização. Segundo Henrique e Calvo (2009), o PSF veio com a sugestão de atender o sujeito, a família e a sociedade em nível primário, na atenção básica, com o intuito de atuar na prevenção de doenças e ações de promoção de saúde.

A Educação Continuada aos profissionais da atenção básica torna-se elementar, pois a partir do atendimento em nível primário com qualidade, o seguimento do cliente tornará correto e agravamentos à saúde serão evitados.

Investindo em aprimoramento do ensino aos profissionais de saúde, se diminui os gastos com doença, pois, com o aumento do conhecimento entre esses trabalhadores, ampliam-se informações acerca de doenças e inclui-se a humanização ao atendimento aos pacientes, no qual a satisfação do cliente é percebida como um apontador de qualidade da assistência à saúde, pois um bom atendimento contempla na efetivação das necessidades do usuário.

Segundo Ferreira (2010), cursos de capacitação e Educação Continuada aos profissionais de saúde na atenção básica aprimora o conhecimento, adapta os perfis e concretiza a Estratégia Saúde da Família, cabendo por isso conhecer a necessidade de cada profissional, por consequência é indispensável que o Ministério de Saúde efetive reciclagem e Educação permanente à Equipe Saúde da Família, para assim ampliar o conhecimento desta e melhorar a assistência à saúde à comunidade.

Pensando neste intuito, de aumentar conhecimento e melhorar a humanização do atendimento ao paciente, iniciei a especialização Saúde da Família e, por ser um curso à

distância, pensei que seria fácil e não demandaria tanto de meu tempo. Porém, ao iniciar esta especialização, compreendi o verdadeiro significado de Educação à Distância (EaD), cujo estilo é inovador, prático e moderno, no qual aprendemos em conjunto, alunos e professores. Por ser flexível, esta modalidade de ensino em domicílio incentiva os alunos, pois podemos adaptar os horários de estudo e, através do meio virtual, acompanhamos as aulas via internet, onde somos avaliados e, mesmo sem a presença física do professor, há a interação aluno-educador, uma melhor aprendizagem e um ensino de qualidade.

O aproveitamento da tecnologia na educação a distância emprega um sistema integrante ou substituto ao ensino presencial, admitindo um inovado método de ensino/aprendizagem, incidindo na junção entre inovação de conhecimento e informação, onde um bom desempenho está sujeito ao bom desempenho do governo, instituição de ensino, discente e docente (MAIA,2009, p.485).

Então EaD é, ao mesmo tempo, “in presentia”, pois só ficamos distantes fisicamente, mas podemos interagir, conversar com o professor, escutá-lo e ao mesmo tempo tirar as dúvidas, discutir as aulas entre os alunos e trocar saberes. Descobri também um novo significado de professor, que não só ensina, mas também instrui a pensar, estimula com diversos recursos didáticos, faz refletir e nos instiga a novos questionamentos. Assim, no nosso meio profissional, nos tornaremos mais independentes, não esperando a cobrança de chefes para realizar nossas funções e procuraremos fazer o melhor, ou seja, seremos mais responsáveis e a probabilidade de crescimento aumentará, assim como nossa autonomia.

Senso assim, EaD é uma forma de estudar independente e flexível, pois, ao mesmo tempo em que dá liberdade, nos impulsiona a buscar informações.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Promover a interação efetiva das equipes multidisciplinares e interdisciplinares das áreas de saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC;
- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC);

### 3 METODOLOGIA

A seguir, apresento um relato de experiência, pois se trata de uma descrição escrita de uma experiência e resultados do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, no período de abril/2010 a junho/2011.

Descrevo em forma de portfólio, o qual foi lançado a partir do estudo aprofundado das disciplinas, interpretando-as, recomendado pelo método de pesquisa escolhido, de reflexões, discussões nos fóruns, troca de ideias entre os alunos, artigos científicos, chats, relatos de prática profissional, do material estudado, de aprendizagem e, principalmente, a partir de experiências em pôr em exercício o que foi estudado e debatido, de cada disciplina e, ao final, juntou-se todas as disciplinas para compor o trabalho.

As exposições dos portfólios consistiram por meio de capítulos, sendo que cada um adequa a uma disciplina percorrida. As disciplinas pertinentes ao trabalho são: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Prática Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e ABS Pessoas com Deficiência.

Para concretização deste trabalho, não foi cogente a aceitação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), uma vez que se aborda um relato de experiência.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Disciplina 1 – Processo de Trabalho em Saúde

Para um indivíduo realizar uma mudança, este tem que saber os benefícios que virão junto a ela, ou seja, refletir e entender para que servirá esse novo processo de transformação.

Instruir-se a buscar informações e congregar novos conhecimentos aos hábitos de atendimento é perceber as atuais necessidades dos pacientes e se aperfeiçoar para ampará-los com melhor sabedoria, ou seja, mudar atitudes e mudar valores pelos profissionais de saúde, para atenção ao cliente com qualidade.

A mudança na promoção de saúde torna-se um fator essencial, pois resolverá ou, pelo menos, diminuirá as lotações nos hospitais, com uma atenção primária mais efetiva (FABER, 2008).

Vejo, porém, que para solucionar tais problemas exemplificados no parágrafo anterior, somente a vontade dos profissionais da saúde não resolveria, a população também teria ser mais incentivada a procurar a atenção básica no pensamento de prevenir patologias e não só tratar. Mas isso envolve outras discussões: será a dificuldade de marcar consultas nas unidades de saúde o fator que dificulta a procura, aumentando a busca da atenção secundária e terciária?

No “Fórum Artefato da sensibilidade humana”, pediu-se para comentarmos sobre a mudança, o qual requer explicação compreensiva para a decisão de mudar, refletindo sobre a necessidade primordial da mudança de hábitos para a promoção da saúde, principalmente junto às demandas populares. Sei que mudar hábitos humanos requer uma compreensão sensível dos pressupostos conscientes e inconscientes da família, grupo e comunidade.

Por consequência, refleti que as mudanças de alguns hábitos não ocorrem porque a comunidade às vezes não possui o conhecimento da importância da modificação num hábito de vida. Além disso, decidi que mesmo a população não comparecendo à unidade, os profissionais da saúde podem ir até a sociedade, através da realização de Educação em Saúde nas escolas, igrejas, praças e em locais públicos. A partir desse pensamento, saí da unidade, juntamente com a Equipe Saúde da Família (ESF), e decidimos realizar promoção em saúde



Figura 2 - Logomarca do PSF. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

em locais diversos e não somente no posto, pois se aumenta o conhecimento da população, evitam-se doenças e, após esta prática, percebi uma maior aproximação da população à unidade básica de saúde (UBS).

A promoção de saúde enfatiza um estilo de vida saudável, habilitando o ser humano a gerar bem estar a sua própria história, adaptando seu estilo de viver para assim gerar saúde em todas as esferas, físico, mental e social, porém sem esquecer, que o torna responsável pela sua qualidade de vida, assim informa a Carta de Ottawa (1986), que foi a primeira conferência internacional sobre promoção de saúde.

- Atividade: Descrição do município de abrangência de sua equipe, da sua unidade de saúde, e da equipe de saúde do seu dia a dia.



Figura 3 - Fachada da Unidade de Saúde. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

Realizei uma descrição do município no qual iria trabalhar, pois ainda não trabalhava na atenção básica. Fiz algumas pesquisas com quem já trabalhava no município e outras pela internet. Através delas, descobri algumas informações sobre a cidade e a área em que iria trabalhar, facilitando, no futuro, o andamento do meu trabalho e aumentando o conhecimento sobre a prática do PSF.

Existem sete ESF completas no município e uma incompleta, faltando o médico, conforme necessitam o total de habitantes do município, 19.765 residentes. Os agentes comunitários de saúde (ACS) fazem busca ativa, entre a população, de riscos e agravos à saúde, faltosos a tratamentos e consultas, dentre outros clientes, informam a situação de cada área, oferecem sugestões, pois estão dentro da comunidade e têm mais conhecimento da situação e problemas locais, avisam sobre poluição, as necessidades maiores, as doenças que mais acometem a comunidade, etc.

Algumas dificuldades também existem no município, pois alguns pacientes com tuberculose não realizam o tratamento corretamente, alguns fazem uso de bebida alcoólica, não utilizando corretamente a medicação, dentre outros problemas que dificultam o tratamento correto. Muitos medicamentos faltam no hospital e UBS's, inclusive Soro Fisiológico 0,9%, soro de reidratação oral, medicamentos hipoglicemiantes e anti-hipertensivos, dentre outros medicamentos importantes. Outro problema é a falta de

realização de exames no laboratório municipal da cidade, dificultando, principalmente, a realização dos pré-natais.

Os profissionais, porém, tentam compensar essas faltas, realizando busca ativa aos pacientes faltosos, fazendo tratamento supervisionado aos pacientes com tuberculose, comprando medicamentos para após receber reembolso ou encaminhando os clientes para outros municípios, também para realizarem exames laboratoriais. Assim os profissionais de saúde tentam realizar o melhor tratamento à população.

Esta disciplina aumentou meu conhecimento sobre ESF e permitiu conhecer, antes de trabalhar na Unidade, algumas particularidades do município, comunidade e rotina do serviço, possibilitando maior interação entre profissionais e clientes da ESF.

Dando continuidade à disciplina, participei do fórum: “Democratização de ideias”, este fazia o seguinte questionamento:

Você já conviveu com essas divergências de olhares culturais entre profissional e cliente? O que faz você afirmar, junto às propostas institucionais, a expressão “a realidade é outra!”... Diante ao fato da existência de um planejamento do aparelho ideológico do Estado preconizando as ações de saúde, indaga-se: no nível local existe uma participação capaz de informar as reais necessidades em saúde? Ao final pede-se para comentar sobre a “Democratização de ideias” com seus colegas!

Nesta aula, já estava inserida no novo emprego, na Atenção Básica, onde compartilhei informações e ideias, li alguns fóruns dos colegas de turma, descobri que algumas de minhas frustrações são as mesmas dos outros profissionais da saúde e formulei meu pensamento.

A atuação dos profissionais da saúde na UBS requer não somente os estudos e experiência na área, mas precisa também de aptidão, da vontade de superar os baixos níveis de conhecimento da população e outras dificuldades, pois apesar da pouca escolaridade da comunidade, com a vontade desses profissionais a atenção primária será realizada com a devida dedicação, realizando educação em saúde, acompanhamento domiciliar e um bom atendimento.

A desmotivação, quando causada pela falta de recursos, de materiais e junto com o desvio de dinheiro público, o qual deveria ser investido na saúde, dentre outros, se resume com a diminuição do compromisso com a comunidade. Deste modo, vemos que a realidade é outra, pois, mesmo com o interesse de fazer um bom atendimento na atenção primária, tal

qual aprendemos na faculdade, vemos que existem alguns empecilhos que diminuem o rendimento.

Este fórum me fez refletir que, ao nos formarmos e iniciar o trabalho, a prática é a dificuldade que encontramos. Além de realizar nossos deveres que aprendemos na faculdade temos que adaptar o atendimento às faltas encontradas.

- Intervenções profissionais da Unidade de Saúde da cidade de Uruburetama:

<b>Intervenções Profissionais</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Finalidade</b>	<b>Meios Materiais</b>	<b>Condições ou RH</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Objeto</b>
Prevenção do câncer do colo de útero	Detectar precocemente o câncer do colo uterino	Prevenção, tratamento e redução de danos	Material esterilizado para coleta de exames	Profissionais tecnicamente preparados	Mulheres em idade fértil	O tema descrito
Programa de combate à tuberculose	Busca ativa de sintomáticos respiratórios	Cura e tratamento de casos novos de tuberculose	Panfletos, palestras, busca no domicílio e solicitação de baciloscopia	Profissionais capacitados e agente comunitário de saúde	Sintomáticos respiratórios e comunicantes	A temática
Reunião com equipe da Unidade Básica da Família	Realizar plano de ação	Criar intervenções	Sala de reunião e recursos audiovisuais	Equipe da Unidade Básica de Saúde	Profissionais da saúde a ACS	O tema em questão
Programa HIPERDIA	Reduzir complicações	Redução dos fatores de riscos e acompanhamento e tratamento dos pacientes	Consultório e equipamentos adequados	Profissionais de saúde e auxiliar de enfermagem	Hipertensos e diabéticos	O processo de trabalho
Visita domiciliar	Conhecer o ambiente social e estabelecer vínculo com a comunidade	Controle de patologias e conhecer as condições socioeconômicas da comunidade	Prontuário e veículo para transporte da equipe	Profissionais da saúde	Comunidade	Ampliar o atendimento a população

#### **Quadro 1 - intervenções de profissionais à Unidade de Saúde.**

As intervenções que apresentei anteriormente foram realizadas através das experiências que vivencio no meu trabalho, PSF. Nesta disciplina, porém, aprendi a organizar o processo de trabalho de forma mais simplificada e breve, além de analisar algumas práticas realizadas, principalmente em relação às finalidades.

O respeito deve ser estimulado junto ao atendimento ao cliente, entre enfermeiro – cliente, abrangendo a comunicação e o relacionamento interpessoal conforme Peres (2011) e Barbosa e Silva (2007) menciona que a comunicação desempenhada pelo enfermeiro é um fator essencial num cuidado humanizado e na manifestação de respeito, onde o tratar bem o

cliente compreende saber as peculiaridades de cada paciente e significa agir corretamente e com honestidade.

O “Fórum diferenças das diferenças” solicitava que refletíssemos sobre a comunicação como parte integrante do processo de trabalho nos aspectos assistir, curar, educar, interagir, prevenir e cuidar.

A comunicação no atendimento ao cliente é uma ferramenta indispensável para um atendimento individualizado e humanizado nos serviços de saúde.

Alguns profissionais atendem com pressa seus clientes, pela lotação nas instituições ou pelo simples fato de quererem se livrar logo do “problema”, o qual se torna uma falsa impressão, pois a doença do paciente não assistido corretamente poderá evoluir para algo mais complicado, causando perdas, ou seja, prejuízo de um bem.

Conforme o revelado anterior, a comunicação, além de ser a interação entre pessoas, é a base para se iniciar o processo do cuidar, pois ocorre a troca entre a mensagem analisada e a assistência doada. Por esta razão, procuro assistir o cliente em seu contexto, escutando e compreendendo, não só por causa desta disciplina, pois esta só me fez confirmar que a assistência deve ser completa, mas também por entender que o paciente não é somente a doença, mas é sua totalidade, seu passado, preocupações, família, dentre outros.

- Na atividade, solicitava a contextualização do município e região, evidenciando sobre os aspectos territoriais. Esta questão é importante, pois o SUS respeita as desigualdades das regiões do país e, para isso, esse sistema precisa conhecer a realidade e, após esse conhecimento, delinear e planejar programas de saúde que atendam às dificuldades ali descobertas.



**Figura 4 - Fotografia da cidade de Teresina – Piauí. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)**

Moro em Fortaleza e trabalho num município a 130 km de distância da capital, mas nasci e passei a maior parte de minha vida no Piauí, por isso resolvi falar sobre minha

cidade natal, Teresina. Localizada no Centro-Norte Piauiense a 366 quilômetros do litoral, sendo, portanto, a única capital da região nordeste que não se localiza as margens do Oceano Atlântico, porém não deixa de ser bela e possuir vários locais de passeios. Possui 802.537 habitantes, uma área de 1.755,698 km<sup>2</sup>, sendo a maior capital em extensão territorial do Nordeste e foi fundada em 1852 (WIKIPÉDIA, 2010).

Possui um fato bastante interessante: é a terceira cidade no mundo onde mais acontecem sequências de descargas elétricas, sendo chamada de *capital dos raios*, pois é localizada sobre uma chapada, atraindo mais os raios. É a primeira capital planejada e a terceira capital mais segura do Brasil (WIKIPÉDIA, 2010).

O Clima de Teresina é o tropical semiúmido, e é conhecida como a cidade mais quente do Nordeste, porém a qualidade do ar é considerada muito boa. O relevo é bastante plano. Situada numa zona de transição entre o Nordeste e a Amazônia (Meio-Norte), Teresina é cercada pela mata dos cocais, cerrados e cerradões, onde se veem muitas carnaúbas, babaçuais, buritizeiros, jatobás, caneleiras e ipês, mas o melhor de tudo é uma fruta que muitos não conhecem e nunca ouviram falar, o Bacuri. Teresina tem mais áreas verdes do que o recomendado pela ONU e concilia seu progresso com o respeito ao meio ambiente. Isso garante à Teresina o título de ‘Cidade Verde’ (WIKIPÉDIA, 2010).

Porém a dengue, que tem incidência alta em várias cidades do Nordeste, em Teresina não é diferente; entre 2002 a 2006 foram notificados 11.003 casos de dengue, com maior incidência na faixa etária de 15 a 49 anos (MONTEIRO et al, 2009).

Em relação aos aspectos epidemiológicos, conforme RODRIGUES (2008), entre 2003 a 2006 Teresina apresentou 147,5 casos humanos de Leishmaniose Visceral, concentrando o maior número de casos do estado. Esta incidência deve-se as áreas com condições de saneamento desfavoráveis, que se desenvolveram de modo acelerado e desordenado, menos urbanizadas e mais carentes.



Figura 5 - Imagem do encontro das águas em Teresina – Piauí. Fonte: [google.com/images](http://google.com/images)

Não se pode apenas conhecer as doenças que acometem uma dada região, segundo a Universidade Federal do Ceará (2010), é necessário saber a constância, como e por que as doenças acontecem, buscando informações das condições de vida das pessoas acometidas e dos fatores que contribuem com o surgimento dessas enfermidades. Conforme o enunciado, as organizações dos serviços de saúde devem diagnosticar e priorizar as atuações,

adaptando-as para que as ações sejam eficazes e eficientes.

- Modelos de determinação sociais

Nesta aula descrevi a realidade local após o PSF, conforme se pedia no “Fórum - Evidências das determinações sociais”.

Debate:

Com somente um PSF que existia no município, a população ficava desassistida na atenção primária e, ao mesmo tempo, a emergência hospitalar ficava lotada.

Com a introdução de mais sete UBS, houve uma atenção primária com mais abrangência à população, na qual a ação preventiva está sendo mais atuante, com programas educativos e com isso a inclusão da participação da comunidade nas prevenções de patologias. A facilidade de acesso ao atendimento por esta população também melhorou, assim como o acolhimento por diferentes profissionais, fazendo que a qualidade de vida da população carente aumentasse de forma gradual.

As ESF's fazem atividades com o propósito de melhorar a saúde e promover a qualidade de vida da comunidade que abrangem, onde exercem um plano de ação para realizar uma assistência à saúde planejada.

O PSF nasceu com o propósito de causar prevenção de doenças, proteger e recuperar o bem estar, através do conhecimento popular, com Educação em Saúde e participação da comunidade no seu cuidar (SOUZA e CARVALHO, 2003).

Muitos fatores, entretanto, interferem numa assistência de melhor qualidade, servindo como exemplo as más condições de trabalho dos profissionais, a população de baixa renda e a falta de saneamento básico e de remédios.

## **4.2 Disciplina 2 – Saúde Mental e Violência**

- Construções históricas, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil.

Com a intenção de vivenciar o conteúdo apresentado nesta aula, a tutora solicitou que fizéssemos uma visita a algum serviço criado pela reforma psiquiátrica, como: Centro de Assistência e Atenção Social (CAPS), Hospital de residência terapêutica ou leitos

psiquiátricos em hospital geral. No “Fórum - Reforma Psiquiátrica”, identifiquei o serviço visitado e discuti com meus colegas quais as diferenças e semelhanças observadas com o hospital psiquiátrico tradicional.

Debate:

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações das instituições entre as relações interpessoais, nas quais houve mudanças e superação da violência asilar, pois os hospitais anteriores tinham uma função de exclusão e não de tratamento e era mais cômodo afastar da sociedade aqueles que não seguiam um “modelo” de comportamento. Criada na crise do modelo assistencial dos hospitais psiquiátricos, onde os movimentos sociais influenciaram na construção desta Reforma, pois lutavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica surge para colocar em prática mudanças necessárias para o doente mental, como a proteção deste excluído da sociedade. A Reforma instituiu um inovado atendimento, fora dos hospitais psiquiátricos e dentro do convívio com a sociedade, principalmente incluindo a família no tratamento do doente. Ao ver que o aprisionamento piora o tratamento e tira o poder de autonomia do paciente, este novo modelo veio para desafiar e mudar a exclusão do doente mental, pedindo transformação e criticando a assistência prestada, que era o manicomial (BRASIL, 2005).

Através do exposto e de leituras, conheci melhor o CAPS, onde visitei e pude constatar uma nova história para o tratamento psiquiátrico. Lá ocorre a inclusão da família no tratamento, dando-lhe suporte, a fim de melhorar as relações, pois os portadores de saúde psíquica precisam ser tratados dentro do contexto vigente, uma vez que existem leis que os amparam.



Figura 6 - Fachada da festa junina, comemorada no CAPS. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

A coordenadora informou que no CAPS não há internamento e os pacientes são atendidos no contexto familiar e social, evitando a exclusão deles na sociedade. Nesse Centro, se desenvolvem atividades terapêuticas que minimizem os sofrimentos mentais, uma vez que



atuam enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social e psicopedagogo.

Nessa visita pude conhecer a vivência dos profissionais do CAPS e de alguns clientes, as dificuldades e superações, assim como aprender mais a me relacionar com alguns pacientes com transtornos mentais que residem na área na qual trabalho, conhecê-los melhor, saber seus tratamentos, psicoses e, também, acompanhá-los, juntamente com o CAPS, em suas evoluções.

#### - Atenção em Saúde Mental - a assistência e a clínica

A parceria entre CAPS – ESF incide na responsabilidade dividida na assistência dos casos de saúde mental, onde a finalidade é aumentar o vínculo, permitir que os profissionais acompanhem mais de perto a evolução do paciente e adaptar a um atendimento mais individualizado. Além desse fato, a parceria propõe a responsabilidade pela equipe local, com a intenção resolutiva dos problemas, e a ajuda mútua entre os programas em destaque e, assim, potencializar o efeito terapêutico (DELFINI, 2011).

Nesta aula postei sobre a assistência prestada a uma instituição substitutiva ao hospital psiquiátrico, para saber como os profissionais da equipe organizam e executam as ações de saúde mental à clientela. Para tanto, entrei em contato com o serviço, utilizando, como metodologia, observação ao serviço e entrevista a algum profissional sobre as atividades.

Visitei um CAPS situado próximo a minha residência, o que me facilitou bastante a tarefa, uma vez que lá atuam alguns profissionais conhecidos. A entrada já me impressionou, pois possuía enfeites de quadrilha, realizados pelos pacientes e terapeuta ocupacional, tornando o ambiente algo alegre e acomodável. Conversei com a coordenadora, informando-me, primeiramente, que enfermeiro, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional e assistente social atuam na instituição de segunda a quinta-feira, manhã e tarde, e sexta-feira pela manhã. Então, fiquei sabendo que o psiquiatra só consulta uma ou duas vezes ao mês.

A coordenadora do CAPS informou que ocorre a inclusão da família no tratamento, dando suporte, a fim de melhorar as relações e evitar a exclusão da sociedade, pois o atendimento multiprofissional acolhe a família para dar um apoio psicológico e ensinar a melhor estratégia de tratamento ao portador de saúde psíquica, pois, às vezes, os pacientes não precisam de remédios, apenas de atenção. Portanto, no CAPS não ocorre internamento e

sim atividades terapêuticas, psicológicas e tratamento medicamentoso, pois tais clientes precisam de mais compreensão e apoio.

Existem atividades em grupos, nas quais a terapeuta ocupacional desenvolve terapia através da construção de objetos; a psicóloga realiza atendimento individual e com grupo de apoio e cada paciente fala sobre experiências vividas; a enfermeira organiza educação em saúde com diferentes temas de relevância ao grupo, entre outras atividades realizadas na instituição, o que tira o cliente da exclusão e o faz sentir amado e parte da sociedade.



Figura 7 - Imagem para conscientização popular, sobre a inclusão de deficientes mentais na sociedade. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

Neste sistema de informações aprendi mais com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a inclusão, o respeito e a diferença, e assim, valorizar ainda mais as intervenções do novo modelo de assistência à pessoa com doença mental, além de incluir, no planejamento do PSF, o acompanhamento dos clientes em tratamento no CAPS, para assim ocorrer a acompanhamento mútuo.

#### - Casos clínicos na comunidade

O objetivo deste fórum é a descrição e o entendimento de um caso, para assim explorá-lo e criar intervenções cabíveis.

Nesta aula, pediu-se que formássemos grupos de no máximo seis pessoas e realizássemos casos clínicos, com situações comuns e após deveríamos refletir e escrever nossas condutas profissionais e soluções cabíveis para amenizar a(s) dificuldade(s).

Os temas a escolher foram: Um adulto em crise (alcoolismo); Um adulto em crise (por agressão física a outros); Um adulto em crise (outras); Um adolescente em sofrimento mental (gravidez indesejada); Um adolescente em sofrimento mental (perda de alguém importante); Uma família passando por mudanças (o nascimento de uma criança); Uma família passando por mudanças (saída do filho de casa). Escolhemos o caso “Um adolescente

em sofrimento mental (gravidez indesejada)” e propomos alternativas e soluções adequadas a serem seguidas, a fim de solucionar o (s) problema (s) identificado (s).

Moreira (2008) afirma que a gravidez na adolescência manifesta algumas complicações, pois está ocorrendo a passagem de desenvolvimento emocional, corporal, de identidade e, logo que ocorreu a mudança de menina para mulher (ainda em desenvolvimento), alterou-se também para mãe. Dessa forma, a adolescente fica na confusão de definições de papéis e se vê com pouco apoio, pois a maior parte não está preparada. A gestação é um período de modificações que necessita de atenção especial e, se ocorre na adolescência, essas alterações se desviam para um estado de condição conflituosa e esta nova circunstância poderá se evoluir para uma gravidez de risco ou atitudes súbitas de vontade de tentar um aborto ou suicídio. Portanto os profissionais de saúde carecem constituir um atendimento de amparo e de relação de confiança com estas adolescentes, a fim de disponibilizar um apoio psicológico neste momento delicado, além de orientá-las sobre planejamento familiar, escutá-las, valorizar seus anseios e apreensões e realizar grupos de apoios.

#### Estudo de Caso:



**Figura 8 - Reprodução de uma adolescente grávida. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)**

Paciente de 13 anos, feminina, branca, manicure, solteira, estudou até a quinta série, tabagista há três anos. Vem à consulta referindo atraso menstrual de três meses. Expressa certo grau de ansiedade. Sempre teve ciclos irregulares. Fez uma dosagem de Beta-HCG há menos de dois meses e, segundo sua informação, foi positiva para gestação. Nunca fez

uso de método contraceptivo. Aos 11 anos, foi vítima de estupro, perpetrado por um instrutor do abrigo em que morava. Dessa relação, resultou uma gestação marcada por revolta e ideia suicida. Na época compareceu a apenas duas consultas pré-natal. Teve parto normal há sete meses. Logo após o parto, por decisão judicial, o recém-nascido foi separado dela e levado para adoção. Conforme informa, foi alegado que ela não tinha condições de cuidar da criança. Pouco tempo após o parto, a paciente fugiu do abrigo em que morava e foi em busca do seu filho. Segundo sua informação, foi uma vã tentativa, pois a criança já tinha sido adotada por uma família.

No passado, foi usuária de maconha, cocaína e crack, mas nunca usou drogas injetáveis. Sua menarca ocorreu aos 11 anos e a primeira relação sexual aos 10 anos. Nunca se submeteu ao exame ginecológico preventivo. Teve, ao longo de sua vida sexual, três parceiros. Sua história psicossocial revela que não conheceu seus pais e que foi criada em abrigos para menores de idade desde que nasceu.

Atualmente tem um namorado, que conheceu há sete meses. Está morando com ele. Deseja muito ter um filho e revela-se ansiosa para saber, com certeza, se está grávida, especialmente porque não pôde criar o que já teve.

Reduziu o número de cigarros fumados ao dia para um, tendo em vista a possibilidade de estar grávida. Relata que, no início da gestação passada, teve dificuldades em aceitá-la. Porém, após o nascimento do menino, apaixonou-se por ele de modo especial depois de “ver o rostinho do nenê”.

Minhas intervenções:

Esta gestação é uma gravidez de risco. Pela baixa escolaridade, no último trimestre, já deverá ser mencionado um planejamento familiar e exame citopatológico. Deve-se denunciar ao Conselho Tutelar o instrutor do abrigo, onde residia anteriormente, pois se violentou esta jovem, pode continuar com este crime com as demais. Além do acompanhamento com o psicólogo, evidenciando a parar de fumar, participar de grupos terapêuticos com demais jovens entre 10 – 15 anos, para trocar vivências, se fortalecerem juntas e realizarem exercícios de relaxamento, solicitando, nos pré-natais, o acompanhamento do pai da criança.

Através de um chat, previamente combinado com a tutora Claudia, minha equipe realizou o trabalho e o dividimos, para apresentarmos na aula presencial. Conforme o planejado, discutimos o estudo de caso em aula, com auxílio de *slides* e dos demais alunos.

### **4.3 Disciplina 3 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde**



Figura 9 – Logomarca da Atenção Básica. Fonte: google.com/images

Através do material didático, entendi que o modelo assistencial em saúde é a maneira como são atingidas as atuações relativas à saúde oferecida aos usuários e comunidade, ou seja, é a organização em uma sociedade das ações de atenção à saúde, utilizando recursos tecnológicos, assistenciais e humanos, o qual possui como intenção mostrar soluções para as doenças da população em um local. Segundo Costa (2009), o PSF surgiu como uma proposta de recriar o modelo assistencial em saúde, substituindo por um padrão inovador, de novas práticas sanitárias, sendo uma forma humanizada, receptiva e mais resolutiva, ou seja, acatando o princípio da universalidade.

Mostrando como exemplo o município no qual trabalho, a assistência à saúde ocorre, principalmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois não existem hospitais ou clínicas particulares e sim Unidades Básicas de Saúde e um hospital público, de média complexidade, e, se algum indivíduo necessitar de serviços mais complexos ou especializados, é encaminhado à capital ou cidades vizinhas.

O PSF, serviço no qual trabalho, age em diversos pontos estratégicos para atender a população em geral, em relação de localidade e assistência, realizando atendimentos domiciliares e em localidades de difíceis acessos para a cobertura total da população. Porém, a inexistência de hospital de alta complexidade, terciário, em alguns municípios, superlota os hospitais da capital.

Mesmo existindo um hospital de média complexidade no município em que trabalho, falta materiais necessários para o atendimento a alguns procedimentos simples e, com o passar dos anos, vejo que o serviço não melhora e sim empobrece, pois antes aconteciam partos cesarianos e algumas cirurgias e agora estes serviços são inexistentes.

#### - Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica à Saúde está ligada ao atendimento primário, às atividades de promoção de saúde, ou seja, a vigilância à saúde, assim como o tratamento de doenças, porém

a maior intenção é a de prevenir agravos, através da autonomia com a educação permanente da comunidade pela equipe multiprofissional.

Nesta aula realizamos um chat e apresentamos nosso conhecimento, para discutir sobre evolução da organização dos sistemas de saúde no Brasil. Antes, vimos um vídeo e estudamos o material didático, através destes conhecemos a história da Política de Saúde no Brasil. Esta disciplina me ajudou muito, pois como podemos trabalhar na área da saúde sem conhecer sua história, conquistas e dificuldade para chegar onde estamos, com o SUS, o melhor “plano de saúde” que um país poderia nos oferecer?

No início do século 20, a assistência médica era trazida de Portugal e esperava-se modernização na Ciência, na Medicina, na Engenharia, dentre outros. Na Primeira República, vieram as pestes e com isso a saúde pública promoveu no país as campanhas de vacinação obrigatórias, com intenção preventista e imediatista, porém surgiram as revoltas. Criaram-se também os institutos de aposentadoria e pensões, os IAPs, apenas para os trabalhadores. Para os que não tinham direito a esses planos, restava recorrer às rezadeiras, sendo esse ato praticado até os dias atuais.



Figura 10 - Reprodução do filme Políticas de Saúde do Brasil. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

Completando, sobre as Políticas de Saúde no Brasil, Bertolozzi (1996) contempla que, desde o Período Colonial, os ricos, ou seja, senhores de café tinham direito a assistência médica, vinda de Portugal, porém este auxílio tornou-se pouco, pois, na década de 30, com o crescimento incontrolável das cidades, surgiram também as epidemias de febre amarela, peste bubônica, etc. Dessa forma, surge a Política Nacional de Saúde, entretanto, ela continua a ser somente para uma parcela da sociedade. Mas, em 1960 com a V Conferência Nacional de Saúde, surgiu à assistência individual e coletiva, responsabilidade da Previdência Social, e promoção em saúde, encarregado pelo Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Com o estabelecimento do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária, para diminuir os custos, foi restringida a assistência médica, não incluindo os trabalhadores da saúde e da comunidade, já a VIII Conferência, na Nova República, marcou a história com a Reforma Sanitária, ao alvitrar o Sistema Único de Saúde, e com este a

universalidade, a integralidade das ações e a participação social. Todavia, ainda continua a exclusão social, a universalidade excludente, com a melhor assistência no setor privado e o sucateamento no público (BERTOLOZZI, 1996).

- A qualidade na prestação do cuidado em saúde

Nesta aula, relatou-se um caso da senhora D<sup>a</sup> Maria, evidenciando a prestação de cuidados. Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos.



**Figura 11 – Imagem de uma senhora representando um relato de caso. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)**

Anteriormente, morava na zona rural, de onde saiu, juntamente com várias outras famílias, em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há cerca de oito anos, procurou a unidade de saúde com queixas de cefaleia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então, vem fazendo uso irregular de anti-hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimento. Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela microárea onde Dona Maria reside, tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um dos membros da Equipe.

Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, a filha dela procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar (VD). O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, sobre a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade de saúde, comunicou o caso à enfermeira, que decidiu realizar uma visita na segunda-feira, pela manhã, com o auxiliar de enfermagem. Em sua visita, a enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene, com a alimentação e com o uso correto da medicação. Realizou o curativo das escaras, aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de

enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito.

Relato:

Ao ler o primeiro parágrafo, me perguntei se D<sup>a</sup> Maria era acompanhada pelo Cardiologista anualmente, para ser avaliada quanto a complicações cardíacas.

Deve-se ter nas UBS os registros de todos os hipertensos das localidades, para serem acompanhados, quanto ao uso regular de medicamentos, comparecimento à unidade, realização de exames laboratoriais, complicações, dentre outros, pois, conforme o relatado, a cliente não era acompanhada, já que há oito anos foi diagnosticada hipertensão arterial e fazia uso irregular do medicamento. Malfatti (2011) informa que, posterior ao diagnóstico e inscrição na UBS do hipertenso e diabético, é essencial que a ESF, os municípios e as instituições se esforcem em táticas para um melhor seguimento destes clientes.

Outro erro que encontrei foi que o agente comunitário de saúde informou a um membro da Equipe de Saúde sobre a complicação da doença da cliente e este nada fez, somente quinze dias depois foi realizada a visita e só pelo fato de a filha da paciente ter comparecido a unidade e solicitado a visita domiciliar.

Para completar o enunciado acima, o comparecimento do auxiliar de enfermagem deveria ser acompanhado pelo enfermeiro e médico, para avaliar a paciente, realizar educação em saúde, prescrever medicações necessárias, encaminhamentos, ler o relatório de alta, explicar o uso da medicação, entre outros. Profissionais como fisioterapeuta e fonoaudiólogo, geralmente, também acompanham pacientes que apresentam sequelas de AVC's, conforme necessidade.

Este relato mostra o descaso dos profissionais de saúde frente a situações graves, que deveriam ser acompanhadas o mais breve pelos membros da Equipe, pois as complicações descritas com a Dona Maria podem se agravar e resultar no seu retorno ao hospital, como, por exemplo, num choque séptico, desnutrição, AVC, infarto ou outras patologias, até mesmo, pelo uso inadequado dos medicamentos, nível pressórico elevado e cliente emagrecida.

Conforme Gusmao e Pierin (2009), a hipertensão sendo uma doença assintomática, dificulta a descoberta da mesma e, às vezes, resulta em lesões de órgãos-alvo. Sendo que o impacto e o tratamento desta doença devem ser conhecidos pelos portadores de hipertensão para ser realizado o tratamento adequado.



Na maioria das vezes os hipertensos podem possuir doenças associadas (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca e renal, doença coronariana e o acidente vascular cerebral) ou lesões em órgãos-alvo, aumentando o risco de mortalidade cardiovascular, sendo chamados pelo autor de “hipertensos complicados”, nos quais demandam terapias especiais, conseqüentemente podem acrescentar na dificuldade do controle da hipertensão arterial. Neste contexto, os profissionais da área de saúde, que trabalham com os hipertensos, possuem a função essencial de esquematizar ações individualizadas e oferecer assistência particularizada e de qualidade para contribuir na adesão à terapia adequada, atender as reais necessidades destes clientes e assim controlar da doença (PIERIM, et al, 2010).

#### 4.4 Disciplina 4 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde



Figura 12 - Fluxograma de planejamento.  
Fonte: google.com/images

Nesta aula, realizamos um chat que pediu para refletirmos sobre a realidade vivenciada no nosso local de trabalho, considerando as questões:

1. Como a sua equipe planeja as intervenções que dão resposta às necessidades de saúde da sua área de abrangência?
2. Quando é feito planejamento, os interesses dos envolvidos e os possíveis conflitos são considerados?

Entendi que planejar é programar as estratégias e atuações imprescindíveis para um funcionamento melhor da Unidade de Saúde; é ampliar e esquematizar planos, pois, se trabalharmos conforme as circunstâncias do trabalho, não saberemos aonde queremos chegar e, mesmo com as dificuldades que encontramos em pôr em prática algumas ações, o planejamento vem acompanhado de otimismo, persistência e determinação, pois, no chat, muitas colegas desabafaram que existem muitos empecilhos nas implementações para se chegar aos objetivos.

Ocorrem fatos que merecem atenção prioritária e que compõe desafios, porém o enfrentamento dessas dificuldades de forma organizada é uma das efetividades do planejamento em saúde, pois a eficiência dos planos e programas de saúde depende de programar as estratégias. Sem o planejamento, as ações serão realizadas por lembranças e o dirigente não terá visão de suas metas, conseqüentemente seu caminho será desorganizado, com menor qualidade e não saberá qual será sua intenção (VIEIRA, 2011).

Algumas dificuldades que mais encontramos, conforme a conversa no chat, é a falta de médico no PSF. Quando este está presente, não se integra à equipe. Às vezes, comparece somente um ou dois dias na semana. Por consequência, muitos profissionais realizam suas ações individualmente. Outro problema confessado por uma aluna é que esta realiza o cronograma mensal e, às vezes, não pode ser executado pela falta de apoio da Secretaria de Saúde e do médico. Esses percalços acontecem constantemente na unidade onde trabalho.

Conto, porém, com o apoio de alguns profissionais da Saúde, como nutricionista, dentista, fonoaudióloga, fisioterapeuta e educador físico. Entretanto, isto é inexistente em outros serviços, segundo o diálogo de outros profissionais. Combinamos atendimento para os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças desnutridas ou acima do peso, pacientes com sequelas de AVC, entre outros atendimentos.

Este chat contribuiu para ver que os mesmos incômodos acontecem também com outros profissionais e em outros municípios, onde precisamos de apoio maior do gestor do município e da ESF, pois planejar é mesmo difícil sem a ajuda de todos os membros, porém devemos sempre propor mudanças e tentar reorganizar o processo de trabalho.



**Figura 13 - Representação que o planejamento correto possui a participação de toda a equipe.**  
Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

#### - Planejamento Estratégico Situacional

Nesta aula, solicitou-se responder o fórum que requeria discutir sobre uma situação em que existem atores sociais diferentes com visões diversas.

#### Situação:

Como lidar com a situação seguinte: Uma equipe de saúde pode achar que os principais problemas de uma comunidade, por seu impacto no perfil de mortalidade e por suas complicações, são o diabetes e a hipertensão arterial. Mas essa comunidade se sente mais incomodada e afetada com a dificuldade de acesso a água, com o desemprego e com a violência.

#### Debate:

As reuniões que a Unidade de Saúde deve ter mensalmente com o líder comunitário e a comunidade serviriam exatamente para tentarem solucionar os problemas e ambos entenderem a real situação do outro. Serviriam também para sabermos de opiniões, a fim de melhor tentarmos solucionar as dificuldades e planejar estratégias.

A reunião que ocorre, ou deveria acontecer, entre profissionais de saúde e a Secretária de Saúde iria ajudar, também, nos maiores incômodos da comunidade, pois, se nos preocuparmos apenas com a área da saúde e deixarmos de “lado” a área social, nada irá melhorar, os dois são coadjuvantes.

Esta aula serviu para eu refletir sobre os problemas que penso ser os mais repercutidos na localidade onde trabalho, mas será que eles realmente têm a mesma importância para a população? Pensando que esse caso pode está acontecendo na minha realidade, resolvi realizar uma reunião com a comunidade, escolhendo, através de voto popular, indicar um líder comunitário e este ser o representante maior da área de abrangência que o PSF faz parte, onde serviu também para as conferências municipais.

Crevelim e Peduzzi (2005) evidenciam que, na estratégia do PSF, existe diretriz que fala sobre participação social, devendo a comunidade apresentar propostas para a organização do trabalho da ESF, para estratégias e planos para a democratização de ideias e projeto assistencial comum, pois alguns problemas são percebidos somente pelos usuários. Na unidade de saúde, com preparação de um plano local para o enfrentamento dos principais problemas da comunidade, com participação dos clientes, estimula-se a participação da sociedade, para a aquisição de qualidade de vida.

#### - Elaboração do Plano de Ação

Conforme a aula já informa, realizamos a elaboração do plano de ação, sendo este anteriormente explicado, com o grupo formado na aula anterior. Inscrevi-me no grupo I e, como o andamento do grupo estava lento para a realização do plano de ação, tomei a iniciativa de realizar os passos um e dois, sendo dez no total. Assim, pensei que cada componente do grupo ficasse com dois passos. Organizei para que a Williane ficasse com os passos três e quatro, Taize com o cinco e seis, Vanda com o sete e oito e Thiara com o nove e dez. Fiz assim para agilizar e um passo não ser feito duas vezes, porém pedi que quem tivesse outra ideia, poderia informar, Vanda e Lúcia concordaram.

## 1 – Definição de problemas

Após pesquisarmos os maiores problemas situacionais dos diferentes PSF's, os quais os profissionais participantes do Caso trabalham, encontraram-se as seguintes situações:

- Gravidez na adolescência;
- Falta de adesão ao tratamento completo pelos hipertensos e diabéticos;
- Analfabetismo;
- Uso incorreto do método contraceptivo;
- Pouca atuação ao programa Saúde do Adolescente;
- Muitas famílias residem num mesmo domicílio;
- Falta de Higiene;
- A renda familiar depende de uma aposentadoria.

## 2 – Priorização de problemas

Realizou-se, a partir dos problemas situacionais, a priorização para ser primeiramente enfrentada. Como critério para seleção, evidenciou-se a importância do problema, sua urgência e a capacidade do grupo para enfrentá-lo.

### Grupo I

Priorização de problemas:

#### Plano de Ação

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Gravidez na adolescência	Alta	7	Dentro	1
Falta de adesão ao tratamento completo pelos hipertensos e diabéticos	Alta	7	Parcial	2
Analfabetismo	Alta	5	Parcial	3
Uso incorreto do método contraceptivo	Alta	7	Dentro	2
Pouca atuação ao programa Saúde do Adolescente	Alta	7	Parcial	2
Muitas famílias residem num mesmo domicílio	Alta	5	Fora	6
Falta de Higiene	Alta	4	Parcial	4
A renda familiar depende de uma aposentadoria	Alta	5	Fora	5

Quadro 2 – Plano de ação

A escolha do diagnóstico é realizada através da apreciação de pontos escolhidos com os critérios antecedentes informados. Explanando a tabela a cima, todos os problemas foram ponderados como de importância alta; quanto à urgência, os maiores valores foram associados à gravidez na adolescência, à falta de adesão ao tratamento completo pelos hipertensos e diabéticos, ao uso incorreto do método contraceptivo e a pouca atuação ao programa Saúde do Adolescente (7); e sendo dois tópicos analisados dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, assim os fazem prioritários quanto aos que estão fora da abrangência de enfrentamento.

#### **4.5 Disciplina 5 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.**



Figura 14 - Logomarca do Mobiliza SUS.  
Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

##### - Práticas Educativas em Saúde

Ao ler “Fatores Pedagógicos”, de Bordenave(1983), respondi o fórum desta matéria, o qual interrogava: Como podemos melhorar nossas atividades educativas para uma mudança real da situação de saúde na nossa área?

Conhecer a comunidade, sua cultura, sua história e a situação socioeconômica seriam a resposta a essa pergunta, pois, para ter a transmissão de pensamentos, o educador deverá saber a forma correta de repassar as informações, além de ter humildade, e, assim, ocorrer a assimilação das ideias pela sociedade.

Quando o profissional conhece a população para a qual trabalha e sabe das reais necessidades dos indivíduos nela inseridos, poderá, também, sensibilizá-los e adaptar as informações para que o grupo tenha interesse em escutar, aprender e colocar a aprendizagem em prática e, assim, ocorrer à melhora da qualidade de vida da comunidade.

O educador, tendo um vínculo com o líder comunitário ou rezadeiras, além de ter aliados, também irá propagar a educação mais rápida e facilmente, pois esses servirão como uma “ponte” entre Unidade de Saúde e comunidade, instruindo corretamente a população e encaminhando ao PSF quando necessário.

Na prática, realizo VD e gosto desta atitude, pois, além de ter um maior conhecimento da doença do cliente, também conheço o meio social em que (este) ele vive, seus hábitos e o que pode interferir na sua saúde e mesmo na consulta na Unidade. Individualmente, também lhe dou oportunidade de falar um pouco de seus costumes, pois percebo que muitos tratamentos não são realizados corretamente devido a algumas interferências que podemos modificar se conhecermos o modo de vida do paciente. Tento esta atitude, conheço as principais dificuldades vivenciadas pelos clientes, pois, se ficarmos somente no serviço de saúde, não fortaleceremos vínculos com a comunidade e este envolvimento é o que aumenta a confiança entre cliente – ESF.

A VD é uma ferramenta forte para a vigilância à saúde, uma vez que permite que os profissionais distingam o modo de vida da população, assim como a situação e os problemas de saúde, a situação econômica, cultural e familiar, ou seja, é uma ação efetiva para que a equipe saiba de fato do modo de vida da população, saiba das condições de risco nas quais a comunidade se encontra e possa planejar ações a partir das dificuldades de saúde existentes no território (UFC, 2010).



**Figura 15 - Foto de mãos unidas, representando que todos precisam de apoio. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)**

Esta aula interferiu na prática do meu trabalho, pois, inicialmente, pensava que a Educação em Saúde fosse um método em que perderia meu tempo, porém após o início da prática, percebi que os clientes ficam mais à vontade de conversar, de contar seus segredos e tirar suas dúvidas, ou seja, as pessoas têm o incentivo de refletir sobre práticas saudáveis de vida.

Vemos atualmente que as práticas educativas nas UBS's não atendem o modo inovador, ou seja, a ideia da formação de vínculos entre ESF e a comunidade, pois ainda seguem o modo autoritário, em que os trabalhadores de saúde

realizam ordens aos pacientes e estes devem obedecer sem interrogar e sem entender como

evitar a ter o mesmo problema de saúde. A partir deste pressuposto, mesmo o Ministério da Saúde (MS) estimulando a realização de ações educativas, ainda se encontram empecilhos pelos trabalhadores de saúde na educação popular. Porém, através de capacitações aos profissionais de saúde, estes estão visualizando a realidade, as necessidades de saúde da população e identificando os problemas, para assim realizar a promoção em saúde com maior empenho (ALVES, 2011).

O mesmo autor ainda evidencia que, realizando esta alternativa, as práticas educativas intensificam a habilidade dos sujeitos em escolhas saudáveis, todavia as equipes carecem agir na expectativa de criar vínculos com a população e interagir com a mesma, tendo o compromisso de empregar o diálogo e entendimento como ferramenta de promover a saúde, agindo antes de originar ou piorar problemas de saúde. Assim, se deve haver organização nos serviços, com o planejamento de ações a toda a comunidade e não somente aos clientes que procuram o serviço de saúde. De tal maneira é imprescindível que os profissionais conheçam todo o território que abrange a UBS e que tenham a ajuda dos agentes comunitários de saúde para distinguir as reais necessidades e dificuldades enfrentadas pela comunidade. Assim, a Educação em Saúde, quando praticada como um exercício social empenhada com a promoção da saúde, é apontada como Educação Popular em Saúde.

Percebendo esta situação, sempre antes de realizar o Exame Citopatológico, realizo educação em saúde para as mulheres com um intuito de promoção de saúde e, dessa forma, vi um maior número de mulheres realizando o exame, pois o município precisa alcançar as metas deste exame anualmente, bem como o maior número de pessoas a procura da campanha vacinal contra a hepatite B, o conhecimento dessas mulheres em métodos para evitarem corrimento vaginal e uretral, assim como doenças sexuais e o vírus HIV, a busca na realização de mamografia, visto que sobram vagas para a realização do exame no município e muitas mulheres não sabem a importância deste, entre outros. Compreendi que, praticando esse ato, de modo geral, não perco tempo falando de cliente por cliente nas consultas, medidas preventivas e muitas doenças são evitadas quando as pessoas realizam métodos saudáveis de vida.

Percebe-se que as condições de trabalho em saúde se deterioram no Brasil, em virtude do aumento das demandas em saúde de uma grande parcela da população



Figura 16 - Imagem de crianças na escola. Fonte: google.com/images

empobrecida e desprotegida socialmente, ao mesmo tempo em que o setor de saúde é submetido à rígida contenção de custos.

#### 4.6 Disciplina 6 - Saúde da Mulher



Figura 17 - Figura feminina, simulando uma imagem delicada.  
Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

##### - Assistência Durante a Gestação e o Puerpério

Esta matéria foi a que mais gostei, pois é o assunto que me interessa atualmente, por eu conter algumas dúvidas. No momento, realizo um curso sobre Saúde da Mulher, no ciclo Puerperal, e o melhor é que posso praticar o que aprendo na UBS.

A assistência à mulher no período gestacional é realmente para acompanhá-la, tirar suas dúvidas, orientá-la sobre mudanças fisiológicas, alimentação, atividades, relação sexual, exame citopatológico, consultas, pré-natal, parto, puerpério, entre outras informações, assim como verificar e acompanhar sua saúde e a do feto, ou seja, do estado fisiológico pode se passar para o estado patológico, por isso uma atenção especial, pois a mulher fica mais suscetível a contrair algumas doenças no período gestacional.

Portanto, é imprescindível assistir a gestante e acompanhá-la mensalmente, ou em período mais curto, conforme a necessidade, para verificar se as mudanças que ocorrem com as mesmas são fisiológicas. As orientações as confortam e as ensinam, pois neste período surgem os medos e as dúvidas, e elas se tornam mais sensíveis, por isso, muitas vezes, o profissional também se torna psicólogo.

As vacinas para proteger a mãe e, conseqüentemente, o feto, imunologicamente, e os exames para poder intervir em casos de doenças pré-existentes, nestes casos a orientação os



complementam, pois um diagnóstico precoce de alguma patologia materna ou do feto pode evitar o agravamento e a transmissão da doença ao feto, entre outras magnitudes.

A consulta pré-natal completa, de qualidade, e a mortalidade materna são indicadores fundamentais de condições de vida e de saúde de uma população. Conseqüentemente, uma boa assistência, informações e facilidade de acesso às Unidades de Saúde à mulher, no período gravídico, colaboram para redução da mortalidade materna e infantil (PARADA, 2008).

Somente a intenção dos profissionais de saúde para a realização da consulta, entretanto, não satisfaz, pois ocorrem alguns empecilhos: o médico só trabalha uma ou duas vezes por semana no serviço, o que complica o encaixe de pré-natal na agenda semanal e, mesmo este atendendo, não se consegue abranger todas as gestantes necessárias; algumas gestantes só iniciam o pré-natal tardiamente; em muitos meses durante no ano, o hospital não oferece exames laboratoriais e poucas grávidas não comparecem mensalmente à consulta.

Na faculdade e nos cursos de capacitações, aprendemos a trabalhar com toda a estrutura formada, porém, na ausência de condições melhores de trabalho, aprendo algumas atitudes que podem amenizar tais problemas. No mês em que o médico não atende a gestante, encaminhado esta ao médico hospitalar; nas Educações em Saúde, estímulo as mulheres, caso tenham dúvidas se estão grávidas, a comparecem precocemente à consulta na UBS e peço às ACS's para orientarem à comunidade este mesmo preceito; quanto aos exames laboratoriais, as gestantes que não podem pagá-los num laboratório particular, realmente permanecem sem a realização dos exames e, por este fato, ocorreu um nascimento de uma criança com sífilis neonatal; as ACS's solicitam a presença da gestante caso esta não compareça na consulta do mês e, se a mesma continuar com a falta, realizo uma visita domiciliar, porém, se persistir, denuncio ao Centro de Referência Especializada de Assistente Social (CREAS) o fato.

Aprendemos com as dificuldades a atender as mulheres com mais amor e compaixão, principalmente à profissão e obedecendo à ética profissional. Ao perceber que, para a realização completa de uma consulta, existem muitos empecilhos, vejo-me no impedimento de fugir da realidade e procuro ofertar o atendimento o mais próximo do ideal. Porém ocorre a exaustão profissional e o conhecimento de que vários riscos podem acometer as estas mulheres e aos profissionais.

- Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência

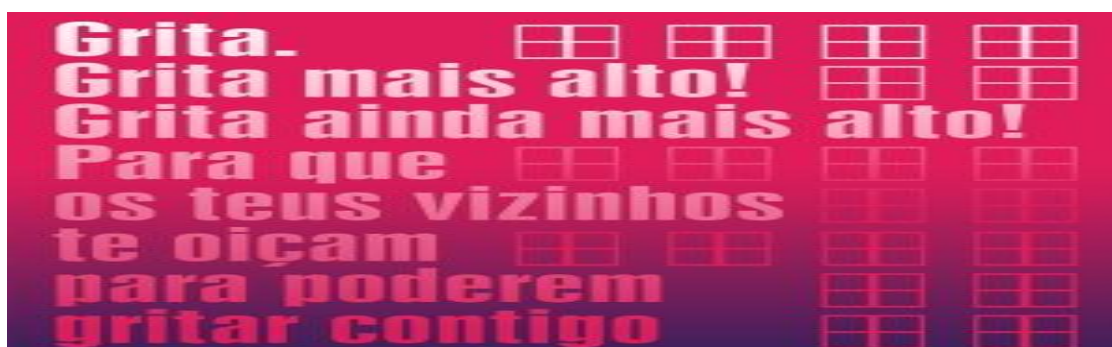


Figura 18 - Frase de incentivo à denúncia de mulheres vítimas de violência. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

Ótimo este fórum, pois na UBS, onde trabalho há uma semana, compareceu uma adolescente grávida, queixando-se de um chute no abdômen, ocasionado pelo seu pai. Houve sangramento transvaginal de pouca intensidade, cessando após um dia e, pelo ultrassom, pudemos observar feto sem anomalias, sem sofrimento e com batimentos cardíofetais normais. Essa garota é sustentada pelo pai, mora com o mesmo e não tinha nenhum conhecimento sobre seus direitos. Através deste estudo, prossegui corretamente neste caso e comecei a realizar Educação em Saúde com temas de violência.

Ajudaria a aumentar o conhecimento entre as mulheres se implantassem no município propagandas em formas de panfletos, rádio, cartazes, nas escolas, outdoor e faixas sobre direitos das mulheres com a lei que as protegem (exemplo: Lei “Maria da Penha”), inclusive orientar os professores para ensinar nas salas de aula aos alunos sobre este tema e capacitação nos serviços de saúde, incluindo a equipe multidisciplinar, técnico de enfermagem e ACS. Orientar na delegacia que, se comparecer alguma mulher com queixa de maus tratos, além de notificar e investigar, deve-se também orientá-la e encaminhá-la ao psicólogo.

Lima, Daniel e Climaco (2008) manifestam que lutas intermináveis de vários grupos feministas para combater a agressão contra a mulher é conhecida em nível mundial. Como exemplo, a campanha do Laço Branco que possui como propaganda a frase "*Jamais cometer um ato violento contra as mulheres e não fechar os olhos diante dessa violência*", com o intuito de estimular homens a contribuir nesta luta. Porém, estas intervenções não são as únicas práticas de extinguir o abuso que sofre o público feminino, também atuações voltadas às mulheres podem originar equidade e diminuir a violência.

Vejo que algumas mulheres querem, como o exemplo da adolescente que citei, fazer algo para melhorar sua situação, mas não sabem o que fazer. Se atuarmos em conjunto,

em cada município, a realidade iria se modificar, mesmo que a “passos” curtos, porém não iríamos ficar só como espectadores.

#### 4.7 Disciplina 7 - Participação Social e Promoção da Saúde

Estudamos sobre as cartas de Promoção de Saúde e, nesta disciplina, pergunta-se quais das cartas melhor se relacionam às dificuldades enfrentadas pelos moradores da cidade Ilha das Flores, em Porto Alegre. Essa carta, em sua essência, questiona como nós, profissionais de saúde, podemos atuar com estratégias de promoção de saúde, prevenção de doenças e como podemos contribuir nas atribuições do gestor municipal para a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde nessa mesma comunidade. Assistimos a um vídeo sobre a cidade evidenciada anteriormente, que mostrou algumas dificuldades vivenciadas pelos moradores.

O documentário mostra a miséria e o individualismo, no qual muitos têm o privilégio de higiene, moradia e alimentação digna e outros vivem “como os porcos”, sem higiene e com uma alimentação desumana, porém é o que resta para sobreviver. Visualizando este caso, pensamos em que época se chegou, na era da civilização e modernidade, de prédios luxuosos, várias descobertas de curas e vacinas



Figura 19 - Fotografia representando a miséria. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

contra doenças, cirurgias com alta tecnologia, tratamentos cada vez mais modernos de estética, ou no século em que a miséria e a fome aumentam catastróficamente.

Conforme explica o material didático (UFC, 2010), a Promoção de Saúde propõe a formação de métodos que diminuam as situações de vulnerabilidade, os riscos e os danos à população, ou seja, uma sociedade com equidade. Na cidade Ilha das Flores, vai contra as estratégias do SUS, na qual se fazem necessárias ações de intervenção em saúde e ações curativas, porém, antes, devem-se realizar diagnósticos situacionais para decidir quais dificuldades podem ser enfrentadas pela Equipe da Saúde da Família, como atendimento nas localidades, para facilitar o atendimento das comunidades, realizando Educação em Saúde; incentivo à criação de associação comunitária local; reivindicação de melhorias para a região; realização de parcerias com órgãos públicos para o desenvolvimento comunitário, como a agricultura (aprendendo o manejo adequado e o cultivo de hortaliças e frutas no quintal de

casa), a pecuária; educação de jovens e adultos; atuação da vigilância sanitária para o destino adequado do lixo, assim como a verificação de água potável na comunidade.

Já a prevenção de doenças é a oferta de ações com o intuito de que o indivíduo permaneça saudável, ou seja, ao mesmo tempo em que a equipe de saúde realiza a visita na comunidade e trata as doenças diagnosticadas (como deficiência nutricional, viroses, diarreia, verminoses, doenças de pele, dentre outras). Além disso, realiza imunizações, orienta sobre doenças passíveis de evitar, fala sobre autocuidados, higienização de alimentos e tratamento da água (UFC, 2010).

A Carta de Ottawa, aprovada em 1986 no Canadá, tem relação com os moradores da Ilha das Flores, pois estes necessitam de Promoção da Saúde e é o que esta carta descreve. A carta foi realizada com o planejamento de se alcançar um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial, principalmente nos países industrializados. O tema principal era atingir a Saúde para Todos no ano 2000. As intenções da carta são cuidados primários em saúde, o qual é o que se necessita para a comunidade Ilha das Flores, possuindo como pré-requisitos: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL EM SAÚDE, 1996).

Se quisermos chegar a um mundo com equidade em saúde, devemos pensar é na elaboração de um ambiente favorável, onde as informações e oportunidades sejam concedidas a todos e a Promoção da Saúde possibilite a população a esses direitos, capacitando os cidadãos e, assim, tornando um ambiente e um estilo de vida saudável a nível global. Porém, para se chegar a esse benefício, devem está envolvidos o Governo, o setor de saúde, as autoridades locais, a mídia e os outros setores sociais e econômicos.

Ao pensar nas atribuições do gestor municipal para a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, posso contribuir solicitando e estimulando a capacitação dos profissionais, com cursos para aperfeiçoamento e para manterem-se informados sobre assuntos atuais e sobre a Política Nacional de Saúde, informando sobre dados fidedignos, de como prevenir doenças e violência. Solicitar reuniões entre o gestor municipal, os profissionais de saúde, os líderes comunitários, ACS's e os garis, para todos terem conhecimento sobre os principais problemas de saúde e, assim, planejar ações, buscar parcerias para prevenção e promoção de doenças, informá-los sobre a Política Nacional de Saúde, estimular a reciclagem, trocando o material reciclável por dinheiro, diminuindo na taxa de energia ou água, ou trocar por auxílio-alimentação, entre outros, e assim todos terem ajuda mútua.

Quando realizei essa tarefa, refleti bastante para contribuir com o fórum, mas não me limitei somente à atividade. Atualmente tento implantar esses pensamentos e as perspectivas do MS, uma vez que na localidade em que trabalho também ocorre alguns problemas semelhantes ao ocorrido na cidade Ilha das Flores e, a partir deste, soube como resolver melhor tais diagnósticos.

O MS (2010) propõe objetivos e diretrizes de Política Nacional de Promoção da Saúde que descrevem como objetivo geral:

- Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

- Objetivos específicos:

- Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);

- Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os das atividades-fim;

- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;

- Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas / contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;

- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

- Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

- Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;

- Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

- Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

- Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País;

- Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

- Diretrizes

- Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;

- Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;

- Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;

- Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

- Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;

- Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais da área em questão, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

#### 4.8 Disciplina 8 - Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família



Figura 20 - Imagem do planeta Terra, representando a “comunidade terrestre”. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

##### - As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde

Tenho noção das questões ambientais em que vivencio e, ao mesmo tempo, tenho receio de um futuro próximo, pois já sofremos com o consumo ambiental desenfreado, no qual poucos protegem e muitos destroem, sendo desproporcional esta contagem, pois a natureza é destruída mais rapidamente e os recursos renováveis não acompanham a acelerada destruição desta. Porém, mesmo conhecendo medidas para prevenir a poluição, ainda assim, às vezes, não o fazemos e, se realizamos, poderíamos fazer ainda

mais pela natureza.

Houve transformação, a meu ver, em relação ao assunto em evidência, principalmente ao ler a Carta da Terra, que me estimulou ao compromisso de alcançar a sustentabilidade e a incluir nas Educações em Saúde a capacitação da comunidade para estimular a autonomia e refletir sobre condutas ecologicamente corretas, cujo objetivo é em curto prazo com metas em longo prazo. Nesta mesma carta, se oferecem ideias que me instigam a praticar e a estimular a “família humana” a ser uma mesma “comunidade terrestre” com destino comum.

Na UBS, ofereço à população oportunidades educativas que permitam realizar desenvolvimento sustentável, no qual instigo o uso de recursos renováveis, ensino a reduzir, reutilizar e reciclar materiais usados, a recuperar espécies e ecossistemas, com simples atos de não comprar animais ilegais, não realizar queimadas e a diminuir ou não poluir o meio ambiente com substâncias perigosas. O certo é pensarmos que a liberdade de nossa geração é limitada pelas necessidades das gerações futuras.

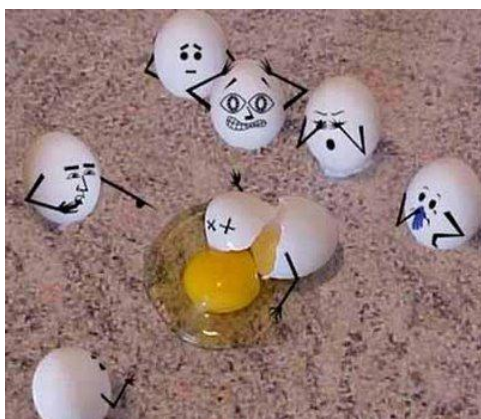
Bezerra (2010) concorda com este pensamento ao descrever que a Educação em Saúde é um forte aliado do enfermeiro e este precisa, como dever social, impulsionar o público a pensar na necessidade socioambiental, com o alvo de consciência ecológica, informando-os sobre práticas sanitárias, reciclagem, recursos renováveis, entre outros, para adotar atitudes da Carta de Ottawa, de prover a saúde através de atitudes livres de poluição e de danos ecológicos.

O mesmo autor ainda corrobora que a humanidade não pensa que o bem estar ecológico é também o bem estar humano, ao querer evoluir-se economicamente, não refletindo na destruição do ecossistema. Portanto, ter em vista um modo de vida sustentável como critério comum não é nada difícil, apenas realizar mudanças fundamentais nos nossos valores e modo de vida, pois o bem estar da sociedade depende da preservação global, fundamentada no respeito pelo meio ambiente e nos direitos humanos universais e não apenas pensarmos na globalização, no consumismo e na produção em massa como único sentido de nossa existência, causando alterações irreversíveis nos recursos naturais. Essas alterações ao meio ambiente nos punem, com o aquecimento global, a invasão do mar, enchentes, a proliferação de vetores, entre outros.

- Importantes Questões de Trabalho, Ambiente e Saúde no Brasil

No fórum, selecionei uma notícia atual, retirado da imprensa, sobre acidente de trabalho, no qual realizei uma análise crítica, situando o contexto social em que tal acidente acontece e explicando o porquê da escolha.

Segundo a matéria de Regina Alvarez, publicada no dia 26/02/2011 (<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2011/02/26/terceirizados-da-petrobras-acusam-empresa-de-fazer-vista-grossa-para-acidentes-de-trabalho-923890950.asp>):



**Figura 21 - Caricaturas de ovos, simulando um acidente de trabalho. Fonte: [google.com/images](http://google.com/images)**

*“A indústria da terceirização de mão de obra no segmento de petróleo e gás, que cresce e aparece com as bênçãos da Petrobras, tem deixado vítimas pelo caminho. São os próprios trabalhadores que, por falta de qualificação e acidentes de trabalho, são descartados do sistema, em muitos casos, sem garantia dos direitos e perspectiva de um novo emprego. Em relatos reservados e denúncias enviadas ao Sindicato dos Petroleiros e ao Ministério Público do Trabalho, trabalhadores detalham como a maior estatal brasileira faz vista grossa para as condições de trabalho dos terceirizados, contrariando acordo fechado com o MPT.*

*Pelo acordo, a estatal deve comunicar qualquer acidente em suas instalações. Se o acidente ocorrer com um trabalhador terceirizado, o comunicado deve ser feito ao Sindicato dos Petroleiros, mas o que acontece no dia a dia é a ocultação desses acidentes, que são descobertos muito tempo depois de ocorridos, por meio de denúncia do próprio acidentado ao sindicato ou à Justiça.*

*Domingo passado, um trabalhador terceirizado que estava na P-38, uma das plataformas da Bacia de Campos, escorregou, bateu com o joelho e fraturou a rótula. Ele foi mantido por três dias embarcado e, só depois, levado a Macaé para atendimento. A permanência na plataforma seria uma tentativa de a empresa de não caracterizar a queda como acidente de trabalho, segundo relato de outros trabalhadores, que não querem se identificar.”*

Escolhi esse tema por que um pai de um amigo morreu em um acidente de trabalho, nesta firma, e, somente muitos dias depois, a família obteve conhecimento do caso. Outro parente meu trabalha nesta mesma empresa e descreve alguns perigos mortais.



Vendo o relato do descaso da empresa descrita anteriormente, percebemos que o simples direito do ser humano ao atendimento hospitalar num acidente não é respeitado, o que coloca em evidência que é um acidente de trabalho, no qual os empregados se sujeitam a horários acima do limite recomendável e a situações degradantes, para continuarem no cargo.

Existem órgãos fiscalizadores, porém em número insuficiente para tantas empresas, pois exemplos visualizamos e, mesmo assim, a impunidade permanece, ou pelos funcionários não denunciarem por receio de desligamento ou por arquivamento da denúncia. As melhorias que visualizamos ocorrem de forma lenta, na qual os “fracos”, empregados, permanecem lutando por melhores qualidades de trabalho.

Quanto menos o empregado exigir e menos gasto este der à empresa, melhor aos olhos do patrão, porém alguns empreendedores já visualizam a capacitação em aumento de lucros e diminuição de gastos com acidentes, licenças ou atestados, desinteresse pelo trabalho, dentre outros, pois, quanto mais investimento ao funcionário, mais retornos obterão.

#### 4.9 Disciplina 9 - Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde-Bucal



Figura 22 - Imagem de um dentista ensinando o modo de escovação correta à criança. Fonte: [google.com/images](https://www.google.com/images)

Sou enfermeira da Atenção Básica e sempre constatei que alguns clientes têm resistência em ir ao consultório dentário e, ao mesmo tempo, os dentes eram deteriorados, ficando com má aparência, ou seja, se realizassem uma boa higienização e comparecessem regularmente ao dentista essa realidade poderia ser modificada, pois indo ao odontólogo, já ocorre a estimulação da saúde bucal.

Conforme o relato anterior, estímulo aos clientes para que compareçam ao dentista regularmente, encaminhando as gestantes ao odontólogo, explicando a importância da prevenção, quais doenças são evitáveis e o que pode acontecer caso não realizem boa higienização. Aproveito, também, para perguntar se o(s) filho(s) e companheiro comparecem ao dentista. Ao realizar Educação em Saúde para as gestantes e outros grupos, evidencio a saúde bucal. Realizo visita domiciliar na primeira consulta de puericultura, também explico sobre a saúde bucal e como realizar a higiene oral nos bebês. Na reunião com os agentes comunitários de saúde, informo

para falarem à comunidade sobre a higiene oral e a importância da prevenção de doenças bucais, principalmente às gestantes.

Por causa das consultas de pré-natal e puericultura, os enfermeiros e médicos adquirem uma proximidade maior com as gestantes e crianças, podendo estimular no cuidado contra problemas bucais. A grávida, por necessitar de maior zelo e aumento de cuidado com sua saúde, atende melhor aos pedidos de intervenções dos profissionais, sendo mais receptiva e, conseqüentemente, aumentando seus conhecimentos para hábitos saudáveis a sua saúde e a futura saúde do seu bebê (UFC, 2010).

E assim a Equipe de Saúde da Família da unidade na qual trabalho tenta diminuir o pensamento antigo de que o dentista serve apenas para quando os dentes estão “podres”, pois escuto muito a população falar.

As principais doenças bucais são evitáveis se ações educativas forem intensificadas com o intuito de instigar práticas preventivas de comparecimento semestral aos serviços odontológicos para análises regulares nos dentes e não somente procurar tratamento dentário após um problema bucal alojado. A oferta dos serviços dentários, porém, precisa ser aumentada, a fim de atender a demanda carente que possui mais dificuldade de acesso a esses serviços (ARAÚJO, 2009).

Vejo que este trabalho, todavia, é lento, pois, quando pergunto ao dentista se as gestantes comparecem à consulta odontológica, este informa que pouco e ainda critica que a falta de material para o trabalho dificulta ainda mais,

- Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do Ciclo de Vida: Crianças, Adolescentes e Adultos

Após a apresentação do material didático, o fórum debatia as dificuldades que a equipe de saúde da família tem encontrado ao organizar a atenção à saúde bucal das crianças, adolescentes e adultos, de cada aluno; discutia também se os profissionais estavam conseguindo superar a fragmentação existente entre atendimento médico-enfermagem e odontológico.

A falta de materiais para o odontólogo trabalhar é o que mais dificulta seu trabalho, pois a população não sabe o dia certo para o comparecimento deste profissional na Unidade em que trabalho. Além desta carência, sua sala tem vazamento na parede e no teto, o que deixa a população com medo de algum acidente. Outro fato que necessita ser estimulado e não visualizo é a escovação supervisionada, pois existe reunião semanal entre enfermeiros –

coordenador do PSF – secretário, porém não existe reunião entre coordenador da saúde bucal e dentistas e estes últimos trabalham sem saber das necessidades, sem planejar e sem seguir metas. Dessa forma, visualizo uma falta de educação em saúde e ações realizadas pelos odontólogos, pois, se o dentista da unidade no qual trabalho realiza práticas educacionais, é por que, na reunião que realizo entre a ESF, o estímulo.

Existem dois cultivos na escovação supervisionada: a direta, efetivada francamente pelo profissional de saúde, e a indireta, efetivada por uma pessoa sem ser o profissional de saúde, como educadores e cuidadores. A escovação supervisionada é uma atuação grupal em saúde bucal admirável para a aquisição coletiva do flúor, normalmente efetivada em colégios e creches. O importante é que se deve adaptar o método de escovação já seguido por cada sujeito e não se precisa estabelecer método coletivo (UFC, 2010).

Outro problema difícil de ser modificado é o pensamento da população de que se deve ir ao dentista somente com os dentes “podres”. Para modificar esta tendência, oriento o procedimento correto, pois um espaço que deveremos evidenciar como enfermeira é a Educação em Saúde, orientando também todos os trabalhadores do PSF, principalmente os ACS, para solicitarem a presença da comunidade, porém nos fazem lembrar a primeira dificuldade.

Nas crianças de cinco anos, se nota uma prevalência de cárie não tratadas e sem possuir acesso aos serviços dentários. Nos adultos, a cárie ainda tem elevado índice e, nos idosos, uma grande parte ainda precisa de certo tipo de prótese dentária, ou seja, ainda não se modificaram costumes antigos. Porém, para as classes menos favorecidas, a cárie tem tido maior prevalência. Sobretudo com a criação do SUS, aparece o objetivo de cobrir assistência odontológica a todos, incluindo os trabalhadores de saúde, que possuem dificuldades em comparecer aos tratamentos dentários, os quais buscam mais o serviço em ocasiões de urgência, que impeçam sua continuidade no trabalho e, às vezes, causam perdas irreversíveis e é por isso que muitas unidades aumentaram o atendimento à noite também (UFC, 2010).

Tenho buscado superar a fragmentação existente entre atendimento médico-enfermagem e odontólogo, pois me relaciono bem com o dentista, dialogando sobre as dificuldades encontradas na comunidade, onde trocamos sugestões e nos ajudamos.

Tento trocar ideias com todos os profissionais de saúde da Unidade em que trabalho, perguntando sobre as dificuldades e fazendo sugestões, com o intuito de melhorar a saúde da comunidade e, se isso não acontece, pelo menos não estou sozinha nesta tentativa.

#### 4.10 Disciplina 10 - ABS Pessoas com Deficiência

A matéria em questão evidencia a magnitude da pessoa com deficiência (PcD) na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde, o qual expôs o material didático e vídeos, solicitando depois, no fórum, as conquistas legais da pessoa com deficiência nas questões de saúde e atendimento implementado na sua unidade de trabalho.



Figura 23 - Figura, revelando as dificuldades que sofrem os deficientes na sociedade. Fonte: google.com/images

Gostei de discutir no fórum, pelo fato de, na minha família, haver três primos com deficiência auditiva. Um deles faz leitura labial e fala, porém com a dicção um pouco falha, mas muito bem entendida. Há um mês, participei de sua formatura em Libras, pela UFC (primeiros formandos). Durante a solenidade, na qual eu é que me senti diferente, me surpreendi com a festa, pois todos dançavam no ritmo e passos da música e se comunicavam todos em Libras, inclusive a ex-miss Ceará também estava se formando. Por causa da necessidade dos meus primos, seus pais se comunicam em Libras e o restante da família procura saber, pelo menos, o básico, como exemplo, eu sei todas as letras e muitos símbolos em Libras.

Uma das conquistas dos deficientes foi não pagar as passagens nas viagens interestaduais. Um exemplo desse benefício é meu primo, que mora no PI e estuda no CE. Para eles, PcD, foi uma entre várias conquistas de luta. Outra mudança foi à inclusão, na grade curricular das universidades, a disciplina de Libras, que já deveria ser obrigatória há anos, pois como um aluno que não escuta pode entender a aula, se os professores não sabem se comunicar com estes? Onde está a inclusão social?

As pessoas com deficiência devem ser avaliadas vivendo em situações especiais e não podem ser avaliadas doentes. A sociedade e os governos detêm o comprometimento de empatar as oportunidades de convívio, alterando os espaços e os moldando, para que seja acessível a todos. Porém, o acesso não se encontra agregado somente aos ambientes e mobiliários adaptados, mas também acolhimento humanizado nos serviços públicos; ao colégio sem discriminação, de modo acessível em todos os aspectos; noticiários e aos demais serviços (UFC, 2010).



Figura 24 - Desenho, evidenciando as conquistas dos deficientes. Fonte: [google.com/images](http://google.com/images)

Gostei bastante do material didático, por explicar as políticas, as leis, à descrição de deficiente, entre outros, para programar no PSF, pois os deficientes se sentem tão esquecidos e discriminados, que pequenas conquistas já os ajudam a se sentirem especiais, e vemos que as conquistas estão aumentando, mas ainda são poucas.

Vasconcelos (2006) corrobora que muitas dificuldades existem às pessoas com deficiência, uma destas é a ausência de estrutura corretas nas cidades para o livre trânsito da PcD, limitando-os sair de seus domicílios, pois a legislação garante que todas as vias públicas devem

ser acessíveis às pessoas com necessidades especiais, não atrapalhando ou impedindo o acesso destas. Porém, na estrutura brasileira não ocorre planejamento para a efetivação do direito de ir e vir de todos, afetando a qualidade de vida do portador de limitações.

O mesmo ator referencia que, para garantir a execução da legislação, o planejamento e a urbanização das vias públicas, parques e demais espaços de uso público devem ser concebidos e executados de forma a torná-los acessíveis para as pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida. Os sinais de tráfego, semáforos, postes de iluminação e outros elementos verticais de sinalização instalados em itinerário ou espaço de acesso para pedestres devem ser dispostos de modo a não dificultar ou impedir a circulação. No tocante ao acesso à Unidade Básica de Saúde e ao seu interior, constata-se a inobservância em relação às normas descritas para o acesso de deficientes físicos e indivíduos com mobilidade reduzida.

Os resultados refletem o descaso com a PcD e denotam claramente que a arquitetura externa e interna dificulta e até impossibilita o acesso. Em relação ao acesso às instalações sanitárias, com a condição dos sanitários encontrada, estas pessoas necessitarão da ajuda de terceiros e, deste modo, reduzirão de forma contundente sua independência. A instalação das medidas corretas promove a independência do deficiente físico; assegura-lhe intimidade e privacidade. Para o portador de deficiência física ou com mobilidade reduzida, a simples ida ao banheiro pode se tornar uma tarefa extremamente árdua e, às vezes, até impossível (VASCOCELOS, 2006).

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e

humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência.

Trabalho em UBS e, no local, existem rampa e triagem. Após esta disciplina, conversei com toda a ESF da unidade sobre a inclusão, respeito, direitos dos deficientes e quando existe alguma pessoa que possui dificuldade para ir até a unidade, solicito o motorista para ir pegá-la. Houve uma reunião em que conversei com os agentes de saúde para realizarem as visitas nos domicílios destes clientes, anteriormente descritos, com mais frequência, ou seja, tento melhorar o atendimento e adaptar o PSF a todos, e assim realizar a inclusão social. Solicitei, também, aos ACS's o nome, deficiência, data de nascimento, endereço, se faz uso de medicação e se tem alguma doença, das pessoas com deficiência que residem na comunidade, para assim realizar visita domiciliar, verificar dificuldades, tratamentos e acompanhar melhoras. Através de atitudes, percebi que vários destes se sentiram mais incluídos aos programas e com mais disposição em comparecer à UBS, para consultas e ações programadas.

Existem vários tipos de deficiências e limitações, porém o último nome pode ser procedente ou não do primeiro, como o deficiente físico, que é a disfunção física ou motora de um ou mais membros do corpo; a deficiência auditiva, que é a perda bilateral, parcial ou total da audição; a deficiência visual, que é a perda ou redução da capacidade visual e a deficiência mental, que são pessoas com funcionamento intelectual menor do que a média.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste curso, alterações foram propostas e implementadas na UBS. A partir destas, percebi maior interação entre a comunidade, pois, com o aumento das práticas de Educações em Saúde realizadas dentro e fora da Unidade, a população percebeu mais aproximação e menos a separação entre usuário - mesa - profissional, e o resultado foi mais confiança em tirar dúvidas, mais comparecimento em alguns procedimentos e consultas (vacinas, exame cito patológicos, puericultura e consulta de hipertensos e diabéticos), haja visto que antes os agentes comunitários de saúde tinham que realizar uma busca ativa entre a comunidade para alguns programas, agora percebi maior procura ao serviço de saúde.

Sendo assim, realizar esta especialização não só me proporcionou uma capacitação, mas me estimulou a ir além, a buscar maiores conhecimentos, conforme evidenciei nas apresentações dos portfólios. Passei a realizar um atendimento mais detalhado, pensando não somente no agora e no problema do paciente, mas também na tentativa de compreensão em assistir o outro em sua totalidade e em suas apreensões, buscando conhecer os principais problemas que afligem a comunidade.

Apesar de conseguir inovar em algumas áreas, muitos ainda são os obstáculos enfrentados pelos enfermeiros da ESF, a demanda é grande e frequente, a equipe é desfalcada, os recursos humanos são insuficientes e assim dificulta as ações educativas e a qualidade na assistência.

Conclui-se neste estudo que, além do profissional enfermeiro, toda a equipe do PSF enfrenta constantes entraves sociais, políticos e econômicos na prestação da assistência, na qual todos são prejudicados, do profissional que não consegue oferecer um serviço de qualidade ao usuário que se depara com o serviço de saúde em precárias condições de atendimento.

Considera-se que, a partir deste estudo, possa ser discutido um novo modelo e reestruturação de um novo modo de consolidar o Programa Saúde da Família, efetivamente resolutivo, garantindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

## 6 REFERÊNCIAS

ALVAREZ, R. **Terceirizados da Petrobras acusam empresa de fazer vista grossa para acidentes de trabalho.** Jornal O Globo, Rio de Janeiro, 26 fev., 2011. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/mat/2011/02/26/terceirizados-da-petrobras-acusam-mpresa-de-fazer-vista-grossa-para-acidentes-de-trabalho-923890950.asp>. Acesso em: 24 jul. 2011.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

ARAÚJO, C. S. et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, Mai. 2009.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, Out. 2007.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, Dez. 1996.

BESERRA, E. P. et al. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, Out. 2010.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: **A capacitação pedagógica do programa de formação de pessoal de nível médio em saúde**. Brasília, DF: OPAS, 1983. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub06CPT1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06CPT1.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, Fev. 2009.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Abr. 2005.



DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

FABER, J. Mudar atitudes, mudar valores. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 13, n. 2, Abr. 2008.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

GUSMAO, J. L.; PIERIN, A. M. G. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, Dez. 2009.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, suppl.1, p. 1359-1365, 2009.

LIMA, D. C.; BUCHELE, F.; CLIMACO, D. A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, Jun. 2008.

MAIA, M. C. Estudos sobre educação à distância. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 485, Dez. 2009.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNCAO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

MONTEIRO, E. S. C. et al . Aspectos epidemiológicos e vetoriais da dengue na cidade de Teresina, Piauí - Brasil, 2002 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, Dez. 2009.

MOREIRA, T. M. M. et al . Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, Jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa: OMS, 1986. p. 5.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, Mar. 2008

PERES, E. C.; BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimoramentos de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2011.

PIERIN, A. M. G. et al. Variáveis biopsicossociais e atitudes frente ao tratamento influenciam a hipertensão complicada. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 5, Out. 2010.

RODRIGUES, A. C. E. **Características Epidemiológicas e Distribuição Espacial da Enzootia Canina de Leishmaniose Visceral na Cidade de Teresina – Piauí, no período de 2003 a 2006.** 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Teresina: Fiocruz, 2008.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 3, Dez. 2003.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: ABS Pessoas com Deficiência.** Fortaleza, 2010. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_03/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html). Acesso em: 18 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.** Fortaleza, 2010. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_03/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html) >. Acesso em: 18 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Participação Social e Promoção da Saúde,** 2010. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_03/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html). Acesso em: 18 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Processo de Trabalho em Saúde,** 2010. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_03/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html). Acesso em: 22 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.** Fortaleza, 2010. Disponível em: [http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_03/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html). Acesso em: 18 jun. 2011.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a Serviços Básicos de Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Dez. 2006.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Teresina>. Acesso em: 12 jul. 2011.