

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

RÔMULO CÉSAR LIMA ALMEIDA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E IMPACTOS
PARA A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR

QUIXERAMOBIM
2011

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

A45c	<p>Almeida, Rômulo César Lima Curso de Especialização da Saúde da Família: reflexões e impactos para a atuação interdisciplinar/ Rômulo César Lima Almeida. - 2011. 63 f.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Quixeramobim, 2011.</p> <p>Orientação: Profa. Ms Kariane Gomes Cezario Coorientação: Prof. Ms Antonio Marcos Machado de Sousa e Prof. Esp. Solange Monteiro</p> <p>1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Educação a Distância 4. Interdisciplinaridade I. Título.</p> <p>CDD 362.1</p>
------	--

RÔMULO CÉSAR LIMA ALMEIDA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E IMPACTOS
PARA A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Trabalho de conclusão de curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em Saúde
da Família, modalidade semi-presencial, da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção de Título de Especialista.
Orientador: Prof. Ms. Kariane Gomes Cezário
Coorientadores: Prof. Ms. Antonio Marcos Machado
de Sousa e Prof. Esp. Solange Monteiro Moreira

QUIXERAMOBIM
2011

RÔMULO CÉSAR LIMA ALMEIDA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E IMPACTOS
PARA A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR

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. Kariane Gomes Cezário – Orientadora

Prof. Ms. Antonio Marcos Machado de Sousa (1º Avaliador)

Prof. Esp. Solange Monteiro Moreira (2ª Avaliadora)

Aos meus pais pelo esforço que fizeram para me dar uma educação de qualidade.

Aos meus amigos que estão sempre me motivando nos estudos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está sempre presente em todos os momentos da minha vida, cuidando de mim de um jeito especial.

Aos meus colegas e companheiros pela ajuda e colaboração.

A Antônio Marcos Machado de Sousa, pela dedicação e disponibilidade sempre que consultado.

A Solange Monteiro pela colaboração e troca de experiências.

Ao Cedric Fernandes pela ajuda mútua.

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 garante aos cidadãos o acesso universal e igualitário à saúde. O Sistema único de Saúde (SUS) surgiu para garantir esse direito. Neste contexto, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada para uma reorientação do Modelo Assistencial existente. A interdisciplinaridade é necessária para um completo atendimento da demanda do ESF. A educação permanente das equipes de saúde da família proporciona uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e efetiva. Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência de aprendizagem e os impactos profissionais mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família e apresentar os portfólios produzidos ao longo do Curso. Trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial, que ocorreu no período de agosto de 2010 a setembro de 2011. Ao longo do curso ocorreram atividades que visaram ensinar melhor como relatos de experiências, fóruns, atividades individuais e de equipes entre outras. Ademais, ao final de cada disciplina era produzido um portfólio para fechamento da disciplina e compor o portfólio de final de curso. Para sua construção, foram utilizados artigos científicos, pesquisas nos sistemas de saúde do município, o material didático do curso e as experiências profissionais. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos. Estou concluindo a Especialização em Saúde da Família e tenho certeza que não sou mais a profissional que era antes de ter começado esse curso. Ficou demonstrado que um dos primeiros passos para o profissional é a capacitação profissional. Dificuldades sempre irão existir, mas com dedicação e força de vontade mudaremos muitas coisas. As disciplinas foram enriquecedoras e as experiências dos profissionais ajudaram a enriquecer o curso. A interdisciplinaridade se provou necessária para um bom atendimento a população. Vi também que a capacitação dos que fazem o Sistema Único de Saúde é de fundamental importância para que realmente aconteça promoção de saúde na comunidade e a interdisciplinaridade também deve se fazer presente durante a capacitação para uma integração maior das equipes.

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

ABSTRACT

The 1988 Constitution guarantees to citizens a universal and equal access to health. The Unified Health System (SUS) was created to safeguard this right. In this context, there is the Family Health Strategy (ESF), created for a reorientation of existing care model. The education is necessary for a full meeting and demand of the ESF. The continuing educational of family health teams work provides a critical, reflective, purposeful, committed and effective learning of the subject. The objective of this paper describes the experience of learning and professional impacts through Specialization in Family Health and what the portfolios have produced over the course. It is an account of experience mediated by the Specialization Course in Family Health offered by the Federal University of Ceará in partnership with the Open University of the SUS, the semi-presence mode, which occurred from August 2010 to September 2011. Throughout the course there were activities that aimed to teach better as experience reports, forums, individual and team activities among many others. Moreover, the end of each course was produced to closing a portfolio of discipline and compose the final course portfolio. For its construction, were used scientific articles, research on health systems in the city, the didactic material of the course and work experience. At the end of the course, all portfolios were collected and presented in chapters. I am completing the Specialization in Family Health and I am sure I am no longer a professional who was before you started this course. It was shown that one of the first steps is for the professional job training. Difficulties will always exist, but with dedication and willpower many things can be changed. The subjects were enriching the experiences of professionals and helping to enrich the course. Interdisciplinarity has proved necessary for a good service to the population. I saw that the training of those who make the Health System is crucial to actually happen in the community health promotion and interdisciplinarity must also be present during training to a greater integration of the teams.

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

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS – Área Descentralizada de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIRADS – Breast Imaging-Reporting and Data System
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CPO-D – Média de Números de Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e Obturados(O)
CRES – Coordenaria Regional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
EOZSAE - Emissões Otoacústicas Evocadas. Conhecido também como teste da Orelhinha
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC – Neoplasia Intra cervical
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organização Não Governamental
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PCCU – Prevenção do Câncer do Colo Uterino
PCD – Pessoa Com Deficiência
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PIB – Produto Interno Bruto
PNH- Política Nacional de Humanização
PSF- Programa de Saúde da Família
VD – Visita domiciliar
SINAN – Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação Compulsória
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	11
3	METODOLOGIA	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO: PORTIFÓLIOS	13
4.1	Educação à Distância	13
4.2	Processo de Trabalho em Saúde	14
4.3	Modelo assistencial e atenção primária à saúde;	21
4.4	Saúde Mental e Violência	24
4.5	Saúde da Mulher	26
4.6	Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	30
4.7	Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	34
4.8	ABS Pessoas com Deficiência	39
4.9	Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade- práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde	46
4.10	Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	51
4.11	Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 garantiu a todos o acesso a saúde incorporando os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação popular, postulados na VIII conferência nacional de Saúde. (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

O Sistema único de Saúde (SUS) surgiu para garantir o direito. Neste contexto, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada para uma reorientação do Modelo Assistencial existente que tinha o hospital como centro. Ela é baseada na implantação de equipes multidisciplinares distribuídas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes atuando na manutenção da saúde da comunidade onde ela está implantada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

O ESF surgiu como uma resposta do governo para melhorar a saúde da população. Atualmente uma equipe é composta geralmente por um médico, enfermeiro e dentista.

Essa interdisciplinaridade é necessária para um completo atendimento da demanda do ESF.

A educação a distância surge como uma ferramenta para a educação permanente dos profissionais do SUS. Apresenta como vantagens o baixo custo e a opção de estudar quando puder facilitando assim o estudo do profissional da saúde.

Sou Enfermeiro e trabalho desde 2008 na Secretaria de Saúde de Quixeramobim. Sinto-me privilegiado pela oportunidade de ser aluno do curso de Especialização da Família que faz parte de uma Educação Permanente em Saúde.

2. OBJETIVO

Relatar a experiência de aprendizagem e os impactos profissionais mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família como também apresentar os portfólios produzidos ao longo do Curso.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência mediada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial. O curso ocorreu no período de agosto de 2010 a setembro de 2011.

As disciplinas ofertadas foram: Educação à Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo assistencial e atenção primária à saúde; Saúde Mental e Violência; Saúde da Mulher; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; ABS Pessoas com Deficiência; Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade-práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.

Ao longo do curso ocorreram atividades virtuais que contribuíram para aprendizado, tais como, fórum de discussão, relato das atividades do dia a dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde, chat, trabalhos em grupo, tarefas individuais. Ademais, ao final de cada disciplina era produzido um portfólio para relato da aprendizagem mediada por cada uma das disciplinas e reflexões dos impactos da disciplina na atuação profissional. Para sua construção, foram utilizados artigos científicos, o material didático do curso e as experiências profissionais. Ao final do Curso, todos os portfólios foram reunidos e apresentados em forma de capítulos.

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: PORTFÓLIOS

4.1 Educação a distância (EaD)

A educação a distância é o ensino mediado por tecnologias onde o aluno e os professores estão separados um do outro (antes do advento da internet os cursos a distâncias eram realizados por meio de material enviado via correio).

Com o avanço da tecnologia, a educação a distância evoluiu e passou-se a usar muito a internet como meio de acesso a educação.

Como a vida de hoje é muito agitada essa modalidade de ensino se encaixa perfeitamente para os profissionais de saúde por ser de horário flexível (você estuda quando quer, no dia que quiser isso claro respeitando o prazo do curso).

A modalidade de ensino semipresencial (tem aulas tanto virtuais quanto presenciais) é a melhor para os alunos, devido que na aula presencial eles possam tirar dúvidas em relação ao conteúdo estudado.

Graças a isso ele possui bastante autonomia nos estudos.

A autonomia é muitas vezes confundida com liberdade total, quando na verdade não é bem assim. Ela é muitas vezes limitada pelas circunstâncias que cercam as pessoas como, por exemplo, numa viagem para outro estado (existe hora do transporte, dia da viagem, dias disponíveis para turismo, etc), ou seja, ela é limitada por leis sociais (por exemplo, você tem liberdade de sair pelado na rua se quiser, mas existe uma lei que coíbe isso, é a lei do atentado violento ao pudor, uma regulação da sociedade para evitar “atos vergonhosos” para a sociedade).

A autonomia então é a sua liberdade de escolha para fazer o que quiser dentro de determinados limites, ou seja, é uma autonomia regulada. Por exemplo, num curso de educação à distância você escolhe o horário que quer fazer as tarefas, acessar o site para estudar e fazer tarefas e os dias para fazê-lo, tendo a limitação do prazo estipulado pelo curso. O seu desempenho e o da sua turma vão depender da sua responsabilidade de fazer tudo em dia.

Mas devemos ter cuidado para não sermos copistas (são aqueles que apenas copiam sem dar o devido crédito e não alteram nada, é o famoso copiar / colar) e sim autodidatas responsáveis (São aquelas pessoas que buscam conhecimento de forma responsável).

O autodidata deve estar preparado para investigação, aprofundamento do assunto, relevância das informações, espírito crítico e ceticismo, sempre questionando a informação. Ele deve buscar sempre que possível titulação formal para evitar problemas futuros.

A relevância da autonomia para o aprendiz de educação à distância em saúde é fundamental.

Quando fazemos um curso à distância é muito importante se organizar (a autonomia entra aqui no nível de hora, dia, e cumprimento das tarefas no prazo estipulado), interagir com os alunos ou professores, enfim se responsabilizando em cumprir as tarefas em dia. Ou seja, cada um pode estabelecer de acordo com o seu tempo os seus próprios horários de trabalho no AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem).

Quando usamos a nossa autonomia de forma responsável podemos usufruir do curso de educação à distância mais plenamente, porque iremos cumprir os prazos estabelecidos e buscaremos novos conhecimentos sendo um pouco autodidatas.

Enfim, o curso de educação a distância é uma experiência que envolve vários fatores entre os quais um dos principais é a autonomia do participante virtual em se programar para fazer na hora que quiser e também a experiência enriquecedora que pode ser o curso se ele o aluno aproveitar bem.

4.2 Processo de Trabalho em Saúde

4.2.1 Apresentação do Município de Quixeramobim

A cidade de Quixeramobim está localizada no sertão central do estado do Ceará, ele é um dos municípios que compõem a 8ª Coordenadoria de Saúde (8ª CRES), sendo um dos municípios polos da região.

O município tem uma área de 3.276 km², distante a 203 km² da capital Fortaleza, composta de uma população geral de 73.517 habitantes (IBGE, 2009). Delimita-se ao norte com o município de Madalena, ao sul com Senador Pompeu, Solonópole e Pedra Branca, ao leste com os municípios de Quixadá, Banabuiú e Choró e a oeste com Boa Viagem. Possui como vias de acesso a BR 116 que depois segue pela CE 013.

O clima é tropical semiárido, portanto quente e seco, porém salubre. As estações climáticas possuem dois períodos anuais distintos: - Chuvoso, com quatro meses de duração, de fevereiro à maio; - Seco, com oito meses de duração, sem chuvas, de junho à janeiro. Os meses de outubro a dezembro são os mais secos, e conseqüentemente os mais quentes. O

município de Quixeramobim faz parte do Polígono das Secas. A precipitação Pluviométrica é bastante variada, sendo a média anual de 668,4 milímetros. A temperatura em graus centígrados: máxima registrada 38°, média máxima 32°, mínima registrada 16,8°, média mínima 24°. A velocidade dos ventos é, em média de 1,44km/h, geralmente sopram do litoral para o sertão.

Encontra-se dividido em 12 distritos: Sede, Belém, Nenelândia, Uruquê, Lacerda, Paus Brancos, Damião Carneiro, Passagem, São Miguel, Encantado e Manituba.

A economia do município tem sua base na agricultura, pecuária, comércio, indústria e serviços. O Setor Econômico de maior participação no PIB do município é a produção agropecuária. Destaca-se por ter o maior rebanho bovino leiteiro do Estado, sendo a maior bacia leiteira do Estado do Ceará. Possui ainda rebanhos significativos de: ovino, caprino, suíno, asinino, muar e galináceo. As culturas mais desenvolvidas em nosso município são: feijão, milho, arroz, algodão e fruticultura. (Quixeramobim, 2010)

O município de Quixeramobim conta atualmente com dezenove equipes da estratégia de Saúde da Família, sendo nove equipes na cidade e dez na zona rural, cobrindo 88% da população do município.

Um dos grandes problemas da estratégia de saúde da família é a alta rotatividade de profissionais principalmente médicos.

4.2.2 A Unidade Básica de Saúde da Rodoviária e reflexões sobre o processo de trabalho em saúde

A unidade básica da saúde da família da Área Descentralizada de Saúde (ADS) 12 teve início em agosto de 2000 atendendo no departamento de saúde, algum tempo depois a ADS 11 veio com sua sede para o departamento no qual na época ficaram duas equipes de áreas diferentes. Em julho de julho de 2005 houve uma territorialização na qual houve mudanças de áreas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nessa mudança a ADS 12 recebeu as áreas do São José, distrito industrial e olho d'água do forno, ficando a ADS 12 com a mesma quantidade de famílias e um crescimento de número de famílias nas áreas do distrito industrial, São José, sabonete (atualmente o sabonete foi repassado para a ADS 07) e olho d'água do forno e com a sede da Unidade básica da Estratégia Saúde da família fora da área de Abrangência. Pela necessidade de um melhor Atendimento e melhor acesso da comunidade ao posto de saúde que em outubro de 2007 a ADS 12 mudou-se para um posto na

rodoviária, o qual ainda possui muitas carências, mas para a alegria de todos. O posto definitivo ainda está em conclusão, a previsão é que termine em dezembro de 2010.

A casa é antiga, mas adaptada às necessidades, possui uma área de recepção ao público, 02 consultórios, 01 sala de curativos, uma cozinha e um local improvisado para vacinas e pesagem de crianças. Quando há necessidade de reuniões com os ACS improvisam numa sala.

A unidade contém recursos adequados para um atendimento adequado dentro de limites, em dias de muito movimento pode haver falta de material e superlotação da unidade.

A ADS possui 1813 famílias divididas entre 10 ACS. Cada agente de saúde possui entre 150 a 250 famílias, com variações no decorrer do ano devido que algumas famílias mudam de área, dificultando assim o trabalho da equipe da área estudada.

4.2.2.1 Equipe da Unidade

- Janaina S., 33 anos, solteira, atendente do médico, tem o ensino médio completo, e sonha em fazer enfermagem.
- Helder B., 66 anos, casado, médico anestesista e pediatra.
- Emiliane A. A., 24 anos, solteira, Enfermeira com especialização em Saúde da Família, possui o sonho de fazer mestrado e concurso público federal (marinha e rede de hospitais Sarah Kubitschek).
- Acrisio de O. 60 anos, casado, 02 filhos, Cirurgião Dentista.
- Carlouva. Técnica de saúde bucal.
- Tusnelda M. F. B., 44 anos, casada, 03 filhos, auxiliar de serviços. Possui o ensino fundamental completo e tem o sonho de terminar o ensino médio e fazer uma faculdade de enfermagem.
- Joseline F. S., 40 anos, casada, 02 filhos. Auxiliar de enfermagem. Possui o ensino médio completo, tem como sonho terminar o técnico de enfermagem e fazer a graduação em Enfermagem.

- Sinara M. R. R., 39 anos, casada, 01 filho. Técnica de enfermagem. Possui o ensino médio completo, possui o sonho de fazer uma graduação em enfermagem.
- Maria Eunice R. S., 42 anos, casada, 01 filho. Atendente do Médico e Enfermeira. Possui o ensino médio completo, tem como sonho possuir sua própria empresa.
- Ana Maria B. P., 33 anos, solteira, 03 filhos. Auxiliar de Serviços Gerais, sonha em fazer uma graduação em enfermagem.
- Ana Claudia R. S., 23 anos, casada. Agente Comunitário de Saúde microárea 39.
- Edilva O. S. N., 30 anos, casada. Agente Comunitário de Saúde microárea 35.
- Francisca Ivonete P., 45 anos, solteira. Agente Comunitário de Saúde microárea 56. O sonho dela é ter filhos.
- Francisca Severina O., 38 anos, casada, 02 filhos. Agente Comunitário de Saúde microárea 33.
- Maria do Carmo S. I., 58 anos, casada, 03 filhos. Agente Comunitário de Saúde microárea 38.
- Maria Erbenia V. G., 31 anos, casada, está grávida do primeiro filho. Agente Comunitário de Saúde microárea 37.
- Maria Ivani F. S., 40 anos, separada, 02 filhos. Agente Comunitário de Saúde microárea 36.
- Maria Rosangela B. B., 42 anos, casada, 01 filho. Agente Comunitário de Saúde microárea 32.

- Marilene H. O., 44 anos Casada, 03 filhos. Agente Comunitário de Saúde microárea 25.
- Tamires A. P. C., 22 anos, casada. Agente Comunitário de Saúde microárea 34.

No momento o cirurgião dentista, o auxiliar e o técnico de saúde bucal, não atendem na unidade, eles atendem na policlínica de Quixeramobim, não sendo possível de esta forma conseguir maiores informações sobre eles. Na unidade visitada não souberam informar muitos dados, só os que constam acima. Na visita não foi possível falar pessoalmente com os agentes de saúde, os dados acima foram fornecidos pela enfermeira e os funcionários do posto.

4.2.2.2 Funcionamento da Unidade

A unidade de saúde funciona de 07:00 às 17:00 horas com a equipe de enfermagem e o médico durante toda a semana, seguindo um calendário de atividades semanal dentro dos programas de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A comunidade possui uma associação de moradores e a liderança da associação é o senhor Claudio Borges (novamente não foi possível obter maiores dados na unidade).

O médico e a Enfermeira estão ocupados quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte), e a alguns programas como pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos, acompanhamento a crianças desnutridas e na policlínica atendimento em saúde bucal. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, grupo de hipertensos e diabéticos, grupos de caminhada, que com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início, essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” e o trabalho “morria”.

Uma queixa geral é a falta de tempo para atender a demanda de atendimento.

4.2.2.3 Atividades dos Profissionais

4.2.2.3.1 Médico

O médico realiza atendimentos: demanda espontânea, HAS + DM (no clube do idoso e unidade), atendimento no olho d'água do forno e visitas domiciliares.

Os dias de cada atividade podem variar de acordo com o mês e o tempo do profissional.

4.2.2.3.2 Enfermeira

A enfermeira realiza atendimentos de HAS + DM no clube do idoso e unidade, prevenção do câncer do colo uterino (PCCU), pré-natal (geralmente o dia todo), puericultura (geralmente pela manhã), saúde da mulher, atendimento no Olho d'água do forno, visitas domiciliares e todo mês é feita uma avaliação com os agentes de saúde.

Os dias de cada atividade variam de acordo com o mês.

4.2.3 Descrição da Comunidade

A comunidade que se localiza o posto está localizada na rodoviária, possui um centro comunitário onde é realizado reuniões da associação de moradores, possui farmácias, lan houses, mercantis, oficinas mecânicas, entre outros comércios.

A ADS ainda conta com o distrito industrial da cidade onde fica as fabricas de calçados, doces, etc.

A população em sua maioria é de baixa renda e escolaridade baixa, possuem somente o primeiro ou segundo grau completo, minoria terminou uma faculdade.

No momento da entrevista a enfermeira só referiu uma liderança desta comunidade, cujo nome é Cláudio Borges que despontou como uma liderança natural da comunidade.

Infelizmente não foi possível conseguir maiores informações sobre ele além de que ele é casado e tem uma boa liderança na comunidade, lutando por melhores condições para a mesma.

4.2.4 Comunicação no Processo de Trabalho

Já a comunicação é sem dúvida nenhuma fundamental para o entendimento entre o profissional de saúde e o cliente (paciente), sem ela seria impossível ajudar o cliente no seu problema.

Muitas vezes falta aos profissionais paciência para escutar os problemas das pessoas, os pacientes só querem ser ouvidos o que as vezes pode ajudar no processo de cura dele.

A linguagem corporal e as palavras ditas consciente e inconscientemente podem ajudar as pessoas a se abrir para falar do que sente e a reação do profissional ao que ele fala pode ajudar ou prejudicar o que o cliente está dizendo (às vezes as pessoas ficam tímidas ou omitem informações devido à reação das outras).

Só há o cuidar se houver comunicação (verbal ou corporal).

O enfermeiro é o que lida com muito mais frequência com as pessoas por ele está na ponta do sistema, se ele não promover a comunicação, através de palestras, escutar as pessoas, ou seja, promover a comunicação, as pessoas ficaram ainda mais doentes.

Quanto mais a população conhecer sobre as doenças daquela área menores são as possibilidades de que ela fique doente e promova o cuidar em saúde.

Enfim, são muitos os problemas que usualmente os profissionais de saúde enfrentam, mas com dedicação, sabendo escutar e atendendo todos de preferência igualmente, faremos do SUS um sistema único de saúde para todos.

4.2.5 Determinação Social

A saúde do ser humano é determinada por vários fatores (sociais, biológicos, psicológicos, etc), sua reação a determinada causa, vai depender de muitos fatores.

O profissional de saúde dever ter ética quando tratar as pessoas, não deve discriminar elas por serem pobres ou privilegiar elas por serem muito ricas em detrimento do pobre (por exemplo, como um rico que está somente com uma fratura no pé, mas estável e um pobre vítima de uma bala perdida estando seu estado mais grave beirando a morte, neste caso o atendimento prioritário deve ser do pobre e não do rico que pode esperar) ou então de seus valores culturais ou credo.

As pessoas muitas vezes se organizam em associações para melhoria da vida em sociedade, ajudando desta forma umas as outras, como exemplo temos a associação de moradores do bairro, as ONGs (Organização Não Governamental), etc.

As condições sociais influenciam na maneira como as pessoas veem a saúde e a doença, elas muitas vezes só pensam em sobreviver para ver o dia seguinte, conseguir algum alimento e algum lugar para viver.

As condições de trabalho também influenciam a saúde do ser humano, há casos em que a pessoa trabalha em condições insalubres para a saúde e por falta de conhecimento ou condição de conseguir coisa melhor ela se submete as piores condições possíveis para sobreviver.

Existem muitas organizações de ajuda as essas pessoas, como a cruz vermelha internacional, as associações de proteção a infância, ONGs que protegem o trabalhador, as pessoas de uma forma geral de condições deploráveis, e aquelas organizações que ajudam as comunidades carentes a terem uma melhor condição de vida.

O profissional de saúde está em contato através do ESF (Estratégia Saúde da Família) a todo tipo de pessoa, das marginalizadas as mais ricas e infelizmente muitas vezes o profissional às vezes inconscientemente dá maior atenção ao rico em vez do que realmente precisa. Mas há profissionais que realmente importam com as pessoas e atendem prioritariamente o que realmente está precisando de atenção.

Enfim o profissional deve estar atento aos diversos fatores que afetam as pessoas, para poder assim fazer um bom trabalho. Trabalhando em um posto de saúde ele tem contato com todos os tipos de pessoas, desde marginalizadas até aquelas de melhor poder aquisitivo.

4.2.6 Impactos da disciplina para a atuação profissional

Com a disciplina de Processo de Trabalho em Saúde tive a oportunidade de acompanhar o dia a dia de uma unidade de saúde, já que não trabalho no ESF no dia a dia e ver como são feitos os atendimentos numa unidade de saúde. Ela foi importante para se conhecer também a comunidade onde ela está inserida e a sua população. O fórum foi de grande ajuda para conhecer o que a estratégia de saúde da família está fazendo para melhorar as condições de vida da população.

Foi possível também através dessa disciplina acompanhar a relação profissional entre os diferentes profissionais da área.

4.3 - Modelo Assistencial e Atenção Primária a Saúde

4.3.1 Breve contextualização

Modelo assistencial de saúde é um conjunto de paradigmas, preceitos e idéias que orientam o atendimento, ou seja, orientam o modo como a sociedade é organizada. Ex: o modelo hospitalocentrico que é um modelo que tem o hospital como centro do atendimento.

Na cidade na qual residio estão presentes os modelos hospitalocêntricos, PSF (também conhecido como ESF), medicocêntrico (o médico como centro do atendimento) e farmacocêntrico (o uso de remédios é o centro deste atendimento) e de campanha.

A maior parte da população procura muitas vezes primeiramente o hospital contribuindo assim para superlotação do mesmo e, muitos casos podem ser resolvidos nas unidades de saúde e ao chegar ao hospital são encaminhados para a sua unidade (o processo de educação em saúde é um processo lento e a população insiste em procurar primeiro o hospital sobrecarregando o mesmo).

As pessoas ainda associam ao cuidar da doença ao médico e ao remédio, elas não se preocupam com a prevenção e só vão ao posto para falar com o médico e ter o remédio para a sua enfermidade.

A Estratégia Saúde da Família também é procurada, mas como em algumas unidades não possuem o profissional médico eles acabam recorrendo ao hospital. O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) tem sido uma grande ajuda ao ESF, diminuindo a necessidade em casos menos graves de superlotação da atenção secundária e terciária.

No município também existe o modelo de campanha, este quando há determinação do ministério da saúde e no caso do combate a dengue que na maioria das vezes só há a participação da população quando há a campanha.

4.3.2 Atributos de qualidade do Cuidado em Saúde

Durante a disciplina foi apresentado como exemplo para a caracterização dos atributos de qualidade do trabalho em saúde o caso de dona Maria, hipertensa que sofreu acidente vascular encefálico em decorrência da falta de adesão ao tratamento da doença.

De acordo com o caso apresentado verificou-se que:

Eficácia – De acordo com o relato o problema da cliente não foi solucionado, ao contrário teve uma piora do mesmo, ela não fez uso correto do medicamento e com isso teve um AVC (Acidente Vascular Cerebral) que ocasionou perdas de movimentos e depois já em casa escaras de decúbito.

Eficiência – No caso não foi relatado se ela teve outras consultas, com isso o atendimento a cliente foi prejudicado.

Efetividade – Não houve entrosamento da equipe com isso a efetividade do caso (quando o ACS soube do caso, comunicou a uma pessoa da equipe e daí não prosseguiu até a enfermeira que deveria ter visitado ela antes).

Equidade – De início não houve equidade no atendimento, não se avaliou de onde ela veio e nem foi feito um acompanhamento eficaz da mesma. As ações não foram coordenadas, foram ações inicialmente isoladas sem avaliar o ambiente onde ela se encontra.

Oportunidade – O atendimento inicialmente foi oportuno, mas como não houve atendimento depois, houve complicações que levaram ao emagrecimento e a formação de escaras de decúbito perdendo assim a oportunidade de oferecer um atendimento oportuno para evitar as complicações ocasionadas pelo AVC.

Continuidade – Não houve continuidade dos cuidados a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), o que acabou contribuindo para o agravamento do caso.

Acessibilidade – Houve dificuldade de acessibilidade a paciente devido ao entrosamento da equipe que não estava unida (A enfermeira soube do caso através de uma auxiliar de enfermagem e só foi atender ela alguns dias depois por disponibilidade de agenda).

Aceitabilidade – Não houve por parte da família da paciente aceitação dos cuidados a cliente (ela estava descompensada, suja, com escaras e depois curativos das mesmas infectadas, desnutrida, enfim completamente abandonada).

Otimidade – A enfermeira e auxiliar orientaram de maneira adequada os cuidados que deveriam ser desenvolvidos.

Legitimidade – Todas as ações em relação a cliente se mostraram legítimas, houve orientação e cuidado com a mesma por parte da equipe.

Ética – Todas as ações se mostraram com a cliente eticamente adequada.

Enfim, houve muitas falhas, mas a equipe tentou na medida do possível contornar todos os problemas. A equipe deveria ter sido mais unida e a referência e contra referência deveria ter sido feita (O texto dá a entender que não houve da parte do hospital comunicado para a equipe da ESF sobre o caso).

4.3.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional

O conteúdo da disciplina foi interessante por abordar como dever ser realizado o atendimento numa unidade de saúde. Verificou-se que quando não há integração de uma equipe todo o atendimento ao cliente é prejudicado como o texto da dona Maria nos exemplifica. Mudar sua conduta não é fácil, mas com esforço e dedicação podemos melhorar o atendimento aos pacientes.

A interdisciplinaridade da equipe mostra-se que é fundamental para um atendimento adequado aos clientes.

4.4 Saúde Mental e Violência

4.4.1 A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental

Nos anos 70 houve o início da reforma psiquiátrica, onde gradualmente houve a mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo atual no qual os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e as residências terapêuticas.

Essa reforma tem várias fases na quais as principais são:

- Crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991) – Nessa época houve uma crítica ao modelo vigente de internação em hospitais psiquiátricos de todos os portadores transtornos mentais. Surgimento do CAPS em 1987.
- Começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000) – As diretrizes da reforma psiquiátrica começam a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS (núcleo de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.
- A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005) – Caracterizada pela desinstitucionalização de pessoas longamente internadas e redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e criação da rede substitutiva. (BRASIL, 2005)

Os CAPS (Centro de atenção Psicossocial) surgiram como uma resposta a reforma psiquiátrica, eles surgiram para que fossem substitutivos do modelo hospitalocentrico no qual o paciente era separado de todo o contato social, com os CAPS eles podem fazer o tratamento sem se alienar da sociedade onde vive.

Os CAPS são classificados em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil) e CAPS ad (álcool e drogas) (BRASIL, 2005).

- CAPS I - são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).
- CAPS II - são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.
- CAPS III – são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.
- CAPSi – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.
- CAPS ad – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia.

Ele é formado por uma equipe multiprofissional composta por sua maioria de profissionais do nível superior.

Nele temos atendimentos de psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros.

A estrutura dele é composta por consultórios para médicos psiquiatras, enfermeiros, e psicólogo. Também possui espaço para atividades psicossociais e grupos de apoio onde pode compartilhar com outras pessoas que possuem o mesmo problema as suas dificuldades e conquistas.

São realizadas também oficinas psicossociais como artesanato, pinturas, grupos de apoio (fundamentais no caso de dependentes químicos e pacientes com dificuldades de expressar o seu problema).

No município de Quixeramobim, contamos com dois CAPS (o CAPS tipo II e CAPS Ad) o CAPS Ad foi criado na cidade devido ao aumento do consumo de drogas na

cidade e foi constatado que realmente precisavam esses pacientes de um atendimento voltado para eles.

Enfim, o CAPS é realmente uma conquista da sociedade e com ele os pacientes psiquiátricos deixaram de ser excluídos por seu problema e continuaram inseridos na sociedade.

4.4.2 Considerações sobre o caso estudado

No caso estudado sobre o paciente com esquizofrenia vimos a dificuldade muitas vezes enfrentadas no cuidado ao paciente com transtorno mental.

Se a pessoa não conseguir ter a confiança do cliente e dos seus familiares o tratamento da mesma fica muito difícil.

O preconceito é um grande vilão que prejudica o tratamento. O cliente se sente excluído e com isso podem ocorrer crises.

A ESF, CAPS e o NASF são fundamentais para evitar o internamento em hospital psiquiátrico, já que eles podem atuar num quadro em que os sintomas não estão tão graves e permitem a inserção do cliente na comunidade.

A cliente foi atendida pela ESF e encaminhada ao CAPS no qual recebeu o tratamento adequado e no momento não apresenta mais crises.

4.4.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional

A disciplina nos apresentou como era tratada o paciente com saúde mental ontem e hoje. Foi abordado também a reforma psiquiátrica do Brasil e a luta antimanicomial.

O profissional de saúde pode fazer toda a diferença no trabalho do paciente com transtorno mental.

O caso estudado foi muito enriquecedor e destaca o papel que uma equipe integrada pode fazer e também a vigilância em saúde pode ajudar.

4.5 Saúde da Mulher no Ciclo Vital

4.5.1 – Caracterização da População Feminina

A maior parte da população feminina nasceu no município de Quixeramobim com algumas delas que nasceram em Fortaleza e Quixadá, temos algumas mulheres de outros estados como São Paulo e Rio Grande do Sul.

Os recursos delas são provenientes do trabalho dela e da renda do companheiro. Algumas delas trabalham no setor calçadista do município sendo na maioria delas chefe de família, porque o seu rendimento é maior que o do seu companheiro (no caso de casada, junta, etc). Muitas também são Agricultoras (no caso as que residem na zona rural), diaristas, vendedoras autônomas, caixas de supermercado, e vendedoras de lojas.

A remuneração delas varia de acordo com o cargo (na fábrica de calçados varia de acordo com a produção, geralmente é um valor entre um a dois salários mínimos, mas pode vir a ser superior a isto dependendo da produção e da época), as que trabalham em outras atividades geralmente recebem um ou dois salários mínimos, mas há casos de mulheres que tem uma renda mensal superior a 03 salários mínimos dependendo do cargo que ocupa e sua escolaridade.

A escolaridade da maioria é do ensino médio na zona urbana com maior ocorrência de mulheres que possuem o ensino superior (quase todas as professoras da cidade se encaixam nessa categoria) e na zona rural temos uma predominância maior de mulheres que terminaram somente o ensino fundamental.

As condições de vidas dessas mulheres variam enormemente por causa de vários fatores entre os quais o mais importante é a escolaridade (quanto mais estudo tem estas mulheres maiores os salários e as condições de vida delas, sem falar que são mais independentes do parceiro do que as que têm baixa escolaridade).

As principais estratégias de sobrevivência dessas mulheres são: 02 empregos, vendas de bijuterias ou produtos de beleza (Avon, natura, etc), serviços domésticos, turnos extras no polo calçadista, auxílio do governo (bolsa família, auxílio gás, entre outros benefícios), entre outras estratégias usadas, essas são a maioria.

4.5.2 - Caracterização no Município Sobre a Assistência a Mulher no Período do Reprodutivo e do Climatério.

Os exames preventivos do câncer cérvico-uterino e de mama são feitos pelo profissional de referência do município em local próprio para isso.

Há ampla cobertura do rastreamento do câncer de mama e cérvico-uterino, é marcado um dia da semana na qual é feita a prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino e

neste dia são atendidas em média cerca de 40 mulheres ou mais (20 pela manhã e 20 pela tarde), mas pode variar dependendo da procura e da disposição do profissional.

As principais lesões encontradas são:

- No colo uterino – NIC I, e NIC II.
- Na mama – Birads 0, I e II

Na coleta é usada a técnica do esfregaço do material cervical sobre uma lamina a qual é conservada em álcool absoluto, depois de colhido o material e preenchido a identificação da paciente o material é enviado para laboratório de referência em Fortaleza para análise das amostras, quando ficam prontos os resultados eles são encaminhados a secretaria de saúde do município e este entrega os resultados para os enfermeiros que por sua vez entregam para as clientes e no caso de alguma alteração fazem o tratamento ou encaminham para referência.

Os exames pactuados são:

- Citologia Oncótica – 4500 / ano tendo como média de 450 por mês.
- Mamografia – 1356 / ano tendo como média de 113 por mês.
- Ultrasonografia – 6600 / ano tendo como média de 550 por mês.

O fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, biopsias do colo uterino e de nódulos mamários são realizados no próprio município, no centro de referência à Saúde Integral da Mulher pelo especialista Vanderlan Gonçalves dos Santos.

Todas as mulheres, ou seja, 100% são acompanhadas pela referência.

As estratégias usadas para busca ativa são: ofícios para as equipes que no caso de não resolução são mandados avisos para as rádios chamando as pacientes para as unidades.

O monitoramento é feito com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, controle interno da unidade no qual são registradas todas as consultas, além de visitas domiciliares no qual dependo do caso é perguntado se já fez o exame de prevenção.

As atividades de prevenção usadas são: palestras, programas de rádio, atividades realizadas junto da comunidade sobre a importância de se realizar o exame de prevenção do câncer de colo cérvico-uterino e de mama, além de volantes no caso de dias especiais onde são feitos todos os exames atrasados.

As principais dificuldades encontradas são: resistências de algumas mulheres de fazer o exame porque estão na menopausa e algumas delas não possuem mais atividade sexual, no caso de profissional masculino muitas delas se recusam por vergonha ou medo que o profissional faça alguma coisa (nesses casos uma boa conversa com ela é o suficiente na

maioria dos casos para resolver qualquer problema), falta de tempo para fazer o exame (muitas trabalham no setor calçadista que possui uma carga horária muito puxada, obrigando as mesmas a realizarem o exame somente à noite), mas isso está mudando, as fabricas estão liberando elas para fazer o exame num horário melhor.

4.5.3 A Lei e as Mulheres

A lei Maria da penha foi um grande avanço para a proteção das mulheres, com ela os agressores não deveriam ficar impunes, mas infelizmente muitas vezes é feita a denuncia e o agressor é solto (por retirada da queixa ou por o responsável da delegacia achar que a agressão não foi grave e pode responder em liberdade) colocando assim em risco a integridade física e psicológica da mulher.

Nós os profissionais de saúde devemos atentar para identificar os casos de violência domestica principalmente nos pacientes poliqueixosos e assustadiços e que apresentam comportamento assustadiço para quando uma pessoa se aproxima para fazer um exame físico no qual haja toque corporal.

Sobre a notificação da violência domestica apesar de ser confidencial, há o problema no caso da profissional mulher ser vítima de ameaças por parte do agressor (as vezes a vitima está tão fragilizada emocionalmente que acaba revelando sem querer para o agressor o que contou ao profissional, sofrendo nova violência que pode ser fatal).

Mas felizmente isso está aos poucos mudando, as mulheres estão cada vez mais confiantes e as que não são dependentes do agressor (financeiramente, psicologicamente, ameaçadas ou por medo de que algo aconteça com os filhos), acabam denunciando ele (infelizmente, a impunidade ainda é grande e muitos acabam ficando impunes).

Quanto às mulheres que são dependentes dos agressores devemos fornecer condições para que elas quebrem esse elo de medo do qual elas possuem com o agressor, abrigo para aquelas que não possuam condições de sustento e que tenham filhos e que são ameaçadas de morte pelo companheiro, empenho do poder público para que o agressor seja punido entre outras coisas.

Devemos como profissionais valorizar os direitos humanos e ajudar na propagação dos direitos de independência dessas mulheres e fazer com que os agressores sejam punidos, usando tudo ao nosso alcance para ajudá-las e não se intimidar por ameaças sofridas e continuar nossa luta para ajudá-las.

Nós profissionais de saúde não devemos nos acovardar diante desses abusos cometidos com as mulheres.

A lei Maria da penha está aí, sempre que possível devemos utilizar para ajudar as mulheres em necessidades.

Dependendo do caso até acionando o poder público para proteger a mesma de abusos ou risco de morte.

Nunca se intimidem e lutem pelo que é certo. Somente assim essa situação absurda de abusos a mulheres irá acabar.

4.5.4 Impactos da disciplina para a atuação profissional

As mulheres são a maioria da população brasileira, mas mesmo assim elas são discriminadas e também vítimas de violência doméstica. A disciplina foi importante para o conhecimento da situação delas e como realizar o atendimento de uma possível vítima de violência doméstica.

O atendimento conjunto com outros profissionais ajuda a tratar melhor essas mulheres (dando por exemplo suporte psicológico além do tratamento físico das possíveis agressões).

O conteúdo apresentado foi muito rico e ajudou a ver o atendimento a mulher com outros olhos.

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

4.6.1 Experiências no Tocante do Ambiente.

A aula foi interessante devido a abordar as questões ambientais no aspecto social, ecológico, econômico, etc.

Foi Muito bem abordado a questão do capital (acumulo de riquezas, crescimento econômico, etc) sobre o detrimento do meio ambiente e a mudança de pensamento que tem ocorrido dos anos 70 do século passado para agora.

Foram abordadas também as questões referentes ao aquecimento que é um resultado de um abuso do ser humano da natureza. O planeta busca encontrar um equilíbrio resultando assim nos desastres ambientais que tanto tem afetado o planeta.

A carta da terra retrata bem o contato atual do homem com o planeta. Ela nos alerta que devemos mudar a nossa visão em relação ao planeta se o ser humano quiser ter um

futuro. Segundo ela todos estão ligados a terra (o nosso planeta como lar) e que devemos tratá-la bem (incluindo os animais, plantas e recursos naturais os quais devemos preservar para termos um futuro). Devemos também ter uma sociedade igualitária onde todos sejam ouvidos, e que o ser humano seja respeitado para melhoria da qualidade de vida do mesmo e que sua economia seja responsável com o meio ambiente. Deve-se também preservar os ecossistemas e restaurar quando possível os degradados e preservar as espécies para evitar a extinção das mesmas.

A carta da também fala que as mulheres devem ser tratadas com respeito e que devem ser protegidas de violências (este é um direito de todas as mulheres). Ela também tem direito a representação social, trabalho com salários justos, respeito de todos, e direito a serem amadas.

O preconceito também deve ser extinto, deve-se respeitar o ser humano independente de sua cor, credo, religião, sexo, orientação sexual, escolha de vida, etnia, entre outros.

A democracia deve ser estimulada e mantida em todas as sociedades (suas instituições devem ter transparência e fortalecidas para evitar ditaduras). Elas também devem ser incentivadas a serem sustentabilidade em relação ao meio onde se situam. Devem também incentivar valores nos jovens que incentivem o desenvolvimento sustentável e respeito ao ser humano e aos seres vivos (evitando que sejam incentivados a tratar cruelmente os animais, por exemplo).

O trabalho também foi abordado e a sua mudança no decorrer do tempo (antes o trabalhador era detentor de toda a criação de um produto, depois da revolução industrial ele passou a ser somente uma parte dele, sendo por isso descartado quando não pode exercer mais a profissão).

Na saúde mostraram-se as consequências de uma abordagem irresponsável ao meio onde se vive e as consequências disso (como exemplo tem o caso do vazamento radioativo que ocorreu em Goiânia por causa de um descarte inadequado de equipamento radioativo hospitalar num ferro velho, que contaminou várias pessoas e até hoje as vítimas sofrem as consequências).

Enfim, foi uma aula interessante e que abriu novos olhares sobre o meio ambiente e os seres humanos.

4.6.2 Crítica ao Filme

O vídeo do filme Tempos Modernos mostra como os trabalhadores eram tratados na época do filme, eles não eram bem tratados e os patrões segundo o filme não davam tempo para o funcionário descansar (percebe-se isso na parte aonde ele vai ao banheiro e o patrão aparece no monitor para que ele volte ao trabalho imediatamente).

Também não tinham tempo nem de se coçar (quando o personagem se coça ele anda para acompanhar a produção e continuar onde parou).

Qualquer vacilo que ele desse ele era tratado como lixo (isso fica evidente na parte onde a chave se prende no parafuso e a produção é parada e o responsável do setor dá um sermão nele e no funcionário vizinho).

Não existia também preocupação com a saúde do trabalhador (quando há a troca de turnos ele apresenta indícios de TOC (transtorno obsessivo Compulsivo) devido ao esforço repetitivo (fica fazendo movimentos de quando está apertando parafusos no ar)).

Enfim, o vídeo mostra bem como os trabalhadores eram tratados na época e comparando com atualmente houve muitas mudanças, mas infelizmente ainda há locais onde essa lógica do filme ainda está presente.

4.6.3 Reportagem e Crítica sobre Acidente de Trabalho

Quatro pessoas morrem por intoxicação em empresa de niquelação na zona sul de SP

O número de vítimas em um [acidente](#) ocorrido em uma empresa de niquelação e cromeação, na zona sul de São Paulo, subiu para quatro. As vítimas morreram quando limpavam um tanque contendo resíduos químicos, no Jardim São João, zona sul de São Paulo.

Outras três pessoas ficaram intoxicadas e foram socorridas a hospitais da região, onde permanecem internadas. O acidente foi registrado na DPPC (Delegacia de Polícia de Proteção à Cidadania).

Segundo informações da SSP (Secretaria de Segurança Pública) o acidente ocorreu por volta das 10h40 deste sábado. A Polícia Militar foi acionada para atender uma ocorrência de acidente de trabalho em uma empresa da rua José Barros Magaldi. No local, encontraram um funcionário morto e outros quatro intoxicados pela provável inalação de ácidos sulfúrico e muriático, usados na limpeza dos tanques de niquelação e cromeação.

O Corpo de Bombeiros foi acionado e encontrou mais dois corpos no tanque, que continha resíduos de produtos químicos. Uma unidade do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foi chamada para auxiliar no socorro. A quarta pessoa morreu logo após receber os primeiros socorros.

Segundo a SSP, testemunhas disseram que um dos funcionários fazia a limpeza e desmaiou ao inalar os produtos, caindo no tanque. Outras duas pessoas tentaram socorrê-la e também caíram, morrendo em seguida.

De acordo com o representante da empresa, todos usavam os equipamentos de proteção, como máscaras, luvas, botas e aventais, conforme recomendação da Cipa (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes).

As vítimas de intoxicação foram encaminhadas ao hospital do Campo Limpo e os pronto-socorros São Paulo e do M'Boi Mirim, onde permanecem internadas, em observação.

A área onde ocorreu o acidente foi preservada pela polícia para ser realizada perícia técnica. O caso será investigado pela Polícia Civil. (Folha Online, 2011).

Neste caso de intoxicação não foi dito se os funcionários estavam usando os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), se eles estavam usando estavam defeituosos, porque houve a inalação dos produtos químicos ocasionando a morte dos mesmos. Não houve orientação por parte da empresa no caso de um acidente com produtos, a reportagem deixa isso claro quando fala que quando um funcionário desmaiou outros dois foram em seu socorro e infelizmente acabaram morrendo.

A empresa procura escapar da culpa dizendo que os funcionários estavam todos com os EPIs, deixando nas entrelinhas que a culpa eram dos trabalhadores.

Não é citado na reportagem o estado desses equipamentos, se eles estavam em bom estado ou danificados (se estavam danificados, houve negligência da empresa).

Nós como profissionais devemos fazer palestras e trabalhos nessas empresas para alertar sobre que o não uso do EPI pode ser fatal para o trabalhador.

Deve haver também um treinamento de pessoal para saber agir no caso de um acidente (elaboração de protocolos indicando como agir em cada caso) e disponibilização de material para proteção do trabalhador e do profissional que vai prestar o socorro.

O poder público deve fiscalizar essas empresas para verificar as condições de trabalho e a saúde do trabalhador.

4.6.3 Impactos da disciplina para a atuação profissional

A saúde do trabalhador sempre foi vista em segundo plano, de acordo com a disciplina ela não deve ser relegada para depois. A disciplina foi enriquecedora porque mostrou o que a degradação do ambiente e as relações do ser humano devem ser melhoradas, o filme tempos modernos aborda bastante sobre isso.

Isso não é fácil, mas com esforço podemos melhorar as nossas relações com os outros (incluindo pacientes e profissionais).

4.7 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

4.7.1 Saúde Bucal em Gestantes e Bebês

A saúde bucal de bebês e das gestantes é muito importante por causa dos inúmeros problemas que podem ocorrer devido à falta de cuidados com a higiene bucal (desde uma simples cárie, passando também pela perda de todos os dentes até uma infecção generalizada).

Infelizmente não trabalho na ESF e com isso não posso dizer como está o atendimento as gestantes e bebês nas áreas.

Como proposta de trabalho para o atendimento a essas mulheres poderia sugerir que elas fossem sensibilizadas a respeito de hábitos saudáveis de alimentação e que fizessem o pré-natal odontológico para evitar que ocorresse má formação dentária no feto e que a sua própria dentição não ficasse prejudicada devido a uma má higiene bucal (incentivá-las a sempre escovar os dentes entre as refeições e manter hábitos saudáveis de alimentação).

Como os dentes de leite começam a se formar a partir da sexta semana de gestação a ingestão de carne, ovos, verduras, frutas, leite e derivados se fazem necessárias.

Deve-se também avisar a essas mães que a higiene bucal do bebê deve ser feita mesmo sem ainda ter saído os primeiros dentes de leite. Essa limpeza é importante para evitar cáries e problemas dentários precoces e incentivar quando possível para a mulher a amamentação exclusiva (esta favorece o sistema imunológico da criança e o leite da mãe possui tudo que a criança precisa) até os 04 ou 06 meses e a partir daí ir fornecendo outros alimentos a criança (lembrando de escovar os dentes da mesma depois das refeições), evitar também o uso de chupetas e mamadeiras (estes acabam atrapalhando a formação dos dentes e da respiração correta da criança).

Quando a integração da equipe (médico, enfermeiro e dentista) deve ser incentivada e eles devem trocar sempre informações entre si para fornecer um melhor atendimento a todos.

A enfermeira ou médico deve estimular para que as gestantes façam o pré-natal odontológico e explicar que gravidez não é sinônimo de dentes fracos.

As palestras e o cuidado da gestante na conservação da sua saúde irão influenciar na saúde do bebê.

A equipe da saúde da família deve trabalhar integrada (médico, enfermeiro e dentista, na maior parte das equipes) para fornecer um atendimento de qualidade para a população incluindo as gestantes.

A parceria entre os médicos, enfermeiros e dentistas deve ser estimulada e continuada, os cuidados de saúde bucal são tão importantes como os cuidados que as pessoas têm com a saúde de uma maneira geral.

4.7.2 – Saúde Bucal em Crianças, Adolescentes e Adultos

Uma das grandes dificuldades para o cuidado em saúde bucal é a falta de dentistas na ESF devido a vários fatores como falta de profissionais que tenham perfil de saúde coletiva, condições financeiras do município para pagar esse profissional de maneira que o mesmo ache justo.

Existe também o problema de falta de estrutura e de materiais que acabam prejudicando o atendimento. Devemos fazer o possível para contornar esses problemas e atender com responsabilidade a população.

O atendimento a criança realizado no município deve ter o foco de prevenção da cárie dental e palestras sobre a importância de cuidar da primeira dentição para evitar futuros problemas na arcada dentária e doenças que possam levar a perda completa dos dentes.

Os adolescentes devem ser estimulados tanto pela equipe como pelos pais para o cuidado com a sua saúde bucal (por exemplo, no caso de colocar um piercing na língua os cuidados que teve ter na sua higiene para evitar desgaste dos dentes onde ele bate e o risco de infecções devido á má higienização do piercing sem falar do risco de inchaço na língua causando um possível sufocamento entre outros problemas) para evitar a perda de dentes precoces devido a uma má higienização da boca e má alimentação, sem falar que nessa época começam a consumir bebidas alcoólicas e a experimentar o fumo (com isso aumentando o risco de câncer de boca, doenças peridontais, entre outros problemas).

No caso de adultos deve-se fornecer a eles o acesso ao serviço de saúde bucal para evitar se evitar a perda de toda a dentição devido à má conservação dos dentes. Neste grupo as palestras são de grande importância para a sensibilização dos mesmos para a saúde bucal, deve-se se possível fazer palestras em empresas e estabelecimentos para sensibilização dos funcionários para o cuidado com a sua saúde como um todo (inclusive a saúde bucal).

Os idosos devem ter uma atenção especial devido que muitos deles já perderam toda ou quase toda a sua dentição para o cuidado com a dentição que sobrou e se possível fazer um trabalho de restauração dos mesmos (esse cuidado deve ser aplicado em todas as faixas etárias).

Infelizmente na maior parte das equipes da saúde ainda não possuem integração total das equipes (existem equipes que contam com médico, enfermeiro e dentista, mas não estão integrados – não fazem o encaminhamento para os companheiros de equipe e tratam as pessoas de forma independente dos outros, causando muitas vezes confusão para o cliente e para o profissional que está com ele no momento devido não saber o que ele já fez com os outros profissionais) e faltam profissionais para completá-las.

É necessário também que além da equipe os gestores junto com os secretários tenham uma relação igualitária, só assim teremos uma distribuição igualitária dos profissionais evitando assim que dois ou mais profissionais que não gostem um do outro fiquem na mesma equipe e com isso evitando que o atendimento seja prejudicado por divergências entre os profissionais.

O ideal é que quando a equipe for montada (médico, enfermeiro, dentista, etc), seja feita uma reunião com o gestor responsável pela área, o (a) secretário(a) de saúde do município e os componentes da equipe para discutir como seria feito o atendimento nessa área e sugerir ideias de como melhorar o atendimento.

A equipe da área como um todo deve estar integrada para que tudo funcione direito (se, por exemplo, a atendente tratar mal os pacientes, muitos deles podem ir embora sem se tratar, por se sentir um lixo, dificultando assim a captação dos clientes) e o atendimento seja de qualidade.

4.7.3 Reflexão sobre a Saúde Bucal dos Idosos

Antigamente os idosos representavam a minoria da população brasileira, mas hoje já representam 11,3% da população brasileira (em 1999 eram 9,1% da população).

Muitos desses idosos jamais tiveram acesso a um dentista e só procuravam o mesmo quando sentiam dor de dente e como na época muitos desses profissionais eram despreparados ou achavam mais fácil fazer a extração do dente do que tratar ele (dependendo da idade da pessoa, na época essa era a única opção. Por exemplo: Quando um adolescente tinha uma doença periodontal na qual havia formação de pus a única solução na época era a extração completa de todos os dentes, não havia outro tratamento disponível).

Outro fator que ainda contribui para o edentulismo (falta de dentes em ambas as arcadas) são as gengivites, doenças periodontais e as caries.

A maior parte dos idosos na juventude não tomou cuidados com os seus dentes devido a vários fatores como, por exemplo: o fumo, o uso de bebidas alcoólicas entre outros fatores.

Hoje graças ao ESF (Estratégia Saúde da Família) observa-se uma diminuição das extrações dentárias (graças muitas vezes a novos tratamentos disponíveis, a profissionais bem preparados e maior acesso ao serviço de atendimento dentário) graças também a um trabalho de prevenção feito ainda quando criança para a importância da escovação e higiene bucal.

Nos idosos essa relação muda bastante principalmente na região nordeste, com CPO-D bastante alto com prevalência de dentes extraídos, sendo exemplificado com uma perda de mais de 90% por cárie que levará no futuro a extração.

No ceará o CPO-D médio para a faixa etária de 65 a 74 anos foi de 28,35 em 2003, acima da taxa nacional que na época que era de 27,79. (CEARÁ, 2004).

No município no qual resido não foi possível obter o dado, devido a secretaria de saúde não ter essa informação e esse dado não abrangia todo o município, somente algumas unidades.

Com isso não foi possível cumprir as metas da OMS em 2000 para o município de Quixeramobim (a meta era que de 65 a 74 anos 50% dos idosos com 20 ou mais dentes presentes na boca). (CEARÁ, 2004).

4.7.4 – Promoção da Saúde Bucal

O flúor é responsável por reduzir a quantidade de minerais perdidos no esmalte dos dentes e ajudar na deposição de novos minerais no esmalte dentário. Ele tem ação tópica nos dentes e o uso de produtos que contenham flúor ajudam a diminuir as lesões no esmalte dos dentes.

A fluoretação das águas no Brasil é feita desde 1974 e tem como objetivo reduzir diminuir o índice de cáries nas crianças.

A fiscalização pode ser feita pelas empresas de abastecimento e também pela vigilância sanitária (coletando amostras de vários pontos de abastecimento para checar os valores de flúor).

A utilização de dentifrícios fluoretados tem sido de grande ajuda para diminuir a cárie dental por aliar a escovação (remove a placa bacteriana) com o uso do flúor (previne lesões no esmalte dentário). Deve-se atentar no uso de dentifrícios em crianças pequenas devido ao risco de ingestão do mesmo (muitas marcas usadas pelas crianças tem sabores adocicados o que pode induzir a ingestão) e na quantidade de creme dental usado para evitar toxicidade.

Como ação coletiva deve-se realizar aplicação de flúor em todas as crianças em idade escolar para diminuir o risco de cáries (o que pode levar a perda definitiva de um dente) e estimular a escovação como um hábito (orientando que se devem escovar os dentes depois de cada refeição, não importando o número de vezes necessárias).

As escovações podem ser diretas, diretas supervisionadas, supervisionada indireta e atividades grupais.

Existe também de uso individual o uso de bochechos fluoretados que ajudam a combater a cárie (reduzindo entre 23 a 30% a chance de desenvolvê-la). Ele é contra indicado para crianças em idade pré-escolar devido ao risco de ingestão.

O uso do flúor em gel foi disseminado no Brasil para seu uso de forma coletiva na década de 80, hoje é considerado um importante procedimento coletivo em saúde bucal. Pesquisadores afirmam que seu uso pode reduzir a prevalência de cárie dentária em até 37%. Devido a sua baixa frequência de uso (ele é feito de duas a três vezes ao ano) o risco de fluorese dentária é muito baixo. Deve-se tomar cuidado quando for aplicar em crianças pequenas devido ao risco de ingestão.

Os suplementos de flúor não são indicados devido a baixa eficiência e ao risco de toxicidade devido ao risco de ingestão de uma dose elevada.

Enfim, são muitos os usos do flúor para a saúde bucal, devemos atentar para a escolha do melhor método para aplicar de acordo com a situação que encontramos os pacientes e da distribuição de água na região.

4.7.5 Impactos da disciplina para a atuação profissional

Foi abordada a importância da saúde bucal em gestantes, bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos e a sua importância de ser feita precocemente. Os profissionais de saúde muitas vezes não atentam sobre o estado dos dentes (o que pode levar dependendo do grau de lesão a alguma infecção grave) e não são muito unidos com os seus profissionais de saúde bucal.

Foi importante a disciplina devido que com isso vimos a importância dos profissionais de saúde bucal na prevenção de várias doenças e problemas futuros que poderá desenvolver se não dependo do cuidado com os dentes e a importância de união destes profissionais com o restante da equipe.

4.8 ABS Pessoas com Deficiência

4.8.1 A magnitude da PcD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde

As pessoas com Deficiências (PcD) são muitas vezes tratadas como “coitadas”, como se fossem doentes que não podem fazer nada (como exemplo temos a mãe que não deixa o filho portador de deficiência visual fazer nada tornando essa pessoa totalmente dependente, devido ao medo que ela se machuque em vez de estimular a independência dela).

Isso graças a Deus tem mudado cada vez mais as pessoas tem se sensibilizado que pessoa com deficiência não é um inválido, e sim alguém que tem alguma dificuldade de fazer alguma tarefa (como exemplo tem o caso de um cadeirante que precisa devido ao trabalho que exerce visitar uma pessoa numa casa que não possui rampa e precisa subir alguns degraus de escada).

Hoje já existem leis que facilitam a vida de PcD como a inclusão de closed caption nos programas e filmes de televisão, adaptação de banheiros públicos, sinais sonoros nos sinais e programas que lêem o texto do computador e temos também a inclusão de pessoas com PcD nas escolas em turmas mistas (nesse caso tem havido um estímulo para o aprendizado por parte do professor e alunos do Braille e do LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais).

Mas infelizmente nem tudo são flores, muitos profissionais não estão preparados para atender um surdo por não ter tido uma capacitação onde ele poderia aprender o LIBRAS e com isso prestar um atendimento digno (no caso de não saber o LIBRAS ele vai precisar um tradutor o que pode constranger o paciente no caso de perguntas íntimas).

No local onde trabalho não possui rampa devido a secretaria de saúde ser numa casa alugada e quando chega algum cadeirante ele precisa de ajuda para subir as escadas da entrada da secretaria.

4.8.2 Contextualização sobre os tipos de deficiência

4.8.2.1 Deficiência Visual

A deficiência visual pode ir de leve a perda total da visão, ela pode ser congênita ou adquirida no decorrer da vida.

O histórico familiar, história pessoal, senilidade, cuidados no pré-natal (no caso de gestantes e de ter nascido pré-maturo), cuidados no trabalho (não usar os óculos protetores quando o correto seria usá-los para evitar lesões oculares no caso, por exemplo, de um soldador) e a não imunização das mulheres em idade fértil contra a rubéola (o que pode levar caso elas estejam grávidas a uma má formação do feto, havendo assim grande risco de comprometimento visual) são fatores que podem levar a perda da capacidade visual em uma pessoa.

A prevenção para evitar a cegueira pode ser feita a partir do pré-natal para evitar doenças que podem ocasionar má formação do feto (o pedido de sorologias para HIV, sífilis e toxoplasmose devem ser solicitados para diminuir os riscos de má formação da criança) e também se deve colher amostras vaginais para evitar doenças causadas por bactérias que podem levar a cegueira na hora do parto.

O teste do olhinho deve ser feito nas crianças recém-nascidas para verificar se há algum comprometimento visual (como cataratas congênicas e tumores que possam estar obstruindo a entrada de luz). Também deve ser instilada em cada olho da criança uma gota de nitrato de prata a 1% como profilaxia da Oftalmia Gonocócica.

Deve-se também fazer a verificação da acuidade visual de crianças em idade escolar para verificar se ela tem algum problema visual e um exame das estruturas oculares para verificar se há algum problema nelas.

Os acidentes domésticos e de trabalho são uma grande causa de traumas no globo ocular levando assim a um grande risco de cegueira devido a traumas (pode haver traumas no globo ocular, perfurações, queimaduras, contusões, etc). Os sintomas mais comuns são irritação nos olhos, dor, sensação de queimação, fotofobia, lacrimejamento, vermelhidão, etc.

As pessoas idosas devem ter um cuidado maior devido a perda gradual da visão para evitar acidentes em casa.

Quando há perda total da visão (ou seja, a pessoa é cega), ela costuma sofrer muito devido a ser vista como incapaz (não é capaz de fazer nada sozinha, nem mesmo se vestir sozinha ou escovar os dentes só) o que não é verdade, se ela for estimulada pode fazer tudo isso sozinha e muito mais. Um dos grandes problemas enfrentados pelos deficientes visuais é o preconceito em relação a eles e também e não menos importante material em braile para aqueles que pode ler (o que infelizmente é uma minoria, já que muitos são tratados pelas famílias como incapazes e nem se dão ao trabalho de matricular eles numa escola que possa ensinar o Braille e estimular eles a serem independentes dos outros).

No atendimento a pessoa com deficiência os profissionais de saúde devem perguntar as coisas diretamente a pessoa e não ao seu acompanhante e tratá-la igual a qualquer paciente.

Deve-se também no caso da pessoa estar só avisa-la sobre obstáculos no recinto e colocar a mão dela na cadeira onde ela vai sentar e deixar ela a vontade, se sair avisar que está saindo e avisar quando chegar para que ela saiba que não está sozinha e falar normalmente.

Uma das grandes dificuldades do profissional de saúde no atendimento a pessoa com deficiência visual é o preconceito que ele possa ter sobre ela e tratá-la como incapaz comprometendo assim o atendimento por irritação da pessoa em relação a aquele profissional e que pode atrapalhar um futuro retorno.

Nós profissionais de saúde devemos tratar esses paciente igualmente aos outros e se possível estimular o desenvolvimento da mesma.

4.8.2.2 Deficiência Auditiva

A deficiência auditiva ou surdez é a perda total ou parcial da audição. Ela pode ser congênita ou adquirida.

Os tipos de deficiência auditiva são: condutiva (disfunção no ouvido médio ou interno, pode causar surdez parcial, uma das causas pode ser a otite), sensorineural ou perceptiva (patologia do ouvido interno do VIII nervo craniano ou do córtex cerebral, pode ser genético ou causado por doenças que a mãe tenha adquirido durante a gestação como, por exemplo, a rubéola e a sífilis, ou através de medicamentos), presbiacusia (degeneração gradual do nervo ou através de medicamento) ou mista (quando há lesão do órgão e do nervo auditivo).

A comunicação com a pessoa surda pode ser verbal, gestual ou ambos (para os casos de crianças que foram educadas numa linha oral-verbal).

O grau de perda auditiva é calculado em função da intensidade necessária para amplificar um som para que seja percebido pela pessoa surda.

A prevenção da surdez deve começar a partir do pré-natal onde a gestante poderá ser imunizada contra a rubéola e fazer exames sorológicos para prevenção e detecção precoce de doenças e também acompanhada adequadamente para que não haja problemas.

Os tipos de prevenção são: prevenção primária, prevenção secundária e terciária.

- Prevenção primária – São as ações que antecedem o aparecimento da surdez, como as vacinações de jovens contra rubéola e o sarampo, acompanhamento do pré-natal e a vacinação infantil.
- Prevenção secundária – São as ações que atenuam as consequências da surdez, na área de saúde por meio do diagnóstico precoce e protetização precoce da criança, utilização do aparelho auditivo e do atendimento fonoaudiológico.
- Prevenção terciária – São as ações que limitam as consequências da surdez e melhoram a qualidade de vida da pessoa, como o atendimento realizado pela educação especial.

A triagem auditiva é feita inicialmente através do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOZSAE), também conhecido como teste da orelhinha. O exame é capaz de detectar deficiência auditiva logo após o nascimento do bebê. Tal exame é simples, rápido, indolor e essencial para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Atualmente o exame é lei e deve ser realizado em todas as maternidades do país.

A comunicação com o surdo pode ser feita através de gestos com o uso da língua de sinais (LIBRAS), do alfabeto manual (datilografia), escrita ou através da leitura labial.

No caso de se usar o LIBRAS deve-se usar gestos corporais (cabeça e corpo) para a correta entonação dos sinais.

Os profissionais de saúde ao atender um paciente com deficiência auditiva devem: falar normalmente e devagar; usar linguagem gestual para complementar a verbal; evitar desviar o olhar da pessoa (que pode interpretar isso como se a conversa já tivesse terminado); não colocar obstáculos de frente à boca (o que pode dificultar a leitura labial); no caso de ter um interprete acompanhando ele deve dirigir-se ao paciente e não ao interprete; se for possível usar bilhetes para a comunicação porque o importante é que haja comunicação.

Os profissionais sentem grande dificuldade ao tratar de pessoas com deficiência auditiva devido à falta de informação dos mesmos e a falta de capacitação para esse tipo de atendimento.

Os profissionais devem ser estimulados a fazer cursos de capacitação para melhor atender esse público e a tratar melhor esses pacientes (não tratar eles como incapazes e que não sabem de nada).

4.8.2.3 Deficiência Física

A deficiência física é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano. Ela pode ser parcial (somente de um segmento ou membro do corpo) ou total (como as tetraplegias que os membros superiores e inferiores são paralisados e somente a cabeça pode ser movida).

Dependendo da deficiência física pode haver a incapacidade do indivíduo de executar determinadas tarefas a qual executava anteriormente, havendo com isso prejuízo para ele e muitas vezes devido ao próprio preconceito ele acha que está em desvantagem em relação a uma pessoa “normal” e que aquela pessoa é melhor do que ela o que não é verdade (dependendo da atitude do deficiente físico ele pode até desempenhar uma atividade melhor do que uma pessoa sem deficiência).

Os tipos de deficiência física são: lesão cerebral; lesão medular; miopatias; patologias degenerativas do sistema nervoso central; lesões nervosas periféricas; amputações; sequelas de politraumatismos; malformações congênitas; distúrbios posturais da coluna; sequelas de patologias da coluna; distúrbios dolorosos da coluna vertebral e das articulações dos membros; artropatias; reumatismos inflamatórios da coluna e das articulações; lesões por esforços repetitivos (L.E.R) e sequelas de queimaduras.

Os tipos de paralisia são: Monoplegia (um membro afetado); Diplegia (Os membros superiores são afetados) Triplegia (três membros são afetados); Hemiplegia (são afetados os membros do mesmo lado); tetraplegia / quadriplegia (são afetados todos os membros) e paraplegia (afeta somente os membros inferiores, pode ser causada por lesões em acidentes).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) estima-se que, em tempos de paz, 10% da população de países desenvolvidos são constituídos de pessoas com algum tipo de deficiência. Para os países em vias de desenvolvimento estima-se de 12 a 15%. Destes

somente 20% seriam portadores de deficiência física e somente 2% segundo o ministério da justiça recebem atendimento especializado.

As causas mais prováveis de deficiência física são: paralisia cerebral; hemiplegias; lesões medulares (principalmente devido a acidentes de trânsito e por armas brancas e de fogo); amputações; mal formações congênitas e artropatias.

Os fatores de risco são: Violência urbana; acidentes desportivos; acidentes de trabalho; tabagismo; maus hábitos alimentares; uso de drogas; sedentarismo; epidemias / endemias; agentes tóxicos e falta de saneamento básico.

Uma estratégia de prevenção são as campanhas para sensibilização da população sobre a própria saúde, respeito à sinalização no trânsito para evitar acidentes, sensibilização das mulheres para que se faça o pré-natal o quanto antes (de preferência nos três primeiros meses que são os considerados críticos devido a ser o período onde ocorre a formação do feto) e também ao nascer (de preferência por parto normal se for possível), onde a criança deve ser examinada por um pediatra e deve prosseguir na infância para evitar que ocorram problemas com a criança (como por exemplo: desnutrição, sufocamento devido a objetos que foram engolidos acidentalmente e também as convulsões que aumentam consideravelmente o risco de lesão cerebral, entre outros motivos).

Outras causas graves de deficiência física são: Lesão medular, lesão encefálica e a mielomeningocele.

Uma das preocupações dos profissionais de saúde em relação ao atendimento a pessoa com deficiência física refere à estrutura do local onde ele trabalha que não é adequada para o atendimento dela (as salas muitas vezes são pequenas demais e a cadeira pode ficar um pouco fora da sala).

A falta de acesso, obstáculos no caminho, preconceito na hora do atendimento são fatores que dificultam o atendimento.

Os profissionais de saúde devem ser conscientizados que elas são pessoas como quaisquer outras e devem ter o mesmo atendimento e os gestores também devem ser sensibilizados para adaptar os postos e hospitais para os deficientes físicos além de comprar equipamentos que ajudem neste atendimento (como uma maca que possa ficar na altura da cadeira para que a pessoa mesmo possa se deitar nela e não se sentir incapaz de não fazer nada).

4.8.3 Acessibilidade ao portador de deficiência na Policlínica de Quixeramobim

A unidade de saúde observada foi a Policlínica de Quixeramobim devido ela ter passado recentemente por uma reforma.

Pela observação se verificou que a unidade observada não está preparada para um bom atendimento aos deficientes como um todo.

Verificou-se que o acesso à unidade há muitos buracos no caminho e que as calçadas não são uniformes (uma cadeira de rodas poderia facilmente empacar num espaço entre os blocos) e são de tamanho inferior ao recomendado (não sendo possível para o cadeirante fazer uma manobra nele) e os sinais de trânsito da cidade não são adaptados para portadores de deficiência.

Dentro do prédio verificou-se que existem rampas de acesso, mas infelizmente com somente um corrimão fixo e o espaço inferior ao recomendado. Há obstáculos no caminho (o que pode prejudicar a locomoção de um deficiente visual e cadeirante, os corredores são muitos pequenos, os banheiros não são adaptados e as macas não são apropriadas para cadeirantes).

Não existe no prédio avisos em BRAILLE e um deficiente teria algumas dificuldades no prédio.

4.8.4 Impactos da disciplina para atuação profissional

A disciplina foi de uma fundamental importância para o atendimento as pessoas com deficiência, muitos profissionais não sabem como atender adequadamente essas pessoas com necessidades especiais (as vezes eles acabam humilhando a pessoa sem perceber, quando por exemplo fazem uma pergunta pessoal para o seu acompanhante em vez de fazer a pessoa).

Para a minha atuação profissional achei excelente porque dessa maneira quando aparecer algum PcD irei trata-lo adequadamente e ele irá se sentir satisfeito com o atendimento.

Graças a ela foi visto que a cidade na qual resido não possui estrutura nos seus postos para um correto atendimento a pessoas com deficiência (somente uma ou duas unidades possui banheiros para deficientes físicos e nenhuma possui leitura em braille para deficientes visuais), e a cidade não possui sinais sonoros nos sinais e as calçadas são irregulares e não possuem rampa de acesso o que dificulta o acesso aos cadeirantes as instituições.

4.9 Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

4.9.1 Práticas Educativas em Saúde

Para podermos melhorar as nossas capacidades educativas devemos estar atendo ao contexto onde a pessoa ou comunidade se encontram. Se não levarmos isso em conta não haverá uma correta transmissão do conhecimento (o ouvinte pensa que isso é “besteira” e que não serve para aquela comunidade ou pessoa) e não ocorrerá transmissão de conhecimento.

Bordenave no seu texto numera três atividades pedagógicas que são:

Pedagogia de transmissão – O aluno é somente o receptor, não há postura crítica sobre o assunto, a informação é recebida sem qualquer senso crítico e tida como “verdade absoluta” do ouvinte e acaba estimulando o preconceito e a manutenção de privilégios da classe dominante;

Pedagogia do condicionamento – O aluno é condicionado a ser sempre eficiente, através de estímulo – resposta – reforço, essa prática pode acabar levando as pessoas a serem altamente competitivas e serem totalmente dependentes da tecnologia e não terem muita originalidade e criatividade individual, a eficiência tem prioridade sobre a originalidade.

Pedagogia da problematização – Nesse ramo da pedagogia a análise crítica é altamente valorizada, o importante é fazer perguntas relevantes. Ela estimula os alunos a serem críticos com os problemas enfrentados (problema – ponto chave – teoria – hipótese de solução – aplicação a realidade). Ela acaba sendo superior a de transmissão e condicionamento por estimular o senso crítico dos alunos e favorecer uma mudança a nível social.

A pedagogia de problematização é a que mais se adequa ao ESF (Estratégia Saúde da Família) por estimular tanto o profissional como a comunidade a encontrar soluções de seus problemas.

Essa pedagogia é a melhor para a nossa prática profissional.

Muitos profissionais ainda não perceberam o quão errados estão nas suas práticas pedagógicas (muitos praticam a de transmissão e de condicionamento, desprezando a de problematização) e com isso as pessoas de sua área não adquirem corretamente novos conhecimentos.

A prática de transmitir conhecimentos deve começar a ser praticada durante a própria graduação e nela o futuro profissional deve desenvolver uma análise crítica e ser

estimulado a fazer o mesmo com a sua comunidade que estiver atuando, somente assim poderá ocorrer uma verdadeira mudança na saúde.

O modelo hospitalocêntrico ainda prejudica bastante a visão dos profissionais com a comunidade. A própria comunidade ainda procura bastante o hospital e despreza os profissionais de sua área (acham que não sabem nada e que só no hospital é que há o melhor atendimento). Sem falar que nas equipes que estão sem o profissional médico, o que acaba reforçando esse modelo e prejudicando a educação em saúde.

Enfim, são muitos os problemas encontrados pelos profissionais para fazer a educação em saúde, mas com um pouco de esforço e dedicação isso poderá mudar.

4.9.2 Crítica ao Vídeo The Wall e Máquinas de Ensinar

O vídeo The Wall começa um aluno vendo um trem cheio de alunos “sem rosto” sendo levados para algum lugar (essa é uma crítica ao sistema educacional que é comparado com o extermínio realizado pelos nazistas nos campos de concentração). Depois que o trem passa ele vê um professor chamando ele e desaparece logo após.

Passa-se para a escola, onde começa a música já dizendo que os professores poderiam machucar as crianças da maneira que quisessem (somente o professor estava certo, o aluno estava sempre errado e a humilhação dos alunos pelos professores era considerada “correta”) e poderiam expor as fraquezas dos alunos para os colegas sem se importar com os sentimentos dos alunos (no vídeo um aluno é chamado de mocinha só porque estava fazendo poemas na sala de aula e tem os seus versos chamados de ridículos pelo professor e este manda que ele volte imediatamente ao trabalho que tinha passado).

Após a cena da escola, passa-se para o clipe propriamente dito que mostra crianças entrando numa máquina e saindo de lá em carteiras e mascaradas (sem vontade própria) e a letra da música falando que não precisam de educação, controle e sarcasmo na sala de aula e também pedindo para que os professores deixem as crianças em paz (o local onde se encontram se assemelha a um campo de concentração nazista) e que elas serão apenas mais um tijolo no muro (alusão a que serão iguais a todos).

Mostra também várias crianças cantando o refrão da música como se fosse um protesto para o que elas sofrem e vemos o professor condicionando as crianças. Numa cena seguinte vemos crianças se atirando num triturador de carne (uma alusão ao extermínio de judeus pelos nazistas) e não esboçando nenhuma reação quanto a isso.

De repente os alunos se revoltam e começam a destruir o local e a queimar as carteiras (uma crítica ao sistema educacional condicionante que é opressor e que devemos fazer alguma coisa em relação a ele).

O vídeo Skinner fala sobre a Máquina de Ensinar mostra uma máquina no qual o aluno tem acesso a somente parte do conhecimento (no caso duas linhas e um espaço para resposta) e resolve as atividades propostas por partes (ele é condicionado a responder corretamente).

O psicólogo Skinner fala sobre a máquina e as vantagens dela para o condicionamento do aluno e a facilidade para o professor de ensinar para ele (o aluno estuda no seu próprio ritmo, se quiser sozinho) e a rapidez para ver se sua resposta estava certa.

Enfim, os dois vídeos abordam a pedagogia de condicionamento de forma diferenciada, enquanto o clip faz uma crítica ao sistema educacional o Skinner faz apologia ao condicionamento automatizado do aluno e ferramentas para ajudar a condiciona-lo (no caso a máquina de ensinar) e as vantagens disso.

4.9.3 Tecnologias para a Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade

4.9.3.1 Acolhimento

O acolhimento deve ser humanizado e ter resolutividade (um acolhimento realizado só por fazer sem levar em conta as necessidades da pessoa pode prejudicar o atendimento realizado posteriormente por outro profissional).

No acolhimento o profissional deve aprender a escutar o paciente para que seja realizado o bom atendimento para ele.

O profissional deve: tentar compreender o que o outro falar, olhar diretamente nos olhos, evitar interromper o paciente e se distrair de sons externos, certificar-se que compreendeu o que ele disse e evitar ter conclusões apressadas, ter cuidado para evitar a seleção de partes interessantes e não ouvir tudo, ser educado com ele e distinguir os fatos de opiniões.

4.9.3.2 – O Trabalho em Grupos

O trabalho em grupos é um dos espaços mais comuns de educação em saúde na atenção básica e deve ter uma atenção especial do profissional.

Num grupo pode haver papéis formais e informais:

- Papeis Formais – Coordenador (é o responsável geralmente pela organização do grupo e andamento dos trabalhos) e o observador (é o responsável por registrar o que acontece no grupo e geralmente é uma pessoa de fora).
- Papeis Informais – Líder (favorece o trabalho do grupo e auxilia o coordenador); Porta-voz (expressa a opinião do grupo, ansiedades, conflitos, busca de autonomia, etc); Bode expiatório (expressa os aspectos difíceis e medos através do grupo); Sabotador (dificulta ou obstrui o grupo, é aquele “cabeça dura” que faz de tudo para atrapalhar o grupo).

A integração entre esses papéis favorece o crescimento do grupo e pode ser motivadora para uma mudança de atitudes do grupo.

4.9.3.3 Visita Domiciliar

A visita domiciliar ou visita domiciliária (VD) foi reintroduzida de volta através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1994.

Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) fica responsável por um território onde há no máximo 750 pessoas por ACS (isto seria o ideal, mas infelizmente, há áreas onde um ACS fica responsável por mais de 1000 pessoas).

A visita domiciliar é essencial para a equipe conhecer a realidade das famílias que habitam um território (suas necessidades, sua cultura, riscos que possa correr entre outros fatores). Ela permite que o profissional possa criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade (conhecendo assim as reais necessidades de cada pessoa da área e ajudando assim no tratamento de qualquer enfermidade que a pessoa possa ter). Devem ser planejadas de acordo com a necessidade do paciente e segundo uma agenda previamente existente (no caso de ser somente uma visita de rotina, se for a primeira, deve se informar antes com o ACS responsável pela família, quais problemas eles tem e o que o médico ou enfermeiro possa fazer para que o paciente melhore).

Na estratégia da saúde da família são várias as finalidades da visita domiciliar entre as quais se pode citar: realizar e atualizar o cadastramento das famílias, identificando as condições sociais e sanitárias; busca ativa de faltosos dos programas de saúde; levantamento de dados sociais, econômicos e sanitários; complementações de consultas realizadas anteriormente entre outras finalidades de igual importância.

A VD é realizada na maior parte das vezes pelo ACS que passa a ter um vínculo muito forte com as famílias que atende conhecendo elas muitas vezes pelo nome e como vive suas necessidades e desejos, conhece também como é o local onde vive e quais fatores de risco podem ocasionar doenças (o ACS também atua como um agente de promoção da saúde orientando sobre cuidados que pode ter para melhorar a sua saúde e de sua família e fortalecendo ações educativas realizadas na área como vacinação, peso de crianças, cuidados de puérperas e recém-nascidos entre outras coisas).

4.9.3.4 Consulta

No encontro estabelecido pela consulta o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o cliente, ser educado e saber escutar o que tem a dizer e ter a percepção de entender o que foi dito para que possa realizar o diagnóstico corretamente. A adesão ao tratamento pode ser destruída nesse momento se o paciente não se sentir valorizado (deve haver uma empatia entre cliente e profissional para que ocorra adesão adequada) e uma visita realizada no domicílio irá reforçar a relação entre profissional e paciente (ele se sente valorizado o que favorece a adesão ao tratamento e ajuda a acompanhar a evolução do caso).

A educação em saúde é de fundamental importância e a ESF tem se mostrado eficiente em realiza-la e cabem a todos nós profissionais de saúde lutar para melhorar ele.

4.9.4 - Impactos da disciplina para a atuação profissional

A estratégia de ensino de educação em saúde é fundamental para poder educar a população adequadamente. A pedagogia de problematização se mostrou a mais adequada para se usar nas atividades educativas devido ela abordar os temas a partir de um problema e encontrar soluções para o mesmo.

A educação deve ser continuada e nunca o profissional deve sempre se achar o dono da verdade (pode ser que o ACS saiba mais sobre ele sobre um tema).

A disciplina foi muito interessante e nos mostrou a importância da educação em saúde e o papel que os grupos e o ACS pode ter numa equipe da saúde da família.

4.10 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

4.10.1 Interdisciplinaridade

A integração das ações dos profissionais da saúde da família é muitas vezes requerida para a solução de um problema, mas infelizmente isso não ocorre, cada profissional cuida do cliente a sua maneira e não há uma integração no atendimento.

Esse problema muitas vezes decorre de uma formação onde o ensino não visa à formação de um profissional que não se integra com outros (nos estágios de um enfermeiro, por exemplo, o aluno só tem contato com enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem com isso todo o estágio ocorre somente com o contato com esses profissionais, sendo raros os contatos com outros profissionais de saúde como o médico) o que no futuro irá prejudicar a sua participação com outras equipes.

No ESF (Estratégia da Saúde da Família) isso aos poucos tem mudado, o NASF (Núcleo de Atenção a Saúde da Família) tem sido de grande ajuda para a Interdisciplinaridade por conter vários profissionais de diversas áreas de atuação (enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, etc), sua ajuda tem sido inestimável para a solução de determinados casos que os enfermeiros das áreas não tenham conseguido resolver sozinhos e está aos poucos havendo integração entre esses profissionais.

Devemos ter humildade, companheirismo, reflexão e tolerância com os outros profissionais. Não devemos fechar no nosso mundinho e achar que somente “eu” estou certo.

A interdisciplinaridade é necessária e deve aos poucos ser construído no nosso dia a dia (um passo de cada vez) para que possamos ser melhores profissionais e pessoas.

A interdisciplinaridade não deve ficar restrita somente ao setor saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, etc), mas sim ser parte de nossa vida como um todo.

Devemos colaborar com o todo, e não só fazer a nossa parte e acabou, mas sim discutir, compartilhar conhecimentos e experiências com os outros profissionais para ajudar nas soluções dos casos (às vezes alguma experiência passada sua pode ser o que ajude a solucionar um caso em que por vários médicos não conseguiram e com a sua sugestão e experiência conseguiram solucionar o caso em que estavam envolvidos).

Para que haja interdisciplinaridade é necessário que haja humanização nas relações (respeitos às opiniões contrárias, tolerância entre os profissionais, respeito ao próximo, etc) porque sem isso não adiantará os profissionais estarem trabalhando junto se eles mesmos não respeitam uns aos outros (com isso pode haver negligência no atendimento por

não gostar do profissional que encaminhou ele ou então nem atender o paciente dando desculpas de que não tem mais vaga).

4.10.2 Integralidade Atuando em uma Universalidade de Diferenças entre Famílias

O SUS (Sistema Único de Saúde) tem como princípios doutrinários a universalidade (todos serão atendidos independente de classe social, sexo, ocupação, etc), equidade (trata as pessoas de acordo com as necessidades delas) e integralidade (o indivíduo é visto como um todo e isso incluem o seu conceito a promoção, prevenção, recuperação e a reabilitação da população).

O PSF (Programa Saúde da família) surgiu em 1994 para consolidar os princípios do SUS, sendo posteriormente chamado de ESF (Estratégia da saúde da Família) quando passou a fazer parte definitivamente do SUS e tem como inspiração o modelo cubano de medicina da família. Ela abrange uma pequena área onde a equipe de saúde atua para a melhoria da qualidade de vida da comunidade (a equipe é geralmente composta pelo enfermeiro, médico, dentista e agentes de saúde). Essa estratégia teve, e apresentam como pilares fundamentais, os princípios organizativos e, notoriamente, doutrinários do SUS.

A política de saúde no Brasil tem sido verticalizada (do ministério até os municípios) em vez de ser horizontalizadas (feitas de maneira local, onde a atenção à saúde é determinada pelas necessidades da população local em vez de ser determinada por pessoas que não conheçam a situação do município e a sua demanda).

Os profissionais de saúde devem atentar atender os pacientes com integridade (serem vistos como um todo e não como uma parte separadamente).

Numa família que apresenta desarmonia e que as crianças sempre estão doentes devem ser avaliados os diferentes fatores que levaram aquelas crianças a ficar doentes (os pais brigam na frente dos filhos? Os filhos são tratados bem? A casa onde vivem tem saneamento básico? Entre outros fatores). Nesse caso as crianças não podem ser avaliadas só do ponto de biológico, mas também do psicológico e sanitário ou seja, deve ser vista como um todo.

Já em outra família que apresenta o mesmo problema, mas é vista somente a doença excluindo-se os outros fatores futuramente irá apresentar problemas que poderão levar essas crianças a morte (por maus tratos, por doenças causadas pela falta de saneamento, etc).

Enfim, a integralidade é importante por permitir que num universo de famílias (universalidade) possamos ver os problemas que não seriam vistos se víssemos somente a doença. Graças a ela as pessoas são vistas como um todo e não somente uma parte isolada

(embora ainda haja profissionais que somente vejam uma parte, mas isso atualmente está mudando).

Os profissionais devem valorizar a integralidade e estimular o seu uso para que a qualidade do atendimento da população seja melhorada.

4.10.3 – Intervenções Profissionais e o Papel da Bioética

A ética na saúde é de fundamental importância devida que sem ela os pacientes poderiam ser vítimas de abusos por parte dos profissionais e da sociedade (no caso de um paciente portador do HIV, que por causa da ética é mantido em sigilo profissional, o que não ocorreria no caso de inexistência de sigilo profissional).

A bioética é a ciência que junta à ética com a biologia (ou seja, é o ramo da ciência que regula os valores da sociedade com a ciência). Ela está presente em todos os campos da saúde (cada profissão possui o seu código de bioética e biodireito que regula a sua profissão).

A Bioética, portanto, configura-se como uma área de estudo, reflexão sobre questões de "cunho ético", de maior crescimento no mundo nas últimas décadas. Uma ciência que integra várias disciplinas, que alguns estudiosos do assunto, os "bioeticistas", chamam de "transdisciplinaridade" ou a unificação de conceitos entre as diversas disciplinas.

No Brasil, as primeiras normas nacionais sobre ética em pesquisa com seres humanos foram estabelecidas no ano de 1988 pelo CNS, através da Resolução 1/88, que dispôs sobre as normas éticas para pesquisa em saúde e instituiu os Comitês de Ética. Esta foi substituída em 1996 pela atual Resolução 196/96 vigente no país. O modelo hegemônico da Bioética, norteado por escolas anglo-americanas, é o modelo principialista, adotado no Brasil.

O Principialismo estabelece 03 princípios fundamentais para o enfrentamento das questões éticas: benefício (beneficência, não-maleficência ou seja, fazer o bem e evitar o mal), autonomia (considera a opinião do outro e não impõe. Princípio que se encontra no termo de consentimento livre e esclarecido) e justiça (respeito com imparcialidade do direito de cada um).

O direito do paciente não implica necessariamente na obrigação do profissional de saúde aceitar a sua decisão se essa viola os seus princípios ético-científicos (é o caso de uma gestante que esteja grávida e não querendo a criança pede que o profissional realize um aborto. Nesse caso o aborto só é permitido em situações que haja risco para a gestante e no caso de estupro, fora esses casos não é permitido segundo a lei brasileira e os conselhos de

saúde, sendo o profissional punido caso viole essa determinação do conselho), devendo o profissional orientar a paciente para outra alternativa (devendo o profissional avisar sobre custos, dor, tempo de recuperação, etc).

É de fundamental importância que o profissional desenvolva uma boa relação com o cliente, para que não haja problemas futuros (o consentimento livre e esclarecido, não isenta totalmente o profissional, por isso sendo importante a boa relação profissional-paciente).

A relação profissional de saúde-usuário é apoiada nos seguintes pontos: Sigilo, respeito ao pudor, expectativa cerimonial, empenho de meios, busca da verdade, consentimento esclarecido, benefício como princípio, não maleficência, atenção ao paciente, autonomia do paciente, solidariedade, exame físico e sujeição tecnológica.

A bioética e o biodireito estão integrados, um é resultado do outro. Ambos são importantes para as relações entre os profissionais.

Enfim, a bioética e o biodireito são muito importantes para todas as profissões, pois sem eles as vidas e relações dos pacientes estariam seriamente prejudicadas.

4.10.4 Impactos da disciplina para a atuação profissional

A disciplina abordou muito bem o papel da interdisciplinaridade e a sua importância. Numa equipe de saúde da família devemos estar todos trabalhando juntos para o atendimento ao cliente seja feito adequadamente e também os profissionais devem ter uma boa relação com outros setores para maximalizar as chances de cura de um paciente (como o atendimento realizado pelo NASF e CAPS).

A bioética e o biodireito devem fazer parte do nosso dia a dia para que tratemos adequadamente os pacientes e não prejudicamos ninguém.

Enfim, foi uma disciplina interessante e de fundamental importância para o nosso dia a dia.

4.11 Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde

4.11.1 O Planejamento na Equipe de Saúde

O planejamento é um cálculo que antecede a ação, ou seja, para se realizar algo primeiro se calcula o que precisa para realizar o objetivo proposto e depois de feito o cálculo parte para a ação.

O planejamento numa equipe da saúde da família devido à natureza da área que reside deve ser do tipo Planejamento Estratégico Situacional (PES) por ser um planejamento aberto a modificações no decorrer do plano e de levar em conta os múltiplos fatores envolvidos no plano (pessoas da comunidade, lideranças, situação socioeconômica, funcionários da saúde, entre outros) para se atingir os objetivos.

As intervenções em nível da área de saúde devem ser planejadas com a ajuda da comunidade (os Agentes comunitários de saúde – ACS, são muito importantes nesse processo por estarem na ponta e saberem de antemão as necessidades da população da área), lideranças locais, poder público, profissionais de saúde (geralmente é o enfermeiro que nas reuniões de avaliação onde também estão presentes os ACS que relatam o que ocorreu no mês e as queixas da população).

Não é somente o Enfermeiro que fazem o planejamento e sim que ele é realizado quando estamos em reuniões com a comunidade nos conselhos distritais de saúde, nas conferências municipais de saúde, nas reuniões realizadas mensalmente com a equipe de nossa área de abrangência (avaliação), com a coordenação local, regional e algumas vezes estadual, com os gestores de saúde e com gestor maior o prefeito do município.

Nas reuniões podem surgir conflitos de opiniões que são ouvidas e avaliadas por todos e as que forem construtivas são levadas em conta no planejamento que está sendo realizado (nas conferências de saúde, por exemplo, são realizadas oficinas onde são discutidos alguns temas e logo após isso ele é levado à plenária onde é votado se realmente deve ser incluído no documento geral da conferência).

Os profissionais devem criar um vínculo com a comunidade por causa do fortalecimento da relação do mesmo com ela, ajudando dessa maneira a melhorar a qualidade de vida da mesma.

É importante é importante conhecer os interesses presentes no momento da elaboração do plano para que ele não seja anulado por conflitos de interesses.

O equilíbrio entre as expectativas e os objetivos entre os meios de promoção a saúde são fundamentais para que um planejamento seja viável (quando se dá maior importância ao que vem dos gestores em vez do que a área realmente precisa, fatalmente não irá cumprir as metas estabelecidas por causa de fatores não previstos pelos gestores e que foram ignorados pelo profissional que está na ponta).

A visão da comunidade é diferente do que profissional. Enquanto que o profissional vê somente que os problemas de saúde (hipertensão, diabetes, desnutrição infantil, etc) a comunidade tem como prioridade resolver os problemas de violência,

saneamento básico, etc. Devemos equilibrar os interesses dos envolvidos para que o planejamento ocorra bem.

Devemos antes de fazer qualquer planejamento conhecer a área onde ele vai ser aplicado (pessoas que habitam o local, problemas existentes, lideranças, acesso aos serviços essenciais, etc), só assim poderemos atuar de maneira eficaz na área onde atuamos.

3.11.2 Planejamento no SUS

O planejamento no SUS é realizado por:

- Plano de Saúde – São as políticas e compromissos de saúde de uma determinada gestão; Programação Anual de Saúde – São as definições de ação que serão realizadas em um ano específico e que irão garantir o cumprimento das metas do plano de saúde e estabelece ainda metas anuais e definições de recursos orçamentários para cumprimento da programação;
- Relatório Anual de Gestão – É o resultado da apuração do cumprimento do conjunto e ações e metas contidas na programação anual. Ele fornece a análise da execução da programação dos planos e as recomendações a serem feitas.

3.11.3 Discussões sobre o Plano de Ação

O plano de ação na saúde é feito para que haja um planejamento de ações que devem ser realizadas em um determinado local.

Ele é um processo permanente onde pode sofrer alterações no decorrer da execução dele. É feita a análise dos obstáculos enfrentados e é também uma atividade contínua onde pode ser alterado caso haja necessidade. É importante ter um registro sistematizado da informação onde poderá no final da vigência do plano avaliar de ele cumpriu os objetivos, ele deve ser abrangente de modo a facilitar o entendimento dos gestores, técnicos envolvidos e da sociedade.

Segue abaixo os dados relacionados a minha participação na elaboração do plano de ação:

São 09 casos confirmados no ano de 2010 e no ano de 2011 temos até o momento (julho) 105 casos confirmados (sendo uma dengue grave) segundo o SINAN.

Um dos prováveis motivos para o aumento dos casos poderia ser a população que não está fazendo a sua parte no combate ao mosquito da dengue.

A dengue é uma doença que pode levar a pessoa a óbito.

Quais medidas podemos tomar no plano de ação para combater a dengue?

A dengue é um problema que afeta a todos. Devemos fazer nossa parte para evitar esse problema.

Poder público, lideranças comunitárias e população devem se unir o combate a dengue.

A alta rotatividade de profissionais tem se mostrado um grande problema para o correto diagnóstico.

Os profissionais que são capacitados acabam saindo do município e os novos que entram não estão treinados para diagnosticar corretamente um caso de dengue. Cabe também a Vigilância epidemiológica o controle do vetor da dengue e o controle do índice de infestação no município.

Como propostas para resolução desse problema têm:

- Sensibilização da população através de campanhas nas escolas, volantes e rádio;
- Garantia de insumos necessários para o combate ao vetor;
- Assistência à população doente para que seja corretamente diagnosticada e tratada.

O plano foi elaborado em conjunto da equipe, foram feitas três reuniões do grupo para discussão do plano (do tema até as conclusões finais). Nessas reuniões pesquisamos na Secretaria de Saúde de Quixeramobim sobre os casos de Dengue e como está a situação atual do município no combate a dengue. Foi uma experiência muito interessante devido que alguns componentes da equipe não se conheciam pessoalmente e a partir desses encontros passamos a conhecer melhor cada componente.

4.11.4 Impactos da disciplina para a atuação profissional

A disciplina foi de relativa importância por abordar como fazer um plano de ação (cedo ou tarde o profissional da ESF tem que elaborar um plano para o correto atendimento da clientela) e as etapas da elaboração do mesmo.

O plano de ação deve ser feito com todas as partes envolvidas de preferência para evitar que determinadas áreas fiquem descobertas (tanto pelos profissionais de saúde, como a comunidade e lideranças devem se possível participar da elaboração do plano de ação de sua área, isso é geralmente feito através dos conselhos de saúde que possui representantes de cada seto).

Foi importante também o trabalho em grupo que ajudou na integração da equipe que estava muito dispersa devido as poucas oportunidades de se reunir.

Enfim foi uma excelente matéria e importante para a nossa formação como profissionais da ESF.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estou concluindo o curso de Especialização de Saúde da Família e tenho certeza que ele foi muito enriquecedor profissionalmente do que antes de começar o curso. Como não trabalho diretamente com uma ADS esse curso serviu como uma visão geral do funcionamento do ESF, sendo dessa maneira muito proveitosa para a minha vida profissional.

Todas as disciplinas falaram bastante sobre a interdisciplinaridade que é à base do ESF. Elas geraram muito conhecimento sobre o funcionamento, sua importância para a população e a relação da mesma com a equipe da saúde da família. Enriqueceu também a maneira de organizar o atendimento a população.

A interdisciplinaridade se mostrou de fundamental importância no trabalho da equipe, com ela o atendimento é realizado de maneira eficiente e adequado ao cliente. Existem ainda muitas dificuldades, mas com esforço e dedicação elas podem ser superadas.

Enfim, foi uma excelente experiência e contribuiu bastante para minha visão profissional.

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: 29 set. 2011.

Brasil. M. S.; Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL, M. S.; Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil; Brasília, 2005.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SBCeará. Fortaleza, 2004.

Folha online. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/861249-quatro-pessoas-morrem-por-intoxicacao-em-empresa-de-niquelacao-na-zona-sul-de-sp.shtml>>. Acesso em 04 mar. 2011.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em 30 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: O que é educação a distância. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_01/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Autonomia e Autodidatismo. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_02/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Interação na Ead Online. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_03/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_04/>. Acesso em: 05 set. 2011.

QUIXERAMOBIM, Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.quixeramobim.ce.gov.br/?pagina=infogerais>>. Acesso em 22 set. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em 22 de set. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Introdução ao processo de trabalho. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proc_trab/aula_01/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: O Processo de Trabalho em Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proc_trab/aula_02/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: O Processo de Trabalho em atenção básica de saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proc_trab/aula_03/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Modelos de determinação sociais. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proc_trab/aula_04/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Modelo Assistencial em Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_01/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Atenção Básica à Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_02/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_03/>. Acesso em: 05 set. 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, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Construções histórica, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_01/>. Acesso em: 05 set. 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 assistência e a clínica. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_02/> Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Casos clínicos na comunidade. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_03/>. Acesso em: 05 set. 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, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_04/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_01/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Assistência Durante a Gestação e o Puerpério. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_02/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Assistência Ginecológica no período reprodutivo e no climatério. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_03/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_04/>. Acesso em: 05 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família As Interfaces entre Trabalho, Ambiente e Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_01/>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_02/>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Importantes

questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil - Parte 1. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_03/>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia Saúde da Família. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_amb/aula_04/>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Políticas de Saúde Bucal. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_01/>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Processo de trabalho e organização da saúde bucal na Atenção Básica. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_02/>. Acesso em: 08 set. 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: Gestantes e Bebês. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_03/>. Acesso em: 08 set. 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: crianças, adolescentes e adultos. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_04/>. Acesso em: 08 set. 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, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_05/>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Promoção da Saúde Bucal. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_bucal/aula_06/>. Acesso em: 08 set. 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 magnitude da PcD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_01/>. Acesso em: 08 set. 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

Visual. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_02/>. Acesso em: 08 set. 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 Auditiva. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/>. Acesso em: 08 set. 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. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_04/>. Acesso em: 08 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Interdisciplinaridade Parte I. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_01/>. Acesso em: 09 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Interdisciplinaridade Parte II. Fortaleza, 2010. Disponível em: <
http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_02/>. Acesso em: 09 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Integralidade Atuando em uma Universalidade de Diferenças entre Famílias. Fortaleza, 2010. Disponível em: <
http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_03/>. Acesso em: 09 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Intervenções Profissionais e o Papel da Bioética. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_04/>. Acesso em: 09 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Práticas Educativas em Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/index.php?p=01.php>. Acesso em: 08 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: Práticas Educativas em Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_01/>. Acesso em: 08 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: Bases teóricas de uma práxis educativa. Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_02/>. Acesso em: 15 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 a abordagem ao indivíduo, família e comunidade - Parte 1. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_03/>. Acesso em: 22 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 a abordagem ao indivíduo, família e comunidade - Parte 2. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_04/>. Acesso em: 29 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: Planejamento em Saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/>. Acesso em: 13 ago. 2011.