

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

LUCILEUDA MARCOS CAVALCANTE ALECRIM

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA - CEARÁ

2011

LUCILEUDA MARCOS CAVALCANTE ALECRIM

**ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof^a Ms^a Ivana Cristina Vieira de Lima

FORTALEZA - CEARÁ

2011

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

A342a Alecrim, Lucileuda Marcos Cavalcante
Atuação da equipe multidisciplinar na estratégia saúde da família/ Lucileuda Marcos Cavalcante Alecrim. – 2011.
40 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Prof^a Ms^a Ivana Cristina Vieira de Lima.

1. Saúde da Família 2. Enfermagem em Saúde Comunitária 3. Educação a Distância I. Título.
CDD 362.1

LUCILEUDA MARCOS CAVALCANTE ALECRIM

**ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista.

Aprovada em 05/11/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ms^a Ivana Cristina Vieira de Lima (orientadora)

Prof^o Dr. Pyetro Ramon Pimentel Alencar (1^o Avaliador)

Prof^a Esp Sônia Samara Fonseca de Moraes (2^o Avaliador)

A Deus, por me proporcionar esta oportunidade de crescimento profissional.

À tutora virtual Prof^a Ms^a Ivana Cristina, que contribuiu com precisão nas orientações do estudo.

Às minhas filhas Marília e Bianca, por me fazerem viver intensamente o presente pensando no amanhã.

Ao Carlos, meu esposo, que com sabedoria facilita os meus estudos.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Ceará, por disponibilizar o curso a distância com seriedade na condução desta especialização no ambiente virtual para os profissionais que trabalham no Interior.

À Escola de Saúde Pública de Iguatu, que nos acolhe com humanidade e respeito.

À tutora virtual, por conduzir os cursistas com dedicação e acolhimento, mantendo o ambiente virtual acolhedor.

À Secretaria de Saúde do Município de Piquet Carneiro, por nos apoiar nesta jornada de educação em saúde.

RESUMO

Objetivou-se refletir sobre a atuação da equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um relato de experiência construído ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pelo Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, da Universidade Federal do Ceará, no período de agosto de 2010 a setembro de 2011. O curso foi oferecido na modalidade semipresencial, sendo o material didático disponibilizado no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). As atividades propostas durante o desenvolvimento das dez disciplinas do curso foram: chat, fórum de discussão, tarefa, trabalhos em grupo e portfólios produzidos ao final de cada disciplina, os quais relatavam o aprendizado do aluno e a relação entre a teoria e a prática. As informações para a construção dos portfólios foram captadas no AVA por meio das atividades propostas em cada disciplina, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Secretaria de Saúde do Município de Piquet Carneiro e de alguns registros na Unidade Básica de Saúde Dra. Marilu Aires de Castro. O curso possibilitou reflexões acerca dos trabalhos desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde conforme a realidade do município. Ademais, houve possibilidade de se conhecer o Sistema Único de Saúde de forma mais aprofundada mediante estudo de leis, portarias, diretrizes, princípios e análise do processo de trabalho em saúde, com destaque para as perspectivas e desafios da equipe multidisciplinar de saúde.

Palavras-Chave: Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Comunitária. Educação a Distância.

ABSTRACT

The objective was to reflect on the role of the multidisciplinary team in the family health strategy. It is a story of experience built up over the course Especiliazação Family Health sponsored by the Center for Technology in Distance Education in Health, Federal University of Ceará, from August 2010 to September 2011. The course was offered in the semi-presence, and teaching materials available on the Virtual Learning Environment (VLE). The activities proposed during the development of the ten subjects in the course were: chat, discussion forum, task, group work and portfolios produced at the end of each discipline, which reported the student's learning and the relationship between theory and practice. The information for the construction of portfolios were captured in the LMS through the activities of bases proposed in each discipline, through the VHL (Virtual Health Library), the Health Department of the Municipality and some records in the Basic Health Dr. Marilu Aires Castro. The course allowed reflections about the work carried out in the Basic Health as reality of the city. Moreover, there were possibilities of knowing the Unified Health System in more depth through study of laws, ordinances, guidelines, principles and analysis work process in health, with emphasis on the prospects and challenges of a multidisciplinary health team.

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

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVA - Ambiente Virtual de Aprendizagem
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVE - Acidente Vascular Encefálico
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CPOD - Dentes, Careados, Perdidos, Obturados
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CRES - Coordenadoria Regional de Saúde
CEREST - Centro de Referência a Saúde do Trabalhador
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HPP - Hospital de Pequeno Porte
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PPP - Pré-parto, Parto e Pós-parto
NUTEDS - Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
RVC - Rede de Viação Cearense
SB - Saúde Bucal
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde
UFC - Universidade Federal do Ceará
VD - Visita Domiciliar.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	OBJETIVOS	13
3.	METODOLOGIA	14
3.1	Tipo de Estudo	14
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTFÓLIO	15
4.1	Processo de trabalho em saúde	15
4.4.1	Processo de trabalho em saúde: aspectos teóricos	15
4.1.2	Apresentação do município de Piquet Carneiro	15
4.1.3	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	17
4.2	Modelo assistencial e atenção primária em saúde	17
4.2.1	Modelo assistencial e atenção primária em saúde: aspectos teóricos	17
4.2.2	Relato de caso na prestação de cuidados de saúde	18
4.2.3	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	19
4.3	Saúde mental e violência	20
4.3.1	Saúde mental e violência: aspectos teóricos	20
4.3.2	Interlocução entre teoria e práxis	21
4.3.3	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	22
4.4	Saúde da Mulher no ciclo vital	23
4.4.1	Saúde da mulher no ciclo vital: aspectos teóricos	23
4.4.2	Condições de vida e de saúde das mulheres atendidas pela equipe da Estratégia Saúde da família	24
4.4.3	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	25
4.5	Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família	26
4.5.1	Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família: aspectos teóricos	26
4.5.2	Relato de experiência profissional	27
4.5.3	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	27
4.6	Atenção Básica de Saúde no contexto da saúde bucal	28
4.6.1	Atenção básica de saúde no contexto da saúde bucal: aspectos teóricos	28
4.6.2	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	29

4.7	Atenção básica em saúde à pessoa com deficiência	30
4.7.1	Atenção básica em saúde à pessoa com deficiência: aspectos teóricos	30
4.7.2	Impactos da disciplina na minha atuação profissional	32
4.8	Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde	32
4.8.1	Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde: aspectos teóricos	32
4.8.2	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	34
4.9	Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade– prática pedagógica em atenção básica à saúde	35
4.9.1	Educação em saúde e suas repercussões para a consolidação do SUS	35
4.9.2	Reflexão crítica entre os vídeos “The wall” e “Máquina de ensinar”	36
4.9.3	Impacto da disciplina na minha atuação profissional	36
4.10	Planejamento e avaliação de ações de saúde	37
4.10.1	Planejamento e Avaliação de ações de saúde: aspectos teóricos	37
4.10.2	Relato de experiência: elaboração de um plano de ação	38
4.10.3	Impactos da disciplina na atuação profissional	38
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988 (BRASIL, 1988). O Brasil foi marcado em sua história, na década 1980, pelos avanços na democratização das políticas públicas e programas em saúde. Esse marco histórico trouxe avanços significativos na saúde do País e mudanças de paradigmas, deixando de valorizar a doença para priorizar a saúde e sua conservação através de práticas preventivas, tratamento com corresponsabilidade do indivíduo e reabilitação do agravo com possibilidade de inclusão social (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a).

Em 1994, foi implantada no Brasil a Estratégia Saúde da Família com o principal objetivo de fortalecer a Atenção Básica, que em um segundo momento mudou sua nomenclatura para a Atenção Primária, sendo a mesma a porta de entrada do usuário ao SUS (BRASIL, 2009). A, B, C

A Estratégia Saúde da Família (SF), desenvolvida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é um modelo de atenção a saúde eficaz, eficiente e adequado ao fortalecimento da atenção básica no país. Porta de entrada do SUS eixo central da organização do sistema, a SF compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, a cargo das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e dos agentes comunitários de saúde – ACS. (BRASIL, 2009, p. 12).

A Estratégia Saúde da Família é um modelo assistencial desenvolvido de forma compartilhada por vários trabalhadores de saúde, ou seja, por uma equipe multiprofissional com atividades interdisciplinar na assistência ao indivíduo e à comunidade. A multidisciplinaridade é a capacidade de se tratar um problema com a visão de vários saberes profissionais para que, juntos, percebam as necessidades dos usuários do SUS.

A interdisciplinaridade é um trabalho coordenado por um profissional ou por normas escritas com o objetivo de praticar a comunicação horizontal na equipe e a interação entre dois ou mais profissionais ou, ainda, a integração de toda a equipe. É partilhar saberes e conhecimentos de todos os profissionais de forma integral, sendo o foco a resolução do problema com planejamento assistencial de forma que contemple as necessidades do indivíduo e da coletividade (UFC, 2011a).

Enquanto profissional da saúde estive presente no nascimento do SUS e fazer parte desse processo me traz alegria. Em sua implantação trabalhava como gestora do sistema, quando participei da criação da Secretaria Municipal de Saúde de Piquet Carneiro, do Conselho Municipal de Saúde e da estruturação dos serviços, com muitas oficinas e capacitações. Após alguns anos fui trabalhar na assistência e lá, mais uma vez, fui

protagonista da implantação do Programa Saúde da Família no município, desde a mobilização social para a divulgação a toda população até a formação da equipe propriamente dita. Até então pouco se sabia sobre Saúde da Família. Tivemos muitas dificuldades para conduzir os serviços, pois alguns profissionais da equipe não queriam mudar o modelo hospitalocêntrico de assistir. Além desse problema, havia grande rotatividade de profissionais, principalmente médicos, e a dificuldade em organizar a demanda por ciclo de vida e a introdução da atividade educativa.

É através do programa de educação permanente em saúde que os trabalhadores da saúde desenvolvem ações de promoção a saúde do indivíduo e da coletividade, usando como estratégias de ensino a problematização (CECCIM, 2005).

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de auto-avaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano (UFC, 2011).A,B,C

O modelo Estratégia Saúde da Família é benéfico para os profissionais, os usuários e a comunidade. Porém, para que isso ocorra temos de observar a filosofia do SUS e obedecer aos seus princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade).

A Equipe Estratégia Saúde da Família é o componente humano que traduz a ação multiprofissional na assistência e na condução da saúde de uma população previamente delimitada por um território geográfico, sociocultural e político. A essa equipe é delegada a responsabilidade da educação em saúde. Portanto, faz-se necessária a educação permanente para a melhoria das ações de saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família. Este Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC) se propõe a contemplar essa demanda, com vistas à formação de profissionais competentes, humanos, resolutivos e que saibam trabalhar de forma interdisciplinar na equipe de saúde da qual fazem parte.

2 OBJETIVOS

- Refletir sobre a atuação da equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família (NUTEDS/UFC).
- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).

3 METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, da Universidade Federal do Ceará, que ocorreu no período de agosto de 2010 a setembro de 2011.

As disciplinas ofertadas no curso foram: Educação a Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental e Violência; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde e Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à saúde.

No decorrer das disciplinas foram propostas distintas atividades virtuais, a saber: chat, fórum de discussão, tarefa, trabalhos em grupo e portfólios produzidos ao final de cada disciplina, os quais relatavam o aprendizado do aluno e a relação entre a teoria e a prática. As informações para a construção dos portfólios foram captadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) por meio das atividades-bases propostas em cada disciplina, através da biblioteca virtual em saúde, da Secretaria de Saúde do Município, e de alguns registros na Unidade Básica de Saúde Dra. Marilu Aires de Castro.

Os portfólios se fundamentam no resgate do conteúdo estudado em forma de trabalho com introdução, objetivos, desenvolvimento, considerações finais e referências. Como diferencial desse tipo de atividade o aluno possui liberdade para apresentar seu portfólio acrescentando aos mesmos fotos, gravuras, diagramas e tabelas. Após o término das disciplinas do curso os portfólios foram reunidos e organizados em forma de capítulos.

Para a realização deste trabalho não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência. Não há fotos de seres humanos, e no estudo de caso não houve exposição da identidade do paciente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentam-se os portfólios produzidos ao longo das disciplinas por ordem de oferta dos módulos. Os portfólios trazem reflexões sobre a atuação da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF).

4.1 Processo de Trabalho em Saúde

4.1.1 Processo de Trabalho em Saúde: aspectos teóricos

O modelo de assistência da Estratégia Saúde da Família possibilita a equipe conhecer o município e a população na qual irá trabalhar. É necessário esse conhecimento para que os profissionais desenvolvam o modelo de atenção pautado na promoção da saúde.

Desenvolver o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família é uma tarefa complexa. Para tanto são necessários novos requisitos para a equipe multiprofissional. Em alguns momentos trabalhamos diretamente com as famílias e a comunidade, e muitas vezes nos deparamos com situações socioeconômicas e de vida muito difíceis. Mesmo assim temos de fazer o nosso trabalho assistencial usando a comunicação e levando os indivíduos a buscar uma melhor qualidade de vida e de saúde, além da educação e da participação social.

Muitos avanços já foram alcançados em relação ao modelo Estratégia Saúde da Família. A organização da demanda dentro das Unidades Básicas de Saúde, a formação dos grupos para trabalhar a educação continuada, a assistência ao indivíduo focada na saúde e a análise dos indicadores de saúde são exemplos desses avanços.

Os desafios à Estratégia Saúde da Família estão relacionados à falta ou à rotatividade dos profissionais médicos na equipe, como também ao perfil de alguns profissionais que continuam seguindo o modelo hospitalocêntrico.

4.1.2 Apresentação do Município de Piquet Carneiro-CE

O município de Piquet Carneiro está localizado na região do Sertão Central II, a 336 km da Capital cearense, possuindo uma área territorial correspondente a 587,89 km². Tem 15.467 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Com relação à administração regional da saúde, pertence à jurisdição do 18º Centro Regional da Saúde (CRES) localizado na cidade de Iguatu-CE. São 10 os municípios que compõem esse CRES: Mombaça, Acopiara, Catarina, Iguatu, Quixelô, Carius, Jucás, Saboeiro, Irapuã Pinheiro e Piquet Carneiro.

A origem do município de Piquet Carneiro está ligada à construção de uma ferrovia. Com o avanço dos serviços de construção da ferrovia os diretores da Rede de Viação Cearense (RVC) resolveram construir, na Vila Jirau, como era chamada a localidade, uma estação de trem. A passagem do trem tornou-se um fator determinante em face do progresso do vilarejo, visto que pequenos núcleos habitacionais foram se multiplicando junto à estação ferroviária, cuja inauguração ocorreu em 15 de novembro de 1907. No ano de 1938, ocorreu a mudança do topônimo primitivo Jirau para Piquet Carneiro, em homenagem ao Engenheiro Bernardo Piquet Carneiro. Em 12 de julho de 1957, através da Lei nº 3.685, Piquet Carneiro passou à condição de município. O município faz fronteira com Senador Pompeu, Acopiara, Deputado Irapuan Pinheiro e Mombaça. Seu território contempla os distritos de Ibicua, Mulungu e Catolé da Pista. (Revista Municipal, 1993).

No tocante à saúde, uma importante conquista foi a implantação da Estratégia Saúde da Família, em abril de 1997. Fiz parte dessa implantação como enfermeira da equipe e participei do processo de territorialização, no qual o município foi dividido em três distritos sanitários. Hoje existem cinco equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo duas na sede do município e uma em cada distrito.

A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada para a clientela da demanda espontânea para a demanda organizada. Dentro a rede de atenção em saúde do município os pacientes podem ser referenciados tanto para o Hospital de Pequeno Port (HPP) do município quanto para a atenção secundária ou para hospital de maior porte. Nestes casos, o paciente é orientado a procurar a Secretaria de Saúde local com a solicitação médica para agendamento de procedimentos na central de marcação.

A Equipe Estratégia da Saúde da Família desenvolve ações conforme normas preconizadas pelo programa, como assistência à mulher, exame citológico, planejamento familiar, assistência ambulatorial à criança, imunização, incentivo ao aleitamento exclusivo, controle das doenças infecciosas hanseníase e tuberculose, acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, hipertensos e diabéticos, atendimento específico para idosos, atendimento em saúde bucal e controle de doenças causadas por vetores. São notificados, ainda, os agravos de forma compulsória. As visitas domiciliares ocorrem em um dia específico da semana conforme calendário ou mediante demanda espontânea.

A nossa responsabilidade enquanto equipe é manter a qualidade dos serviços de saúde, organizar a demanda da assistência para aperfeiçoar os atendimentos e buscar resolução para os problemas detectados, bem como manter e melhorar os indicadores pactuados. Para tanto, é necessário trabalhar de forma intersetorial, contando com o apoio de escolas, conselhos municipais, igrejas, pastoral da criança, representantes das comunidades e secretarias municipais, entre outros.

A palavra que define o trabalho da equipe Estratégia da Saúde da Família é equidade, ou seja, tratar diferente cada particularidade da clientela. Para tanto, é necessária a comunicação individual e coletiva, de maneira a inserir o usuário e sua família no processo de cuidado.

4.1.3 Impacto da disciplina na minha atuação profissional

As atividades propostas durante a disciplina de Processo de Trabalho em Saúde proporcionaram a minha reflexão sobre como estão sendo conduzidos os trabalhos da equipe de Estratégia da Saúde da Família em que trabalho. Além disso, levaram-me a refletir sobre a importância da comunicação entre a equipe e o usuário e sobre como estamos tratando as diferenças encontradas na nossa clientela. A socialização com outros profissionais de saúde de outros municípios foi outro benefício. Em alguns casos, identifiquei similaridades no processo de trabalho desenvolvido. Em outros casos, porém, a realidade vivenciada é totalmente diferente da minha. Essa troca foi importante para que pudesse rever a minha prática e a da nossa equipe de Saúde da Família. Cresci como profissional, identifiquei erros em nossos serviços e também acredito ter contribuído para o crescimento dos demais.

Houve uma visualização mais ampla do processo de trabalho desde as definições dos conceitos de saúde, doença e território.

4.2 Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde

4.2.1 Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde: Aspectos Teóricos

O Brasil, nessas três últimas décadas, deu um salto de qualidade muito importante no seu modelo assistencial de saúde. O principal deles foi a implantação do modelo do SUS. Hoje todos os municípios do País têm a oportunidade de vivenciar esse modelo assistencial, de maneira a aplicar na prática as ações de promoção da saúde para reverter quadros de doenças passíveis de prevenção que há muito tempo se arrastavam entre a população, como também nortear essa população a buscar uma melhor qualidade de vida para toda a família.

A professora contedista Dra. MOTA (Maria Vaudelice, 2010), no texto complementar da aula 2 descreve de forma completa o que propõe o Programa Estratégia Saúde da Família.

A ESF implica a implementação de uma série de ações que apontam para a reorientação do modelo de atenção, em que a atenção básica é a porta de entrada de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e as ações de atenção integral, com referência e contra referência aos demais níveis do sistema, e com estímulo ao controle social. (UFC, 2010).

Aprecio a colocação acima, pois narra de forma clara como é abrangente o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo é perfeito para o usuário em todos os níveis de atenção à saúde, por envolver também uma construção dinâmica em que a assistência só pode ser em equipe. Isso desenvolve atributos de qualidade para a equipe, o usuário e a comunidade.

4.2.2 Relato de caso na prestação de cuidados de saúde

Conforme estudo de caso da aula 4, Atenção Básica à Saúde, tópico 2, a senhora Maria, de 65 anos, morava há cerca de 10 anos em uma comunidade da zona urbana de uma localidade de Vila Formosa. Há oito anos foi diagnosticado pela Equipe de Estratégia da Saúde ser D. Maria hipertensa. Desde então fazia uso irregular da medicação. Teve um episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC), chegando a ser internada por 15 dias em um hospital, apresentando sequelas nos movimentos. Após a alta hospitalar, um membro da equipe, agente de saúde da área, teve conhecimento da alta de Dona Maria e comunicou a outro membro da equipe que até então a paciente não tinha recebido nenhuma visita no domicílio pela equipe. Uma filha, após 15 dias da alta de Dona Maria, procurou a unidade de saúde e solicitou da auxiliar de enfermagem uma visita, a qual ela realizou, e encontrou a paciente com perda de peso, precária condição de higiene, pressão sanguínea elevada, continuação de uso irregular da medicação e escara de decúbito. A auxiliar de enfermagem realizou um curativo e orientou quanto à higiene, ao uso correto da medicação e aos cuidados com a escara. Ao chegar à unidade comunicou o problema à enfermeira, e como era sexta-feira, a mesma agendou sua visita para segunda-feira. Na segunda-feira, a enfermeira constatou que a escara estava infectada e que Dona Maria estava com elevação da pressão e muito debilitada. Realizou os cuidados básicos e orientações aos familiares sobre como melhor cuidar de Dona Maria na prevenção do surgimento de mais escaras, encerrando a assistência em enfermagem.

Analisando o caso apresentado no texto, observa-se que a falta de comunicação e de vários atributos e regras levaram a paciente a ficar com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Primeiro, não se deve deixar um paciente hipertenso sem ajuste de doses de medicamentos por tantos anos e sem acompanhamento da equipe por mais de dois meses.

Faltou, portanto, eficácia, equidade e oportunidade de essa paciente controlar sua doença, continuidade e acessibilidade à unidade de saúde, pois a busca ativa no domicílio se fazia necessária por um membro da equipe, o agente comunitário da área ou outro membro da equipe de saúde, como também a conscientização da paciente e da família para a importância da adesão ao tratamento e ao controle da doença para a prevenção de complicações.

Como na maioria das equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), o atributo presente foi da eficiência. Muitas vezes estamos trabalhando de forma mecânica, quando o quantitativo é colocado como prioridade, deixando a escuta e a ausculta de nossa clientela para segundo plano. Também podemos observar a falta de ética dessa equipe para com a família da paciente, a falta de comunicação interna da equipe, que deveria ser de forma horizontal. Um membro da equipe há quinze dias sabia do problema e não comunicou aos demais membros. De certa forma se omitiu da assistência necessária a essa paciente, que no caso seria a visita domiciliar. Mesmo quando ocorreram as duas visitas pela auxiliar e enfermeira, houve a falta de continuidade da assistência a Dona Maria, pois ela necessitava de consulta médica para tratar a infecção instalada na escara e atenção na reabilitação de sua incapacidade.

Na Estratégia da Saúde da Família deve-se desenvolver a cultura da importância e da prática da competência de gestão para todos os membros. Mostrar que só com os níveis de gestão presentes no nosso trabalho teremos resultados de qualidade. É fundamental desenvolver as diretrizes do programa e seus princípios, além da comunicação interna e externa na equipe e na comunidade para que ocorra a sincronização das ações da Estratégia Saúde da Família e os resultados sejam alcançados.

4.2.3 Impacto da disciplina na minha atuação profissional

A disciplina Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde nos levou a refletir sobre as nossas práticas diárias de assistência no Programa Saúde da Família, possibilitando-nos renovar os conhecimentos sobre o Modelo Assistencial em Saúde; Atenção Básica em Saúde; O Trabalho da Equipe de Saúde da Família, a Mudança do Modelo Assistencial e a Qualidade na Prestação do Cuidado da Saúde. Todas essas aulas foram especiais, trazendo a possibilidade de confrontar a teoria e a prática de nossa assistência, possibilitando a mudança interna de cada profissional na sua prática diária. Entendo que a mais importante de todas as mudanças é a mudança do meu eu como profissional, cheio de atributos e capacidade para transformar minha prática diária para o bem da coletividade.

A importância desse aprendizado ou renovação do aprendizado para o profissional de saúde da ponta, ou seja, da porta de entrada do serviço de saúde, que é a Equipe Estratégia da Saúde da Família, é de suma necessidade para se garantir a qualidade da atenção à saúde e reverter o quadro de hoje, onde os pacientes estão necessitando da atenção terciária, os hospitais cheios e as clínicas de reabilitação também. Pelos anos de implantação do SUS já era para estar desafogada a atenção terciária, ou seja, as pessoas deveriam adoecer menos, já que a proposta do SUS é a prevenção de doenças e a promoção da saúde, para que todos tenham qualidade de vida.

4.3 Saúde Mental e Violência

4.3.1 Saúde Mental e Violência: Aspectos Teóricos

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida entrelaçados e interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostram que, como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

Para Amaral, transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado.

Ao longo da história os transtornos mentais causaram grande sofrimento para o paciente e seus familiares. Por muitos anos esses pacientes foram tratados com muita crueldade, exclusão e preconceito. Não havia por parte dos profissionais da saúde conduta humanizada ao abordar e cuidar desse cidadão. A pessoa acometida de transtorno mental era tratada com o uso da força bruta e sujeita ao isolamento, fatores que traziam marcas físicas e psicológicas para toda a sua vida (UFC, 2010c).

Graças à Reforma Psiquiátrica, essa realidade cruel e subumana sofreu modificações, mudando-se paulatinamente o cenário histórico da saúde mental no Brasil.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica é definida como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, a saber: instituições de esfera federal, estadual e municipal; universidades; serviços de saúde; conselhos profissionais; associações de pessoas com transtorno mentais e seus familiares; nos movimentos sociais e opinião pública. Assim, envolvem transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais e no cotidiano da vida da instituição, dos serviços

e das relações interpessoais associadas à atenção em saúde mental. Foi graças ao esforço conjunto dessas esferas que hoje é possível a visualização das modificações e avanços no tocante à atenção em saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

Neste contexto, faz-se necessário que a equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) esteja preparada no âmbito teórico-prático para acolher, atender, diagnosticar cuidar e acompanhar de maneira humanizada as pessoas da comunidade que evidenciem problemas de cunho psiquiátrico.

Conforme minha prática na atenção básica junto ao município de Piquet Carneiro, nos últimos anos houve o crescimento em nosso meio das crises de depressão, dos transtornos de ansiedade, e a diminuição dos internamentos em hospitais psiquiátricos. O nosso serviço de referência para esses casos é o Hospital Mental Santa Tereza, específico em psiquiatria, localizado na cidade do Crato, a aproximadamente 270 Km da cidade de Piquet Carneiro.

4.3.2 Interlocução entre teoria e práxis

Tenho acompanhado ao longo dos anos a evolução da atenção em saúde mental no município de Piquet Carneiro, mediante vivência de casos dessa ordem no meu próprio convívio familiar e profissional. Os meus familiares portadores de transtornos mentais antes eram trancafiados em quartos e isolados do convívio social. Quando as crises eram evidenciadas eles eram contidos violentamente e encaminhados imediatamente para Fortaleza, para internação no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Nos anos 1980, com a chegada de um médico generalista que dominava bem a medicação psicotrópica para atender a demanda do município, houve alguns avanços, pois os pacientes passaram a ser acompanhados pelo médico em nível ambulatorial ou domiciliar.

Esse foi um marco para nosso município. A partir de então a sociedade já aceitava melhor esses transtornos e houve atenuação do preconceito. Ao longo dos anos, houve inclusão social dessas pessoas, de forma que atualmente os portadores de transtorno mental do município são tratados de forma igualitária, participam de atividades sociais, frequentam igrejas e demais eventos sociais e dificilmente necessitam de internação. Além disso, são monitorados pela família quanto à administração da medicação e a sociedade já aprendeu, de certa maneira, a respeitar e entender esses quadros mediante o desenvolvimento de ações de inclusão social e incentivo ao apoio familiar.

Em contrapartida, a assistência a esses pacientes no âmbito do Programa Saúde da Família é totalmente fragilizada, visto que nós profissionais não nos responsabilizamos pela atenção em saúde mental, relegamos esse cuidado às instituições de saúde mental, tais como

Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais Psiquiátricos da região ou a médicos que possuam essa especialidade. Neste contexto, a equipe como um todo tem ações pontuais, algumas vezes somos chamados para realizar medicações injetáveis para acalmá-los ou somos acionados pelo médico particular da família para renovar a prescrição das medicações psicotrópicas.

O município irá implantar uma Equipe do NASF II, em 2011. Um dos seus objetivos é o matriciamento em saúde mental para incorporar juntamente com as equipes Estratégia da Família uma nova visão de avaliação, atendimento e acompanhamento dos pacientes com transtorno mental. Esse projeto vem fortalecer e ajudar a desenvolver diversas ações em conjunto com as equipes saúde da família e os multiprofissionais da equipe do NASF: psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social e educador físico.

4.3.3 Impacto da disciplina na minha atuação profissional

Compreender o conceito de transtorno mental é refletir sobre suas principais causas e analisar como estamos trabalhando com essa clientela no município de Piquet Carneiro. Esse desafio foi muito importante na Atenção Primária. Com essa aprendizagem chegamos à conclusão de que transtorno mental é diferente de doença mental, porém muitas vezes a sociedade engloba todos os pacientes desse grupo como “mentais”. É necessário conhecer melhor esses pacientes e desenvolver atividades para conduzi-los com suas diferenças.

Com a Reforma Psiquiátrica, na década de 1980, e o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios foram convocados a mudar as ações em atenção à saúde mental no País. O paciente, visto como um ser humano com distúrbios e necessidades especiais, deve ter essas necessidades atendidas o mais próximo possível do ser habitat natural, domicílio ou comunidade, com a introdução de terapias grupais envolvendo a família e a comunidade.

Após estudar essa disciplina percebe-se que o cuidar do paciente com transtorno mental evoluiu para uma forma humanizada. O tratar se faz de forma holística, intersetorial e integral, mediante estabelecimento de diversas estratégias em diferentes momentos do cuidado. Primeiro há um diagnóstico desses transtornos, depois se aposta no cuidar desse paciente para que, acolhido na comunidade e na família, seja incentivada a sua participação em grupos terapêuticos.

4.4 Saúde da Mulher no ciclo vital

4.4.1 Saúde da Mulher no ciclo vital: Aspectos Teóricos

A mulher é um ser complexo que necessita de atenção em saúde diferenciada e integral desde o nascimento até o climatério. A complexidade da mulher no ciclo vital culminou com o desenvolvimento de políticas de saúde para prevenir, tratar, cuidar e defender seus direitos sexuais, reprodutivos, associados à não-agressão.

De acordo com a professora conteudista Sílvia Hyppolito, a Estratégia Saúde da Família deve:

Pensar a mulher para além das suas dimensões biológicas. Trata-se de vê-la como um ser social que, ao percorrer sua trajetória neste mundo, encontra uma série de dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição de mulher, mãe, trabalhadora que sofre discriminações e violências e que ama e luta por sua felicidade e para ser reconhecida. É para este ser cujas marcas das desigualdades social, econômica, cultural e de raça são reveladas no seu processo de viver, adoecer e morrer.

As particularidades da saúde da mulher no período gravídico-puerperal têm provocado o incremento de ações em nível da atenção básica desde o pré-natal, que hoje não é simplesmente gestar e “dar à luz”, mas envolve todo um aparato legal desde o desejo de engravidar até o direito à licença-maternidade.

A assistência no pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, com mínimo impacto para a saúde materna. Atualmente acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (GAIO, 2006, p 357).

Analisando outra fase do ciclo vital, observa-se que por possuírem uma maior expectativa de vida, as mulheres necessitam de atenção integral no período do climatério e da terceira idade. O climatério com especialidade, pois é um período da vida da mulher que se caracteriza pela falência dos ovários resultando na queda dos hormônios e na chegada da menopausa entre 48 e 50 anos. De acordo com Caleffi (2006, p.431):

A melhoria e o aumento da expectativa de vida da população Brasileira nas últimas décadas tem trazido para o foco de atenção epidemiológica das doenças crônico-degenerativas, que representam um significativo problema de saúde pública em nossos País. Destacadas as causas mal definidas, as doenças cardiovasculares e o câncer causam mais de 40% de óbitos no Brasil. O câncer de mama é hoje a neoplasia mais freqüente entre as mulheres.

O câncer de mama é uma doença que castiga a mulher levando a mutilação. Muitas vezes só detectamos esse agravo crônico em um estágio bem avançado. A mulher deve ser

orientada pela equipe de saúde a examinar sua mama no 7º dia da menstruação desde o início de sua vida adulta. Por ocasião das visitas às unidades de saúde devem ser encaminhadas para os exames anuais de papanicolau e examinar (apalpar) suas mamas. Os municípios estão programados através de pactuação do Estado para garantir o acesso a exames especializados de mamografia para as mulheres a partir de 40 anos de idade, com ou sem risco familiar para câncer de mama.

No caso do câncer de um útero, através do programa de coleta citológica descentralizada, temos detectado alterações e encaminhado para o tratamento e acompanhamento, salvando vidas, pois os casos são detectados no início da lesão. Com relação ao câncer de mama, nossa realidade é igual à do País: os casos de câncer de mama estão sendo rastreados em estágios bem avançados e muitas mulheres estão em tratamento na atenção terciária.

4.4.2 Condições de vida e de saúde das mulheres atendidas pela Equipe da Estratégia Saúde da família

A população feminina da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Sede I é composta por 1.818 mulheres na faixa etária de 10 anos ou mais, e a população em idade fértil é composta por 1.246 mulheres de 10 a 49 anos de idade. Há, em média, 25 mulheres grávidas cadastradas por mês, e os partos são em torno de 33% cirúrgicos e realizados em hospitais de referências nos municípios de Acopiara e Iguatu, conforme o Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB, 2010). Em nosso município contamos com um Centro de Parto Normal Humanizado com cama de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), assegurando um parto bem assistido com a presença de uma enfermeira obstétrica. Os partos realizados fora do município fazem com que a naturalidades de nossa população, há várias décadas, seja de outros municípios.

O pré-natal em nossa equipe tenta seguir o protocolo padronizado pelo Ministério da Saúde, que preconiza pré-natal de qualidade com sete consultas ou mais, porém existe resistência do profissional médico em acompanhar essa clientela. Algumas delas chegam ao final da gestação com apenas uma consulta médica. Garantimos o acesso aos exames de rotina e são realizadas duas ou mais ultrassonografias. Também temos a referência garantida para as gestações de alto risco.

Graças os avanços nessa área, a mortalidade materna foi zero no ano 2010. Trabalhamos as gestantes de forma individualizada e em grupos realizando reuniões ou palestras. Com o objetivo de melhorar a adesão da gestante ao pré-natal e convencê-la da

importância do aleitamento materno exclusivo, entre outras orientações importantes para a saúde da mãe e feto, as reuniões ocorrem mensalmente em parceria com a ação social. É realizado o teste do pezinho em 100% dos recém-nascidos e as visitas puerperais ocorrem até o 10º dia pós-parto.

Em relação à caracterização socioeconômica das mulheres atendidas na Equipe da Estratégia da Saúde da Família, destacam-se profissões como funcionária pública municipal, professora, serviços gerais, agricultoras e domésticas. Mencionam-se outras atividades, tais como cabeleireira, manicure, vendedora de confecção ambulante, confeitadora doces e salgados e artesã, além daquelas que são empregadas no comércio local. Nossa população feminina tem como atividades de lazer as festas tradicionais do município, a festa do peão e as serestas.

As principais causas de mortalidade feminina na sede do município de Piquet Carneiro são: acidente vascular cerebral, infarto, câncer e problemas respiratórios. A faixa etária mais acometida por câncer situa-se entre 40 e 69 anos. As demais causas atingem a faixa etária de 60 a 90 anos. Em Piquet Carneiro encerramos o ano de 2010 com a cobertura de exames citológicos realizados de 131% do que foi programado pela Pactuação da Programação Integrada (PPI), conforme dados do Instituto de Prevenção do Câncer (IPC).

Com relação à violência contra a mulher, observa-se que existe de forma frequente a agressão verbal e a desvalorização da mulher. A agressão física ocorre também, porém não é notificada, pois a mulher esconde dos que a cercam, dificultando a notificação de maus-tratos, como também gerando a não punição do agressor. Assim, oficialmente, não existe violência contra a mulher em nosso município.

Com o objetivo de reduzir os óbitos em mulheres idosas pelas patologias acima citadas, estamos trabalhando o cuidador do idoso, conscientizando da importância das consultas médicas de rotina, além de supervisionar o uso da medicação, seguir dietas e, quando possível, introduzir atividade física, como também realizar exames de rotina.

4.4.3 Impacto da disciplina na minha atuação profissional

Refletindo sobre a trajetória da mulher ao longo do século XIX, observa-se que nas duas últimas décadas do referido século o mundo todo foi obrigado a aceitar a mulher com outro perfil social e desenvolver estratégias, criando leis em sua defesa. A mulher, com brilho, luta, sofrimento e determinação, conquistou o seu espaço no mercado de trabalho. Daí resultou o seu reconhecimento como ser capaz de mudar a realidade de uma sociedade machista, preconceituosa e desigual.

Conforme a minha vivência profissional em serviço público municipal há vários anos, pude concluir que todo o conteúdo estudado na disciplina Saúde da Mulher no seu Ciclo Vital foi de grande relevância para sensibilizar e despertar a importância da assistência à mulher no meu município. Mediante estudo do material didático, destacou-se que a mulher em todo o seu ciclo de vida necessita ser acompanhada por profissionais sensíveis à sua necessidade de atenção em saúde.

Que seja revista a nossa forma de acolher a mulher, valorizando suas queixas, sabendo ouvi-la, de modo a desenvolver uma relação de confiança entre a equipe e a mulher, a qual é protagonista de sua própria história.

4.5 Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da Família

4.5.1 Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da

Família: Aspectos Teóricos

Para se falar em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia Saúde da Família é preciso conhecer o território em sua plenitude. Devemos, enquanto equipe da Estratégia Saúde da Família, ser capazes de detectar problemas na comunidade relativos à saúde do trabalhador, além de detectar situações de risco para esse trabalhador em seu ambiente de trabalho. Faz-se necessário o mapeamento da sua área, observar, registrar e analisar os dados das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias, principalmente as problemáticas associadas ao processo saúde-doença e ao desequilíbrio do meio ambiente.

Vivemos em um mundo capitalista em que a produção e o consumo são prioritários a todo custo, deixando de lado a conservação do meio ambiente e os cuidados devidos à saúde do trabalhador. Depois da Revolução Industrial veio o impacto sobre a saúde dos indivíduos, os trabalhadores adoecem mais e, conseqüentemente, surgiu a necessidade de proteger esse trabalhador através de políticas assistenciais.

O processo de produção está diretamente ligado a dois grandes elementos: o ser humano/trabalhador e o meio ambiente. Ambos carecem da aplicação de políticas públicas, porém muitos trabalhadores e profissionais da assistência à saúde desconhecem ou negligenciam a legislação. Assim, a atuação do setor saúde de um município na assistência ao trabalhador ainda é falha, restringindo-se ao assistencialismo no momento da doença e deixando de investigar as causas de agravos e seus impactos na vida do trabalhador.

No Brasil, a Lei 8080 no seu Art. 200, diz: “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: executar as ações de vigilância sanitária e

epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

As equipes da Estratégia Saúde da Família não foram treinadas ou desconhecem a legislação, pois nos município de pequeno porte não existem indústrias, predominando os trabalhadores rurais e autônomos. Os trabalhadores, quando buscam as Unidades de Saúde com sérios acidentes de trabalho não são informados da existência da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) ou do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), órgãos criados para assistência, recuperação e investigação epidemiológica dos trabalhadores (UFC, 2011a).

4.5.2 Relato de Experiência profissional

No município de Piquet Carneiro já trabalhamos a proteção ao meio ambiente de forma consciente. Temos uma Secretaria Municipal do Meio Ambiente e Recursos Hídricos criada há dois anos, com o objetivo de proteção, conservação do meio ambiente e dos reservatórios hídricos. Desde então, o município trabalha com a intersectoriedade das secretarias. O trabalho é incessante e os resultados são poucos ainda, pois os impactos das ações intersetoriais relativas à educação ambiental são percebidos em longo prazo.

Na equipe Estratégia Saúde da Família somos capazes de detectar problemas de natureza ambiental. Identificar os problemas pode ser fácil, difícil é trabalhar para a solução dos mesmos. Uma estratégia viável é a busca por parcerias na comunidade.

As equipes de saúde, de um modo geral, não são sensibilizadas para a assistência aos trabalhadores que sofrem acidentes de trabalho quando os atendem e os encaminham para buscar orientação na Secretaria de Ação Social. O problema é mais grave porque o sistema privilegia aqueles que possuem carteira assinada, ou seja, a menor parcela de trabalhadores.

Deve-se orientar o trabalhador quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual e à manutenção do vínculo com associações do município, conforme sua atividade profissional. Essas ações podem ser realizadas através de programas de rádio local e da parceria com os agentes comunitários de saúde.

4.5.3 Impacto da disciplina na minha atuação profissional

Estudar a saúde do trabalhador e a proteção ao meio ambiente é requisito necessário para um funcionamento adequado na Estratégia Saúde da Família. Deparamo-nos com atribuições do SUS que não trabalhamos ou até mesmo desconhecemos, porque não nos

costumamos a estudar as leis e pô-las em prática. Vivemos sempre nos arrastando na rotina diária de nossos trabalhos, acomodando-nos e deixando de buscar a essência do SUS.

O município necessita se organizar no sentido de realizar um estudo epidemiológico acerca dos acidentes de trabalho de sua população, com o objetivo de se preparar para atender e encaminhar adequadamente esse trabalhador quando ele necessitar.

4.6 Atenção básica de saúde no contexto da saúde Bucal

4.6.1 Atenção básica de saúde no contexto da saúde Bucal: Aspectos Teóricos

A saúde bucal é uma atividade assistencial de grande relevância para a saúde da população. A falta de assistência ou a negligência dessa área por muitos anos prejudicou de forma irreversível a qualidade da saúde bucal dos brasileiros (UFC, 2011b).

A trajetória da saúde bucal no Brasil ocorreu da seguinte forma: até a década de 1950 era um modelo sanitarista e as atividades eram assistencialistas e priorizavam os grupos menos favorecidos e escolares. Podemos dizer que a assistência era excludente. Nos anos 60-70 foi adotado o modelo preventivo, que valorizou separadamente as medidas preventivas e não via o indivíduo com as demais necessidades, não trazendo impacto social. A odontologia Social ocorreu nos anos 70, quando iniciou a pensar a saúde como a ausência de doenças e tratava da questão preventiva e curativa da saúde do indivíduo. Em relação à odontologia simplificada ou comunitária, nos anos 70 não houve diferença das demais ações de odontologia, pois a qualidade continuava a mesma, contudo, contribuiu para uma divisão técnica de pessoal auxiliar, equipamentos e concepção de novos espaços de trabalho. A Odontologia Integral também nos anos 70 estava centrada nos equipamentos, na realização de procedimentos odontológicos e na assistência profissional, ou seja, buscava atender à maior quantidade de pessoas possível, sem avaliar a qualidade do atendimento oferecido. A Saúde Bucal Coletiva iniciou-se nos anos 80 com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e daí surgiu uma nova modalidade de atenção à saúde dentária da população, destinada à promoção da saúde de qualidade através da promoção à saúde com medidas preventivas, curativas e de reabilitação (UFC, 2011)

Para atender os parâmetros ideais à Saúde Bucal (SB) é necessário seguir os requisitos: Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo; Integralidade da Atenção para toda a equipe; Intersetorialidade: envolver toda equipe nas ações de planejamento no setor saúde; Ampliação e Qualificação da Assistência; Condições de Trabalho, com o compromisso do gestor municipal de assegurar a plena utilização da capacidade instalada; e o pacto da coordenação com a equipe objetivando a garantia do trabalho de qualidade com dignidade

tanto para os trabalhadores como para o usuário. O Ministério da Saúde frisa a importância de se conhecer o perfil epidemiológico da população para o planejamento das ações em saúde, incluindo aquelas relacionadas à saúde bucal:

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis (BRASIL, 2004).

Conforme levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil em 2003, o índice que mensura os Dentes Cariados (C), Perdidos (P) e Obturados (O) – CPOD, tomado como referência pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aos 12 anos, aponta o número 3,1 no Brasil. No Ceará, 3,01 estão no padrão aceitável pela OMS. No Nordeste o CPOD nesse mesmo levantamento epidemiológico por faixas etárias foram os seguintes: 12 anos – 3,19; de 15 a 19 anos – 6,34; de 35 a 44 anos – 19,62; e de 65 a 74 anos – 27,27 (BRASIL 2003). Podemos observar que à medida que o indivíduo amadurece vai perdendo cada vez mais a capacidade de manter íntegra a sua arcada dentária. Aqui se reforçam minhas colocações de que a problemática é multicausal: a formação cultural dos brasileiros e a falta de oferta do serviço com resolutividade para a população nas diversas faixas etárias ou pelos ciclos de vida.

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as "linhas do cuidado" (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação do fluxo que impliquem ações resolutivas da equipe, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário através do acesso que não deve lhe ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir no seu andamento. (BRASIL, 2004).

Rever a atenção por ciclo vital será o novo desafio para as equipes da Estratégia Saúde da Família juntamente com os profissionais de saúde bucal, pois tudo já temos na organização dos serviços. Resta-nos colocar em prática todo o aprendizado, e aqui estamos sendo estimulados a trabalhar dentro dos princípios do SUS, contribuindo para a redução da cárie dentária e outros agravos ligados à cavidade bucal, como a prevenção do câncer de boca.

4.6.2 Impacto da disciplina na minha atuação profissional

As principais causas da ausência ou pouca assistência à saúde bucal da população são: 1. Falta de política nacional para trabalhar a saúde bucal de forma preventiva e curativa;

2. Falta da oferta de serviço em quantidade e qualidade; 3. Profissionais não preparados para a prevenção de doenças da cavidade bucal; 4. Fatores culturais; 5. Condições socioeconômicas e baixa escolaridade.

A inserção da Equipe Saúde Bucal na atenção básica foi um ganho para a saúde da população. Após ser incorporada à Equipe da Estratégia da Saúde da Família, a Equipe de Saúde Bucal vem se especializando para trabalhar junto a toda clientela adscrita de forma humanizada, universal e com a demanda organizada para atender às distintas faixas etárias por ciclo de vida.

Na organização dos serviços em saúde bucal temos como atender à população adscrita mediante linhas de cuidados ou pela análise das condições de vida. O município que atende as políticas públicas é capaz de alcançar avanços voltados à saúde, bastando se organizar e seguir a trilha do desenvolvimento que é ofertado pelo SUS.

4.7 Atenção Básica em Saúde à Pessoa com Deficiência

4.7.1 Atenção Básica em Saúde à Pessoa com Deficiência: Aspectos Teóricos

Para Baptista (2009), o termo deficiente é amplamente usado para definir as pessoas com todo e qualquer tipo de deficiência física, mental, intelectual e funcional. O termo deficiência traz consigo o preconceito e por décadas as pessoas com deficiência eram marginalizadas pela sociedade e excluídas das atividades laborais. Expressões como perda, incapacidade, limitações, restrição, déficit, impotência e inabilidade são usadas comumente para definir a pessoa com deficiência.

No Brasil, 14,5% da população possuem alguma deficiência. Destacam-se vários tipos de deficiência, desde as mais simples até as incapacitantes, como também as deficiências adquiridas com o avanço da idade. A distribuição é da seguinte maneira: 48% visuais; 23% motoras; 17% auditivas; 8% intelectuais e 4% físicas (UFC, 2011c).

É imprescindível salientar que pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades. (BERNARDES et. al, 2009, p 32).

A pessoa com deficiência visual possui visão diminuída ou perda irreversível, podendo ser congênita ou adquirida, decorrente de problemas leves ou da perda total da visão (UFC, 2011). No Brasil, as principais causas de deficiência visual são relacionadas a nutrição inadequada, infecções e causas traumáticas. Há também os fatores de risco associados, tais como diabetes, senilidade, esclerose múltipla, prematuridade e traumas/acidentes.

A pessoa com deficiência auditiva, distúrbio parcial ou incapacidade total de ouvir, podendo ser de origem congênita ou adquirida. Suas principais causas são: acúmulo de cerume; infecções como otites; fatores genéticos; doenças como rubéola e sífilis; uso inadequado de medicamentos e drogas pela mãe no pré-natal; incompatibilidade sanguínea; sequelas de meningite e exposição frequentes a ruídos. (UFC, 2011).

A pessoa com deficiência física tem alguma disfunção do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. É o comprometimento completo ou parcial de algum ou alguns desses sistemas que levam o indivíduo a ter limitações físicas ou perda total da funcionalidade física dependendo da gravidade. Para a deficiência física existem três definições: Deficiente físico com comprometimento do aparelho locomotor, ósteo-articular muscular e nervoso. (UFC, 2011).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002), define ações de prevenção de agravos e de proteção à saúde, incluindo a reabilitação. Como medidas adotadas podemos citar: 1. Proteger a saúde da pessoa com deficiência; 2. Reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e de desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e 3. Prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. (BRASIL, 2002).

As pessoas com deficiência encontram muitas dificuldades no seu dia a dia para se deslocarem ao trabalho, à escola, ao lazer ou a outras atividades pessoais. As principais barreiras encontradas se associam à falta de planejamento urbano e a não adequação às necessidades da pessoa com deficiência. O acesso muitas vezes também é negado no transporte coletivo por falta de equipamento apropriado para receber a cadeira de rodas ou por negligência dos motoristas.

A ESF deve se preparar para o acolhimento de todo paciente com deficiência, desde o acesso físico da unidade de saúde à garantia da comunicação eficaz. Com relação à comunicação com o portador de deficiências, lançamos mão da comunicação escrita para aqueles que sabem ler, expressão corporal e facial, falar paulatinamente e olhando para o paciente e realizar exame físico para entender melhor suas queixas. Muitas vezes a pessoa com deficiência vem com seu acompanhante, que ajuda na hora de aprofundarmos a investigação da problemática que o levou à unidade de saúde, mas sempre tentamos entender a necessidade do paciente expressa por ele mesmo.

O município nas suas ações básicas de saúde deve trabalhar a prevenção de todos os tipos de deficiência, iniciando desde o pré-natal, com a imunização, até as orientações gerais de alimentação saudável e cuidados gerais com o idoso.

No município de Piquet Carneiro temos, há alguns anos, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Nesse espaço as pessoas com deficiência mental ou com déficit de aprendizagem aprendem de forma diferenciada e melhoram a sua qualidade de vida, pois se trabalha muito a socialização desse público com os demais instrumentos sociais locais, em especial o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), onde são desenvolvidos trabalhos manuais de artes e dança para todas as pessoas com deficiência, em todas as idades, inclusive os alunos da APAE. Em um segundo momento esses trabalhos são expostos para familiares e para a comunidade em geral.

4.7.2 Impactos da disciplina na minha atuação profissional

A disciplina ABS - Pessoa com Deficiência me proporcionou através dos depoimentos de pessoas com deficiência, sensibilização acerca da problemática que vivenciamos no dia a dia para atender a pessoa com deficiência, como também a identificação das dificuldades que eles enfrentam para fazer valer seus direitos de acesso aos serviços de saúde, educação e lazer. Em minhas observações percebi que a população e os familiares dos portadores de deficiência necessitam de apoio e orientações para acompanhar ou assistir esse indivíduo. Cabe aos profissionais de saúde acolher as pessoas com deficiência de forma satisfatória, como também buscar assegurar os seus direitos de melhor acesso aos órgãos municipais e particulares.

A Estratégia Saúde da Família pode ajudar a resolver parte dessa problemática solicitando aos gestores locais a adequação das unidades de saúde para o acesso à unidade e às ações de saúde. A equipe deve prestar atendimento humanizado e diferenciado às pessoas com deficiência, como também incentivar e apoiar a criação de grupos de pessoas com deficiência, para junto buscarem melhoria na assistência em todos os segmentos municipais. A acessibilidade, o acesso e a inclusão social são fundamentais para todos os pacientes. A equipe deve ter essa sensibilidade e se preparar para o acolhimento humanizado de todos que procuram os serviços.

4.8 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

4.8.1 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde:

Aspectos Teóricos

A Estratégia Saúde da Família é o modelo de assistência à população que vem consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Os municípios têm desenvolvido ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, desde

a implantação da ESF, em 1994. Além disso, para que ocorra a Estratégia Saúde da Família temos de trabalhar em consonância com os princípios dos SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade, como também com a participação da comunidade, além da interdisciplinaridade entre a equipe multiprofissional, (UFC, 2011 d).

A interdisciplinaridade é um trabalho coordenado por um profissional ou por normas escritas com um objetivo comum, ou seja, praticar a comunicação horizontal na equipe e a interação entre dois ou mais profissionais ou integração de toda a equipe. É partilhar saberes e conhecimentos de todos os profissionais de forma integral, sendo o foco a resolução do problema com planejamento assistencial de forma que contemple toda a necessidade do usuário (UFC, 2011 d).

O modelo assistencial de saúde anterior à Constituição Federal Brasileira de 1988 era caracterizado pela prática médica puramente curativa, individual, hospitalar e especializada. Assim, não se falava em coletividade, comunidade nem na influência do meio na saúde do indivíduo. Com a criação do SUS foi adotado um novo paradigma de saúde.

Multidisciplinaridade é a capacidade de se tratar uma problemática com a visão voltada para vários saberes. Para que ocorram as ações de proteção e promoção à saúde com a equipe de multiprofissionais é preciso seguir algumas atitudes ou posturas para que a interdisciplinaridade seja aplicada na prática: respeitar as limitações e competências; conviver com as diferenças; ser humilde e ético. Ao se trabalhar em equipe multiprofissional e respeitar as atitudes e competências de cada profissional, estamos trabalhando com base no modelo em que todos fazem parte do processo, ou seja, todas as classes profissionais estão juntas para o cuidado. (UFC, 2011 d).

Destacam-se os avanços da Estratégia Saúde da Família, porém a maioria da população não entende e não faz parte desse sistema, ou seja, usa o sistema quando necessita em casos de urgência. A omissão da população na participação contribui para o não-funcionamento adequado desse modelo, fragilizando as propostas do sistema.

A melhor forma de se trabalhar com vários profissionais com saberes diversificados conforme sua aprendizagem é, sem dúvida, a interdisciplinaridade. Esta é a filosofia da boa convivência com todos os membros de uma equipe. No caso da equipe Saúde da Família na qual trabalho precisamos ter atitudes de respeito recíproco, ao mesmo tempo em que temos de estar atentos às questões que envolvem a bioética.

A Bioética é considerada a parte da ética, ramo da filosofia que enfoca as questões referentes à vida humana, incluindo saúde e morte. É a análise e o estudo do limite entre a

ciência e a ética. Por sua vez, ética é uma palavra originada do grego “ethos”, que significa o modo de ser, o caráter (UFC, 2011 d).

O texto “Bioética: definindo conceitos e olhando para o seu passado” mostra que a bioética é uma ciência que integra várias disciplinas para desenvolver a transdisciplinaridade. Trata, também, de assuntos polêmicos e de difícil compreensão. É uma área de estudo de maior crescimento no mundo do final do século passado e no século atual. A bioética é o estudo que envolve os direitos e as condições necessárias para a assistência à vida do ser humano. É um estudo imprescindível para assistir, cuidar, preservar e pesquisar o ser humano, como também o meio ambiente em que vivemos. É trabalhar com o ser humano e para o ser humano, tendo o cuidado de observar as leis e costumes de uma sociedade para não ferir os princípios pré-estabelecidos por essa sociedade (UFC, 2011 d).

4.8.2 Impactos da disciplina na minha atuação profissional

Existem dificuldades em planejar as ações interdisciplinares na equipe, pois na maioria das vezes os profissionais da ESF dão prioridade aos interesses pessoais e outras atividades paralelas, deixando a equipe fragilizada nessa ação. É imprescindível que todos os profissionais da equipe planejem ações integradas, de forma interdisciplinar. Ao contrário, o prejuízo para a comunidade é visível, pois há pacientes atendidos pelas ESF que apresentam complicações, como por exemplo, hipertensos que sofrem acidente vascular encefálico, gestantes que desenvolvem eclampsia, amputações de membros por falta de controle adequado do paciente diabético, dentre outras doenças.

A formação acadêmica contribuiu por várias décadas para a não-interdisciplinaridade, uma vez que cada classe de profissionais exercia suas atividades individualmente, sem a devida discussão sobre o estado geral do paciente com outros profissionais de saúde. Atualmente, cada profissional realiza sua rotina sem qualquer questionamento ou sugestão acerca desse paciente, ocorrendo uma comunicação fragmentada.

Para contornar esse problema necessitamos lançar mão do trabalho em equipe, e não apenas fazer parte de uma equipe. Exercitar o estudo de caso em equipe, desenvolver estratégias de educação continuada e ações coletivas podem ser soluções viáveis para resolver o problema de falta de interdisciplinaridade das equipes da Estratégia Saúde da Família, como também nos demais níveis de atenção à saúde.

Na prática profissional na equipe da Estratégia Saúde da Família estamos a todo tempo tendo de assistir pessoas com problemas que envolvem a bioética, como por exemplo, mulheres que praticam o aborto. Às vezes somos abordados para realizar esse procedimento,

mas com a nossa recusa e tentativa de convencer a usuária a não praticar o aborto, na maioria das vezes ela decide utilizar meios perigosos para a indução do aborto, gerando muitas vezes complicações. Além disso, baseado na ética profissional não podemos buscar parceria da família ou da comunidade, pois se trata de um caso de sigilo profissional que consiste em grande parte das vezes em gravidez indesejada ou proibida pelos pais.

Observa-se que já houve uma leve superação do modelo biomédico e muitas conquistas na equipe Saúde da Família. Em algumas ações conseguimos trabalhar a interdisciplinaridade. Porém, para quem está no sistema SUS desde os primeiros dias de sua implantação, ocorre desânimo quando não se consegue visualizar uma motivação comum daqueles que fazem o sistema, os profissionais e os usuários (comunidade). Falta o empoderamento por parte dos dois lados para que o processo se concretize de forma positiva. Não é utopia se pensar a integralidade e a interdisciplinaridade na atenção às famílias, mas sim uma realidade que é possível quando se tem determinação e uma equipe comprometida com a qualidade de vida da população.

4.9. Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade–

Prática Pedagógica em Atenção Básica à Saúde

4.9.1 Educação em Saúde e suas Repercussões para a consolidação do SUS

Em 1986, no Brasil se iniciava um discurso sobre uma nova e revolucionária estratégia para trabalhar a saúde. Nascia o SUS. Passados mais de 20 anos, estamos tentando consolidá-lo e, para isso se faz necessária a implementação de um programa de educação permanente em todos os municípios. Assim, com as descobertas e a divulgação de novas doenças, seus sintomas, tratamento e como evitá-las, o profissional tem o dever de se atualizar estudando, especializando-se ou, pelo menos, se capacitando para dar suporte científico e prático à comunidade através da educação continuada.

Ademais, há a necessidade de humanização e aprimoramento das relações humanas na unidade básica de saúde e na comunidade. O acolhimento deve ser compreendido como um processo contínuo de construção de vínculos entre o usuário e o sistema de saúde. Neste sentido, é preciso valorizar as atividades desenvolvidas com grupos em equipe multiprofissional, além de definir prioridades para as visitas domiciliares. Por sua vez, a consulta deve ser considerada um encontro entre o usuário e o profissional de saúde, com vistas a potencializar a mudança de comportamentos de risco (UFC, 2011e).

4.9.2 Reflexão crítica sobre os vídeos “The wall” e “Máquina de Ensinar”

As novas tecnologias de educação utilizadas para se trabalhar com os usuários no âmbito do SUS têm contribuído para a mudança de paradigmas. A comunidade hoje tem uma visão ampliada de seus direitos e participa ativamente em algumas ações de controle social ou de reivindicação para o acesso aos serviços especializados na atenção secundária, terciária e no atendimento na macrorregião.

Na aula 2 apresentou-se o vídeo intitulado “*The Wall*”, que aborda a educação baseada na pedagogia da transmissão. Mostra o medo do aluno, a repressão de ideias e a gozação de todos os colegas com o protagonista. No vídeo ocorrem, ainda, situações de agressão física, resposta condicionada a punição, isolamento do aluno, mecanização dos educandos e desrespeito às suas individualidades. O vídeo nos lembra algumas atividades educativas ainda praticadas na Saúde da Família, pois em alguns momentos colocamos informações para o paciente usando a pedagogia da transmissão, principalmente quando estamos falando sobre determinada doença, seu tratamento, transmissão e cura.

O segundo vídeo, intitulado “Máquina de Ensinar”, nos mostra um ambiente frio, sem diálogo, com isolamento dos alunos, mostrando uma educação com características da pedagogia do condicionamento. Em minha opinião, a máquina de ensinar não deve ser aplicada em nenhuma situação pedagógica, pois leva o aluno a ser um indivíduo egoísta, individualista e sem condições de conviver em equipe. Na área da saúde essa modalidade de ensino é inviável para os profissionais, pois o trabalho deve ser realizado com uma dinâmica capaz de mudança a cada momento. Trabalhar com o imprevisto e com vidas é preciso interagir com outros profissionais. Para o bem do paciente lançamos mão da multidisciplinaridade, em que a interação com toda equipe é imprescindível para uma assistência de qualidade ao indivíduo.

Ao trabalharmos a educação em saúde devemos buscar no indivíduo os seus saberes para, então, construirmos juntos novos saberes e firmarmos laços de confiança mútua, através da pedagogia da problematização nas estratégias de educação em saúde (UFC, 2011e).

Para o sucesso da atividade educativa ou da abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade há necessidade de primeiro programar o assunto a ser trabalhado e o objetivo que devemos alcançar com a atividade. Também devemos monitorar e avaliar essa atividade.

4.9.3 Impacto da disciplina na minha atuação profissional

Para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, a adesão e corresponsabilidade a esse modelo assistencial por parte da população é necessária, como

também por todos os profissionais da assistência à Saúde da Família. Sabemos que ainda existem profissionais com práticas ultrapassadas na área da medicina, prejudicando o andamento da equipe Saúde da Família, mas já houve muito avanço. Eu, enquanto profissional de saúde, tenho vivenciando esse modelo desde o início de sua implantação e sou testemunha dos avanços do SUS. No meu município acredito que eu tenha contribuído para a saúde com minha experiência profissional e através dos conhecimentos adquiridos. Com os cursos de especializações tive a oportunidade de avaliar minha atuação enquanto profissional e visualizar como fui coadjuvante desse processo de saúde e educação para o bem de todos.

4.10. Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.

4.10.1 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde: Aspectos Teóricos

O planejamento é imprescindível em nossas vidas e envolve tanto a condução da vida pessoal quanto profissional. Este termo é definido como a realização de um plano de trabalho refletido sobre uma dada ação antes de colocá-la em prática. Após a realização, deve-se avaliar se os objetivos propostos foram atingidos.

Planejar é uma ação que leva a compartilhar uma mesma linguagem com vários autores envolvidos em um processo. É um processo dinâmico sujeito a avaliações e ajustes durante a sua execução. A finalidade do planejamento é garantir o direcionamento de uma atividade proposta e a eliminação de possíveis erros na realização dessa atividade de trabalho (UFC, 2011f).

O planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Os gestores do setor saúde vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços em saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados no SUS nesses 20 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, capaz de favorecer a aplicação de toda sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação do sistema (BRASIL, 2009, p. 7).

O planejamento é um método de trabalho normativo ou estratégico. No planejamento normativo segue-se método rígido e inflexível, exemplificado na saúde por meio de trabalhos nos quais os municípios seguem suas normas ao pé da letra (UFC, 2011f).

O planejamento estratégico é um método aberto, pois pode contar com a participação de vários atores no processo, ou seja, suas possibilidades de abordagem da realidade são realizadas de forma flexível, contínua, e com avaliação permanente. Possibilita,

ainda, trabalhar com diversos olhares a realidade apresentada em cada local de trabalho (UFC, 2011f).

O planejamento deve ser incorporado ao dia a dia de trabalho. Esse processo democrático, advindo com a implantação do SUS, é uma ferramenta necessária para que ocorra a consolidação do sistema e seja utilizada por todos os atores sociais, desde os gestores municipais até na base do município na atenção primária.

4.10.2 Relato de experiência: elaboração de um plano de ação

Desenvolver o plano de ação em equipe por ocasião da atividade da disciplina Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde foi um exercício democrático e também autônomo. Iniciamos com o convite para a formação do grupo no ambiente virtual e em seguida elegemos um tema a ser trabalhado: a falta de adesão dos hipertensos ao tratamento. Tivemos cinco encontros para concluir o plano, pois seguimos um modelo proposto e, a meu ver, a equipe se prendeu muito a esse modelo.

A experiência foi gratificante, pois durante a construção do plano de ação tivemos muita liberdade e oportunidade de expressar nossas opiniões e sugestões, compartilhando a nossa experiência na Estratégia da Saúde da Família. Portanto, a atividade foi realizada com ênfase na construção do plano baseado nas vivências de trabalho.

Muitas vezes nos privamos de realizar o planejamento das nossas ações por acomodação ou por desconhecimento das etapas necessárias a esse recurso. O SUS, há duas décadas nos convida, através de políticas públicas, para o trabalho em equipe com o envolvimento intersetorial de todos os segmentos municipais. No entanto, não conseguimos ouvir esses apelos e continuamos a realizar o trabalho convencional, que se restringe a uma pequena parcela de atividades para a população.

4.10.3 Impactos da disciplina na atuação profissional

O planejamento é uma ação do SUS que se encontra presente em todos os níveis de atenção em saúde na rede de serviços, como também em todos os blocos de financiamento.

Em minha opinião, o planejamento é fácil de realizar, porém muitas vezes a equipe não entende essa necessidade de planejar as ações em conjunto e de trabalhar a integralidade e o planejamento. São frequentes as ações isoladas, seguindo-se apenas um calendário de atendimento mensal individual.

É necessário que as equipes da ESF planejem mensalmente todas as atividades desenvolvidas dentro da Unidade Básica de Saúde, de forma multiprofissional e com responsabilidade e respeito pela sua população adstrita, garantindo, assim, melhor qualidade no atendimento prestado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do curso de especialização tive algumas dificuldades, primeiro para dominar os recursos informatizados, que foram o principal meio de estudo no ambiente virtual, e segundo para conciliar oito horas de trabalho, a vida familiar e os estudos. Por outro lado, tinha a meu favor a disponibilidade de todo o material didático e a liberdade para organizar meus estudos em horários convenientes.

O curso de especialização proporcionou-me a reflexão sobre como estão sendo conduzidos os trabalhos na equipe Estratégia Saúde da Família em que trabalho. Verifiquei a necessidade de renovar meus conhecimentos e, além disso, nas atividades virtuais houve a socialização com os profissionais de saúde de outros municípios. Em alguns casos identifiquei similaridades e em outros municípios a realidade vivenciada é totalmente diferente da minha. Essa troca foi importante para ampliar o conhecimento das diversas realidades vivenciadas na Estratégia Saúde da Família de nosso Estado.

A minha atuação na equipe multiprofissional foi exercer uma postura flexível e aberta para aceitar as disciplina dos demais profissionais, confiando e socializando de forma ética os problemas de saúde do paciente, da família e da coletividade para toda a equipe, objetivando resolver o problema de forma planejada e compartilhada. Trabalhar na equipe multiprofissional nos levou a respeitar o outro profissional de forma a aceitar sua conduta na assistência ao paciente e contribuir para o acompanhamento e a continuação do tratamento do paciente quando se faz necessário.

A especialização contribuiu para o amadurecimento profissional no tocante às minhas práticas assistenciais na ESF. O impacto do curso na minha formação profissional foi vislumbrar, de forma ampliada, a magnitude do nosso Sistema Único de saúde, sua complexidade e operacionalidade, bem como as políticas públicas que, em sua essência, buscam a satisfação do usuário.

REFERÊNCIAS

AMARAL, O.L. **Transtornos Mentais**. Disponível em: <http://www.inef.com.br/transtono.htm>. Acesso em: 16 dez. 2010.

BAPTISTA, R. S.; PAGLIUCA, L. Pessoa com deficiência numa perspectiva evolucionária: análise de conceito. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, 2009.

BERNARDES, L. C. G.; MAIOR, I.M.M.L.; SPEZIA, C.A. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional >. Acesso em: 16 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB BRASIL 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS, uma construção coletiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CALEFFI, MARIA. **Doenças da Mama**. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Capítulo 43, 3ª edição. 2006.

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

FILHO, Osmar Lucena. **Revista Municipal A Renovação Continuada**. (1993, 2ª edição).

GAIO, D.S.M. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências. In: _____. **Assistência Pré-natal e Puerpério**, 3ª ed. Brasília 2006. Cap. 36.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA). Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 nov. 2010.

OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. **Saúde Mental**: Nova Conceção, Nova Esperança. Lisboa: OMS, 2001.

SECRETARIA DA SAÚDE DE PIQUET CARNEIRO. Sistema de Informação da Atenção Básica. Piquet Carneiro, 2011.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Consolidado dos Municípios do Ceará no ano de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2010a. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_02/index.php?p=02.php. Acesso em: 29 set. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_2/>, texto complementa Diretrizes Operacionais da Estratégia Saúde da Família>. Acesso em: 15 Nov. 2010.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Saúde Mental e Violência, 2010c. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_1/>. Acesso em: 15 nov. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Saúde da Mulher no Ciclo Vital. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/aulas> 1e 2 . Acesso em: 18 Jan 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Saúde Ambiental, Acidentes naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, 2011a. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_4/>. Acesso em: 13 mar. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal, 2011b. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aulas_01_e_05/>. Acesso em: 20 mar. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** Atenção básica em saúde do Adulto – Pessoa com Deficiência, 2011c. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aulas_01,02,03_e_04/>. Acesso em: 01 mai. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos problemas de saúde, 2011d. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aulas_01,02_e_04/>. Acesso em: 08 jun. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade—prática pedagógica em atenção básica à saúde, 2011e. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aulas_01,02,03/>. Acesso em: 27 jul. de 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família:** Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, 2011f. em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aulas_01/>. Acesso em: 03 ago. 2011.