

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



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ**

MARIA CARDOSO RODRIGUES

**EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: A REALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO
BÁSICA.**

FORTALEZA

2011

MARIA CARDOSO RODRIGUES

**EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: A REALIDADE DO ATENDIMENTO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

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

Orientador: Prof^o. Ms. Álvaro Fechine

FORTALEZA**2011**

Maria Cardoso Rodrigues

Educação à Distância: a realidade do Atendimento na Atenção Básica.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

R696e Rodrigues, Maria Cardoso.
Educação à Distância: a realidade do Atendimento na Atenção Básica / Maria Cardoso Rodrigues. – 2011.
69f.

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.

Orientação: Prof. Ms. Álvaro Diogenes Leite Fechine Orientador

Coorientação: Prof. Esp. Gardênia Maria Costa de Oliveira (1º avaliador)

MARIA CARDOSO RODRIGUES**EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: A REALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO
BÁSICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado 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. Álvaro Diogenes Leite Fachine Orientador

Prof. Esp. Gardênia Maria Costa de Oliveira (1º avaliador)

DEDICATÓRIA

Dedico a minha mãe, meus irmãos e família e amigos e professores que ajudaram a percorrer e descobrir o valor da vitória, fortalecendo e reconhecendo a sabedoria como conquista de um vencedor...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida concedida, sustento do meu amor, minha aspiração a prosseguir todos os meus objetivos alcançados.

Aos meus pais pelo amor, apoio, ajuda e carinho e respeito que me concederam no decorrer de toda a minha vida.

Aos meus irmãos que sempre me respeitaram e apoiaram na minha caminhada e vitória.

Aos meus amigos Adriana e colegas que sempre contribuíram e tiveram admiração pelo meu esforço.

Ao meu orientador: Dr. Álvaro que multiplicou meus conhecimentos, tendo paciência, dedicação e compromisso para essa realização.

A direção, coordenação e funcionários pelo apoio e desenvolvimento.

PENSAMENTO

O diabo fica nas esquinas da vida, nos mostrando o que não fizemos ao passo que Deus segura em nossas mãos e nos mostra o que ainda pode ser feito.

PADRE FÁBIO DE MELO.

RESUMO

O curso de especialização à Distância (EAD) a importância da realidade do atendimento atenção básica, pois permeia o desenvolvimento e o aprendizado. -estudo tem como objetivo analisar a realidade do enfermeiro na atuação de qualidade das práticas e ações para a melhoria da assistência de enfermagem nas atividades da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um relato de experiência, qualitativo, sobre dez assuntos distribuídos em disciplinas disponíveis no Ambiente de Avaliação de Aprendizagem (AVA) do curso de Especialização em Saúde da Família à Distância. Ressalta que estudos como esse se emergiu maiores interesses nos profissionais de saúde e que essa qualidade de ensino a distância possam ampliar nas universidades e que as autoridades competentes tenham interesse juntamente com os demais estudiosos, assim possam contribuir, resolutivamente através de incentivos e investimento na qualidade das ações e estratégia que minimizem os impactos na saúde pública. Podemos concluir que a EAD se tornou uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais da saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Palavras Chaves: Enfermagem. Estratégia da saúde da Família .Educação a Distancia.

ABSTRACT

The course (EAD) the importance of the reality of primary care, because it permeates the development and learning. study aims to analyze the reality of nurses in the performance of quality practices and actions to improve nursing care in the activities of the Family Health Strategy. This is an experience report, qualitative issues distributed in over ten disciplines available in the Learning Environment Assessment (AVA) of the Specialization Course in Family Health Distance. He points out that studies like this is major interest has emerged among health professionals and that their quality of distance education could expand in the universities and the authorities have an interest along with other scholars, and can contribute resolutivamente through incentives and investment in quality actions and strategies that minimize the impacts on public health. We conclude that the EAD has become an important tool for the qualification of health professionals working in Family Health Strategy (FHS).

Keywords: Nursing. Family Health Strategy. Distance Education.

RESUMO

O curso (EAD) a importância da realidade da atenção primária, porque permeia o desenvolvimento e aprendizagem. estudo tem como objetivo analisar a realidade dos enfermeiros no desempenho das práticas de qualidade e ações para melhorar os cuidados de enfermagem nas atividades da Estratégia Saúde da Família. Este é um relato de experiência, questões qualitativas distribuídas em mais de 10 disciplinas disponíveis na Avaliação de Ambiente de Aprendizagem (AVA) do Curso de Especialização a Distância de Saúde da Família. Ele ressalta que estudos como este é o interesse maior tem emergido entre profissionais de saúde e que sua qualidade de educação a distância pode se expandir nas universidades e as autoridades têm interesse, juntamente com outros estudiosos, e pode contribuir resolutivamente através de incentivos e investimentos em ações de qualidade e estratégias que minimizem os impactos sobre a saúde pública. Concluímos que a EAD se tornou uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Palavras-chave: Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Educação à Distância

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ABS- Atenção Básica á Saúde

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APA- Atenção Primária Ambiental

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

AVA- Ambiente Virtual de Aprendizagem

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CHE- Cuidados Holístico Ecológico

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

DST- Doenças Sexualmente Transmissível

EAD – Ensino à Distância

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

PSF- Programa de Saúde da Família

SER- Secretaria Executiva Regional

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1 14
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. Objetivos Gerais.....	16
2.2. Objetivos Especificos.....	16
3. METODOLOGIA.....	17
3.1. Tipos de estudo.....	17
3.2. Local do estudo.....	17
3.3. Coleta e Análise dos Dados.....	18
3.4. Aspectos Éticos e Legais.....	18
4. RESULTADOS E DISCURSSÃO: APRESENTAÇÃO DOS PORTIFÓLIOS.....	19
4.1. Educação a Distancia.....	19
5. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	21
5.1 Processo do trabalho em saúde na Contextualização da realidade do enfermeiro na ESF...	21
5.2 Impacto da disciplina para realidade do profissional na qualidade de saúde.....	23
6. MODELO ASSISTÊNCIAL.....	24
6.1 Modelo assistencial na realidade e Contextualização na ESF.....	24
6.2 Modelo Assistencial na Qualidade de Saúde.....	25

6.3 O Impactos da disciplina na realidade do profissional de saúde.....	28
7. SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA.....	30
7.1 Saúde mental e violência uma contribuição na realidade do enfermeiro na ESF.....	30
7.2 Impactos da disciplina na realidade do profissional.....	33
8. SAÚDE DA MULHER	35
8.1 Sexual e Reprodutivo da Mulher uma contextualização da realidade.....	35
8.2A estratégia da saúde da mulher e a realidade do enfermeiro na ESF.....	36
8.3 O impacto da disciplina saúde da mulher na realidade do profissional.....	37
9. SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	38
9.1 Saúde ambiental e acidentes na contextualização dos riscos.....	38
9.2 Qualidade da saúde e os problemas ambientais e acidentes.....	39
9.3 Impactos da disciplina na realidade do profissional.....	41
10. SAÚDE BUCAL.....	43
10.1 Contextualizações da ABS Bucal.....	45
10.2 O impacto da disciplina na realidade do profissional.....	45
11. ABS PORTADO COM DEFICIÊNCIAS.....	48
11.1 Contextualizações ABS Portador co Deficiência na realidade do enfermeiro...	48
11.2 O impacto da disciplina na atuação do profissional.....	49
12. INTERDISCIPLINALIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE.....	52
12.1 Contextualizações da Interdisciplinaridade e Bioética no papel do enfermeiro.....	52
12.2 Impacto da disciplina na atuação do profissional.....	53
13. TECNOLOGIAS PARA A ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE-PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.	55
13.1 Contextualização e Tecnologia para as práticas pedagógicas.....	52
13.2 Impactos da disciplina na atuação do profissional.....	

14. PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE.....	54
14.1 Contextualizações no Planejamento e Ações de Saúde na realidade da saúde.....	58
14.2 Impactos da disciplina na atuação do profissional.....	58
15. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	67

1. INTRODUÇÃO

5. PROCESSO DO TRABALHO EM SAÚDE

As instituições de ensino e Enfermagem, nos últimos anos, têm evoluído para desenvolver programas de capacitação pessoal no estilo a distância, tanto no que diz respeito à preparação de seu corpo docente, quanto à adequação tecnológica, como mais uma alternativa para formar profissionais na área da saúde, em especial, para o pessoal de enfermagem.

A experiência com a literatura relacionada com o ensino indica que a educação à distância (EAD) tem evoluído como uma estratégia adequada e eficaz para educação de profissionais, qualificados no mercado de trabalho, e que tem uma vasta experiência, facilitando o acesso ao saber por uma grande quantidade de alunos interagindo no mesmo objetivo. (ABRAEAD 2007)

Durante a minha vivência profissional tive a oportunidade de experiência na assistência da Atenção Primária, onde desenvolvi e aprimorei meus conhecimentos sobre o assunto, pois muito dos programas relacionados à área não são abordados de forma específica nas universidades.

O estudo justifica a relevância no processo da realidade da assistência e planejamento nas ações de saúde entre profissionais da ESF, possibilitando a interação entre os multiprofissionais de saúde, enfrentando e superando os desafios da problemática abordada, contribuindo para intervenção apropriada e ressaltando a visão da assistência do cuidar, da família.

Vale destaca-se a visão do enfermeiro na necessidade de maiores incentivos para um desenvolvimento e planejamento de qualidade na Estratégica da Saúde da Família, onde a união das comunidades e lideranças possa olhar junto à problemática da saúde, pois ainda torna-se deficiência deste conhecimento, principalmente aonde a informação chega lentamente para a população.

A Atenção Primária é entendida como forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir de uma perspectiva da população, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados quando há mais de um problema, e influencia as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (TAKEDA, 2004).

O programa de saúde apresenta uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia e integralidade na atenção, de trabalho a equipe, enfoque multiprofissional, de ênfase na promoção de saúde com o fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulos a participação da comunidade entre outros, consolidando assim, o sistema único de saúde (SOUZA, 2000).

5.1 O Processo de Trabalho em Saúde na Contextualização da realidade do Enfermeiro na ESF.

O Centro de Saúde da família Outra Banda que está localizado na Av. Drº Ageu Gurgel Herbster SN/ Município de Maranguape- Ceará, A estrutura física da unidade é disposta em coordenação, clinica médica, consultório, copa, sala de reuniões, pediatria, recepção, consultório ginecológico, consultório de enfermagem, sala de imunização, sala de curativos, sala de esterilização, expurgo, laboratório, sala de coleta de exames, farmácia, aerossol terapia também adaptada para atendimento ambulatorial de emergência.

O centro de Saúde da família Outra Banda, conta com e 1 equipes da estratégia saúde da família com; 1 médicos (clínico, ginecologista e pediatra), enfermeiros, 1 dentista, 7 técnicos de enfermagem, 1 atendente de consultório dentário, 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe de manutenção. A unidade realiza diariamente cobertura aos programas de atenção à saúde da família, ao diabético e hipertenso, à saúde da mulher, do idoso, do adolescente, ao pré-natal, à puericultura, à saúde bucal, a assistência farmacêutica, ao Programa Nacional de Imunização (PNI), aos programas de Hanseníase e tuberculose além de realizar atendimento laboratorial e ambulatorial de emergência, curativos.

As reuniões e atividades educativas com os profissionais e comunidades acontecem na sala de Enfermagem do centro de saúde sempre que seja necessário para o acompanhamento e planejamento de estratégia da coordenação do posto. O ponto preocupante são as queixas da comunidade quanto ao atendimento que ainda deixa a desejar, mesmo diante deste agravo, é bom ressaltar que as mudanças para a melhoria no atendimento busca priorizarem a satisfação e necessidade no atendimento de qualidade a comunidade

O funcionamento da unidade de saúde Outra Banda atualmente funciona em dois turnos, sendo o primeiro de 08h00min às 12h e 14h às 17h00minh, inclusive aos finais de semana, em especial para o controle de campanhas de vacina e da dengue. A equipe trabalha em contrapartida em revezamento de escala, existe uma motivação da participação da comunidade que trabalham em horários comerciais.

Para a comunidade do bairro está estratégia beneficia de modo geral as pessoas que procuram as consultas de enfermagem as quais são uma oportunidade para o cliente buscar esclarecimento, tirar dúvida sobre sua doença, sobre como ter uma melhor educação alimentar, ser orientado quanto à importância da atividade física, tudo isso motivar a importância, pois o que o cliente realmente deseja é atenção de qualidade no atendimento.

Dessa maneira a consulta de enfermagem é algo sistemático de importância, com o cuidar em assistir o cliente.

A qualidade da assistência dos profissionais se darem através de um cronograma onde as equipes atuam para condicionar todas as atribuições e planejamento dentro da situação de prevenção e promoção para a comunidade.

CRONOGRAMA

Ano: 2011	MANHÃ	TARDE
Enfermeiros (a)	OBS: Pacientes com tuberculose serão atendidos em todos os horários.	
Segunda Feira	Hipertensão e Diabete Méllitus	Hipertensão e Diabete Méllitus
Terça Feira	Prevenção da Mama e colo uterino	Planejamento Familiar
Quarta Feira	Pré-Natal	Puericultura
Quinta Feira	Visita Domiciliar	Bolsa Família
Sexta Feira	Puericultura	Planejamento Familiar

Quadro-01 Atividades Desenvolvidas na Unidade Maciel de Brito Fort-Ce (2011). Monografia “Auditoria do Método de Assistência de Enfermagem”, UFSC: NFR, Faraco (2004).

5.2 O Impacto da Disciplina na realidade da atuação do profissional na Qualidade da Saúde.

O impacto desta disciplina nos proporcionou uma visão na qualidade de serviços e educação permanente dos profissionais de saúde e a implantação da política de humanização e acolhimento é outro ponto importante, pois há profissionais que visam apenas à produção, porque são obrigados pelos gestores, e essas duas categorias (gestores e profissionais de saúde) teriam que ser sensibilizados quanto às ações de promoção da saúde para a melhoria da qualidade da assistência.

Portanto, o processo de trabalho em saúde é um conjunto de estratégias dos profissionais de saúde que tem como objetivo de planejar, organizar e executar o serviço de

saúde, porém essas ações devem partir dos gestores, pois eles podem estimular a equipe para as ações de promoção e prevenção da saúde, não só querer cumprir metas que, também, é um fator importante para o município, mas sim procurar melhorar a qualidade da assistência à comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006)

Neste contexto evidencia que a educação da população sobre a importância das ações de promoção e prevenção da saúde, pois ela está habituada a procurar a unidade de saúde apenas quando está doente para ser solucionado seu problema.

A realidade nos permite ver hoje as responsabilidades e iniciativas das comunidades e líderes formais e informais atuando unificando as ações de planejamento em busca de cidadania em formas de parcerias comunitárias, este esforço de se fazer um trabalho educativo em conjunto sem perder suas especialidades. O empenho desses grupos e entidades comunitárias desenvolve a satisfação da sociedade em poder expor seus sentimentos, idéias, pensamentos, exercitando a fala e escrita, dialogando, elaborando e apropriando de suas propostas para a qualidade e melhoria no atendimento à saúde básica da família.

Todavia a grande desigualdade que existe e que as estratégias do PSF que priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua ainda deixa muito a desejar, mas o programa melhorou muito a saúde da população que antes não tinha nenhum acesso. Acredito que aos poucos a ESF está conquistando seu espaço e a população entendendo a importância do programa.

6. MODELO ASSISTENCIAL

6.1 Modelo assistencial na realidade e contextualização do enfermeiro na ESF.

A experiência Brasileira com o modelo de Atenção voltada para a saúde da família tem proporcionado algumas mudanças positivas em relação entre os profissionais de saúde e a sociedade, tanto é necessária a (re) estruturação dos serviços de saúde, bem como a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde

como um direito de cidadania expresso pela qualidade de vida das pessoas (ROBERTO NETTO et al, 2001).

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, por meio característico apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de atenção devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque esta é a porta de entrada do sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Para que essa mudança de modelo assistencial possa se concretizar visou à presença dos profissionais com uma visão sistemática e integral ao atendimento do indivíduo e família e comunidade onde possamos atuar com capacidade, criatividade e senso crítico, mediante a uma prática humanizada, competente, e resolutiva que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação para o bem estar da comunidade, atuante na população da área de abrangência da equipe de saúde.

A perspectiva de novos conhecimentos e capacidade destes profissionais para desenvolver, planejar, organizar e avaliar as ações que corresponderam às reais necessidades dos indivíduos, articulando os diversos setores envolvidos na promoção do cuidar e saúde.

No entanto este processo tenha um desenvolvimento e aproveitamento de qualidade é preciso que os profissionais de saúde tenham interesse e iniciativa no cuidar, mantendo uma qualidade e tecnologia atualizada. Sendo assim mobilizando e envolvendo nas mudanças comunitárias e nos projetos de maiores responsabilidades das famílias, com a finalidade de construir elos e melhorar o desenvolvimento no atendimento na ação e estratégias na vida e saúde da comunidade (CABRAL, 2001).

A estratégia dos modelos assistenciais viabiliza uma qualidade de atendimento no melhor andamento para o cuidado, vale ressaltar-se que estes modelos podem ser garantidos a partir do desenvolvimento de todos os participantes que regem as normas e responsabilidades do sistema único da Saúde.

Neste processo de mudança do modelo assistencial, ainda considerando uma estratégia importante que prioriza as ações curativas, portanto essa transformação do atual modelo precisa que os componentes de políticas públicas, os representantes de todos os setores, os

recursos humanos e operacionais, são necessários enfatizar que as mudanças ocorram sobre os elementos da objetividade e saúde.

6.2 Modelo Assistencial na Qualidade da Saúde;

A estratégia Saúde da Família (ESF), que começou em 1994 como um programa governamental, foi parte de um processo de reforma incremental do SUS. A proposta era de alterar o modelo de atenção do SUS, mas a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) provocou mudanças também nas formas de remuneração das ações de saúde e de organização dos serviços (VIANA; DAL POZ, 1998).

A partir da implantação do SUS, a adoção do paradigma da produção social da saúde produziu uma rearticulação dos discursos e das práticas profissionais tradicionais no campo da assistência à saúde, acarretando o que Miotto (2004, p.12) afirma.

Não é por acaso que questões importantes como educação em saúde, trabalho comunitário, trabalho com redes, controle social, incluindo discussões sobre abordagens metodológicas, venham se estruturando como campo de conhecimentos em áreas como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a nutrição dentre outras.

Para Buss (2003), o conceito moderno de promoção à saúde, assim como sua prática, é decorrente das discussões efetuadas nas grandes conferências internacionais de promoção à saúde. Estas, segundo o autor, contribuíram decisivamente para a construção de uma nova forma de entender a promoção da saúde como fator essencial para o desenvolvimento humano.

É importante que a evolução histórica e seus determinantes venham estimular na abordagem como novo projeto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), entendida como uma reorganização de um projeto de modelo assistencial, no qual este possa complementar as necessidades e mudanças de melhoria para a população das áreas de abrangência de todas as localidades atuantes.

A qualificação destes profissionais na assistência é importante para o andamento de todos os processos, atendendo assim as necessidades nos diversos ciclos de vida, conhecendo a

realidade das famílias pelas quais somos responsáveis e identificamos os problemas de saúde mais comuns, seja nas situações de risco nos quais os indivíduos estão expostos.

Refletir o caso de D, Maria que serve de exemplo para nossa realidade na assistência de sua doença. A equipe da ESF realizando suas atividades de rotina percebeu que Dona Maria mesmo diante do desenvolvimento e programa de estratégia ainda permanecia seu quadro de doença sem melhora para enfrentar a sua vida normal. Diante do exposto o trabalho desenvolvido pela equipe manteve-se a efetividade para um cuidado de recuperação dando condições para que Dona Maria pudesse voltar à sociedade, norteadas pela presença destes atributos estão presentes.

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formular as políticas de saúde;
- Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- Executar ações visando à saúde do trabalhador;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

Assim como vários outros atributos estiveram ausentes fazendo com que a realização de novas consultas e outras internações permaneça que Dona Maria acabe tornando uma cliente com quadro de diagnóstico crônico, muitas vezes a família esquece seu familiar e abandonam nas instituições, fazendo com que as entidades tornem local acolhedora de pacientes psiquiátricos.

No entanto no conhecimento de sua doença é conveniente que seu tratamento tenha uma aceitação maior por parte das equipes multiprofissionais e familiares, pois Dona Maria quando se encontra diante da realidade torna a sentir inútil e incapacitada para administrar sua vida, dando condições a recaída da doença.

Raws (2000), cujas análises têm influenciado o debate sobre justiça e equidade seja abordada com base em perspectivas diferentes, pois a idéia de justiça carrega um sentido distributivo, que implica na igualdade de oportunidades, tendo em vista as diferentes necessidades dos cidadãos.

Para que Dona Maria possa ter um acompanhamento e recuperação ideal e aceitação no seu tratamento houve uma ausência de sua parte contribuir com o tratamento, dando continuidade a sua vida social e humanitária ao retorno a sua residência, pois a falta de acessibilidade e afetividade está presente em muitos outros casos como a de Dona Maria.

Para Cyrulnik (2007), a afetividade é retratada como “uma força biológica, uma comunicação material, um liame sensorial que une os seres vivos e estrutura entre eles um verdadeiro órgão da coexistência”.

É uma troca mútua do sujeito com o mundo e do mundo com o sujeito. Sendo este referido filho namorado de alguém, ele será continuamente transformado pelas experiências no vínculo do namoro e o mesmo acontece com o outro alguém, que também será continuamente transformado. “Os papéis sociais adquirem, nos vínculos e nos grupos, formas e conteúdos específicos que estruturam e, ao mesmo tempo, expressam a própria personalidade” (NERY, 2003, p.35).

6.3 O Impacto da disciplina na realidade do Profissional de Saúde

A oportunidade de vivenciar diante da disciplina Modelo assistencial na atenção básica mais uma vez me condicionou a pensar, porém a necessidade de uma atenção igualitária e humana, onde meu aprendizado foi capaz nas ações de agilidade com a comunidade que trabalhei e atendi a verdadeira necessidade de executar meus conhecimentos teóricos.

A população que atendemos se demonstram cheias de direitos e em muitas situações desrespeitam até os profissionais que as acolhem, tornado assim o trabalho mais árduo, porém não menos atencioso e capacitado, acredito que eles deveriam se interar com os programas existentes na unidade, fizer o sistema funcionar integro de atendimento.

Naturalmente essa experiência do curso da especialização a distancia no PSF, foi um crescimento de conhecimento e sabedoria na minha vida profissional. Onde pude observar de perto as vantagens e desvantagem na atuação do enfermeiro neste campo e que cada momento vivenciado servem de aprimoramento para a vida profissional.

Os profissionais de saúde do PSF, são importantes para o desenvolvimento do funcionamento dos programas de saúde, são eles que estão inseridos na maioria dos programas oferecidos nos postos de saúde de todo o Brasil. Estão diretamente vinculados com a comunidade, vizinhança e população, acompanhando clientes em diferenças faixas etárias, com patologias diferenciadas, onde buscam sempre prevenir e promover a qualidade de vida da população brasileira.

É importante que a enfermagem seja grande em diversos aspectos, mesmo não tendo o reconhecimento devido, no entanto o presente momento de ajudar e transformar o cuidado em algo preventivo, isso significa que sempre seremos guerreiro pelo ato de cuidar.

Segundo Pedrosa (2003), as práticas educativas nada mais é que a construção compartilhada de saberes que fundamentam as visões do mundo de pessoas e respeitar esses saberes jogados no mundo da vida, potencializando, desta forma, o protagonista das pessoas e dos coletivos sociais.

Pois, humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeito de direitos, é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia.

Segundo Ayres (2004), o cuidado é reconhecido como o verdadeiro desafio para as organizações dos serviços prestados pela saúde do país, porém necessitamos de uma mudança de urgência, uma nova perspectiva de atitudes de cuidados para com o outro.

O impacto diante destas diversas realidades que temos que sabermos contornar, pois a princípio é a população quem mais precisa deste serviço, por isso temos que solucionar situação que foge da nossa realidade, mas temos que nos por sempre no lugar do outro.

Para nós profissionais entendermos esses processos da comunicação onde todos os aspectos englobem diferenças das diferenças não deverá analisar a partir de uma forma particularizada e sim de um olhar globalizados, onde muitas vezes o profissional de saúde em suas práticas diárias perde de vista essa fundamentação, não entendendo os indivíduos inseridos num contexto maior.

É preciso estar comprometidos e empenhados em facilitador a abertura de novos horizontes a fim de que os indivíduos se tornem um pouco particular de uma sociedade que expressa no nível individual às condições coletivas de vida.

É importante para nós enfermeiro nas situações em seu contexto profissional, terem bem clara a compreensão do que vem a ser este processo na saúde, onde os aspectos citados devem ser levados em considerações principalmente na comunicação entre individuo/doença onde esse aprendizado possa interagir no cuidar, planejamento essencial para a cura e prevenção assistida, assim educar é intervir no mundo.

Para Mendes (2005), na realização da promoção de saúde o que se espera dessas redes sociais, é um compartilhamento de conhecimento, ações responsabilidade, onde os problemas relativos à sustentabilidade dos processos estão intimamente interligados a ambos, intersetorial e participativos, necessitando de análise e aprofundamento dos lugares de poder. Essas redes sociais que nos desafiam a pensar a saúde como estratégias das políticas públicas que são vivenciadas, necessitam de um olhar e visão amplamente para as condições de desenvolvimento humanitário.

7. SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

7.1 Saúde Mental e Violência uma contextualização da realidade na ESF.

A estratégia saúde Mental busca resgata o doente mental a socialização, ao lar da família, fazendo com que ele possa sentir capacidade de conviver na comunidade e levar uma vida digna perante a sociedade.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.

Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (OMS, 2001).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma (BRASIL. 2001).

O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos.

Trata-se afinal, do desafio da (ESF), construir uma política pública e coletiva para a saúde mental. Uma das tomadas de descentralização são as internações de pessoas portadoras de transtornos mentais. Desde então, atenção aos portadores de transtornos mentais foi sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados.

Para a comunidade a doença saúde mental segue-se uma tradição de medo e intolerância onde a pessoa tem uma visão de agressividade, terror e rejeição, a maioria da população ainda ignora a doença como um louco, isto significa que ainda falta à consciência e o conhecimento do que é o transtorno mental.

A equipe de saúde multidisciplinar ainda necessita buscar intervenções resolutivas para uma prática sustentada pela humanização e saúde como um direito de cidadania, identificando fatores e manifestações de risco para uma qualidade de vida a sua população quando se trata de transtorno mental.

A visão sistêmica e integral do indivíduo mental em seu contexto familiar e social é proporcionada através do trabalho “com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente” (SOUZA, 2000, p. 27).

Assim as equipes do ESF deverão ser incorporadas em um sistema para uma capacitação em saúde mental, é necessário normatizar e realizar programas de incentivo a todos os profissionais que acompanham estes clientes, aguardando-lhe de uma experiência e domínio ao deparar-se em situações a nível mental.

Segundo Casé (2000-, p. 123) deve envolver um planejamento no qual sejam “delineadas as seguintes ações: - pesquisa e estudo de campo em área piloto, - oficinas de sensibilização das equipes do PSF, - monitoração sistemática das ações, - elaboração de uma proposta de atenção a saúde mental”

A equipe capacitada deverá contemplar tanto aspectos técnico, relativos à promoção de saúde, assistencial, reabilitação social, abordagem de família, quanto àqueles associados á humanização das práticas, relacionadas à mudança de concepção dos temas comunidade e sofrimento psíquico (FELISBINO, 2000).

Uma vez capacitada e incorporada às ações de atenção a saúde mental, a equipe do PSF, então instrumentalizada, torna-se mais apta a identificação de situações e prestar os cuidados de atenção básicos a família portadora de sofrimento psíquico. Torna-se, também, mais evidente, o reconhecimento da limitação de sua ação, o que por sua vez poderá levar a necessidade de fortalecimento de busca de reforço de acordo com a violência existente em sua região.

Os profissionais envolvidos no cumprimento destas ações devem ser conforme Lancetti (BRASIL, 2000, p. 46) “pessoas corajosas com vontade de experimentar, pois vão atuar diretamente com a loucura, com a violência, sem proteção, sem muros, apenas com o corpo e a inteligência.

Atualmente para que este processo de incentivo e reabilitação dos profissionais em saúde mental é preciso que este programa esteja vinculado a uma rede, onde os gestores estejam engajados a complexidade do conhecimento da doença.

Entende-se por rede de saúde mental o conjunto de ações concebidas a partir da Reforma psiquiátrica, ou seja, a formação de serviços substitutivos organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. Neste contexto destaca-se a hierarquização da rede de atenção em saúde mental constituída pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Simplificado, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) / CAPS de média complexidade, Serviços residenciais terapêuticos, Hospital dia, Leitos psiquiátricos em hospital geral, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e Hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001).

Vale salienta-se a importância da união de esforços entre profissionais do PSF, na saúde mental porque a doença não ocorre separada da saúde física, ressalta-se a singularidade o avanço do atendimento no PSF, pois estes profissionais aprendem lidar com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para o qual não estamos preparados.

Portanto a equipe multidisciplinar do ESF, atualmente trabalha juntamente com um propósito de assegurar e garantir a saúde íntegra e consolidar a recuperação mediante de um acompanhamento junto aos CAPS, onde o doente com transtorno mental possa ter uma continuidade no seu tratamento, garantindo assim um melhor retorno para sua casa.

O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

7.2 O Impacto da disciplina na realidade do profissional de saúde

Através dessa disciplina, ressalta-se a importância desta análise crítica que possibilita um repensar para um desenvolvimento de aprendizado na área de saúde mental onde precisamos melhorar um atendimento de qualidade a pacientes com transtorno mental, onde precisamos melhorar a promoção e reabilitação destes doentes mental, para isso necessitamos que acontecesse um repensar de todos os gestores da saúde e proporcione uma estratégia de qualidade para essa doença.

A atuação dos profissionais de saúde mental ainda torna-se uma abordagem deficiente quanto especialista em psiquiatria, onde estes profissionais possam conhecer habilidades técnicas para um diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação em saúde mental, com estas características assim posso dizer que será adequada e personalizada as diversas modalidades médicas e terapêuticas onde exige a participação de toda a equipe de saúde, reconhecendo a eficiência e afetividade atuação e hegemonia dos profissionais.

A representação da disciplina saúde mental e violência contribuiu para um conhecimento amplo e um melhor desenvolvimento na atuação de estratégia no tratamento da doença de transtorno mental e violência, decorrente de grandes transformações no processo do cuidado, acrescentou uma importância implicação de conhecimento, voltados para a construção do pensamento crítico e reflexivo, considerando que a prática saúde mental oportuniza a construção de nova aprendizagem e saberes. Acrescentando uma visão de ampla modificação para nos lidar com doentes mentais.

As enormes dificuldades que temos enfrentado na luta pela reforma psiquiátrica significam na verdade um desafio com dimensões muito mais amplas: o processo de universalização das políticas sociais em contexto periférico e local vem se dando em plena crise das políticas de bem estar social no plano mundial, ou seja, sob a hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, com suas estratégias de precarização das políticas sociais públicas e de induzir desassistência, com isso único prejudicados ainda é a comunidade de necessita deste tratamento.

A realidade das equipes de saúde em relação à saúde mental ainda demonstra um distanciamento de atuação quando se deparam com pacientes com transtorno, até mesmo em relação como atender, iniciar uma promoção e recuperação do diagnóstico da doença, ainda

muitos profissionais não estão preparados, outros nem gostam de atuar, onde este processo difunde a perspectiva de um tratamento adequado a esses tipos de transtorno. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental.

Cada profissional de saúde utiliza um modo particular para se posicionar em relação ao doente mental e, assim, circunscreve uma percepção de como proceder diante de cada situação. Seu posicionamento, enquanto opinião revela um comportamento e seus juízos de valor, direcionando o desempenho desse papel profissional que, à primeira vista, tende a certa neutralidade sobre como cuidar das manifestações. Atualmente minha prática e vivenciada dentro de um hospital psiquiátrico, diferente da atuação na atenção básica, posso dizer que em termos de trabalhar e lidar com esses doentes é fácil o mais complicado é saber como este doente dará continuidade no seu tratamento.

Percebemos que longe da assistência do profissional muitas vezes nem mesmo a família coopera com a reabilitação e tratamento deste doente, torna-se fácil para este mesmo retornar de volta a hospitalização e torna-se um doente crônico.

8. SAÚDE DA MULHER

8.1 Direito Sexual e Reprodutivo da Mulher uma contextualização da realidade.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher instituída em 2004 é voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais como: mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2004).

Segundo Villela (2000), a proposição “saúde integral da mulher”, por exemplo, visa tomar as mulheres como sujeitas e não como objetos reprodutivos, surgindo para se contrapor

à idéia de saúde materno--infantil. A formulação “saúde reprodutiva”, que vai suceder a proposta de saúde integral da mulher, assinala, no espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever.

A proposta de saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina. Neste sentido, a idéia de “saúde sexual” englobaria as anteriores, tanto quanto demarcaria uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais.

Segundo Gaio (2004), para promover a segurança da saúde da mãe e do feto, é necessário identificar as gestações de risco e oferecer atendimento diferenciado nos variados graus de exigência, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal.

A assistência à mulher durante a gestação e o puerpério, visa assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna.

Segundo Almeida (2003), Neste período de climatério não é mais uma doença e sim uma fase natural da mulher que seu organismo possa a superar seus sintomas que variam na sua intensidade, é claro para isso é preciso que as mulheres nesta fase procurem um acompanhamento sistematizado visando à promoção de saúde, buscando um diagnóstico precoce, realizando um tratamento imediato e prevenindo de danos decorrentes a este período de climatério.

A assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério deve ser realizada rotineiramente como parte do exame físico habitual. Ele tem como objetivo confirmar a normalidade da genitália externa e diagnosticar precocemente sinais de desenvolvimento anormal ou outras doenças (ACCETTA e HERTER, 2004).

O período gestacional, tomada como condição traçada, não permite inferir imediatamente que os outros problemas de saúde assistidos pela rede de serviços de saúde apresentem boa qualidade de atendimento, por mais que a detecção de limites nessa área possa sugerir que problemas semelhantes ocorram em outras.

8.2 A estratégia da saúde da mulher e a realidade do enfermeiro na ESF.

Segundo o conceito adotado, “a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde”. A garantia desta atenção deve ser assegurada pelo SUS e compreende: “atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (BRASIL, 2004).

Para Ranciaro (2004), os serviços de saúde prestados a população são precários e isso resulta nas questões sociais e históricas, produzindo pela exclusão, emblemática na impossibilidade na plena realização dos indivíduos e de acesso a recursos que melhorariam a vida.

A assistência das mulheres no programa da estratégia da saúde da família tem contribuído para o fortalecimento das ações interativas entre profissional e cliente, hoje a mulher falando no contexto completo, tem se esforçado para adquirir um atendimento especial com seus cronogramas dentro da (ESF), A informação e os direitos que a mulher constitui uma relevância de suma importância para o controle do câncer serviço uterina.

A consulta ginecológica ainda permite que as mulheres possam está controlando e prevenindo das doenças contraídas pelas DST, esse procedimento e realizada no intuito de diminuir as conseqüências de câncer de mama e cervico- uterino.

Atualmente o programa de assistência tem trabalhado em cima da conscientização e organizações por apresentar um planejamento igualitário, oferecendo uma vida saudável e qualitativa, conquistando maior tempo de vida, as mulheres exposta a várias doenças tem se prevenido mais e adoecido menos, obtendo uma expectativa de morte mais prolongada que os homens, o que ainda supõe a continuidade e tratamento em níveis de complexidade sempre que se fizer necessário a sua saúde.

8.3 O impacto da disciplina saúde da mulher na realidade do profissional

O importante impacto na saúde da mulher é a assistência a vítimas de violência, pois é um fenômeno social e histórico de conceituação complexa, que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais (BRASIL, 2005).

O impacto desta disciplina conseqüentemente amplia a capacidade do profissional para atuar no Sistema Único de Saúde considera como um aprendizado para a sua vida se compor em condições de saúde, realizando aspectos como, alimentação adequada, atividades físicas, moradia, conforto familiar, e um bom acesso aos serviços de saúde ou ausência a doença.

O sistema de saúde ainda necessita de reformulação em termos de estratégia de trabalho, principalmente no que cabe aos aspectos de gestão e monitoramento das ações na atenção primária, tornando estes aspectos com mais afetividade e responsabilidade entre, usuário, equipe e gestores.

Acredito que para as mulheres vítimas de violência doméstica tivessem coragem para denunciar seus agressores, elas teriam que ter inicialmente um ponto de apoio no município, como existe nas grandes cidades com apoio jurídico e psicológico, ou um local de abrigo até que elas pudessem restabelecer sua vida independente da renda dos agressores.

A estratégia do sistema de saúde tem por finalidade para o profissional de saúde formular e executar políticas econômicas e sociais no campo da saúde, reduzindo os riscos de doenças e agravos, assegurando condições que resultam em um acesso universal e igualitário as ações e serviços a todos que procuram um atendimento nas UBS. Como estratégia de superação nos profissionais de saúde, buscamos programar modelos assistenciais em propósito construir sobre diferentes bases e critério de processo na equipe, gerando uma assistência de promoção e prevenção.

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

9.1 Saúde Ambiental e Acidentes naturais na contextualização dos riscos.

Para o Ministério da Saúde a perspectiva da saúde, o ambiente deve ser entendido como território vivo, dinâmico, constituído por processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, no qual se materializa a vida humana, por meio de políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível, com a participação e controle social.

Vale ressaltar que as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador devem estar articuladas nos serviços de saúde, uma vez que os riscos gerados direta e indiretamente pelos processos produtivos afetam o meio ambiente e a saúde das populações e dos trabalhadores de modo particular.

A estratégia da atenção primária ambiental (APA), proposta cancelada pelas OPAS em 1990, como ação preventiva e participativa em nível local, é orientada pelo reconhecimento do direito dos seres humanos de viver em um ambiente saudável e de serem informados sobre os riscos para sua saúde e bem-estar, bem como de suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (NETTO, 2006).

A finalidade do RENAST era criar uma rede, como o próprio nome preconiza, articulando as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS, foi sendo revista por meio de novas normativas, que também dispõem sobre sua estruturação. Em 2005, portanto, a Renast foi revista e ampliada, por meio da Portaria GM/MS nº 2.437, de 07/12/2005, e novamente em 2009, pela necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728, de 11/11/2009.

A RENAST tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, Voltado à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do trabalhador. Onde o homem é o fortalecimento para manter a realidade da natureza, conservando, mantendo e cuidando dos seus produtos de valores. Percebe-se que a natureza está se transformando por falta de conscientização do próprio homem, que busca suprir e alcançar valores destruindo suas riquezas naturais e transformando de forma inevitável para um processo de degradação ambiental.

O processo de industrialização e o desenvolvimento da economia global baseiam-se em uma lógica em que o crescimento de curto prazo se sobrepõe ao crescimento de longo prazo, afetando os ecossistemas e degradando o capital natural (serviços oferecidos pelos ecossistemas). Esta lógica é estimulada e favorecida pelo fato das contas nacionais não registrarem explicitamente os custos ambientais desse crescimento da economia global, já que o principal indicador, como o PIB, trata o incremento quantitativo da economia (crescimento) como sinônimo de melhoria qualitativa E desenvolvimento (BELLEN, 2005).

Nesse processo, o rápido crescimento dos mercados globais veio acompanhado de crescentes iniquidades sociais e econômicas no mundo, assim como da degradação ambiental, contribuindo para a emergência de problemas como o aquecimento global do planeta, a redução da camada de ozônio, a perda de biodiversidade, a depredação e poluição dos recursos naturais e o amplo processo de desflorestamento e desertificação, (FREITAS, PORTO, 2006).

9.2 Qualidade da Saúde e os problemas Ambientais e Acidentes

Desse modo, as cidades de todo mundo sempre ocorrem modificações no espaço, são identificadas nas reformas de residências, lojas e todas as formas de edificações, isso modifica com a realidade do habitat da nossa população, comunidades locais, que até hoje lutam por essa transformação, destruam seus costumes e tradições em situação de moradia e convívio social, cultural e industrial.

Sabe-se que esta destruição também pode causar extensos prejuízos para a saúde do homem, vale salientar que todo este avanço, a natureza, biodiversidade se caracterizam por interações de valores do homem que o classifica entre consumidores e produtores, de forma a descrever o andamento e seus problemas de saúde do seu convívio natural.

Nos centros urbanos as alterações são percebidas nas construções presentes, essas transformações ocorrem em loteamentos que em um período era somente uma área desabitada e passou a abrigar construções residenciais, além de áreas destinadas ao comércio e a

indústria, os canais de águas misturadas com os lixos, as queimadas nas plantações fazendo as fumaças contribuir com o aumento dos casos de doenças respiratórias e pulmonares.

Alguns princípios básicos podem servir para orientar a humanidade para se prevenir das doenças causada pelo meio ambiente, fazendo o equilíbrio entre os seres humanos e o mundo natural. Os humanos devem conhecer a terra, antes de tomar qualquer atitude. A humanidade deve procurar a contribuir com o andamento da saúde ambiental, controlando assim as doenças oportunistas da natureza, respeitando as transformações do meio ambiental.

Para alguns autores não é somente o agravamento da crise ecológica que vem produzindo um maior interesse por questões metodológicas voltadas para a compreensão da complexidade e ao desenvolvimento de análises integradas no enfrentamento de problemas de saúde.

A doença transmissível teve enfrentamento marcado pela a institucionalização da saúde pública como um dos pilares das sociedades modernas também vem colocando novos desafios. Alguns exemplos recentes são o recrudescimento de diversas doenças endêmicas em áreas onde já se encontravam controladas; o surgimento de novos problemas como a AIDS e a hepatite C; e o aumento da resistência de muitos agentes infecciosos aos antibióticos (SABROZA, WALTNER-TOEWS, 2001).

A real situação, além da persistência das desigualdades socioeconômicas em várias regiões, contribui para romper com a idéia de que a transição epidemiológica seja uma passagem de um quadro de morbimortalidade marcado pelas doenças de agravos para a população, no qual as doenças típicas das sociedades modernas – ocorreriam linearmente através da superação do "subdesenvolvimento" socioeconômico e da modernização institucional e técnico científico das sociedades (POSSAS 2001).

As transformações ecossistêmicas aplicadas aos problemas de saúde podem contribuir para a conscientização da humanidade, desde que a contextualização das realidades políticas, econômicas e culturais e seus problemas ambientais e de saúde não podem estar interdependentes dos resultados de um mundo globalizado.

Esta abordagem ecossociais contribui na construção de uma ciência para a sustentabilidade, que seja tanto precaucionária quanto democrática e inclusiva, pautada em diversos elementos, como a noção de complexidade; o reconhecimento das incertezas; a integração de conhecimentos através de teorias transdisciplinares, metodologias interdisciplinares e participativas; e a pluralidade de interesses e valores legítimos em jogo (PORTO, 2004).

9.3 O impacto da disciplina saúde ambiental na realidade do profissional

No sentido da realidade da disciplina veio demonstrar a importância de haver um processo participativo e sustentável, cada um fazendo a sua parte e respeitando o ciclo de cada ser existente no território. As técnicas adquiridas pelo homem devem servir para proteger o planeta, cuidar dos resíduos gerados, para se proteger de alguma transformação natural e doenças de agravo, e não para destruir a vida. Deve haver respeito à grandeza da natureza, reverência a Terra. Enquanto não se aprender a celebrar a Terra, não será possível curá-la.

O homem é conhecedor de todas as transformações que ocorrem na natureza, baseado nas suas ações o cabe conseqüentemente cuidar, educando e tratando, assegurando a biodiversidade da comunidade e superando seus obstáculos sem danificar com o meio ambiente.

A conseqüência é prejudicial na saúde da comunidade, interferindo nas mudanças de valores, pensamento e atitudes, temos que socializarmos com a sociedade, dando sustentabilidade, visando um efeito normal para uma construção de planejamento e estratégias de saúde, com isso pode enfrentar os problemas sociais, culturais, diminuindo as doenças e os acidentes de trabalhos, conseqüentemente pela mudança de climas, destruição da natureza e erosão do nosso sistema solar.

A estratégia realizada na unidade básica de saúde é orientar e conscientizar a população territorial, trazendo seus costumes e tradição para o conhecimento como prevenir das doenças causadas pela a destruição do meio ambiente, realizando visitas domiciliares, trazendo a comunidade para participar das atividades educativas, informatizando seu processo de manutenção a prevenção das doenças que também são ocasionados pelo trabalho, tais

como; estresse, exatidão, doenças por movimentos repetitivos, carga horária excessiva e acidente do trabalho.

Apesar dos desenvolvimentos registrados no país, ainda há muito por fazer, ao se considerar o lugar onde as pessoas vivem, circulam e trabalham como locus privilegiado para a definição das prioridades de saúde, na perspectiva da complexidade envolvida no processo saúde-doença. A centralização continua desafiando a organização de ações de saúde de caráter transformador na atenção primária e, apesar do aumento da cobertura, predomina atividades assistenciais em detrimento da vigilância e da promoção da saúde.

Para o autor Rigotto (2007), a maior carga de exposição aos riscos de doenças tecnológicas, ambientais e acidentes de trabalho é gerada pelos processos de produção e consumo, recaem sobre os trabalhadores de baixa renda, grupos sociais discriminados, povos étnicos tradicionais, populações marginalizadas nas periferias das grandes cidades:

10. SAÚDE BUCAL

10.1 Contextualizações do ABS Bucal

A população apresenta quadros de modificações epidemiológicas. Segundo dados do Ministério da Saúde, coletados em dois grandes levantamentos epidemiológicos nos anos de 1986 e 2004, houve uma diminuição significativa do índice de cárie da população brasileira 1, 2,3. Ao menos, esta é a realidade na faixa etária de 12 anos: o CPOD médio nesta idade, que era de 6,7 no ano de 1986, passou para 2,7 no ano de 2004 (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Segundo Teixeira (2007), a saúde bucal da população idosa do Brasil não são boas, pois a falta de informação sobre higiene bucal, as dificuldades para conseguir acesso aos serviços de odontologia, a predominância de práticas odontológicas mutiladoras fazem com que aumente o número de idosos com esse problema. Outro ponto importante é o costume da

população em procurar atendimento só quando está sentindo dor e que na maioria dos casos leva a extração do dente.

Conforme o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – (SB) Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente (BRASIL, 2011).

No Ceará, em 2005, foi realizado um estudo com 160 idosos onde se constatou que o índice CPO-D médio foi de 29,73, onde o maior componente foi dente perdido com índice de 28,41. Em relação ao edentulismo, 93 (58,1%) idosos eram edêntulos.

A média de dentes hígidos foi de apenas 2,27 e 24 idosos apresentavam cárie radicular dos 56 com raízes expostas. Quanto à condição periodontal, 87,8% dos sextantes eram excluídos e dos 117 sextantes presentes 83,8% destes apresentaram cálculo dentário. Com relação ao uso e necessidade de prótese, 48,75% dos idosos usavam algum tipo de prótese, 84,37% e 88,75% necessitavam de prótese superior e inferior respectivamente. (Rev. bras. epidemiol. vol.8 no.3 São Paulo Sept. 2005)

Com relação aos adultos e os idosos, o acesso era apenas aos serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (BRASIL, 2011).

A Mutilação dentária (perda de um ou mais dentes permanentes) é uma característica básica de muitas incapacidades bucais. O edentulismo (ausência total de dentes) é a expressão máxima da mutilação dentária (SAÚDE GERIÁTRICA, 2010).

Segundo o Conselho Federal de Odontologia, quase 80% dos idosos brasileiros têm menos de 20 dentes. Os maiores riscos de perda dentária estão no interior do Mato Grosso e regiões Norte e Nordeste do Brasil. Áreas de risco alto para perda dentária estão presentes principalmente no Mato Grosso e Pará, no oeste da região Norte, em todos os estados do Nordeste, exceto Pernambuco e Bahia. Também há áreas menores na divisa entre Mato Grosso do Sul e Minas Gerais. As áreas de maior risco para idosos terem menos de 20 dentes estão no Nordeste, Norte, MT e PR. O risco para edentulismo funcional é mais alto nas regiões Norte e Nordeste inteiras. (*Agência USP 2008*)

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na suas maiorias curativas e mutiladoras, com acessos restritos. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos e gestantes (BRASIL, 2011).

A preocupação nos profissionais de saúde em relação as gestante de risco onde as cáries e inflamação gengival tende a aumentar e os cuidados com a saúde bucal do bebê antes dos primeiros dentes são essenciais para o desenvolvimento de uma boa dentição. Diante disto, o trabalho multiprofissional é muito importante na atenção a saúde bucal das gestantes e bebês, pois em uma consulta de pré-natal ou puerpério a enfermeira ou o médico tende a encaminhar à gestante ou o bebê ao dentista.

As estratégias para a promoção da saúde bucal se dão por meio de ações coletivas na comunidade e em grupos, juntamente com a equipe Na UBS onde os profissionais podem promover palestras educativas, atividades de grupos sobre o assunto, conseqüentemente orientando o risco da doença.

10.2 O impacto da disciplina na realidade do profissional

O impacto da disciplina saúde bucal, faz-se necessário a prática da educação em saúde que deve ser de forma continuada e levar em consideração fatores econômicos, sociais e culturais onde cada paciente encontra-se inserido, tornando-se um poderoso instrumento utilizado como estratégia na Promoção de Saúde.

Ministério da Saúde (2003), Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho construída a partir do saber técnico de cada categoria profissional permeado pela relação estabelecida entre os sujeitos, a fim de estabelecer ações que ajudem a comunidade a manter uma saúde bucal saudável a partir deste pensamento deve começar no envolvimento da equipe trabalhar as necessidades da comunidade.

A interação multiprofissional é de suma importância, manter um bom relacionamento onde ajudaria bastante a qualidade no atendimento. Devemos ver o paciente holisticamente, não encaminhá-lo ao dentista só quando houver queixa de dor de dente. Reuniões regulares com a equipe são importantes para reorientação das atividades conjuntiva da comunidade.

Na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) este serviço é desenvolvido com a comunidade, realizando o cuidado na elaboração dos temas abordados nos grupos educativos, possibilitando a construção de vínculos e de um espaço de trocas com valores, transformando à efetivação da prática educativa dialogando a problematizarão o que ajuda a fortalecer a população para o enfrentamento dos problemas e necessidades relacionados à saúde bucal.

No momento está atenção realizada dentro das unidades de saúde de atuação acontecem lentamente, muitas vezes fazendo com que pessoas madruguem na fila de espera para realizar a consulta, prejudicando a promoção e prevenção dos indivíduos, este tratamento acontece em longo prazo, fazendo com que a população desista de realizar o término do tratamento.

Diversas ações poderiam qualificar este atendimento, para isso seria preciso a interação e o envolvimento de planejamento, juntamente com as esferas de governos e conseqüentemente nortear as ações tornando esta parceria de incentivo para a população, na qual é unicamente prejudicada pela precariedade de atendimento dentro do programa estabelecido pela equipe de saúde e PNSB.

O acompanhamento em todas as equipes de saúde bucal deve ser realizado por toda a equipe de saúde o mais precocemente possível, evitando assim o aumento de pessoas com dentes pósticos, doenças peridontal, inflamação gengivite, cáries, dentro deste contexto é bem comprovado que a pesar da dificuldade de alcançar um atendimento na unidade de saúde é preciso que aconteçam incentivos educacionais em outro âmbito da sociedade.

O cuidado em saúde bucal deve ser estimulado por todos os profissionais da equipe de saúde em grupos educativos ou nos atendimentos individuais de rotina, a escola, o teatro, os empresários e todos que participam ativamente na educação e desenvolvimento da família, pois os educadores devem iniciar ações educativas logo no período de crescimento da criança. Onde cada ser comece a identificar as complicações que os hábitos alimentares causam a saúde bucal, como outras doenças ocasionadas pelos os dentes.

Para Zavanelli (2000), cárie precoce da infância é conceituada como um problema de saúde pública, que se constitui na instalação da doença cárie pouco tempo após a erupção dos dentes decíduos, fortemente associada às mamadas noturnas e negligência da higiene bucal. Sua evolução é rápida, em muitos estágios provoca dor chegando à infecção, e pode até causar problemas oclusais e de relacionamento, quando ocorre destruição ou perda precoce do elemento dentário.

A educação em saúde bucal na unidade conhece as ações do PNSB, no qual é muito complexo no papel, mas os avanços poderiam ser abrangentes em todas as categorias, não priorizando somente as situações de urgência, deve contribuir para a autonomia dos sujeitos em relação ao processo saúde doença e instrumentalizá-los quanto aos hábitos de vida.

Já o autor Rimondini et al. (2001), as práticas de higiene bucal, por meio de escovação e de uso de fio dental, são fundamentais na redução da placa bacteriana e do seu potencial de virulência, bem como métodos efetivos e de baixo custo, capazes de atuar sobre a ocorrência de lesões de cáries e de doença periodontal.

Fatores como frequência, pressão, características das cerdas da escova ou do fio dental, uso de creme dental, técnica de escovação e destreza manual influencia na efetividade de uma boa higiene bucal diária.

O auto-exame é um método simples e extremamente eficaz na busca de sinais precoces da doença, por isso ele deve ser ensinado sistematicamente nos programas educativos e campanhas de esclarecimentos à população em uma linguagem fácil e acessível, contribuindo, assim, para a ampliação da cura e controle dessa doença (THOMAZ ET AL, 2000).

Com a estratégia de incentivos a atividades educativas e preventivas na nossa unidade de saúde é realizada conforme as ações previstas na comunidade e cabem os profissionais co-

relacionarem as condições socioeconômica, cultural, onde muitos encontram em situação desfavorável para realizar essa ação educativa.

As limitações na (UBSF), constituem uma programação no qual somente serão atendidos aqueles que estiverem com consultas marcadas, diversas situações são esquecidas, priorizando as crianças, gestantes e idosos, cabendo avaliar as condições de cada problema, desde que essa atenção promova a recuperação e restauração da saúde bucal com seqüência dar-se uma exclusão da comunidade.

11. ABS PORTADOR COM DEFICIÊNCIA

11.1 Contextualização ABS Portador de Deficiência na realidade do enfermeiro

A história das pessoas com deficiência física tem sido marcada pelo signo do preconceito, da marginalização e da exclusão. Os mitos, preconceitos e estereótipos, ainda muito presentes na sociedade, configuram as formas pelas qual grande parte da população se relaciona com o corpo diferente (DALL“ALBA. 2004; MOUKARZEL. 2003; AMARAL. 2002; PINEL. 1999).

Autores como Destarte, Diniz (2007), relatam com base no modelo social de deficiência, afirma que esta se transforma em desigualdade em uma sociedade pouco sensível à diversidade de estilos de vida. Para a autora, esse modelo contribuiu para que:

[...] Deficiência é um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente. Assim como outras formas de opressão pelo corpo, como o sexismo ou o racismo, os estudos sobre deficiência descortinaram uma das ideologias mais opressoras de nossa vida social: a que humilha e segrega o corpo deficiente (DINIZ, 2007, p. 9-10).

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2008).

A magnitude da PCD na sociedade ainda demonstra desconhecimento de aperfeiçoamento com a realidade da vida social, poucas evoluções e estratégias para uma visão ampliada na qualidade de vida, onde a população precisa trabalhar juntamente com a real igualdade, nesse processo as políticas sociais de estrutura do desenvolvimento de Bem-Estar na comunidade ainda deixa esta parte da população fora do comum tirando o direito de cidadã.

Brasil (1989) Relata a necessidade de lidar com os efeitos perversos da economia de mercado e socioeconômica do país, que vão se impondo na conformação das agendas públicas dos diferentes países capitalistas. De uma tímida e precária assistência a indivíduos absolutamente incapazes de garantir sua subsistência por meios próprios.

Para Aguiar (2006), há uma mobilização desses movimentos sociais voltada à luta pela melhoria dos serviços no campo da saúde, bem como ao cumprimento da legislação que visa, entre outros objetivos, à diminuição das barreiras arquitetônicas.

Já para o autor, a deficiência é uma construção social do corpo com lesão, decorrente de condições históricas, materiais e políticas que marginalizam e excluem as pessoas com deficiência (SMITH,; ANDERSEN, 2004).

Portanto o fenômeno das desigualdades sociais constitui um traço característico das sociedades modernas que se manifesta, com intensidades variadas, ao longo do percurso histórico dos movimentos de industrialização e urbanização desencadeados em meados do século XVIII e consolidam no século XX (POLANYI, 1992, p.45).

As Políticas de atenção às PCDs são importantes e necessárias, desde que efetivas em seus resultados, e não meros paliativos ou enunciados vazios, que costumam ressurgir ocasionalmente. Mesmo que efetivas, as PCDs estariam em melhores condições se não tivessem adquirido essa condição. Se isso não é possível para todas – a deficiência tem também origem hereditária – é para uma parcela expressiva delas.

11.2 O impacto da realidade da disciplina ABS na atuação do profissional

É importante salientar que esta disciplina tenha conseguido aprofundar e ampliar a qualidade no atendimento aos portadores de deficiência desde que a sociedade busque seus direitos facilite à maneira de obtenção permitindo a legislação funcionar para aqueles que têm por necessidade o atendimento completo, acessibilidade de como poderá participar dos programas que garantem um atendimento, um espaço, uma percepção focada nas PCD.

O andamento para a realidade na qualidade de saúde, as Unidades de Saúde não possuem acesso adequado para os portadores de algum tipo de deficiência. Pois segundo Brasil 2010, a acessibilidade tem como objetivo permitir ganhos de autonomia e de mobilidade a estas pessoas, para que todos usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade. Acessibilidade também diz respeito à eliminação de barreiras que envolvem atitudes de preconceito e de discriminação, que ocorrem, muitas vezes, pelo desconhecimento, por parte da população e dos próprios profissionais de saúde, das necessidades e também das potencialidades das pessoas com deficiência.

É de fundamental importância que as unidades de saúde sejam modificadas e disponham de acesso físico, mobiliário e adaptações ambientais relacionadas à comunicação, adequadas às pessoas com deficiência. Igualmente é necessário que os profissionais que ali atuam sejam sensibilizados e capacitados para acolher e cuidar das pessoas com deficiência. Tarefas a serem desempenhadas solidariamente pelos gestores do SUS nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2010).

Vale salientar que este processo consiste numa política social que permita o acesso a bens e serviços essenciais a uma vida digna, independentemente da capacidade de desenvolvimento do indivíduo ou de sua família. A partir dela, ajudaria muito o

condicionamento de uma política de prevenção à deficiência, com ações focadas nas principais causas do fenômeno.

As oportunidades dificilmente serão iguais para todos, que pelo menos alguns benefícios possam ser mais bem distribuídos. Não é o melhor dos mundos, mas não deixa de ser um pouco mais justo ou, o que dá no mesmo, menos injusto, a população ainda permanece nesse sofrimento, desânimo e medo de enfrentar o que é seu por direito de viver bem e ser assistida com qualidade.

Os responsáveis demonstram desinteresse para atuar sobre as causas da deficiência, deve-se reconhecer que, pelo menos, tem se esforçado em lidar com suas conseqüências, o que, não é surpresa, percebe nas próprias unidades de saúde que ainda não estão preparadas e nem adequadas para um condicionamento de atendimento a esses portadores, é notório que falta uma estrutura física, corrimão na entrada, portas de entrada na largura exatas, banheiros apropriados e profissionais de saúde preparados.

A atuação do Estado e gestores na área social segue uma trajetória rumo à ampliação da cobertura e ao adensamento do conteúdo da proteção assegurada à população PCD diante de situações de desamparo, marginalidade e pobreza. No momento inscreve-se nesse processo um salto de qualidade nas políticas sociais, corporificada de estrutura denominado Estado de Bem-Estar.

A proteção à PCD revela-se ambiciosa em seus propósitos, mas diminuída em seus resultados, o que também não causa maiores surpresas. Poucas ações apresentam grau expressivo de cobertura e, quando isso ocorre, os impactos ocasionados tendem a ser modestos, como evidenciam as iniciativas de apoio financeiro à PCD, diante de várias situações ainda vem à desvalorização do medo de enfrentar diversas barreiras nas dependências das ruas, praças, restaurantes, bailes, cinemas e outros lugares de difícil acesso para o deficiente.

A implicação no atendimento aos PCDs na saúde acontece no momento que imparcialidade ainda convive com a sociedade, diversos casos acontecem com a população, no momento que os profissionais ou as pessoas não têm nenhuma capacidade de atender, seja na convivência de atribuir um atendimento diferenciado, um local acessível e adequado para

este atendimento, até mesmo as condições de chegar a esses locais ainda não permitem que os mesmo façam a procura do atendimento.

Na realidade poucos lugares oferecem esta realidade, ainda encontramos diversos logradouros sem condições nenhuma para esse atendimento, insatisfação e desespero para muitos, hospitais ou unidades de saúde sem planejamento de estrutura para atender estes deficientes.

A construção de planejamento e conhecimento acerca da constituição da pessoa com deficiência nas dimensões de gênero, corpo e sexualidade e fornecer subsídios às ciências humanas e sociais para repensar o lugar da pessoa com deficiência, inserida em um contexto maior, econômico, cultural e político.

Acredita-se que a inclusão social das pessoas com deficiência não pode ser abordada sem relacionar os diversos fatores que a constituem sem planejamento de estrutura para atender estes deficientes, daí deve haver um planejamento que possa interagir com a comunidade e profissionais de saúde, acabando com essa desigualdade social.

12. INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE.

12.1 Contextualizações da Interdisciplinaridade e Bioética no papel do enfermeiro

Patrício (1995), refere que educar representa um processo cultural, ou seja, um processo de interações humanas fundamentado em suas crenças, seus valores, seus conhecimentos e suas práticas, incluindo aquelas de participação política, aprendidas-ensinadas de diferentes maneiras através da sua história de vida, e que guiam, de certa forma, suas ações no cotidiano do processo de viver.

Capra (2002) refere que para superar esse modelo de assistência à saúde é necessária uma profunda revolução cultural e a adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, na teoria e na prática. Isso requer uma mudança conceitual na ciência bioética, como também a reeducação maciça do público.

Para os profissionais de saúde é necessário que todos trabalhem com o mesmo intuito de qualidade, visando à melhoria no atendimento, assistindo a comunidade no propósito da recuperação e cura, demonstrando a capacidade e competência ética e potenciais no conhecimento da complexidade da doença.

A complexificação dos problemas tornou necessária a aproximação e associação gradual dos profissionais em diferentes graus, do mais simples, o da multidisciplinaridade ao mais completo, o da transdisciplinaridade. Daí o significado das palavras de (JANTSCH, 1972; PIAGET 1996).

- Disciplina — constitui um corpo específico de conhecimento insanável, com seus próprios antecedentes de educação, treinamento, procedimentos, métodos e áreas de conteúdo.
- Multidisciplinar — ocorre segundo Piaget, quando “a solução de um problema “Torna necessário obter informação de duas ou mais ciências ou setores do conhecimento sem que as disciplinas envolvidas no processo sejam elas mesmas modificadas ou enriquecidas”.
- Interdisciplinaridade — ainda segundo Piaget, o termo interdisciplinaridade deve ser reservado para designar “o nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, a certa reciprocidade no intercâmbio levando a um enriquecimento mútuo”.
- Transdisciplinaridade — continuando com Piaget, o conceito envolve “não só as interações ou reciprocidade entre projetos especializados de pesquisa, mas a colocação dessas relações dentro de um sistema total, sem quaisquer limites rígidos entre as disciplinas”. Como diz NICOLESCU. 1996, 231p. a complexidade se nutre da

explosão da pesquisa disciplinar, e por sua vez a complexidade determina a aceleração da multiplicação das disciplinas”.

12.1.2 O impacto da disciplina Interdisciplinaridade na realidade do profissional

Esta disciplina de interdisciplinaridade veio mediar às diferenças diante do trabalho nas intervenções de saúde, onde nossos profissionais atuantes necessitam de um olhar e uma complexidade dos membros que a compõe, essa realidade vincula-se há todos os dias onde cada subjetividade é composta de saúde, educação, respeito, humanização e ética.

Uma realidade neste contexto é sabermos respeitar as desigualdades e abordar as atitudes e valores com ética, integrando a saúde como uma porta de conceitos e adotando planejamento de saúde, qualificando as práticas e valores culturais de cada ser, evidenciando a interdisciplinaridade e atuando nas intervenções do paciente.

A abordagem integral no processo de saúde ainda percorre uma imensidão de dificuldades, no qual as pessoas esquecem esse paradigma que construíram no período de todo o seu crescimento. Essa política tem se discutido em nosso dia-a-dia, pois profissionais de ambas as profissões esquecem-se da interdisciplinaridade, chegando muitas vezes a ignorar a Bioética.

Os princípios éticos de equidade e solidariedade e os contidos na permitem sua aplicação prática no setor saúde como valores básicos em duas subdimensões: a bioética e a ética dos serviços de saúde.

Permeado pela falta de recursos tecnológicos de comunicação e informação estarem presentes na vida cotidiana dos cidadãos e não podem ser ignorados, embora sua difusão ocorra de forma desigual. Hoje, os mais importantes fenômenos sociais, econômicos e culturais não acontecem isoladamente, apresentam um conjunto de proposta onde a interdisciplinar constitui o espírito de valor da equipe.

O avanço das tecnologias de informação e Comunicação – tem propiciado maiores possibilidades de disseminação de informações, facilitando o acesso a estas, mas é preciso que

o profissional desenvolva competências e habilidades num mesmo ritmo para se apropriar dos conhecimentos oferecidos pelas informações.

Para nortear nossas ações, adotamos o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (CHE) de Patrício (1995), cujos fundamentos são baseados nos princípios dos novos paradigmas de entendimentos do seres humanos socioculturais, onde o referencial do CHE foi construído especialmente a partir das concepções de Leininger e de Gramsci sobre o “cuidado cultural” e o “ser humano sociocultural”, respectivamente.

A visão desta disciplina refletiu-se na prática da promoção de saúde integral individual-coletiva: é um processo realizado pelos profissionais da saúde junto com os indivíduos na prevenção, com vistas à transformação das suas limitações em possibilidades de viver saudável. Visa ainda promover a conscientização dos sujeitos para a participação nas decisões que envolvem o seu processo de viver, buscando contemplar as questões de cidadania na dimensão individual-coletiva.

13. TECNOLOGIAS PARA A ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE-PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.

13.1 Contextualizações de Tecnologias e práticas pedagógicas na saúde

O sistema de saúde tem como objetivo promover a saúde e responder às necessidades das populações. As características comuns às diversas populações orientam os modos de organizar os serviços (DUNCAN, 2004).

Na saúde da Família, a Comunidade pode ser evidenciada pela inserção desta especialidade da integralidade na estrutura de destacadas escolas médicas de países centrais. Para tanto, a grande maioria delas constituiu Departamentos de Medicina de Família e Comunidade (ou denominação equivalente da especialidade), muitas com incentivo financeiro estatal, como foi o caso do governo estadunidense ainda na década de 70 (RODGERS, 2002).

A iniciativa deste modelo ainda é uma preocupação para os profissionais de saúde onde a abordagem principal é associar a saúde/pedagógica diante da comunidade para fazer parte deste contexto, temos que aproximar às práticas educativas no âmbito tecnológico as práticas a saúde envolvendo vários processos de interação junto à comunidade (BRASIL, 2002).

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080 de 19/09/1990) considerou essa premissa, pois reza, em seu art. 3º, que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990).

De acordo com Carvalho, Acioli e Stotz. (2001:103), “o objetivo da superação da ruptura histórica entre ciência e senso comum é a construção de um novo senso comum em que todos os sujeitos são docentes de saberes diferentes. O senso comum expressa o modo de vida dos grupos dominados, contendo elementos de resistência e núcleos de bom senso.”

A equipe de Saúde da Família desenvolva a capacidade de observar a realidade, identificar os problemas e tentar localizar as tecnologias disponíveis para usar melhor os recursos e melhorar as ações de trabalho, pois não bastam informações é preciso compreender a população. Criar propostas capazes de atingir cada um deles poderá melhorar nossas atividades educativas junto à comunidade. Creio que é necessário identificar o problema para buscar uma metodologia adequada.

13.2 O impacto da disciplina na realidade do profissional

É evidente que o impacto da educação e saúde interage nos espaços de produção de ações voltadas para a qualidade de vida da população. Contudo, o impacto da disciplina iniciou um aprendizado sobre essa interação e a compreensão das conseqüências geradas por

uma ou outra concepção pedagógica utilizadas na saúde, predominantemente e ao longo do tempo, tem o enfoque desejável na maior parte dos processos de formação dos profissionais de saúde.

Na saúde, têm sido fundamentais para a mudança do modelo de atenção a valorização e a promoção da educação na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais, assim como são primordiais para a referida mudança as reflexões feitas em relação à educação escolar.

Vale ressaltar da nossa convicção de que o SUS tem uma teoria constituída de valores moralmente condizentes com a garantia dos direitos de cidadania, o componente pedagógico do projeto deve ser coerente com ele ou um envolvimento em ambos os lados.

Portanto, julgamos essencial o estudo relacionado ao processo de tecnologia/saúde, por isso o seu caráter obrigatório. Abordamos nesta seção a prática educativa no âmbito do projeto político do SUS, os sujeitos envolvidos nessa prática e a necessária reflexão cotidiana sobre o processo de trabalho.

Em um país com tantas diferenças sociais a discrepâncias claras de condições de vida entre as classes sociais com as quais convivemos, a proposta de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime, com atenção resolutiva e integral e controle social é um grande desafio técnico, ético e político.

Portanto a finalidade do envolvimento tecnológico, onde a saúde possa abordar a comunidade esteja amplamente aberta e sua prática possa oferecer subsídios de melhoria na qualidade de vida da sociedade, estabelecendo uma união, trabalhando com objetivo comum, garantindo todas as famílias um cuidar na atenção básica, e promovendo a saúde em amplos graus de modalidades, sejam na educação, saúde e tecnologia, temos que viver na qualidade de cidadania.

Para caminhar de forma consistente e qualificada para a consolidação da Atenção Primária com a saúde, é necessário incrementar e valorizar a formação de recursos humanos, materiais e educativos, com ênfase para a educação na escola, Família e Comunidade;

disponibilizando recursos, diagnósticos e terapêuticos adequados à prática de saúde, adequar à infra-estrutura físico-funcional das unidades; estabelecer mecanismos eficientes de referência e contra-referência e investir na educação permanente.

Essa iniciativa de manter consolidação entre saúde/educação, busca incentivar a sociedade a manter um conhecimento estável entre ambos, motivando a população a conhecer seus riscos e contribuir para amenizar as doenças causadoras pelo próprio homem, isso manifesta uma interação entre diversos fatores, saúde, educação na família.

Este processo valoriza e maneja com excelência a relação saúde/família e educação, sejamos competentes no trabalho em equipe e fomenta a participação individual e comunitária nas questões de saúde e da cidadania. E, além disso, que saiba estimular a resiliência, considerada como a capacidade de desenvolver respostas mais adequadas e saudáveis aos diferentes e diversos tipos de compromisso que são vivenciadas pelos indivíduos ao longo da vida e que, são também fatores envolvidos no processo de adoecimento.

14. PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

14.1 Contextualizações no Planejamento e Ações de Saúde na realidade da saúde.

O planejamento e Avaliação das ações de saúde no contexto servem para favorecer um atendimento de qualidade à população usuária do sistema Nacional de saúde, atuando e ampliando o desenvolvimento profissional, garantindo e subsidiando a promoção no compromisso das ações no campo social e na assistência da população.

No decorrer desta disciplina, foi apresentado o filme Ilha das Flores que enfatiza a desigualdade social no país, onde o homem planta tomate para vender em supermercados em troca de dinheiro, a dona de casa que compra o produto, escolhe os melhores e joga o que não serve no lixo, que mais tarde serviu de alimento para porcos e objeto de disputa entre os seres humanos que vivem em extrema pobreza.

Com isso, podemos observar que as atividades de prevenção de doenças a serem realizadas nessa comunidade são: saneamento básico, disponibilidade de água potável, limitar área para plantação de hortaliças para o consumo e as atividades de promoção da saúde são: realização de atividades voltadas à higiene pessoal, saúde bucal, alimentação saudável, preparo e conservação dos alimentos.

Diante disto, o autor Gutierrez, (1997) relata que a promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientado a qualificar a melhoria e condições do bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.

A partir da implantação do SUS, a adoção do paradigma da produção social da saúde³ produziu uma rearticulação dos discursos e das práticas profissionais tradicionais no campo da assistência à saúde, acarretando o que afirma (MIOTO 2004, p.12):

Não é por acaso que questões importantes como educação em saúde, trabalho comunitário, trabalho com redes, controle social, incluindo discussões sobre abordagens metodológicas, venham se estruturando como campo de conhecimentos em áreas como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a nutrição dentre outras.

Porém existe uma preocupação no âmbito dos profissionais de saúde viabilizar os programas expressos pelo Brasil (2006). Onde a responsabilidade e o planejamento de todas as ações acontecem de forma suscita ao trabalho de interação entre os profissionais facilitando à qualidade de saúde a população.

A construção de um planejamento acontece a partir de um plano, onde a situação atual do local permitir que os profissionais de saúde, identifiquem os pontos críticos sobre os quais as ações que cada local seja incidida no programa de saúde.

Para Buss (2003), o conceito moderno de promoção à saúde, assim como sua prática, é decorrente das discussões efetuadas nas grandes conferências internacionais de promoção à saúde. Estas, segundo o autor, contribuíram decisivamente para a construção de uma nova forma de entender a promoção da saúde como fator essencial para o desenvolvimento humano. Nessa perspectiva é que os documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde associam-se a valores tais como: vida, democracia, cidadania, participação, dentre outros. Associam-se também a um conjunto de estratégias envolvendo ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde.

As avaliações intersetorial, como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (REDE UNIDA, 2000; JUNQUEIRA, 2004).

Para Junqueira (2004), a intersetorialidade pode ser concebida também como um Processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondam com eficácia aos problemas da população em um território determinado. A intersetorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde.

Contudo é necessário que o planejamento e as avaliações aconteçam em vários momentos gerando uma atuação no qual se perceba a necessidade de melhoria por partes dos profissionais que compõem essa estratégia e que os gestores interferiam contribuindo com a atuação de cada localidade, oferecendo uma sustentável qualificação para o melhor planejamento e dando condições de assistência a população.

ESTRATÉGIA DO PLANO DE AÇÃO

Quadro - 1 Plano de Ação

✓ Melhorar a capacitação dos profissionais da ESF e Enfermagem para mudança de atitude.

✓ Promover Educação em Saúde para comunidade.
✓ Realização de Busca Ativa para identificar hipertensos não notificados.
✓ Melhorar o Sistema de Informação, Monitoramento e Avaliação.
✓ Garantir consultas, acompanhamento e medicação para casos detectados.
✓ Elaboração de material educativo.

Monografia “Auditoria do Método de Assistência de Enfermagem”, UFSC: NFR, Faraco (2004).

ATIVIDADES DO PLANO DE AÇÃO

Quadro – 3 Plano de Ação

✓ Implementação do Hiperdia.
✓ Implementação de palestras educativas por equipe multiprofissionais na zona urbana e rural em escolas, associações e sindicatos; Implantação de um grupo de caminhada denominado “Vida Feliz” coordenado por educador físico e profissionais de saúde.
✓ Realização da Semana da Hipertensão através de Seminário e busca ativa na zona urbana e rural do município.
✓ Realizado a revisão e atualização dos cadastros do Hiperdia.
✓ Realização reunião com a ESF e o gestor municipal para esclarecer sobre a magnitude do problema, apresentando o protocolo de atendimento aos hipertensos.
✓ Confeccionou-se e está sendo distribuído material educativo para os portadores da HA e comunidade em geral, com o objetivo
✓ Realização de duas Oficinas; Estabelecendo Protocolo de atendimento para identificar, Cadastrar e acompanhar hipertensos;

Monografia “Auditoria do Método de Assistência de Enfermagem”, UFSC: NFR, Faraco (2004).

DESCRIÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Quadro - 3 Plano de Ação

✓ Profissionais aptos a detectar, captar, acompanhar e oferecer tratamento de qualidade a todos os hipertensos.
✓ Integração da equipe de saúde com os hipertensos, profissionais da Educação e Assistência Social.
✓ Sensibilização da comunidade sobre a importância da realização de atividades físicas para a saúde.

✓ Consequimos aumentar a notificação dos hipertensos de um percentual X para um percentual Y.
✓ Sensibilização da ESF e do operador de sistema sobre a importância deste sistema atualizado; Implantação do monitoramento e avaliação trimestral.
✓ Sensibilização do Gestor Municipal (prefeito) onde o mesmo garantir consultas, acompanhamento, medicação e tratamento adequado para todos os casos notificados neste município.
✓ Comunidade consciente sobre os riscos da HA e aumento da demanda de pacientes na Unidade Básica de Saúde.

Monografia “Auditoria do Método de Assistência de Enfermagem”, UFSC: NFR, Faraco (2004).

Com a intervenção do Projeto no município de Fortaleza constatou-se que houve um avanço significativo das ações da Hipertensão Arterial e a garantia da equipe de saúde em continuar a assistência a este grupo de usuário do Sistema de Saúde. Esta transformação na Equipe de Saúde nos deixou conscientes do dever cumprido; Recomendamos a todos os participantes do projeto JJG que o conhecimento adquirido ao longo dessas intervenções municipais, não seja guardado em gavetas no seu município, disponibilizem a outros municípios que necessitarem, com esta visão pode cada vez mais fortalecer o SUS. De informar e sensibilizá-los sobre a necessidade dos usuários do SUS a partir de 18 anos procurarem o sistema de saúde para aferir a PA e os riscos que esta doença pode causar.

14.2 O impacto da disciplina na realidade do profissional de saúde

O impacto desta disciplina veio renovar o planejamento bem elaborado pelos profissionais, onde ganha relevância na estratégia quando supera as condições de assistência comunitária, amplia o relacionamento sobre as necessidades sociais dos grupos inseridas o responsável pela gestão dos setores de saúde e gerando ações no contexto das diretrizes e permitindo as decisões regulamentadas no sistema de saúde.

O planejamento e ações de saúde não acontecem de forma isolada, mas sim existem articulações e processos de medidas que integram a saúde coletiva dos moradores, círculo vizinhos, norteados de medidas, ações e mediações entre o bem estar e o favorecimento para a assistência da sociedade.

A organização das ações de saúde busca abosca os fatores de ordem políticas, sociais, onde condicionam a comunidade de ter seus direitos e o acesso de qualidade dos serviços prestados, garantindo a conscientização dos profissionais de saúde desenvolver suas ações, conforme seja o planejamento do decorrer da gestão.

Estão vinculadas também ao Planejamento e Gestão as ações voltadas para a Capacitação de recursos humanos que visam ampliar a qualidade dos serviços e de sujeitos sociais subsidiando-os para influir nas diferentes instâncias decisórias e de planejamento das políticas públicas, especialmente a da saúde.

Compõe ainda esse eixo, as ações relativas à gestão e avaliação institucional, de serviços e das ações profissionais. Assim, são relevantes as ações direcionadas à consolidação de uma base de informações, alimentada pela documentação do processo interventivo do assistente social (diário de campo, fichas, estudos, relatórios), para a realização dos processos acima indicados.

Nessa direção, o planejamento situa-se como um processo de compreensão da realidade e opções estratégicas, que tem tempo e espaço bem definidos, consubstanciados em ações encadeadas e tendo em vista determinados objetivos. Sua implementação deverá produzir uma alteração sensível no real, alterações que são incorporadas à nova situação, o que dá a dinâmica e flexibilidade do processo. Todo o plano necessita, por isso mesmo, de revisões sistemáticas, e exige um acurado sistema de monitoramento/controle/acompanhamento para permitir a avaliação.

Este planejamento resgata e agrega o profissional de saúde referenciando sua programação de ações, realizando atividades, projetos, e plano, fornecendo e incorporando medidas preventivas e gerando a promoção á saúde.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação a distancia veio favorecer os profissionais que atuam na enfermagem, contribuindo para a evolução, utilizando tecnologias e desenvolvimento no ensino, oferecendo conhecimento de melhoria para a qualidade no atendimento nos programas de saúde na ESF em uma unidade de Saúde de Fortaleza.

A educação a distancia teve sua contribuição na diversa abordagem e temas que garantem seus participantes um melhor desempenho futuro, vivenciado no nosso cotidiano, desde experiências novas, casos de discussões e salas de entretenimento.

O processo de trabalho em saúde atualmente é uma estratégia adotada em todos os municípios do Brasil, onde o profissional de saúde tem como objetivo de planejar, organizar e executar o serviço de saúde, porém essas ações devem acontecer com a participação dos gestores, pois eles podem estimular a equipe para as ações de promoção e prevenção da saúde, não só querer cumprir metas que, também, é um fator importante para o município, mas sim procurar melhorar a qualidade da assistência à clientela.

Para o autor Abrahão (2007), Somando a questão da integralidade, no sentido do conjunto dos serviços, emerge o trabalho, ou o que se quer do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Na realidade o que se espera é que seja discutida a importância de ser operado pela via trans-disciplinar. Entretanto, o que tem prevalecido no interior das equipes é o recorte multidisciplinar em uma lógica de estratificação atributiva que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o *status* da corporação profissional que compõem as equipes de saúde da família.

Outra situação que devemos salientar é o conhecimento da população sobre a importância das ações de promoção e prevenção da saúde, pois ela está habituada a procurar a unidade de saúde apenas quando está doente para ser “curada” do seu problema.

A Reforma Psiquiátrica foi um grande avanço para o tratamento de pessoas com algum problema psíquico, pois eles passaram a ter direitos que antes não tinham. Antes, a sociedade permitia que essas pessoas com transtornos mentais, vagassem pelas ruas, campos ou permanecessem reclusos em aposentos – prisões das propriedades rurais de famílias abastadas.

Como já foram citados, os pacientes psiquiátricos sofriam bastante discriminação, eram internados em manicômios onde sofriam algum tipo de violência. Essa percepção pública tem conseqüências na prática social contra portadores de doenças mentais. A doente mental é o maior obstáculo para sua reintegração social. Portanto, antes de aceitá-la, devemos analisar criteriosamente, se a associação existe de fato, e, em seguida, qual é a magnitude de seu efeito nos crimes de violência em geral.

Hoje em dia, com a rede de atenção à saúde mental do SUS o tratamento desses pacientes tem como finalidade desenvolver atividades de integração familiar e comunitária garantindo a dignidade da pessoa com transtornos mentais como seres humanos.

As experiências deste contexto envolvem a Prestação da assistência à mulher que está em um estado fisiológico e natural, passando por uma gestação é prevenir e detectar precocemente as complicações, desconfortos ou patologias, tanto maternas como fetais, garantindo assim, um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.

A assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério deve ser realizada rotineiramente como parte do exame físico habitual. Ele tem como objetivo confirmar a normalidade da genitália externa e diagnosticar precocemente sinais de desenvolvimento anormal ou outras doenças (ACCETTA e HERTER, 2004).

Outro relato importante na saúde da mulher é a assistência a vítimas de violência, pois é um fenômeno social e histórico de conceituação complexa, que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais (BRASIL, 2005). Ela está inserida de forma assustadora na sociedade, embora não seja muito percebida pelas pessoas na magnitude com que se apresenta e nas sérias repercussões que acarretam, tanto em nível individual como coletivo.

Para as mulheres vítimas de violência doméstica estão tomando iniciativa e coragem para denunciar seus agressores, elas teriam que ter inicialmente um ponto de apoio no município, como existe nas grandes cidades com apoio jurídico e psicológico, ou um local de abrigo até que elas pudessem restabelecer sua vida independente da renda dos agressores.

A Lei Maria da Penha vêm contribuindo em intimida seus agressores, além da violência que seus companheiros se revoltam quando retornam das denúncias, falta um acompanhamento de proteção as vítimas e um apoio psicológico para as mulheres vítimas de violência.

Hoje não podemos permitir que a saúde da mulher seja algo desvinculado do seu papel dentro da sociedade e de sua esfera íntima. Portanto, o conjunto de estratégias dos profissionais de saúde tem o objetivo de planejar, organizar e executar o serviço de saúde, porém essas ações devem partir dos gestores, pois eles podem estimular a equipe para as ações de promoção da saúde, não só querer cumprir metas que, também, é um fator

importante para o município, mas sim procurar melhorar a qualidade da assistência não só a mulher, outrossim, da população como um todo.

Diante disso, podemos concluir que o profissional de saúde não deve ser visto como um ditador de regras e sim um educador capaz de esclarecer dúvidas e opções disponíveis de tratamento caso seja necessário com a ajuda da tecnologia e educação a saúde.

O aprendizado desta especialização a distancia contribuiu para o aprendizado e aperfeiçoarmos do saber, para nos profissional a conscientizar da importância do nosso papel no Processo de Educação e Desenvolvimento da Cidadania Ativa, de forma a atuar como agentes modificadores do comportamento do saber e da realidade da modernização.

É satisfatório o desenvolvimento da capacidade de observarmos a realidade, identificar os problemas e tentar localizar as tecnologias disponíveis para usar melhor os recursos e tentar melhorar as ações de trabalho, pois não bastam informações, é preciso compreender a população criando propostas capazes de atingir cada um deles. Para que possamos melhorar nossas atividades educativas junto à comunidade, creio que é necessário identificar o problema para buscar uma metodologia adequada.

Essa experiência foi de grande valor para que os problemas ambientais sobre a saúde estivessem associados aos efeitos do rápido processo de industrialização e urbanização que passaram incidir sobre as condições de vida e trabalho e a importância da informação aos trabalhadores, de todas as fases do processo de controle de risco para a saúde, para que eles sejam capazes de informar pequenas diferenças existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que explicam o adoecimento e o que deve ser modificado para que se obtenham os resultados desejados.

A equipe da estratégia saúde da família realiza seu planejamento através de um cronograma, viabilizando as necessidades de cada equipe, porém cada profissional contribui com suas intervenções, juntos buscam resultados que possa satisfazer no controle das ações no conjunto geral da equipe.

Ainda que os conflitos de planejamento possam existir por parte de alguns profissionais da equipe, temos que considerar, para facilitarmos os métodos e interagir nos objetivos a serem alcançados pela equipe de saúde. Daí a necessidade da participação de todos

da equipe para o andamento do planejamento aconteça às ações e intervenções sendo realizado dentro das condições de vida da comunidade que prestamos nosso trabalho.

A importância deste estudo possa contribuir com todos os profissionais de saúde na ESF, realizando suas atividades e organizando seus plano da saúde de acordo com a necessidade da comunidade, e que os participantes deste curso possam repensa na melhoria da qualidade da assistência em todas as situações do programa.

É notório que haja a valorização e interação de profissionais, gestores e comunidade para maior desenvolvimento na promoção e prevenção da Unidade Básica de Saúde, onde este processo possa servir de capacitação para outras unidades.

==

| REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. **Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde**. Informe-se em Promoção da Saúde. Vol. 03, n. 1.p.1-3. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

ABRAEAD. Anuário **Brasileiro Estatístico de Educação Aberta e a Distância** (ABRAEAD).São Paulo: Instituto Monitor (com apoio da ABED – Associação Brasileira de Educação a Distância), 2007. 3.ed.

ACCETTA, S.G; HERTER, L.D. **Ginecologia Infanto-Juvenil**. In: Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Duncan, B.B e col. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 34, p. 328 – 342.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de. A pesquisa junto a professores: fundamentos teóricos e metodológicos. Em: AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de (Org.). **Sentidos e significados do professor na perspectiva sócio-histórica**. Relatos de pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.11-22

ALMEIDA, A. B. Reavaliando o Climatério: Enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Athenou, 2003.

ANVISA. **Guia de Orientações para a Elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária**. Ministério da Saúde. Brasília. Jun.2007. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/Plano_de_acao_Guia_1.2_25062007.pdf>. Acesso em:17 de out . 2010.

ARETIO, Lorenzo G. **Educación a distancia hoy. Colección permanente**. Madrid: UNED, 1996.

AYRES, J. R. C. M. (2004). **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. *Interface*, 8(14), 73-92.

BELLEN, H. M. **Indicadores de sustentabilidade**: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. acesso em: 25 mar. 2003.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior-SESU. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resoluções 07/1981 e 05/2002**. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAB. **Avaliação Normativa do Programa Saúde d Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família. Brasília, 2000.

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7853, de 24 de outubro de 1989; dispõe sobre a Política Nacional para a integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida as normas de proteção. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 1999. Col. 1, p.1.

_____, Constituição, 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília, Ministério da Educação 1988.

_____, Ministério da Saúde. **Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos estados e municípios**, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília. Ministério da saúde, 2006

_____, 1990. Portanto, **saúde pressupõe ações intersetoriais**. Disponível em: <http://200.214.13038/portal/saude/area.cfm?id_area=169>.

_____, Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://ministerio.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 abr. 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____, **Hipertensão Arterial**. In: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Ministério da Saúde. cap. 11. p: 133-140. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2010.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. **Informes Técnicos Institucionais**. Rev. Saúde Pública. vol. 34, n.3, São Paulo, Jun, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: set. 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____, Ministério da saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: jul. 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde**. Séries – Pacto pela Saúde – volume 07. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das**

Pessoas com Deficiência. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>>. Acesso em: jun. 2011.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de Promoção a Saúde.** In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CABRAL, B. **Estação comunidade** in; JANETE, A. & LANCETTI, A, (org.). *Saúde mental e saúde da família* 2^oed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Câmara de Educação Superior, Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/>>. Acessado em: **Concelho Federal de Odontologia Agencia, USP 2008** <http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/quase-80-dos-idosos-brasileiros-tem-menos-de-20-dentes/>

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N.; VASCONCELOS, E. M. (Org.). **O processo de construção compartilhada do conhecimento.** In: _____. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.* São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CASÉ, Vânia. *Saúde mental e sua interface como programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe.* **Saúde Loucura** 7, São Paulo, n. 1, p. 121-135, 200.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Cartilha O Jeito Cearense de Fazer o SUS: Um Guia para os Gestores Municipais.** Fortaleza, 2006. 57 p. <http://www.saude.ce.gov.br/internet/htmls/outrosindicadoresepublicacoes.html>

CYRULNIK, Boris. **Os Alimentos Afetivos.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DALL'ALBA Ranciaro MMMA. **Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais.** Manaus: EDUA; 2004. 20.

DUNCAN, B.B e col. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FARACO MM. **Auditoria do método da assistência de enfermagem** [monografia de Especialização em Gestão dos serviços de Enfermagem]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004. 187 f.

FELISBINO JE, Ribeiro IM. **Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família.** *Rev. Bras. Enferm* 2000; 53(nº esp.): 139-42.

FREITAS, C. M., Porto, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade.** Rio de Janeiro: Fio cruz, 2006.

GAIO, D.S.M. **Assistência Pré-natal e Puerpério**. In: Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Duncan, B.B e col. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 36, p. 357 – 367.

GUTIERREZ ET AL., 1997 apud BUSS, P.M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: Promoção da Saúde: conceito, reflexões, tendências. organizado por Dina Czeresnia. Rio de Janeiro: Ed: Fiocruz, 2003. Cap. 01. p: 15-38.

IBGE. **Questionário Censo 2000**. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/censo/quest_amostra.pdf>. Acesso em: maio 2011.

JANTSCH, Erich. Towards interdisciplinarity and transdisciplinarity in education innovation. In: Interdisciplinarity-problems of teaching and research in universities. Paris, OECD, 1972, p.106-107.

JUNQUEIRA, L. A. P. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. In: Saúde e Sociedade. São Paulo: USP, 2004. v. 13, n. 1.

LÉVI, Pierre. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. São Paulo: Ed 34, 1995.

LINS, M.O **que é portfólio** .Disponível em:<<http://www.marylins.eev.com.br/?area=texto&pg=O+QUE+%C9+PORTF%3D%3F>>. Acesso em: set. 2011

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Planejamento nº3 – Estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde, 1988. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana**, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, MS.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher**. Plano de ação para o período 2004 a 2007. Brasília: DAPE, 2003.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. In: DOCUMENTO de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, 2005. Brasília, DF, 2005.

MIOTO, R. C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família**. Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004

NERY MP. **Vínculo e afetividade: caminhos das relações humanas**. São Paulo: Ágora; 2003.

NETTO GF, Carneiro FF, Aragão LGT, Bonini EM, Drumond IA, Tavares MS, Villardi JWR, Alonzo H. Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS - re-significando a promoção da saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006.

NICOLESCU, Basarab. **La transdisciplinarité-manifeste**. França: Éditions Du Rocher, 1996, p.231.

Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2006 [citado 2009 Jun 16]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17>. Acessado em 20 de maio 2011.

PATRÍCIO ZM 1995b. **“Educação para a saúde”**: um processo de interações cultural-afetivas transformando a vida. Florianópolis: UFSC. Trabalho apresentado no 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiás no ano 2007.

PEDROSA, I. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social**. Disponível em: <www.gices-sc.org>. Acesso em: 20 out. 2005. Entrevista cedida a Radis, 2003

POLANYI, K. La gran transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1992.

POSSAS CA 2001. **Social ecosystem health**: confronting the complexity and emergence of infectious diseases. *Cadernos de Saúde Pública* 17(1): 31-41. 11.

RANCIARIO MMMA. Andirá: memórias do cotidiano e representações sociais. Manaus: EDUA; 2004.

RAWS, J. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede Unida**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, 2000. n. 22, p. 49-62.

Rev. bras. epidemiol. vol.8 no.3 São Paulo Sept. 2005 <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300013>

RIGOTTO R. M, Augusto LGS. **Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social**. *Cad Saude Publica* 2007; 23(Supl. 4): p.475-501.

RIMODINI, L. *et al*. Self-preventive oral behavior in na Italian University student population. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 28, p. 207-211, 2001.

BRASIL, Ministério de saúde do; ROBERTO NETTO, A; RIBALTA. J. C. L; FOCHIS, J. BARRACAT, E, C. **Avaliação crítica da estrutura do Programa Nacional de controle do câncer do colo uterino,**

RODGERS, D. V. Some thoughts on culture, family medicine and academic health centers **Family Medicine**. v. 34, n.4, p.237-239, 2002.

SABROZA P & WALTNER-TOEWS D 2001. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. **Cadernos de Saúde Pública** 17(suppl.). p. 4-5.

Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2006 [citado 2009 Jun 16]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.

SANTOS. E.O.. **Ambientes virtuais de aprendizagem: por autorias livre, plurais e gratuitas**. In: Revista FAEBA, v.12, no. 18.2003(no prelo). Disponível em: <<http://www.comunidadesvirtuais.pro.br/hipertexto/home/ava.pdf>>. Acesso em: set.. 2011.

SOUZA, H. M. **Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica**, v, 53, p 7-16, dez. 2000. Número Especial.

SOUSA MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev Bras Enferm** 2000; v. 53. p. 25-31.

STARFIELD, B. et al. – How “regular” is the “regular source of medical care”? *Pediatrics*, nº71, p.822-32,1973. apud: STARFIELD, B– **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**.Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

TAKEDA, S. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde**. In: Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Duncan, B.B e col. Ed. 3ª .Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 6, p. 76 – 87.

THOMAZ, E. B. A. F. et al. **A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral**. *Acta Oncológica Brasileira*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 149-152, out./dez. 2000.

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M. **A reforma do setor saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8 (Suppl 2), p. 11-48, 1998.

VILLELA, W. **Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher**. *Saúde das Mulheres: Experiência e Prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo, 2000.

ZAVANELLI AC, Cardia DRO, Silva EMM. **A participação familiar na prevenção da cárie**. *Rev Fac Odontol Lins*. 2000; 12(1-2):7-11