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

GECIMARA APARECIDA HYBNER

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REFLETINDO OS IMPACTOS DO APRENDIZADO NA VIVÊNCIA PROFISSIONAL

FORTALEZA
2011

GECIMARA APARECIDA HYBNER

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REFLETINDO OS IMPACTOS DO APRENDIZADO NA VIVÊNCIA PROFISSIONAL

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

Orientador: Prof.Ms. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento

Coorientador: Prof. Esp. Marcos Henrique Muniz de Castro

FORTALEZA

2011

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

H991c Hybner, Gecimara Aparecida.
Curso de especialização em saúde da família refletindo os impactos do aprendizado na vivência profissional / Gecimara Aparecida Hybner. – 2011.
43 f.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde-NUTEDS, Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.
Orientação: Prof. Ms. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento.
Coorientação: Prof. Esp. Marcos Henrique Muniz de Castro.

1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação a Distância. I. Título.

CDD 362.1

GECIMARA APARECIDA HYBNER

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REFLETINDO OS IMPACTOS DO APRENDIZADO NA VIVÊNCIA PROFISSIONAL

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.Ms. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento – Orientador

_____

Prof. Enfermeiro Especialista Marcos Henrique Muniz de Castro (1º Avaliador)

_____

Prof. (2º Avaliador)

Aos usuários do SUS

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo infinito amor.
Aos meus pais pelo dom da vida, aos filhos e esposo pela paciência e incentivo constante.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) veio para posicionar a saúde um sistema igualitário com acesso universal a saúde como preconiza nossa legislação. Diante desta proposta vem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como instrumento poderoso do modelo de atenção a saúde reorientando o modelo assistencial existente. Uma busca constante da melhoria contínua da qualidade de vida da população. Neste propósito temos a educação permanente das equipes de saúde da família trazendo os atributos de qualidade ao cuidado capacitando os profissionais a terem uma maior interação e atuação mais compromissada, atualizada e humanitária. Este trabalho tem como objetivo retratar a sensibilização do profissional médico diante as etapas do Curso de Especialização a Distância em Saúde da Família expondo o impacto de cada disciplina sob a forma de portfólio produzido ao fim de cada disciplina. O Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial, que ocorreu no período de maio de 2010 a julho de 2011. Organizado com aulas presenciais, semipresenciais, chats, fórum de discussão, elaboração de plano de ação, trabalho em equipe no ambiente virtual, relatório de atividades, troca de experiências vivenciadas na Unidade básica de Saúde que no final de cada disciplina foram compactadas sob a forma de portfólio. Estes apresentam relato pessoal do profissional médico diante dos assuntos abordados com referências a artigos científicos, material didático e vivência clínica nestes doze anos de formação. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos. Ao iniciar este curso tinha uma base fundamentada no modelo de assistência a saúde curativa e hoje percebo a necessidade de interagir mais com a comunidade assistida, ruptura com a zona de conforto de atender as demandas espontâneas. Para que essa mudança ocorra na Unidade Básica que atuo como médica tenho que ampliar a visão de trabalho em equipe e a mudança do perfil do profissional de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Educação a Distância.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) has come up with the objective to make available a health system common to everyone as stated on our legislation. Based upon this proposal, there is Family Health Strategy (ESF) as a powerful instrument within the current medical assistance fashion, but with a slight different direction. A constant chase for the population's continuous quality of life. This proposal aims at a permanent education for the family health teams, bringing up attributes to a quality of care, training professionals towards a better interaction and a more committed, updated and humanitary attitude. This project aims at portraiting a doctor's professional awareness through the Distance Specialization Course on Family Health emphasizing the impact of each subject under a portfolio format resulting from each of them. The Distance Specialization Course on Family Health available at The Federal University of Ceará in partnership with the SUS Open University (within the semi-attending mode) which took place from May of 2010 through July of 2011. It consisted of semi-attending and face-to-face classes, chats, discussion boards, action plan ellaboration, team work on a virtual platform, activity reports, experiences exchanges from the time spent at the Health Basic Unit, which at the end of each subject were framed into a portfolio. These state personal speeches from professional doctors on subjects covered, in regards to scientific articles, course material and clinic experience through these twelve years of learning and practicing. At the end of the course, all portfolios were gathered and presented in chapters. At the begnning, this course was based upon an assistance model towards healing health and today, the need of interaction with the assisted community is quite noticed as well as the rupture of the comfort zone when responding to spontaneous demands. In order for this change to occur within the Health Basic Unit where I work as a doctor, I have to enhance the working perspective of my teams and work on changing their professional profile related to health.

Keywords: Family Health, Primary Health Care; Distance Education.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS- Atenção Básica á Saúde

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CPO- Média de Números de Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e Obturados(O)

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

INPS- Instituto Nacional da Previdência Social

PSF- Programa de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**9**
2	**METODOLOGIA**	**10**
3	**RESULTADOS E DISCUSSÃO: PORTIFÓLIOS**	**11**
3.1	**Processo de Trabalho em Saúde**	**11**
3.2	**Modelo Assistencial e Atenção Primária À Saúde**	**12**
3.3	**Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde**	**15**
3.4	**Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família, e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**	**18**
3.5	**Saúde da Mulher**	**22**
3.6	**Saúde Mental e Violência**	**23**
3.7	**Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais, e os Riscos para a Saúde da Família**	**26**
3.8	**Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal**	**29**
3.9	**Atenção Básica em Saúde e Pessoas com Deficiência**	**33**
3.10	**Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde**	**36**
4	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**40**
	REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) veio para posicionar a saúde em um sistema igualitário com acesso universal a saúde como preconiza nossa legislação (BRASIL, 1988). De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (BRASIL,2006).

Diante desta proposta vem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como instrumento poderoso do modelo de atenção a saúde reorientando o modelo assistencial existente. Esta estratégia se aplica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde as ações devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, baseado em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação (UFC, 2010a). Para manter-se a qualidade das ações prestadas neste nível de atenção em saúde, é fundamental a educação permanente das equipes de trabalho, com vistas a proporcionar uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

Atuar na UBS no interior desse imenso país chamado Brasil se torna tarefa árdua e longe de alguns conhecimentos essenciais. A educação a distância surge como uma ferramenta para a educação permanente dos profissionais do SUS minimizando as diferenças. Confesso que é um método novo cheio de desafios, mas se adapta perfeitamente a rotina do aluno podendo este administrar seu tempo e incluí-lo nas suas tarefas cotidianas. Foi desta forma que surgiu o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Como médica, formada em outro estado sem conhecer muito bem a realidade do Ceará, sinto-me amparada por este curso e muito mais firme na atuação de minhas atividades após cada disciplina encerrada. Abriu-se uma nova janela de educação permanente em saúde que desejo manter aberta.

Este trabalho tem como objetivo retratar a sensibilização do profissional médico diante as etapas do Curso de Especialização a Distância em Saúde da Família expondo o impacto de cada disciplina sob a forma de portfólio produzido ao fim de cada disciplina.

2 METODOLOGIA

Este trabalho é o resultado da reunião dos portfólios elaborados no fim de cada disciplina do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial no período de maio de 2010 a julho de 2011.

O conteúdo oferecido foi divido em disciplinas: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Saúde Mental e Violência; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.

O Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial ministrado com aulas presenciais, semipresenciais, chats, fórum de discussão, elaboração de plano de ação, trabalho em equipe no ambiente virtual, relatório de atividades, troca de experiências vivenciadas na Unidade básica de Saúde que no final de cada disciplina foram compactadas sob a forma de portfólio. Estes apresentam relato pessoal do profissional médico diante dos assuntos abordados com referências a artigos científicos, material didático e vivência clínica nestes doze anos de formação. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos neste trabalho que se apesenta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: APRESENTAÇÃO DOS PORTFÓLIOS

3.1 Processo de Trabalho em Saúde

Para iniciarmos nossa fala sobre processo de trabalho em saúde temos que primeiro conhecer o cenário que iremos trabalhar. A música Ceará terra de luz reflete a heterogeneidade que é este Ceará tanto no que tange a geografia como o humano. Em uma mesma unidade temos vários tipos de usuários a serem atendidos. A necessidade de se traçar este perfil é de suma importância para iniciarmos qualquer trabalho. Conhecendo a realidade temos como convocar a comunidade a participação mais ativa das nossas tarefas e assim podermos mudar a cara do atendimento. Sair dos atendimentos para soluções imediatas e entrar nas ações ligadas a promoção da saúde.

O CHAT deve estar presente nas reuniões de planejamento e acima de tudo na rotina diária das UBS. O saber de cada um deve ser respeitado e trabalhado suas potencialidades; saber fazer é de suma importância já que trabalhamos em uma equipe multiprofissional; e principalmente o querer fazer, essa motivação que conduz nossas ações deve vir de dentro e não ficarmos a espera sempre de um estímulo para desempenhar as tarefas. "A motivação humana transcende aos salários quando trabalhadores são incentivados com a capacitação, o que explica a preocupação com a formação de especialistas" (texto extraído da aula). Com este intuito que me disponibilizei a realizar este curso. Observamos que somente o salário não tem atraído os profissionais para o trabalho nas UBS, sobram-se vagas no interior ociosas. Os profissionais querem mais que o ter e fazer querem ser.

Diante disto vem o questionamento proposto: "Como estou agindo?" A rotina já automatizou minhas ações? Transfiro para os outros as respostas de minhas limitações? Com isso vi que é ora de acordar e aproveitar esta oportunidade para aprimorar e renovar as ações. Estou oportunidade de direito a voz podendo firmar um marco no que tange a estratégia da saúde da família. O Ceará sendo o pioneiro neste assunto que já dissipou por todo território agora com este curso a distância esta trazendo ao interior a oportunidade de aprimoramento dos recursos humanos além de encurtar as distâncias entre o acadêmico e a prática. Esta troca de saberes irá enriquecer ainda mais esta estratégia. Esta junção onde se mescla a visão direta de cada família com suas problemática própria aos poderes públicos será de grande valia para ambos os lados. Tenho a certeza que até o fim do curso ambos teremos um ganho de conhecimentos de nossa realidade.

Observamos a ignorância dos profissionais de saúde seguidos pela população no que diz respeito a complexidade do SUS. Desenhando esse momento vivido de simples execução de tarefas, centralizadas nas respostas imediatas e medicina curativa. Pontuamos as dificuldades encontradas pelos profissionais da área de saúde e população e gestores.

A dificuldade de comunicação inter e intrasetorial na saúde constitui um dos entraves ao bom atendimento dos usuários. A burocratização exagerada associada a falta de recursos humanos e materiais distanciam as realidades pretendidas das reais. Na maioria das vezes a linguagem utilizada não atinge o objeto. Sendo assim o cliente finge que entendeu enquanto o profissional "acha" que esclareceu.

Com a criação da estratégia da saúde da família ficou mais cotidiano o termo saúde, embora ainda deturpado. Com presença dos profissionais de saúde descentralizados das unidades hospitalares inicia- se uma nova fase do SUS. Vimos que as mudanças dependem de um tempo para serem implantadas de fato e este novo processo de "saúde" ainda esta sendo construído. Da mesma forma como esta sendo novo para nós, mais ainda para a população. Este curso veio ao encontro a nossas ansiedades de definir o caminho a seguir com maior chance de acertos. Estamos num processo em construção.

3.2 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

A discussão sobre modelo é muita antiga da época de Platão. A crescente demanda por uma educação mais apurada na Grécia fez surgir uma classe de mestres em busca de um conhecimento genuíno os "sofistas". Observamos que o grande problema com os modelos teóricos é elevá-los à categoria de verdades eternas e incontestáveis. Diante disto devemos refletir o tipo de modelo de UBS que queremos seguir. Modelos ou fórmulas idealizadas ou seguir equipes já existentes que mostram bom desempenho? Vejo que o melhor é mesclar a teoria com a realidade, sem negligenciar o humano do nosso trabalho.

No Brasil já passamos por diversos tipos de modelos de organizar e prover os serviços de saúde. No início da República tivemos as campanhas para lutar contra as epidemias. Com o incremento da industrialização tivemos as caixas de aposentadoria e pensão exclusivo para os trabalhadores juntos as suas empresas. Para os outros surgiu os centros saúde que se estruturaram em redes estaduais de saúde com o foco maior na doença. Com a entrada de o governo militar emergiu o INPS (Instituto Nacional da

Previdência Social) permanecendo o foco na assistência a saúde individual. Apesar de ter sido criado o Sistema Nacional de Saúde permaneceu desarticulação entre as atividades de saúde pública e assistência médica individual, ficando elevado o custo médico. Na década de 80 iniciou-se o movimento sanitarista que culminou em 1986 com a conferência nacional de saúde e implantação do SUS com a constituição de 1988 objetivando a universalidade, integralidade e a igualdade na assistência. Seja no SUS, seja na saúde suplementar, o sistema de saúde é ainda centrado em médicos e hospitais.

Na contramão de desse sistema temos as UBS com um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e reabilitação. Orientando-se pelos princípios do SUS, aproximando a população com o SUS. Neste contexto não podemos desconsiderar o meio onde a população se encontra saindo do espectro individual para os coletivos considerando o meio. Esse modelo pressupõe o trabalho em equipe com responsabilidade, interdisciplinaridade e respeito às diferenças; com um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Nesta estratégia a comunidade deve ser sempre estimulada a participar do planejamento das ações a serem desenvolvidas para o bem comum. Assim fica mais fácil organizar o atendimento das UBS, como as demandas espontâneas e programadas, as ações relacionadas a vigilância em saúde, como as ações de natureza informativa e educativa para a população. Assim teremos um maior controle social dos trabalhos desempenhados pela equipe das UBS.

Percebemos ainda que nosso maior tempo é consumido pela demanda espontânea, mas a partir do desenvolvimento da demanda programada iremos galgar pelos degraus da diminuição daquela. Tendo assim uma melhor qualidade na prestação do cuidado em saúde.

Essa qualidade deve ser regida por alguns atributos como a eficácia que tem ações focadas na solução do problema. A eficiência que visa relação custo/benefício. A efetividade que objetiva resolver os problemas do maior número de pessoas, utilizando eficientemente os recursos disponíveis. A equidade que ao conhecer as situações de riscos e sua vulnerabilidade distribui as ações em função desse diagnóstico. A oportunidade de realizar o cuidado no momento em que é necessário. A continuidade do cuidado mesmo que se estenda a outros níveis assistenciais, o respeito pelas referências e contra referências. A acessibilidade que deve minimizar as barreiras que dificultam o acesso das pessoas a uma ação de saúde. A aceitabilidade respeitando os valores

individuais e coletivos, precisamos conhecer bem a população para atingirmos este atributo como ter a participação efetiva da comunidade no planejamento das ações. A oticidade que nos leva a seguirmos ou pararmos com a atividade proposta. A legitimidade que comprova a representação social de uma ação. A ética regendo todas as ações desenvolvidas e planejadas.

Esses atributos nos permite avaliar até que ponto as ações desenvolvidas e o cuidado estão satisfazendo as expectativas dos usuários e até que ponto estamos conseguindo resolver os problemas utilizando os recursos disponíveis de forma eficaz.

Esses questionamentos nos levam a necessidade de gerenciar nosso atendimento. È necessário que as equipes tenham mais autonomia, mais clareza de sua missão, comprometimento. Quando melhorarmos nossa gestão local teremos melhor qualidade, com avaliação dos resultados e maior motivação.

Os modelos assistenciais e sanitaristas estão presentes na nossa realidade. Com esta definição fica mais fácil de entender nossa real situação. A descentralização da saúde dando autonomia aos municípios em administrar de forma supervisionada foi já um passo importante na construção deste processo. Muito me orgulhou a colocação do colega Manoel Angelo sobre os dados epidemiológicos de 5 novos casos de sarampo no nosso país, isso se deve a vigilância constante neste sentido. Sinto que o mesmo cuidado deveria ser expandido para outros setores da saúde tratados com menor zelo apesar de serem tão importantes quanto a imunização. A partir do conhecimento do território trabalhado teremos como estabelecer estratégias para nossas ações atingirem com maior foco os interesses da população.

A tríade conhecer –compreender- agir nos faz respeitar os valores local e facilita a compreensão do trabalho realizado. Esse conceito deve ser utilizado também entre os componentes da equipe, devemos valorizar a cada membro da nossa unidade dando voz e vez a todos sem distinção.

Organizar as ações de rotina de uma UBS requer muita doutrina e planejamento. A equipe deve antes realizar um bom diagnóstico da comunidade trabalhada para dispor o tempo necessário de acordo com a realidade local. Para a mudança de modelo assistencial preconizada pelo Sistema Único de Saúde é necessário que todas as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde se façam na perspectiva de concretizar, na prática, os princípios e diretrizes constitucionais respeitando a universalidade, equidade, integralidade e controle social. Nos bem o texto: “A mudança do modelo assistencial é um processo gradativo no qual o peso de cada grupo de ações

desenvolvidas pela Equipe de Saúde vai mudando, sempre no sentido de aumentar o tempo destinado às atividades que busquem a melhoria da qualidade de vida da população, diminuindo, por outro lado, o tempo destinado às ações curativas". Esses princípios e diretrizes devem vir acompanhados do maior número dos 11 atributos de qualidade do cuidado. Diante do exposto percebi a necessidade de maior clareza da missão da equipe e ruptura com a cultura de ser sucumbida pelas tarefas rotineiras que não dá espaço para o planejamento e qualificação dos membros da equipe. Assim iremos obter melhores resultados de forma mais motivada.

3.3 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

Planejar não costuma ser uma constante na minha rotina de trabalho. Ao chegar a unidade de saúde já peguei o atendimento iniciado e por ser o membro mais novo não priorizei o planejamento e sim diminuir a demanda reprimida existente. Hoje vejo o quanto esse ato me custa a tomar as rédeas da situação. O SUS utiliza do planejamento como uma ferramenta importante para sua implementação. Então vamos aprender a planejar desde a identificação do problema até a elaboração de um plano de ação.

Precisamos planejar por ser um ato inerente as nossas vidas, para organizarmos nossas prioridades e direcionarmos nossos recursos humanos e financeiros e acima de tudo a conquista dos objetivos com maior propriedade. O planejamento segundo Matus é um calculo que precede e preside a ação, é o pensar antes e durante a ação. O planejamento constitui junto a epidemiologia e as ciências sociais um dos três pilares da Saúde Coletiva. Permite o melhor aproveitamento do tempo e recursos, esclarecem objetivos e metas, da qualidade ao trabalho desenvolvido, permite o acompanhamento das ações, ajuda a adquirir parceiros da ideia e conseguir recursos.

Nas UBS temos que planejar junto a comunidade e se planejar sozinho já é difícil imagine agrupar várias formas de pensar sobre um determinado assunto. Então devemos sair do intuitivo para um método de planejamento. Sendo assim é preciso de um método que possibilite a compreensão e o compartilhamento de uma mesma linguagem sendo um processo permanente. Não devemos planejar no início do ano e engavetar e só retirar no fim dos anos para avaliarmos. O planejamento deve ser um documento que sirva de referência para o acompanhamento, execução, correção e avaliação dos objetivos propostos.

Existem diferentes maneiras de planejar, nesta aula foi-se falado do planejamento normativo e estratégico. O normativo feito a partir do diagnóstico com o

objetivo de otimizar a relação custo/benefício, é um método rígido baseado em um único olhar. Já o estratégico aceita várias interpretações da realidade, é mais flexível e participativo sendo um processo contínuo.

O planejamento estratégico pode ser de longo prazo ou de curto e médio prazo. Deve estar inserido numa situação onde os atores sociais interpretam e explicam uma realidade, deve-se considerar a possibilidade de conflitos.

No CHAT ficou claro a importância d a participação da comunidade nas reuniões de planejamento, o que ainda não ocorre. Mal pegamos os dados "obrigatórios" organizamos a estatística e fim. Iniciamos o mês até mesmo sem analisarmos o que aconteceu. A desculpa é sempre a mesma "não temos tempo, a equipe é incompleta, temos muitos indicadores a serem trabalhados..." Desta forma não conseguimos planejar e assim trabalhamos sem a amplitude da promoção de saúde. Permanecemos na obscuridade da falta de comprometimento e fuga da realidade.

No planejamento estratégico situacional precisamos conhecer os problemas do território e classifica-los de acordo com a importância, causas e consequências buscando priorizar as soluções através de plano de ação focado nos resultados. O método da estimativa rápida apresentado na aula tem como principal vantagem a rapidez e eficiência nos custos. É uma ferramenta importante para apoiar o processo de planejamento participativo envolvendo a população na identificação das suas necessidades e problemas. A eficácia depende de cinco atitudes e habilidades por parte da equipe: determinação, disposição, capacidade de escuta, atenção e bom senso. Com estas habilidades a equipe se apoia em três princípios: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados devem ser coletados pelos registros escritos já existentes, entrevistas e observação da área, desenvolvendo um perfil sobre a população identificando seus problemas e prioridades. Esse perfil dependendo da localidade muda algumas vezes rápido demais.

De acordo com a situação problema apresentada no fórum observa-se a falta de avaliação das variáveis de um problema. Uma tentativa de verticalização de olhar. A equipe de saúde formada par ver "saúde" como ausência de doença centraliza-se nos dados estatísticos de adoecimento e direciona suas ações para saná-los sem o envolvimento da comunidade em questão. Ao contrário a população envolvida nas dificuldades cotidianas não consegue observar o quanto os males sociais também

interferem no seu processo de "saúde". De fato faltou planejamento de ações que absorvessem todos os atores envolvidos na problemática apresentada. Como muitos colegas já explanaram sobre a necessidade e dificuldade de planejar. Acredito que a falta de hábito de exercitar tal tarefa seja uma das maiores dificuldades, claro que associada todas já expostas.

Quando elaboramos um plano de ação diante do diagnóstico nos deparamos muitas vezes com mais de um problema. Então cada problema teve ter um único projeto de intervenção de acordo com a viabilidade de gerenciá-los, formando assim o plano de ação.

O plano de ação tem dez passos que nos orientam no seu processo de planejamento:

- Definição dos problemas estabelecendo prioridades;

- Priorização do problema considerando a importância do problema, sua urgência e capacidade de enfretamento da equipe responsável pelo projeto;

-Descrição do problema evidenciando sua dimensão e tamanho, evitando ambiguidade e ajuda a obter indicadores para avaliar a efetividade do plano;

-Explicação para entender a gênese do problema através da identificação das suas causas;

-Seleção dos nós críticos identificando a causa que impacta efetivamente na transformação do problema;

-Desenho das operações que descreve as operações para o enfrentamento das causas selecionadas nos nós críticos identificando os produtos e os resultados para cada operação definida;

-Identificação dos recursos críticos criando estratégias para viabilizá-los,

- Análise da viabilidade do plano identificando os atores que controlam os recursos, analisando a motivação destes para viabilizar a operação;

-Elaboração do plano operativo designando os responsáveis pelos projetos estabelecendo os prazos para o cumprimento das ações

-Gestão do plano atenta ao monitoramento e avaliação de todas as etapas

Na elaboração do trabalho em equipe para elaboração de um plano de ação foi inovador trabalhar em grupo pelo AVA. Exercitar esses passos descritos foi de difícil execução principalmente par ter que respeitar o momento de cada membro da equipe. O exercício de paciência. Conseguimos vencer a vontade de nos reunirmos a utilizar o novo. O mais proveitoso foi exercitar esse novo método de aprendizagem. A elaboração

de um plano de ação sobre um assunto que já não esta fazendo parte do meu cotidiano foi mais complicada o bom que pude contar com auxílio de amigas que partilharam suas realidades e assim construímos nossa tarefa. Com o auxílio mútuo.

Em falar de planejamento esta aula explicitou o planejamento maior "SUS-planejamento" uma criança que surgiu em 2006. Com atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (Brasil, 2009a)

Esse módulo foi muito rico não somente pelo conteúdo apresentado mais pela didática introduzida.

3.4 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em atenção Básica à Saúde.

Quero iniciar meu portfolio desta disciplina com esta frase: "É necessário somar saberes". Saúde e educação devem caminhar juntas interagindo na produção de ações voltadas para a qualidade de vida da população.

Sobre o filme: Esse é o modelo que fomos educados, estamos construindo a mudança na educação. Onde estamos iniciando o processo de expressar os pensamentos. A formação educacional desde início é transmissora de conhecimentos, o aluno é visto como uma folha embranco e o professor o detentor de todos os conhecimentos. Este conceito se perpetua ao atendimento aos usuários das UBS. Recebemos o paciente não por si mas pela patologia que o acomete. Dirigimos um tratamento a esta patologia passando pelo indivíduo sem a preocupação do respeito humano. Somos os detentores de aquele saber e temos a solução já escrita e revisada do seu "problema". Será que esta solução é a desejada? Será que entendeu como sanar sua dor? Será que tem condições financeiras para adquirir este medicamento? Será que sabe administrá-lo corretamente? Será que tem como conservá-lo? Essas interrogações que deveriam fazer parte de cada consulta estão na maioria das vezes omitidas pela demanda o mesmo pela autossuficiência do profissional que o atende.

Aprendizagem programada: O aprendiz é visto parte da máquina. O aluno é um papel em branco. "A partir da visão que o outro tem do problema, nós profissionais de saúde devemos estabelecer a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos" (texto extraído da

aula). Neste confronto de ideias estamos absorvidos na nossa rotina. Precisamos conhecer a realidade da comunidade onde atuamos para a nos adequarmos na linguagem, nos costume e cultura desta população. Ao me deparar pela primeira vez com o termo "remoso" fiquei tão perplexa que o negligenciei e depois com o convívio diário percebi o quanto este hábito tem peso sobre a população. Agora já aprendi nas orientações a respeitar esse costume estre outros. A questão da negociação buscando a ruptura histórica entre a ciência e senso comum construindo um saber comum respeitando os diversos saberes daqueles com quem lidamos. Criando assim um relacionamento de confiança mútua de respeito. "Colocar-se no lugar do outro, ser firme com os problemas e amável com as pessoas". Esta mudança de hábito só se conquista pelo conhecimento da realidade, da vida, do território em que estamos atuando.

Não podemos abrir mão na nossa rotina das sessões educativas. É neste momento onde nós um ser intruso no ambiente temos a oportunidade de nos mostrarmos humanos e interessados por cada um, com suas particularidades, dificuldades e saberes. Incorporando assim a educação permanente na nossa rotina de afazeres. Devemos também incorporar nesta rotina de educação todos componentes da equipe e inclusive manter a educação permanente não só da comunidade como da equipe multiprofissional da UBS. Diante disto transcrevo as colocações expostas no fórum após a leitura "Fatores Pedagógicos"

Para realizarmos atividades educativas devemos partir do princípio que estamos realizando uma ação em busca de reações. Bourdenave nos propõem 3 opções pedagógicas: transmissão, condicionamento e problematização. Observamos que a mais utilizada continua sendo a da transmissão considerando que somos detentores de "todo" saber e que a comunidade continua sendo uma página em branco. Quando muito mudamos é para o condicionamento onde buscamos os "nossos" (profissionais de saúde e gestores) objetivos. A primeira dificuldade para utilizarmos a pedagogia da problematização é a falta de conhecimento do nosso território, envolvimento com a comunidade além da nossa zona de conforto, fazer o algo a mais que excede nossas atribuições que já são bastante. Acredito se conseguirmos responder a cada planejamento a colocação da Júlia se estamos elaborando um cronograma, para eles ou com eles? Já estaremos caminhando reações mais eficazes as nossas ações.

Temos que ter sempre em mente a declaração do ministério da Saúde (2005) “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a prender, aprendendo a ensinar e ensinando a prender.” Fomos marcados pelo nosso sistema de ensino que veem aplicando as tendências pedagógicas tradicional, tecnicista norteando as concepções de práticas educativas.

A pedagogia por transmissão de conhecimento centrada no saber de um sem a preocupação com a realidade social e nem com o saber do outro. Aguarda resultados principalmente com a mudança do ouvinte. Já na pedagogia por condicionamento muito utilizada nos atendimentos dos programas nivelamos os usuários pela patologia em comum e abstraímos seu individual. Poderemos assim mesclar com as pedagogias que tem o aprendiz como foco, deixando de ser o usuário uma folha em branco. Volto na tecla do conhecimento da realidade para termos uma melhor visão do todo e não ficarmos somente presos ao problema. O SUS necessita de ação conjunta entre profissionais e comunidade de forma transformadora. Essas partes devem ser consideradas como participantes ativos do processo de aprendizagem, que devem estar presentes em todos os momentos de do planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações das UBS. Assim teremos diferentes visões da realidade trabalhada.

A formação da organização das equipes das UBS e a forma de desenvolver o trabalho na atenção básica trouxe uma aproximação entre a saúde e o usuário. Mas também provocou uma demanda espontânea excedente que deve ser trabalhada par não se perder os princípios básicos do SUS com foco nas ações de promoção e prevenção. Com isto devemos melhorar o acolhimento e o trabalho com grupos. Como já estamos acostumados com as consultas devemos trabalhar nas deficiências que estão principalmente nestes dois pontos. Quem não gosta de ser bem recebido? Quem não deseja se sentir bem (acolhido) ao chegar a um determinado local? Acolher não significa fazer todas as vontades e ceder aos caprichos. Acolher com esta no Aurélio (dicionário) é dar crédito, dar ouvidos. Todos conhecemos a realidade e sabemos que o usuário mal tem oportunidade de dizer seu nome a atendente do SAME muitos são até substituídos por números e assim alguns são vistos até saírem do posto com um monte de remédios que nem colocam fé .Essa realidade que a humanização no SUS está tentando modificar. O acolhimento deve garantir a resolubilidade. Para isto

devemos planejar nos organizar junto a comunidade para priorizarmos as ações. Iniciando o processo por uma boa escuta trabalhando bem nossa comunicação. Neste campo da comunicação não podemos deixar de citar o trabalho em grupos. Ferramenta importantíssima que os profissionais devem usar na sua rotina com o objetivo de promover a saúde do indivíduo.

"Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse de todos eles. O tamanho de um grupo não pode exceder ao limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual, como a auditiva e a conceitual. (...) além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta a preservação do espaço (os dias e o local certo das reuniões), do tempo (horários, tempo de duração das reuniões, plano de férias etc.) e a combinação de regras e outras variáveis que delimitem e normatizem a atividade grupal proposta. O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa. Cabe uma analogia com a relação que existe entre as peças separadas de um quebra-cabeça e deste com o todo a ser armado" (ZIMERMAN, 2007).

Outra ferramenta utilizada na estratégia de saúde da família muito particular são as visitas domiciliares. Nelas temos a oportunidade de conhecermos "com os próprios olhos" a realidade das famílias sob nossa responsabilidade sendo um instrumento potente para a vigilância em saúde. Devemos nos atentar para a proximidade que a visita domiciliar nos leva para o individual do usuário. Entramos em sua realidade, um atendimento direcionado exclusivo, a horizontalização da relação profissional de saúde e usuário, além da oportunidade da aproximação com os não usuários, servindo como porta de entrada. É fundamental integração entre todos os profissionais nas UBS nestas ações.

Percebemos assim que o atendimento e as oportunidades de exercitarmos as práticas pedagógicas não se restringem somente as consultas ambulatoriais, o atendimento das UBS são muito mais amplos.

Nosso grande desafio é mudar a nós mesmos, começar a desenhar um novo modelo de aprendizagem, crer nele e assim utilizá-lo para melhorar a comunicação com a comunidade trabalhada.

3.5 Saúde da Mulher

"Ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Fiquei muito feliz com a escolha deste tema, sou mulher e ás vezes sinto saudade daquele tempo que não vivi- mulher sendo apenas fêmea. Vejo a inserção da mulher no mercado de trabalho como uma estratégia do capitalismo de atingir seus objetivos depreciando os sentimentos humanos assim fragilizando a humanidade. Ficando esta mais vulnerável aos determinantes externos. Mulheres desrespeitadas até na escolha do melhor momento da maternidade e na sua capacidade de fecundação."

Esses quatro temas abordados nesta disciplina abrangem a integralidade do feminino. O início da primeira aula com "o ser mulher" sintetizou toda problemática do tema. Ser na expressão de ser humano na sua plenitude, ser na referência existencial, ser no sentido de presença constante do dia-a-dia, ser que é veículo de outro ser, ser marginalizado, ser gente, ser mulher.

O despertar pela promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, a assistência durante a gestação, puerpério, período reprodutivo e climatério e finalizando com os cuidados com a vítima de violência.

Apesar das mulheres serem maioria na sociedade brasileira ainda é comum perceber discriminação quanto este gênero. Mesmo sendo elas responsáveis pela maioria do sustento dos lares em nosso país, principalmente no envelhecimento. Com essa mudança de comportamento observamos também alteração na taxa de natalidade e adoecimentos na população feminina. Destaco a frequência de procura pelo atendimento médico da população de mulheres sendo maior que de homens. Percebemos maior zelo por sua saúde mesmo estando abaixo do esperado. No momento estou trabalhando com saúde do trabalhador, e observo essa preocupação da mulher em manter-se saudável. A patologia ocupacional nas mulheres que nos procuram se encontram em estágio mais recente que as dos homens. A adesão ao tratamento é maior nas mulheres.

Devido esta inserção no mercado de trabalho e o aumento da responsabilidade financeira do lar o controle de natalidade se encontra de forma desregulada. As mulheres diminuíram sua natalidade, aumentando o número de laqueadura tubária, com grande número de partos cesáreos. Ainda persiste na atualidade em valores

consideráveis a mortalidade materna. O Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) outubro de 2010 mostra nos meses janeiro, março, abril e agosto de 2010 o número de óbitos em mulheres na idade fértil notificados superaram os de 2010 e que no município de Tianguá em 2010 foram notificados 22 óbitos em mulheres na idade fértil (SIM, 2011).

O atendimento de pré-natal é de suma importância na reversão deste contexto pois a própria aula diz: "A morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias. Todas preveníveis!" Cabe a nós profissionais de saúde das UBS aprimorarmos nosso atendimento par atingirmos esses 90% em nossa população de abrangência. Vê-se que não são os exames complementares nem as melhores maternidades que fazem a diferença e sim a mão e o conhecimento de quem atende. Apreciei o envolvimento dos colegas odontólogos no atendimento pré-natal, o quanto aprendi no fórum com a participação destes. Questões com vacina, alteração fisiológicas durante gestação, corrimentos vaginais, câimbras... Ótima oportunidade para estender a atenção além daquele momento gestacional. Devemos aproveitar as sessões educativas par falarmos sobre o puerpério e cuidados com o recém-nascido. Neste momento poderemos trabalhar o estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês como terá aproximação maior par tratarmos de um correto planejamento familiar. Teremos a mesma gestante pelo menos seis vezes conosco em um período curto de até nove meses poderemos potencializar esses encontros e cativar essa mulher para ser o grande elo com sua família e despertarmos a importância de uma saúde prevencionista. O atendimento pré-natal se encerra na consulta puerperal com atenção a mãe e não somente ao recém-nascido.

A mulher como um ser não pode ser deixada quanto à decisão do melhor momento e da quantidade de gestações deseja ter. Como o prazer durante uma relação, a frequência de suas relações sexuais e também as modificações de seu organismo com o envelhecimento. Não podemos nos conformar com essas taxas ainda elevadas de câncer feminino. A medicina tem evoluído bastante com melhores condições de qualidade de vida não podemos deixar de nos atualizarmos sempre para trazermos o que de melhor podemos proporcionar para a população que nos procura.

3.6 Disciplina Saúde Mental e Violência

A reforma psiquiátrica é um marco na assistência mental. Nós que trabalhamos nas unidades básicas a maioria já nos formamos antes desse momento. Carregamos uma formação falha e distorcida da atenção aos portadores de transtorno mental. Este módulo serviu para alertar aos profissionais da necessidade de capacitação permanente.

Grande conquista para nós que trabalhamos no interior são os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Apesar da nossa região ter uma grande demanda de distúrbios psiquiátricos já nos sentimos apoiados nestes centros. A região da serra de Ibiapaba tem um número grande de usuários de psicotrópicos e ainda ocorre na nossa realidade os prescritores de receita controlada. Fato que julgo já ter diminuído com a maior presença de médicos nas equipes do PSF. Este ato ajuda a aumentar a crendice que estes distúrbios são irreversíveis e até mesmo devam levar a uma exclusão social.

O fórum que relatamos casos clínicos e discutimos foi muito enriquecedor, pois tivemos uma oportunidade de exercitar nosso cotidiano e o auxílio de colegas nas questões colocadas. Acredito que poderia ser mais proveitoso se pudéssemos interagir com todos os grupos.

Fórum:

> "Soraya, 17 anos, tem dois filhos, de três anos e dois anos, respectivamente. Há quatro anos vive maritalmente com Afonso, 24 anos. Todas as manhãs deixa os filhos na creche e Afonso vai para o trabalho. Quando entra em casa, pensa: "Sinto-me sozinha, abandonada, petrificada. Preciso de horas para me refazer. O que acontecerá se eles não voltarem?" Quando Soraya tinha 6 meses, sua mãe começou a lutar para sobreviver, saindo todas as manhãs para a lavoura. Por absoluta necessidade, Soraya ficava sozinha, com uma mamadeira, presa no berço - e, se chorava, suas lágrimas já estavam secas quando, algumas horas depois, a mãe voltava para casa. Todos os que a conheciam concordavam em dizer que Soraya era extremamente boa - uma criança tranquila, sem exigências, de bom gênio. E quem a vê agora certamente pensa estar vendo um espírito feliz e brilhante, não marcado por experiências que certamente foram de perda dolorosa. Mas Soraya foi marcada. Aos 8 anos perdeu a mãe, vítima de atropelamento e foi entregue

> aos cuidados de uma tia-avó. Não pode dizer que foi maltratada, mas a parenta era indiferente, fria. O pai abandonou a mãe quando Soraya tinha 6 meses. Soraya é sujeita a crises de depressão. Tem horror ao desconhecido. "Não gosto de aventuras. “Não gosto de nada novo”. Diz que suas mais antigas lembranças são de angústia, imaginando o que iria acontecer em seguida. "Tenho medo", diz ela, "de tudo o que não é familiar para mim". Tem medo também de muita responsabilidade. "Gostaria que alguém tomasse conta de mim o tempo todo". E, embora desempenhando adequadamente o papel de esposa e mãe, arranjou também - no companheiro, forte e confiável, e em vários amigos mais velhos - um substituto do cuidado materno. "Algo está me acordando todas as manhãs com um gosto horrível na boca e dores na barriga", diz Soraya. "Minha cabeça dói, todo o meu corpo dói. Meu Deus, eu vou enlouquecer!"
> * Texto retirado do livro PERDAS NECESSÁRIAS, de Judith Viorst (com pequenas modificações). Amigos se tiverem oportunidade, leiam esse livro - Perdas Necessárias. Colegas é muito bom interagir com vocês.”

A abordagem descrita pela Drª Sylvia é de grande qualidade e vejo a possibilidade de ser realizada nas UBS. A humanização no SUS que estamos implantando nesses casos de transtorno mental tem fator importantíssimo. Sentir-se acolhida já é parte importante do tratamento para quem sempre foi rejeitada. Percebo também neste tipo de paciente a tentativa na união matricial de um novo começo, uma chance de ter as necessidades mais básicas de afeto preenchidas e a gestação tão jovem como uma oportunidade de concertar o que não recebeu.

Gostaria de encerrar minhas colocações neste fórum sobre o caso apresentado. Esta adolescente sofre por sua existência de ausências. São tantas as faltas que é difícil definir perda de qual "alguém" importante essa jovem perdeu. Perdeu-se a si mesmo num mundo sem referências positivas e perdida continua por não conseguir reconhecer no marido e nos filhos a presença que nunca experimentou. De fato nós que lidamos com pessoas e com vidas a todos os momentos temos que exercitar constantantemente a

nossa humanização. Não sabemos quantas Soraias e quais histórias elas e eles trazem para nós a cada momento. Respeito ao indivíduo e porque não amor."

A parte do módulo que nos leva a refletir sobre nós mesmos foi fundamental para restabelecer uma volta ao eu indivíduo par poder intervir no grupo ou no outro. Desmistificou a necessidade farmacológica em todos os momentos de crise. Reportando-nos a escuta e busca da causa raiz da patologia. Dificuldade: enfrentamos diante da grande demanda imposta pelo sistema atual, inclusive com cobranças de quantidade de atendimento sem a priorização da qualidade.

As orientações dos trabalhos em grupo são bem práticas facilitando o nosso dia-a-dia. Encontros que já realizamos em nossa rotina, mas sem a visão mais ampla que foi nos apresentado.

Encerro este momento com as palavras iniciais da aula de autoconhecimento: "O conhecimento de nossas potencialidades e limites, tanto em nossos aspectos pessoal, existencial, profissional e social, possibilita o assistir ao outro a cada dia de forma integral e holística. Nossas escolhas diárias e pensamentos a cada momento são determinantes para que cada célula em nosso corpo físico seja ativada e continue sua função de mantermos nossa autorregulação par nossa vida." (UFC,2010b).

3.7 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais, e os Riscos para a Saúde da Família

Com a frase inicial "Toda ação humana tem impacto sobre a natureza, positivo ou negativo" (UFC, 2011a) gostaria também de começar meinha reflexão sobre este módulo.

Vivemos em um meio que nos denominamos dominadores e por assim julgarmos ser não o respeitamos. Burrice de séculos ao observarmos a estória de nossa humanidade. Em relação ao trabalho percebemos um descaso muito maior, pois o mais atingido com este desrespeito é o ser humano como nós. Inconsequentes que somos estamos deixando de herança par a nossa humanidade um planeta desgastado e desrespeitado.

A ganância humana nos leva ser consumistas neste mundo capitalista até de nós mesmos. Com a revolução industrial houve também a revolução de valores onde o **ser** perdeu espaço para o **ter**. E assim a busca incessante desse novo valor vem aniquilando o humano e o natural.

"Vivemos e somos parte de um meio onde estabelecemos todo tempo contato. Este meio nos provoca reações e nossas ações desencadeiam direta ou indiretamente mudanças neste.

O pensar desta forma holística pouparia muitos transtornos atuais se fosse um hábito constante de longa data.

Percebemos neste mundo globalizado a velocidade do movimento das informações e mudanças mundiais. Nosso sistema financeiro ditando regras de consumismo cada vez mais desenfreado levando ao aumento de produção a custos da deterioração do ambiente consequentemente trazendo agravos a saúde.

O meio ambiente sugado já perdeu sua capacidade de equilibrasse com a modernidade. Observamos chuvas torrenciais onde tínhamos seca, falta de água onde era considerado o celeiro do Brasil, inundações cotidianas nos grandes centros... O êxodo rural, a proliferação de periferias, ocupação de áreas de risco, falta de habitação, falta de saneamento básico, dificuldade na educação e saúde.

A falta de saúde não somente no adoecimento relacionado ao trabalho, mas também pela falta deste ou por excesso. Consequência dos detritos e materiais utilizados para execução e liberação de poluentes no ambiente. Quantas crianças estão com doença respiratória por morarem próximas a pedreira? Quantos idosos morrendo de câncer por terem trabalhado com agrotóxico sem o manejo correto na idade produtiva? Quantas crianças nascendo com má formação devido a agrotóxico no ambiente e no trabalho dos pais? Quantos ainda hoje sofrem por silicose pela dificuldade de acesso a água? Quanto surdos estamos produzindo par termos o carro do ano ou a roupa nova? E as lesões osteomusculares Cada vez mais presentes no cotidiano. Quanto não se gasta devido aos acidentes de trabalho, quantos lesionados não estamos "fabricando"?

> Pensar em trabalho sem estender o entendimento para a saúde e o ambiente é inadmissível na atualidade. A população economicamente ativa está diminuindo e os estragos estão aumentando. Desta forma não teremos condições de pagar a conta, sairemos (já estamos) no prejuízo. Devemos aproveitar esta oportunidade para modificarmos nosso olhar para o ser inserido num processo produtivo e parte integrante de um ambiente." Minha participação no fórum.

Triste sabermos que a os primeiros cuidados destinados a saúde do trabalhador não foram sem a intenção de aumentar-se a produtividade. Até os tempos atuais quanto serviço de saúde do trabalhador tem que transformar em cifras a saúde para ter apoio nas campanhas de prevenção e promoção de saúde dos trabalhadores. Ainda não temos incorporado na nossa realidade que saúde do trabalhador é um conjunto de práticas interdisciplinares (técnicas, sociais, humanas) e interinstitucionais.

Por termos a maioria dos nossos trabalhadores em condições informais se torna um grande desfio do SUS de zelar por esta condição de saúde. Percebemos na nossa realidade uma relação desumana mesmo nos serviços "fiscalizados" e um descaso muito grande por aqueles que deveriam zelar pelos trabalhadores. No interior nos deparamos muito com exploração do trabalho, trabalho infantil, e as mulheres são na maioria as vítimas.

Este módulo toma importância ímpar quando define a competência de cada instância do atendimento ao usuário do SUS, os PSF, hospitais e serviços de média complexidade. Assim esclarece que a atenção ao trabalhador é responsabilidade de todos e não somente do recém-criado CEREST(Centro de Referência em Saúde do Trabalhador).

Na aula que fala sobre os agravos a saúde do trabalhador o fórum teve papel sensibilizador importante onde os profissionais se sentiram parte integrante do processo de assistência aos trabalhadores. Onde pudemos minimizar estigmas culturais sobre o adoecimento e a não relação com o trabalho.

Muito pouco as equipes sabem sobre a territorialização em saúde. Acredito que nosso primeiro e já atrasado passo será a territorialização dos PSF. Diante deste iremos entender melhor os adoecimentos e a poder agir na vigilância. Deixaremos o trabalho exaustivo e repetitivo assistencial par iniciarmos a promoção e prevenção tão sonhada pelos profissionais de saúde.

Este módulo foi ímpar, pois não somente ampliou nossos conhecimentos sobre a saúde do trabalhador e sua relação com o meio como nos deu instrumentos de melhor diagnóstico da nossa realidade.

3.8 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

A saúde bucal não poderia ter seguido um caminho diferente do nosso modelo econômico- capitalista. Assim a odontologia sanitária aumentou o número de restaurações na fase escolar de 7 a 14 anos sem se preocupar com a boca; a odontologia preventiva não foi bem aceita no início pelo desconhecimento da prevenção. Depois foi deturpado para o individual esquecendo-se do social; o que levou a odontologia social com recursos precários voltada para as camadas sociais mais desfavorecidas- "mãeazona"; na prática tanto a odontologia simplificada como a integral se restringiram ao uso de equipamentos sem preocupar-se com a saúde bucal propriamente dita; evoluindo para a conhecida saúde bucal coletiva vendo o indivíduo como parte de um todo.

Em relação a odontologia na saúde da família foi importante em 1986 1ª conferência nacional de saúde bucal que a definiu como parte integrante do indivíduo respeitando o meio que se vive coincidindo com ano de criação do SUS que determina o acesso universal e igualitário a saúde. Apesar dos PSF serem criados em 1994 a odontologia só começou a fazer parte integrante deste no ano de 2000. Ainda hoje observamos o difícil envolvimento do profissional dentista na territorialização do PSF mantendo ainda um relacionamento assistencialista. Observamos ainda o atendimento dividido por agentes comunitárias de saúde e não por linhas de cuidado e nem por condição de vida. Sabemos também da falta de capacitação contínua para os profissionais da saúde bucal como a dificuldade com as ferramentas de trabalho e insumos. Temos pouca atuação em ações de recuperação por falta de insumos específicos e com a chegada do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) em nossa região tivemos um upgrade nas ações de reabilitação. Um meio para trabalharmos a prevenção das cáries dentárias é a fluoretação das águas de abastecimento público, mas o acesso a água tratada neste caso a água fluoretada ainda é limitado à sede do município e assim mesmo a condição financeira da população escassa muitas vezes a exclui deste serviço.

Foi importante saber pelo curso que temos para este ano de 2011 metas para a saúde bucal como ampliar o número de UBS com a saúde bucal, aumentar prevenção das principais doenças bucais, cárie e doença periodontal. Este módulo enriqueceu também o conhecimento sobre as competências de cada membro da equipe de saúde bucal. Ampliando as possibilidades de atuação nas ações intersetoriais, educativas, promoção de saúde ficando menos focada na assistencial. Já que os ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) e os técnicos tem em suas atribuições também a educação.

O fórum proporcionou um aprendizado sem igual quando os colegas odontólogos nos mostraram o quanto podem contribuir no dia a dia das atividades com sugestões e dados antes desconhecidos por mim. A abertura de envolvimento no cuidados das gestantes, orientações sobre o melhor período gestacional para se realizar os devidos tratamentos e orientações para os cuidados com a dentição do filho; aproveitando a frequência maior a UBS para abordar este assunto e utilizá-la como multiplicadora. Orientação sobre a transmissão vertical das cáries, erupção dos dentes decíduos, fluorose dentária, hábitos deletérios (mamadeiras, chupetas, alimentos).

Aprender o CPO (Média de números de Dentes Cariados (C), Perdidos (P) e Obturados (O)) é saber que esta melhorando tanto no Brasil como no Ceará me deixou mais feliz, pois ainda tinha uma visão do Brasil dos desdentados. Fiquei incomodada com a informação de que a cárie esta reduzindo de forma polarizada. Isso reflete muito a qualidade das UBS, pois nossa maior clientela é dos grupos socialmente mais vulneráveis que esta engordando essa desigualdade.

A importância da desmistificação da perda precoce dos dentes decíduos tão comuns nesta cultura como o não incentivo aos cuidados dentários nos primeiros anos de vida. As orientações no traumatismo dentário como o meio de conservação no soro ou leite ou saliva em caso de deslocamento são de importância fundamental e devem ser difundidas, pois sabemos que nesta idade da primeira infância é comum ocorrer tal fato ou fragmentação dentária. A adolescência já é uma fase complicada por sua essência, mas também é um momento que a aparência tem muito valor. È nessa fase que poderemos garantir uma saúde bucal duradoura se for bem trabalhada o autocuidado. Devemos focar as orientações na prevenção de gengivites, periodontites causada principalmente por alterações nos hábitos alimentares, acúmulo de placas bacterianas e distúrbios alimentares, uso artefatos na cavidade bucal (piercing) e prática de sexo oral. Fase em que devemos atentar para o início de consumo de bebidas e fumo.

Nos adultos devemos reforçar o cuidado principalmente com as gengivites e placas bacterianas. Estamos ainda colhendo os frutos da má qualidade de saúde bucal do passado com o grande número de extrações e uso de prótese observada nos nossos adultos. Aproveitar todas as poucas oportunidades que temos contato com este público para examinarmos suas bocas, tendo vista que seu acesso é raro e que os números de patologias como câncer veem aumentando em nosso meio. Na nossa realidade têm poucos trabalhadores formais a maioria informal. É um ganho para os trabalhadores formais as consultas periódicas exigidas pelo ministério do trabalho em suas normas regulamentadoras. Devemos realizar um trabalho de sensibilização com os profissionais médicos para incluírem em sua rotina a avaliação da cavidade oral em sua prática diária. E fomentar nas sessões educativas o autoexame da boca.

Sobre os idosos anexo à reflexão feita para atividade proposta:

> "Por que será que os idosos brasileiros estão com essa condição dentária de total mutilação? Que fatores contribuíram para essa situação? E no Nordeste, estamos numa situação pior? Há estudos no Ceará que retratam essa realidade? E no seu município, você sabe qual é o CPO dos idosos?"

O Brasil, à semelhança dos diversos países do mundo, está envelhecendo rapidamente. A população idosa, considerada como aqueles indivíduos com mais de 60 anos, compõe hoje o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais. Se considerarmos do início dos anos 80 até o final do século, observaremos um crescimento da população idosa em mais de 100%, e até o ano 2025 seremos a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos, com mais de 30 milhões de pessoas nesta faixa, representando quase 15% da população total.

O sistema de saúde não se encontra preparado para enfrentar essa nova realidade, não apenas pela falta de infraestrutura para atender a demanda, como também pela falta de preparo da maioria dos profissionais de saúde para dar respostas adequadas aos problemas trazidos pelos idosos. Uma deficiência que encontra suas origens no ensino profissional, que não fornece à grande parte dos profissionais conhecimentos específicos de geriatria e gerontologia.

Um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido é pela manutenção por toda sua vida de sua dentição natural, saudável e

funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar (UFC,2011a).

Em Brasília no dia 28 de dezembro de 2010 foi divulgada uma nota para imprensa da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 que diz: "Entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente "extraído".

Além disso, no Nordeste a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor que no Sudeste, indicando que o maior ataque da doença combina-se com menor acesso aos serviços odontológicos. Comparativamente ao observado em 2003, esse padrão de diferenças regionais se manteve.

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6).

Em termos populacionais, os problemas gengivais aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 68% para a idade de 12 anos, 51% para a faixa de 15 a 19 anos, 17% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.

Em idosos de 65 a 74 anos, 23% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Estes números estão muito próximos dos encontrados em 2003 e representam um contingente de mais de 3 milhões de idosos que necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e mais de 4 milhões que necessitam de prótese parcial". (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2010)

Sabemos que não somente as alterações fisiológicas dos idosos são responsáveis por estes dados, mas principalmente a falta de cultura de saúde bucal do passado bem como o número menor de profissionais qualificados principalmente no interior. Hoje ainda temos um índice maior de problemas bucais no interior imagine no passado.

Depois deste fórum da aula anterior ficou claro diante do exposto pelos colegas que nossa realidade municipal ainda é bem a quem do desejado. . Temos várias equipes das UBS sem o profissional odontologista e com frequência temos falta de insumo e quebra de material. “Não sei o CPO do município, mas pelo que vejo nas consultas o edentulismo é bem superior que os demais.”

Encerro minhas colocações focando a importância das ações preventivas e de impacto social com a fluoretação das águas de abastecimento público, estímulo as ações de escovação supervisionada, bochechos fluoretados, aplicação de flúor gel, incentivo ao uso regular do fio dental e consultas periódicas ao dentista e abordar a saúde bucal nas sessões educativas com maior frequência. Quanto mais se trabalha na prevenção menos se gasta de tempo e dinheiro na atenção assistencial.

3.9 Atenção Básica em Saúde e Pessoas Com Deficiência

Ausência: é assim que iniciamos esta aula- “Deficiência é o termo usado para definir ausência...”. Essa palavra já nos remete a perda à diferença, dificuldade, sentimento desagradável, muitas vezes piedade e falta de atitude de modificar o olhar daquela situação. È assim que nos portarmos ao depararmos com um portador de deficiência. Pessoas que ocupam a gama de 14,5% da população do Brasil, e não sabemos lidar com elas (UFC,2011b)

Começamos pelo próprio espaço físico ignorando a individualidade dos usuários. Nesta cidade fica nítido o desrespeito ao pedestre. Calçadas inexistentes, quando a encontramos, cheias de desnível, ruas com pavimentação de pedras irregulares sem sinalização e uma tremenda falta de educação da população ao dirigir. Esta falta de consciência ao dirigir engorda ainda mais a estatística dos deficientes temporários ou permanentes do nosso município, na grande maioria jovens. Os postos cheios de barreiras físicas e humanas para este atendimento. Não conseguimos ainda visualizar as potencialidades além das restrições.

Foi tocada neste primeiro momento a inclusão no mercado de trabalho das pessoas portadoras de deficiência. Vivo em uma cidade que mais de 70% da população sobrevive do mercado informal de trabalho, onde as leis trabalhistas são ignoradas em sua amplitude. Em contra partida a Previdência Social repassa para as empresas privadas esse compromisso ficando com mais esta deficiência aquele que se encontra desfavorecido desde o nascimento ou em uma determinada fase de sua vida. Atualmente tem uma empresa sendo punida na região por não atingir a taxa mínima de deficientes

em sua lista de funcionários. Estão saindo a "caça" de deficientes e embora a legislação afirme que não se deve criar caros para inclusão dos mesmos a realidade a leva a adaptação de postos e funções para demonstrar ao ministério do trabalho sua tentativa em atingir as cotas. Fato inusitado, pois ao visitar uma família onde uma criança tem problemas auditivos e outra com atrofia osteomuscular de membro superior direito; os pais preocupados não na superação da deficiência e buscar auxílio para minimizar as sequelas e sim o desejo de conseguir uma fonte de renda devida estas deficiências. Não aceitavam nem as informações de onde procurar recursos melhores para esta condição só queriam informações e atestados para pleitear um "benefício". Como essas crianças crescerão? Serão sempre visas como mais um recurso para o lar? Terão vontade de crescer como pessoas apesar das deficiências? Serão acomodadas na sua vida econômica? Pois um salário mínimo por mês na minha região é algo de privilegiado. Estamos falando também de deficiência do pensar. Deficiência de cidadania.

Muito já temos discutido sobre as falhas na comunicação nas UBS e a deficiência impõe uma barreira maior. Ao colocar cartazes no alto das paredes, a altura do guichê de atendimento; esquecemos dos de menor estatura e cadeirantes. A estrutura física do prédio de atendimento... A forma de chamar o usuário para o atendimento... Como são prescritas as medicações... As orientações necessárias... A qualidade de atendimento... A humanização do SUS...

Quando se fala em deficiência visual penso logo nas prescrições e nos medicamentos. Grande falha dos tratamentos se encontra no entendimento da posologia das medicações e no caso dos deficientes visuais temos a certeza que este dependerá totalmente de um terceiro para seu bem estar. Conflitando com o que foi exposto na aula da autonomia. Fica ainda mais nítida a importância de agirmos na prevenção desta deficiência. O deficiente visual se torna diante do serviço das UBS totalmente dependente de um terceiro e muitas vezes até o excluímos da sua própria anamnese. Devemos exercitar mais o humanismo e respeito com estes usuários.

Já a deficiência auditiva coloca o indivíduo em uma situação de refém e isolamento social. Poucos profissionais sabem como se portar diante de um deficiente auditivo. A dificuldade já se inicia no primeiro contato que é a forma de convidar o paciente a entrar no consultório, forma falada. Podendo neste momento o paciente permanecer por muito mais tempo aguardando por um atendimento. No momento de expressar suas queixas também é difícil por não compreensão da linguagem utilizada. Como muito dos deficientes não tem acesso a educação a forma escrita nem sempre

pode ser utilizada e uma grande barreira se forma neste relacionamento aumentando a exclusão deste, e diminuindo sua autonomia.

A deficiência física é uma barreira mecânica para as pessoas impedindo-o de ir e vir, amputando sua autonomia. Dependendo do tipo de deficiência física as restrições são mínimas podendo atingir até total dependência do outro. Neste aspecto a maior dificuldade que as UBS apresentam são as barreiras físicas desde a saída de sua residência até a sala de atendimento. Em nossa cidade as ruas são muitas vezes sem pavimentação, as calçadas irregulares com degraus, rebaixamento e rampas para entrada de veículos, grades no meio da calçada, cheias de entulho... Há pouco tempo que foram instalados semáforos nos principais cruzamentos, não há rampa de acesso a cadeirante, além das calçadas serem um estacionamento. Alguns PSF o acesso é feito por escadas, as portas são estreitas, encontramos poucos banheiros de deficientes físicos, o piso escorregadio, irregular, utilizamos produtos de limpeza que dificultam a aderência, não temos corrimão, a altura do balcão de atendimento, tamanho das cadeiras... Até mesmo os cartazes informativos são colocados a uma altura que desfavorece os deficientes. Sabemos que muitas dessas deficiências são sequelas de acidentes e doenças crônicas ficando mais acentuado a necessidade de atuação de nós profissionais da atenção básica na prevenção. Nas sessões educativas podemos reforçar a educação no trânsito que tanto engorda a lista de deficientes em nossa cidade.

Os idosos são nossa grande demanda nos atendimentos e é um pool de deficiências. A senilidade cada vez mais comum na nossa rotina traz consigo deficiências auditivas, visuais, físicas. Temos que nos atentar no aprimoramento neste tipo de atendimento e descentralizar os atendimentos apenas por programas já determinados.

Esses impecílios dificultam o acesso ao atendimento com maior qualidade. Temos um despreparo no sentido humano de ver o usuário na sua integralidade; talvez pela falta de humanização, talvez pela demanda, talvez pelo desconhecimento, talvez pelos nossos próprios valores. Foi muito frisado nestas aulas o sentimento humano pelos portadores de deficiência e a mudança de visão de coitadinhos para seres humanos. Acredito ser esse o primeiro passo a ser tomado enxergá-los como usuários apesar de suas deficiências. Tratarmos as pessoas em sua integralidade.

Iniciamos esse estudo com um fórum onde observamos a imaturidade e o desconhecimento do assunto entre nós profissionais da área da saúde. A nossa falta de “interesse”, comprometimento, passividade diante de uma parcela importante da nossa

população. Esse incômodo se fortaleceu ao termos que responder os quesitos sobre acessibilidade as nossas unidades na última parte onde me incomodou o acréscimo de barreiras que impomos aos que já possuem tantas restrições. Não tenho como sair quebrando escadas, concertando calçadas, colocando rampas... Mas posso mudar o meu olhar e sentimento trazendo consigo mudança de atitude com mais respeito e compreensão aos portadores de deficiências físicas e um maior empenho nas atividades de prevenção dessas patologias. Zelando desde pré-natais, até o idoso sem relaxar com o adulto que tanto fica lesionado devido ao trabalho e acidentes de trânsito.

3.10 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde.

Esse nome assusta principalmente pelo desconhecimento do termo. Resolvi procurar seu significado para minimizar meus anseios.

Bioética [do grego bios= vida + ethos= relativo a ética (moral)] é o estudo transdisciplinar entre biologia, medicina, filosofia (ética) e direito que investiga as condições necessárias para administração responsável da vida humana, animal e responsabilidade ambiental. Considera questões onde não existe consenso moral bem como a responsabilidade moral de cientistas em suas pesquisas e suas aplicações (Wikipédia).

A partir do melhor entendimento do termo a ser trabalhado percebi o sentido da palavra interdisciplinaridade. A simplificação humana e o desmembramento do conhecimento trouxe um enfraquecimento da visão do todo. Fortalecido com o capitalismo principalmente após a revolução industrial onde o homem passou a ser mais uma parte da máquina reforçando o paradigma racionalista da modernidade. Essa forma de visão é transmitida pelos centros de formação acadêmica onde cada profissional sai superespecialista em uma área sem a visão holística do ser e achando-se autossuficiente no que se especializou. O humano esta ficando mais vezes esquecido. A interdisciplinaridade vem na tentativa de resgatar os valores humanos como paciência, respeito, flexibilidade, confiança, desprendimento, humildade, onde o outro aceita correr riscos e assumir suas limitações, mostrando-se frágil, humano. Na UBS temos que exercitar muito a ajuda mútua e o respeito pelo outro. Somos várias pessoas com conhecimentos específicos e necessários para o melhor atendimento da comunidade assistida. Cada profissional tem seu lugar na equipe o que ainda falta é humildade de reconhecermos nossas limitações e pedir ajuda aos outros podendo partilhar o que temos e receber a cada dia.

Quando me deparei com o termo saúde coletiva retornei as primeiras aulas deste curso onde no primeiro fórum discutimos sobre o respeito ao usuário e o planejamento de atividades considerando a estória de cada um, onde não somos os detentores do conhecimento que devemos respeitar suas culturas, valores, sentimentos e relações. Senti isso muito forte ao chegar ao Ceará vinda do Rio de Janeiro há 5 anos. Essa necessidade de construir junto uma medicina diferente. Aprendi a valorizar a troca de saberes. Foi quando experimentei a interdisciplinaridade não apenas com profissionais de saúde, mas também com a comunidade. Nesse momento que me apaixonei pela saúde e renasci como médica.

Foi no PSF que descobri a real definição do SUS a importância de uma atenção básica bem feita e a descentralização ambulatorial e hospitalar da saúde. Foi na interação neste curso que aprendi a valorizar os demais profissionais que trabalham na mesma USB. Esses fóruns e chats me mostraram o quanto temos a somar e mesmo multiplicar se modificarmos a forma de nos vermos quanto servidores do SUS. No tópico onde descreve as atitudes para haver interdisciplinaridade me identifiquei principalmente no que tange ao respeito pelo outro. Não podemos esquecer que não somos folhas em branco e que temos algo a acrescentar. E se nos vir desta forma teremos um poder de convencimento até com os gestores. O respeito pelo outro deve ser um exercício constante para aumentarmos o nosso humano e a confiança mútua. A dificuldade que temos nas UBS quanto à interdisciplinaridade é um reflexo do mundo atual, onde já acordamos atrasados, vivemos o déficit sempre correndo atrás de um tempo perdido. Enquanto isto não temos oportunidade para observarmos o outro e vermos suas potencialidades.

Nas UBS temos a oportunidade de mostrarmos a integralidade do homem no meio trabalhando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde prestando assistência integral. Temos condições de extrapolar a saúde como ausência de doença, temos a oportunidade de vivenciarmos um SUS nos moldes constitucionais. Há grande dificuldade é que ainda pensamos de forma individual, as verbas são destinadas de acordo com o adoecimento, a valorização das especialidades. Ainda temos que lutar pela horizontalização das políticas públicas. É difícil falar de ética quando somos muitas vezes envolvidos com interesses pessoais e promocionais. É difícil falar de ética quando aqueles que pregam e organizam desrespeitam o ser; substituindo pelo ter.

A dica da aula em que diz que o trabalho deve ser integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo levou-

me a pensar em Cuba de onde importamos a ideia de UBS. Neste país o médico da família acompanha seu paciente nas referências para de perto auxiliar ao especialista na conclusão diagnóstica e se informar de como melhor cuidar dos usuários que são de sua responsabilidade. Ofertar somente os serviços da UBS (recursos humanos, medicamentos, encaminhamentos...) sem o comprometimento com sua população não constitui uma linha de cuidado na assistência integral. As referências são um entrave para nós profissionais da atenção básica, além da dificuldade de consegui-las o descaso na contra referência é cada vez mais presente. A falta de comunicação entre os gestores e profissionais e até mesmo inter profissionais de saúde faz com haja mal aproveitamento das medicações e recursos disponíveis. O acesso direto de recém-formados que utilizam a UBS como trampolim a residência é outro fator contributivo para o entrave na qualidade dos serviços bem como profissionais em fim de carreira que se utilizam dos PSF para complementação de renda. A estratégia de saúde da família deveria ser trabalhada em todos os aspectos iniciando nos bancos acadêmicos até Brasília com o reconhecimento e valorização dos profissionais da atenção básica. Sabemos que um bom trabalho na base economiza verba, tempo, energia nas outras estâncias. Quantas doenças podemos evitar com o saneamento básico, água tratada, controle dos hipertensos e diabéticos. Com um trabalho eficiente nos pré-natais podemos distanciar muito as patologias na vida adulta, além de conscientizarmos sobre paternidade e maternidade responsável nos encontros de pré-natal. Quantos canceres poderão evitar com o acompanhamento da saúde da mulher mantendo nosso controle citológico atualizado. Na puericultura temos oportunidade de acompanhar bem de perto muitas crianças e intervir no início e até mesmo nos anteciparmos a patologias destrutivas desta fase que se refletem por toda a vida. O homem muito mais difícil de chegarmos, mas se aproveitarmos suas idas ao posto esporádicas poderemos ganhar sempre oportunidades de cuidar melhor, principalmente daquele que representa nossa força de trabalho.

Até este ponto transcorri nos tópicos sem entender muito sobre o por que desta aula ter como título bioética. Foi quando ao ler a tirinha da aula 4 refleti o questionamento de D Girassol e o silêncio do Dr Fulano. Quando entramos na casa dos usuários muitas vezes deixamos de ser o profissional de saúde para sermos até mesmo um amigo daquela família. E aí como manter a ética? Como cuidar sem desrespeitar seus princípios? O profissional da atenção básica tem que ter também essa maturidade mental para lidar nesse aspecto do dia a dia. É difícil se manter a distância quando esta

tão perto. Entramos em áreas da vida de uma família que muitas vezes é a raiz de vários adoecimentos mas o contexto não se aplica na saúde. Como lidar com estas situações?

Aí entramos no campo da bioética que tanto me assustou ao ler o tema de estudo. Assunto abordado desde 1927 pelo alemão Fritz Jahr. Tema polêmico, pois mexe com valores, direitos, pesquisas, economia, relação profissional-paciente, meio ambiente....Somos ainda bebês neste campo no Brasil iniciamos em 1988 com os comitês de ética e substituição recentemente em 1996, assim mesmo, assunto pouco difundido em nosso meio. Talvez esteja ai o porquê dos meus medos deste termo "bioética" a falta de informação e de contato com este termo tão importante nos vários campos da vida. O nosso país esta ainda na fase de construção inclusive no campo da ética. O novo é desconhecido por isso causa tanta estranheza. Temos ousar no campo da ética como na interdisciplinaridade. Ao saber que o modelo hegemônico da bioética fundamentado nos princípios do benefício, autonomia e justiça é o adotado pelo Brasil voltei ao questionamento de D Girassol: "O senhor quer que ele morra de fome?" E ainda estou sem resposta. Ao transcorrer os textos apresentados verifico que a ética a princípio esta muito preocupada em defender o profissional do princípio da justiça do que assegurar a autonomia do paciente. Quando escutamos falar em ética quase sempre no tocante a defesa profissional e junção de classe por um bem comum. Pouco tem falado sobre a autonomia que a ética transcorre. Autonomia esta que devemos ensinar aos que atendemos, pois até cidadania nos falta. O benefício da é tica muitas vezes utilizado de forma unilateral pelos poucos que a conhecem.

Observamos requisitos de consentimento que mais se assemelham a um testamento, com várias páginas. Apresentados em momentos de muita dor, com pouca ou quase nula a interação com a família ou paciente. Esses consentimentos são cópia e cola de termos já consagrados sem a individualidade do momento. O respeito pela capacidade de compreensão do usuário seu grau de instrução e cultura não são levados em consideração diante da situação apenas o princípio da justiça é fixado neste momento para o profissional exercitar sua ética. E nós profissionais do SUS na atenção básica na ponta das UBS que entramos na família do usuário não temos o hábito de solicitar esse consentimento. Essa relação que nos aproxima do íntimo da família que acompanhamos nos envolve e nos retira do profissional. Esclarecemos sobre os riscos do tratamento e do não tratamento. Ainda preservamos muito a relação profissional-paciente, mas como provar no judicie se esta relação é desconhecida pelo jurídico? Neste momento surge o biodireito que envolve normas que se destinam a proteger a

vida e a saúde humana num contexto mais amplo no meio que o cerca. É justo um ouro profissional que age a luz da ração julgar os atos desta relação que transcende do profissional. Será que terá a mesma relação do caso que aquela do profissional de saúde teve ao tomar a decisão no quente do momento onde tudo acontecia. Familiares pressionando, sentimentos aflorando. ... Se tivéssemos tempo para analisarmos friamente de um ângulo externo toda aquela situação será que a ação seria a mesma? Não é necessária também ética intersetorial para analisar essa questão de ética?

Esses pensamentos filosóficos me remitem a visão holística do ser e a reflexão da importância de um bom atendimento completo na atenção básica. Temos a oportunidade de vivenciarmos o dia a dia de nossos usuários de nos libertar-nos dos assistencialismos e da visão de atendimento curandeiro, compete a nós profissionais de saúde das UBS modificar o olhar do SUS e agir em sua integralidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar a Especialização em Saúde da Família o meu atendimento era fundamentado no modelo de assistência a saúde curativa e hoje percebo a necessidade de interagir mais com a comunidade assistida, rompendo a zona de conforto de me deter a atender as demandas espontâneas. Acredito que esta mudança também relatada por meus colegas de curso só pode ocorrer devido à mudança do perfil do profissional de saúde.

A metodologia utilizada neste curso foi impactante no início por ser desconhecida, mas de fundamental valor pela adequação a rotina dos alunos e a localização que nos encontramos. Os frutos colhidos ao fim desta trajetória se refletem na melhoria da promoção de saúde da comunidade. Durante os fóruns e chats as trocas de experiências reforçaram a importância do trabalho em equipe e necessidade inquestionável de ampliar a participação da população no planejamento das ações da unidade.

Temos avançado nos princípios do SUS e o Programa de Saúde da Família vem acrescentar maior qualidade de vida a população. Incentivar a capacitação dos profissionais desta forma deve ser uma constante. Sabemos que temos muitas dificuldades, mas estas não devem superar as conquistas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 07 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de saúde bucal.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**.

CECCIM, R,B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, v.10, n.4, p. 975-986, 2005.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2010. Brasília, 28 jun. 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM) – Outubro de 2010. Disponível em:< http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pmat10br.def. > Acesso 07 de nov. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde.** Fortaleza, 2010a. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/>. Acesso em: 30 jul. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade 2**. Fortaleza, 2010. Disponível em:

<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_04/>. Acesso em: 30 jul. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família**. Estratégias em saúde mental**. Fortaleza, 2010b. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_04/>. Acesso em:21 jul. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de Especialização em saúde da família. **Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida**. Fortaleza, 2011a. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_05/>. Acesso em: 20 jul. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família**: Deficiência Física**. 2011. Disponível em: < http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_04/ >. Acesso em: 30 jul. 2011.

WIKIPEDIA**, <**http://pt.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica> Acesso em: 30 jul. 2011.

ZIMERMAN, D.E. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade**. São Paulo: Vínculo, v.4, n.4, dez. 2007

Universidade Federal do Ceará
Universidade Aberta do SUS
Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde
Curso de Especialização em Saúde da Família

Curso de Especialização em Saúde da Família

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REFLETINDO OS IMPACTOS DO APRENDIZADO NA VIVÊNCIA PROFISSIONAL

Gecimara Aparecida Hybner
Tianguá - TI01
Marcos Henrique Muniz de Castro
Especialista em saúde da Família

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) veio para posicionar a saúde em um sistema igualitário com acesso universal a saúde como preconiza nossa legislação (BRASIL, 1988). Diante desta proposta vem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como instrumento poderoso do modelo de atenção a saúde reorientando o modelo assistencial existente. Esta estratégia se aplica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde as ações devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, baseado em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação (UFC, 2010a). Para manter-se a qualidade das ações prestadas neste nível de atenção em saúde, é fundamental a educação permanente das equipes de trabalho, com vistas a proporcionar uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). Como médica, formada em outro estado sem conhecer muito bem a realidade do Ceará, sinto-me amparada por este curso e muito mais firme na atuação de minhas atividades após cada disciplina encerrada. Abriu-se uma nova janela de educação permanente em saúde que desejo manter aberta.

Objetivos

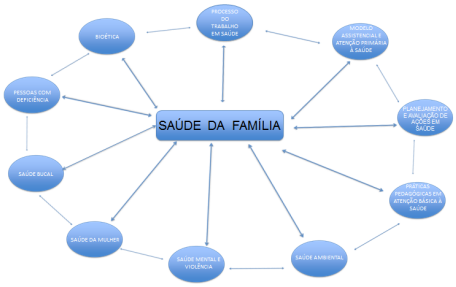
Este trabalho tem como objetivo retratar a sensibilização do profissional médico diante as etapas do Curso de Especialização a Distância em Saúde da Família expondo o impacto de cada disciplina sob a forma de portfólio produzido ao fim de cada disciplina

Metodologia

Este trabalho é o resultado da reunião dos portfólios elaborados no fim de cada disciplina do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semipresencial no período de maio de 2010 a julho de 2011 ministrado com aulas presenciais, semipresenciais, chats, fórum de discussão, elaboração de plano de ação, trabalho em equipe no ambiente virtual, relatório de atividades, troca de experiências vivenciadas na Unidade básica de Saúde que no final de cada disciplina foram compactadas sob a forma de portfólio. Agrupadas no atual trabalho.

Resultados e Discussão

O conteúdo oferecido foi dividido nas disciplinas:



A educação a distância surge como uma ferramenta para a educação permanente dos profissionais do SUS minimizando as diferenças e distâncias. Após cada disciplina sinto-me amparada para melhor desempenhar minha atividades de médica na UBS consciente do trabalho em equipe e participação mais efetiva da comunidade nas ações visando melhor qualidade de vida.

Considerações Finais

Atuar na UBS no interior desse imenso país chamado Brasil se torna tarefa árdua e longe de alguns conhecimentos essenciais. A educação a distância surge como uma ferramenta para a educação permanente dos profissionais do SUS minimizando as diferenças. Confesso que é um método novo cheio de desafios, mas se adapta perfeitamente a rotina do aluno podendo este administrar seu tempo e incluí-lo nas suas tarefas cotidianas. Foi desta forma que surgiu o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Agradecimentos

A Deus, pelo infinito amor .
Aos meus pais pelo dom da vida, aos filhos e esposo pela paciência e incentivo constante.

Bibliografia

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 07 nov. 2011.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. Fortaleza, 2010a. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/>. Acesso em: 30 jul. 2011.
CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva, v.10, n.4, p. 975-986, 2005.