

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

ERISVALDO MOURA CAVALCANTI

**CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ATUAREM NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO,
PREVENÇÃO E CUIDADO COM ÊNFASE NA RESPONSABILIDADE
SOCIOSSANITÁRIA**

FORTALEZA-CEARÁ

2011

ERISVALDO MOURA CAVALCANTI

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ATUAREM NO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E CUIDADO
COM ÊNFASE NA RESPONSABILIDADE SOCIOSSANITÁRIA

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 obtenção de
Título de Especialista.

Orientadora: Professora Tutora: Márcia Oliveira Coelho

FORTALEZA-CEARÁ

2011

Capacitação de profissionais de saúde para atuarem no Programa de Saúde da Família, nas ações de promoção, prevenção e cuidado com ênfase na responsabilidade socio sanitária / Erisvaldo Moura Cavalcanti. 2011.

66 f. ;

Orientadora: Profa. Tutora Márcia Oliveira Coelho

Área de concentração: Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade semi-presencial, Laboratório de Informática da Faculdade de Medicina

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Ceará, Laboratório de Informática da Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2011

ERISVALDO MOURA CAVALCANTI

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ATUAREM NO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E CUIDADO
COM ÊNFASE NA RESPONSABILIDADE SOCIOSSANITÁRIA

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 obtenção de Título de Especialista.

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Márcia Oliveira Coelho

Professora (Orientadora)

Valeska Vieira Camurça

Professora (1ª Avaliadora)

Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

Professora (2ª Avaliadora)

Aos meus colegas de trabalho pela convivência amigável e transmissão de suas experiências, aos colegas da turma de especialização, pelos oportunos pontos de vista e zelosas sugestões, e à minha tutora/orientadora pelo abnegado acompanhamento técnico, desenvolvimento das ações e formação profissional específica, em todos os momentos solicitados.

RESUMO

Demonstra as diversas áreas de atuação dos profissionais de saúde que exercem suas atividades na Estratégia de Saúde da Família. Descreve ações e programas que buscam a promoção, prevenção e cuidado a serem fomentados na Atenção Básica com ênfase na responsabilidade socio sanitária, para profissionais que se empenham na Especialização em Saúde da Família visando a conquista de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação na atenção básica dentro da rede do SUS. Promove formas para aquisição de conhecimentos relativos aos princípios e diretrizes do PSF - Programa de Saúde da Família para atuação na promoção, na educação da saúde e aperfeiçoamento clínico, visando melhorar a qualidade e resolutividade do serviço de saúde na atenção básica, assim como, buscar qualificação no atendimento da população e, ainda, estimular o desenvolvimento de pesquisas e produções científicas na área, facilitando ao profissional interação efetiva em equipes multidisciplinar e interdisciplinar das áreas de saúde. Revela a empregabilidade dos conhecimentos adquiridos durante o Curso, através da composição dos dez portfólios produzidos, como instrumentos promotores da saúde no Município de Maracanaú, Ceará, consequentes a novos conhecimentos, ações e experiências inovadoras vivenciados durante o Curso de Especialização em Saúde da Família.

Palavras-chave: Capacitação. Promoção. Prevenção. Educação em saúde. Aperfeiçoamento Clínico. Saúde da Família.

ABSTRACT

Demonstrates the various areas of expertise of health professionals who exercise their activities in the Family Health Strategy. Describes activities and programs that seek the promotion, prevention and care that should be promoted in primary care with emphasis on social responsibility and health, for professionals who engage in Specialization in Family Health aimed at achieving knowledge, skills and attitudes necessary for the performance in primary care in the SUS network. Promotes ways of acquiring knowledge of the principles and guidelines of the PSF - Family Health Program to act in the promotion, health education and clinical improvement, to improve the quality and resolution of the health service in primary care, as well as seeking qualification in care to the population and also stimulate the development of scientific researches and productions in the area, facilitating effective interaction in the professional teams of multidisciplinary and interdisciplinary areas of health. Reveals the employability of the knowledge acquired during the course, through the composition of the ten portfolios produced as instruments of health promoters in the city of Maracanaú, Ceará, consequential to new knowledge, innovative actions and experiences lived during the Course of Specialization in Family Health.

Keywords: Training. Promotion. Prevention. Health education. Clinical Improvement. Family Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo Geral	9
2.2	Objetivos Específicos	9
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	10
4	PORTFÓLIOS	11
4.1	Portfólio da Disciplina - Processo de Trabalho em Saúde	12
4.2	Portfólio da Disciplina – Saúde Mental e Violência	17
4.3	Portfólio da Disciplina – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	21
4.4	Portfólio da Disciplina – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	26
4.5	Portfólio da Disciplina – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica	32
4.6	Portfólio da Disciplina - Saúde da Mulher	36
4.7	Portfólio da Disciplina – Participação Social e Promoção da Saúde	40
4.8	Portfólio da Disciplina – Saúde Bucal	45
4.9	Portfólio da Disciplina - Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	50
4.10	Portfólio da Disciplina - Pessoas com Deficiências	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

“Se você acha que educação é cara, experimente a ignorância”. (Derek Bok)

O Curso de Especialização em Saúde da Família, pós-graduação *Lato Sensu*, predominantemente na modalidade à distância e avaliações presenciais, promovido pela Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e do Núcleo de Telessaúde da UFC (EaD da UNA-SUS), capacitou profissionais de saúde (médico, cirurgião-dentista e enfermeiro) para atuarem no Programa de Saúde da Família, em ações de promoção, prevenção e cuidado na respectiva área.

Durante a carga horária de 384 horas, o aluno teve a oportunidade de relatar sua experiência profissional e de seu serviço, através da recuperação de suas vivências e decisões, a partir dos módulos estudados ao longo do Curso, registrados em seus respectivos portfólios.

A formação de Especialistas em Saúde da Família com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação na atenção básica dentro da rede do SUS é indispensável, dado o desconhecimento relativo aos princípios e diretrizes do PSF - Programa de Saúde da Família, bem como à promoção, à educação em saúde e aperfeiçoamento clínico, visando melhorar a qualidade e resolutividade do serviço de saúde na atenção básica, estimular o desenvolvimento de pesquisas e produções científicas na área, facilitando a interação efetiva em equipes multidisciplinar e interdisciplinar das áreas de saúde.

O Curso teve início em 21 de abril de 2010, com a aula “O que é educação à distância” disponibilizada na Plataforma AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem do NUTEDS (Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância) da Universidade Federal do Ceará – UFC. Foi desenvolvido por um período de 18 meses, com funcionamento previsto durante todos os dias da semana, para o atendimento à distância, e em períodos programados para atendimento presencial e avaliações. As disciplinas cursadas integralizaram 24 créditos, correspondentes às 384 horas, já incluída a construção desse Trabalho de Conclusão de Curso.

O Curso foi ofertado para médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, trabalhadores dos municípios que compõem os 17 polos de apoio presencial e pontos do Telessaúde, no Estado do Ceará. O Polo ao qual estamos inseridos é Maracanaú, turma 02, cuja tutora presencial, também orientadora desse TCC, fez o acompanhamento dos alunos, bem como as orientações acadêmicas virtuais/presenciais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover formas para aquisição de conhecimentos relativos aos princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família – ESF.

2.2 Objetivos Específicos

- Facilitar a interação efetiva das equipes multidisciplinares e interdisciplinares das áreas de saúde;
- Atender à transformação do Programa de Saúde da Família (PSF) em uma estratégia de abrangência nacional;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um relato de experiência da atuação do profissional que se encontra inserido na Estratégia Saúde da Família. O estudo foi realizado no período de abril de 2010 a julho de 2011, através das informações colhidas no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e na Unidade Básica de Saúde.

O AVA consiste de um software no qual diversas ferramentas de comunicação estavam integradas em uma página da internet, pelo qual acessávamos através do ambiente *moodle* as disciplinas ofertadas pelo Curso de Especialização. Além disso, participávamos de encontros presenciais, que no início eram mensais, e depois de um longo período, passou a ser bimensal.

A Unidade Básica de Saúde da Família Prefeito Almir Dutra, localizada no Conjunto Timbó, Município de Maracanaú/CE, foi outro local onde coletávamos as informações. Esta Unidade é composta por três equipes da estratégia de saúde da família e duas equipes de saúde bucal na modalidade II.

Para a confecção do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC foram elaborados onze Portfólios (documento com o registro individual de habilitações ou de experiências) das seguintes disciplinas cursadas: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – práticas pedagógicas em Atenção Básica em Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; e ABS Pessoas com Deficiência.

Os portfólios foram produzidos através de fontes primárias retiradas de registros da própria unidade de saúde e fontes secundárias que foram informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde. Sua composição foi feita a partir das atividades das disciplinas, das considerações pessoais, dos relatos de aprendizagem e das reflexões mediadas pelos fóruns de discussão.

Por fim, o TCC não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) por se tratar de um relato de experiência.

4 PORTFÓLIOS

“O que é ensinado em escolas e universidades não representa educação, mas são meios para obtê-la”. (Ralph Emerson)

Ao final de cada uma das 11 (onze) disciplinas, foram desenvolvidos seus respectivos Portfólios, que consistiram no resumo e aplicabilidade do que foi exposto, incluindo, oportunamente, relatos de experiência profissional ou do serviço ao qual está o aluno vinculado, buscando-se recuperar as vivências e decisões, a partir dos módulos estudados.

O portfólio também tem o objetivo de fazer uma reflexão crítica sobre o seu processo acadêmico, visando o aprimoramento dos módulos cursados, a melhoria de competências, atitudes ou de novos conhecimentos. Normalmente, traduz-se como um resumo dos textos estudados numa determinada disciplina, seguindo uma lógica reflexiva.

Através de cada Portfólio pode-se avaliar o aprendizado, dado que se constituem instrumentos de estimulação do pensamento reflexivo, projetando uma avaliação contínua, objetiva e compreensiva, permitindo acompanhar todos os processos de aprendizagem de cada disciplina.

Além de propor a organização dos trabalhos, o Portfólio nos permite observar e respeitar o ritmo do que está sendo ensinado, assumindo uma estratégia conjunta de reflexão, ação e avaliação.

Ao longo do desenvolvimento do corpo do trabalho apresentaremos o agrupamento dos portfólios das disciplinas, contendo relatos de minha experiência profissional ou do serviço ao qual estou vinculado, oportunizando mostrar as vivências a partir de cada módulo estudado.

Importante destacar a não obrigatoriedade de aprovação por um Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), por se tratar de relato de experiência, observando-se, entretanto, a preservação de identidades de profissionais e usuários.

4.1 Portfólio da Disciplina - Processo de Trabalho em Saúde

*O trabalho com prazer promove a saúde.
...com sacrifício promove a doença.*

4.1.1 Introdução

A construção de práticas promotoras da saúde tem se mostrado fundamental na produção do cuidado médico. Atualmente, convivemos com uma grande variedade de problemas que alteram a capacidade dos serviços de saúde em demandarem respostas eficazes às referências, conseqüente a pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nesse limbo, surge o Programa Saúde da Família - PSF como estratégia para se instituir mudanças na atenção básica, procurando-se estabelecer conceitos fundamentais de humanização, vínculo e corresponsabilidade, que tragam um diferencial no modo dos profissionais trabalharem nos serviços de saúde.

4.1.2 O Processo de Trabalho em Saúde

Reconhecidamente, as instituições de saúde ainda não conseguem atrair a comunidade para participar de ações ligadas a promoção da saúde, pois os usuários procuram os serviços, geralmente, para as soluções imediatas, determinando que os profissionais trabalhem muito mais na recuperação das doenças, durante as intervenções assistenciais, em detrimento à promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.

4.1.3 Os Componentes do Processo de Trabalho em Saúde

São componentes do Processo em Trabalho: objetivos, finalidades, meios materiais, condições ou recursos humanos, sujeitos do processo e os objetos.

Só muito recentemente, os **objetivos** do Processo de Trabalho em Saúde passaram a ser vistos como formas de se produzir bens de serviços sociais de saúde integral e indiscriminada à família, enquanto as **finalidades** intentam alcançar melhor qualidade de vida e bem estar da sociedade tendo como foco a assistência integral à família.

Já os **meios materiais** buscam a integração funcional e descentralização dos poderes das estruturas das esferas federal, estadual e municipal, disponibilizando **condições ou recursos humanos** compostos por equipe básica de saúde transdisciplinar. Os **sujeitos do processo** para integralizar o processo de trabalho em saúde são a família e a comunidade.

4.1.4 Comunicação Processo de Trabalho em Saúde

A informação, quando feita na Unidade de Saúde, produz ações objetivas, favorecendo aos clientes o conhecimento sobre as referências e os fluxos organizacionais do atendimento nos vários níveis de atenção do processo de trabalho em saúde.

4.1.5 Minhas Discussões

4.1.5.1 No Fórum - Artefato da Sensibilidade Humana

A quebra de hábitos e rotinas enraizadas ao longo dos anos é o que podemos definir como "choque cultural". Sua efetivação, além de racionalidade, requer explicação compreensiva para a decisão de mudar, causando stress, mudanças de humor e, por vezes, depressão nos membros da família.

A Saúde é responsabilidade de cada um de nós: profissionais e usuários. Entretanto, só se responsabiliza e se compromete aquele que é livre para pensar e agir, tendo consciência de si mesmo e da realidade à sua volta.

É com esta proposta, a de provocar mudanças de hábitos, comportamentos e cultura no trabalho, que podemos desenvolver uma Saúde Preventiva mais efetiva. Estamos em um momento de esclarecer às pessoas que a mudança cultural nos hábitos e estilo de vida de cada um é mais importante do que qualquer tratamento. Isto é Promoção da Saúde!

4.1.5.2 No Fórum – Diferenças das Diferenças

Lia Márcia Cruz da Silveira¹, professora da UNIGRANRIO, em seu artigo “Adesão ao Tratamento”, apresenta uma prática de atenção à saúde que tem evidenciado um potencial de terapêutica, de ensino e de aprendizagem para pacientes e profissionais de saúde.

Trata-se de cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro em dinâmicas que possibilitam falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender.

Se na UBASF for criado um grupo informativo, reflexivo e de suporte, transdisciplinar, preferencialmente homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, coordenado por enfermeiro, será mais fácil captar e facilitar a adesão dos pacientes ao tratamento.

Isso é particularmente importante com grupos de pacientes com doenças crônicas e quando se utiliza a prática grupal como cenário de terapêutica, servindo-se, também, de ambiente de ensino e aprendizagem para pacientes e profissionais de saúde.

¹ Veja artigo completo em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008

4.1.5.3 No Fórum – Evidências das Determinações Sociais

Se o direito à vida está intrinsecamente ligado à ideia de dignidade humana, deduz-se que o direito à saúde também está, uma vez que este, na sua essência, cuida da preservação da vida.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 6º estabelece que a Saúde está entre os direitos fundamentais, sendo uma das atribuições do Conselho de Saúde a defesa dos direitos sociais e, quando indisponíveis, atribuição do Ministério Público – MP.

Hoje, se fala, exaustivamente, em judicialização da saúde, a qual se constitui na balança entre acesso e equidade. Esta prática, legítima, começou a ocorrer há cerca de 15 anos com os medicamentos antirretrovirais, e se fortaleceu principalmente nos cinco últimos².

Em Maracanaú, a intersetorialidade é importante sobre os *determinantes sociais* porque gera corresponsabilidades entre o setor público e seus parceiros (setor privado, organizações da sociedade civil) com o fito de melhorar a qualidade de vida e bem-estar comum.

Para tanto, cada equipe de saúde assume a coordenação e a responsabilidade pela preservação, pela recuperação e a *promoção da saúde* dos cidadãos que vivem ou trabalham em seu território de abrangência (AVISA), contribuindo para elevar a consciência sanitária das pessoas e dos diferentes grupos que compõem a sociedade. Assim, conseguimos “*fazer saúde*”, acolhendo com responsabilização e consciência sanitária.

O Pacto pela Vida se constitui uma das três *obrigações sociais* dos Pactos Pela Saúde, no qual reside a prioridade de *Promoção da Saúde*. Em Maracanaú, todas as ações prioritárias elencadas no campo da saúde são executadas com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

4.1.6 Minhas Atividades

4.1.6.1 Descrição de uma das Equipes de PSF do Município de Maracanaú no contexto do Processo de Trabalho em Saúde na Atenção Básica

Em todo país, as equipes do Programa de Saúde da Família seguem, relativamente, os mesmos padrões. A equipe em que me insiro, em muito se assemelha às milhares de outras existentes no Brasil, exceto por algumas peculiaridades que satisfazem ao gestor e às necessidades da população local, que iremos descrever adiante.

² Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=8374&origem=4> - 08/03/2010

4.1.6.1.1 Município de Maracanaú

Maracanaú, Município sede da 3ª Microrregional de Saúde, com 201.613 habitantes (IBGE, 2009), integra a Região Metropolitana de Fortaleza – RMF e se constitui no maior Centro Industrial do *Ceará*, distando 20 km do centro da Capital do Estado.

Possui área de 105,696 km², densidade demográfica (2009) 1.907,81 hab/km² e uma extraordinária taxa de urbanização (2009) de 99,68%. A maioria de sua população (51,23%) é do sexo feminino e encontra-se na faixa de 0 a 19 anos. A população com 60 anos e mais corresponde a 6,29%.

4.1.6.1.2 O Sistema de Saúde Local

Em Maracanaú, a Atenção Básica encontra-se organizada com base territorial definida por intermédio de seis AVISA – Áreas de Vigilância à Saúde, hierarquizadas em 53 equipes de PSF e 35 equipes de Saúde Bucal, priorizando-se as áreas mais carentes. As UBASF estão distribuídas nas AVISA de forma a facilitar o acesso da população, utilizando a Estratégia Saúde da Família, Programa implantado em 1997.

A Atenção Secundária responde por atividades especializadas desenvolvidas por Unidades Públicas, Filantrópicas e Privadas onde se desenvolvem ações de saúde relacionadas à média complexidade. A Atenção Terciária se faz manifesta através do serviço privado de nefrologia, RIM Centro, contratado, para execução de hemodiálise e consultório especializado.

4.1.6.1.3 A Rede Básica de Saúde em Maracanaú

Modelo de Atenção à Saúde - As Unidades Básicas de Saúde da Família constituem-se, para sua área de abrangência, como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, ficando claramente estabelecido que cada UBASF é responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, sendo capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planeja e executa ações mais adequadas para o seu enfrentamento.

O Processo do Trabalho em Saúde - Os objetivos do profissional durante a consulta têm que ser compatíveis com os objetivos da instituição, isto é, segundo a Carta de Ottawa, prescrever o problema através da promoção da saúde, buscando a saúde como recurso para a vida cotidiana, e não como objetivo de vida. Nesse caso, os **objetivos** são as estratégias ou meios para se chegar aos fins, enquanto as **finalidades** se constituem os fins que buscamos atingir.

Para tanto, os **meios materiais** buscam a integração funcional e descentralização das estruturas orgânicas dos entes federados, enquanto os **profissionais**, que integram a equipe básica de saúde, têm caráter transdisciplinar, com objetivos individuais convergentes e objetivos institucionais atrelados às culturas organizacionais a que pertencem, seja federal, estadual ou municipal. Tudo isso pretende alcançar o **sujeito do processo**, ou seja, a família e a comunidade através do **objeto** que é o processo de trabalho em saúde.

4.1.6.1.4 O Processo de Trabalho em Atenção Básica de Saúde em Maracanaú

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o recrudescimento dos movimentos de massa levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador.

Inegavelmente, o SUS representa um enorme avanço para o acesso do cidadão à atenção à saúde e à participação da comunidade em sua gestão. Porém, para o direito pleno à saúde, temos que melhorar a qualidade da equidade em suas ações, incluindo sua estruturação para a Saúde do Trabalhador.

Por ser um município eminentemente industrial, Maracanaú aprofundou com a sociedade as questões de Saúde do Trabalhador, através de um amplo debate entre os setores de governo, empregadores e empregados envolvidos em suas respectivas instâncias, por melhores condições de vida no trabalho.

4.1.6.1.5 Visão Holística

O conceito de *habitação saudável*, como concepção da habitação que mensura a saúde de seus moradores, é extensível ao de município saudável. Implica em um enfoque sociológico e técnico de enfrentamento dos fatores de risco, e promove uma orientação para a localização, construção, moradia, adaptação e manuseio, uso e manutenção da habitação e do seu ambiente.

Um dos ambientes habituais onde convive o ser humano no curso cíclico de sua vida é na sua habitação, ademais estão a escola, o lugar de trabalho, a cidade e o município. O conceito de ambientes saudáveis incorpora o saneamento básico, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para obter recintos psicossociais seguros, isentos de violência (abuso físico, verbal e emocional).

A carência e deficiências nas habitações e a falta de saneamento constituem em um determinante no excesso de mortalidade e uma característica sistematicamente vinculada aos níveis de pobreza, ao resto socioeconômico e a iniquidade territorial na América Latina e no Caribe (OPAS/OMS: Saúde nas Américas, 1998).

4.2 Portfólio da Disciplina – Saúde Mental e Violência

“O louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro...” (Michel Foucault)

4.2.1 Introdução

O impacto da Violência na Saúde Mental da população brasileira afeta diretamente nosso dia-a-dia, impondo sofrimento e restrições, sendo, sem dúvida, uma das maiores causas de prejuízo à sociedade, com consequências importantes na saúde mental e física das pessoas.

Decerto, devemos reconhecer que a violência representa um importante problema de saúde pública devido aos efeitos deletérios que acarreta sobre a saúde geral e, principalmente, sobre a saúde mental da população de grandes centros urbanos, onde vem crescendo a demanda por conhecimentos que possam subsidiar o desenvolvimento de políticas e práticas capazes de prevenir a instalação de problemas de saúde mental entre as vítimas da violência, ou de tratá-los adequadamente, quando já instalados.

4.2.2 Modelo de Atenção em Saúde Mental

Em saúde mental precisamos estabelecer que a construção do projeto terapêutico seja centrada nas necessidades do usuário, sempre levando em conta sua opinião e de seus familiares. Coerentemente, também é importante que a prioridade de atendimento seja definida pela gravidade e não pela ordem de chegada.

Pressupõe-se, ainda, que o município se comprometa em promover ações intersetoriais que possibilitem novas formas de inserção sociofamiliar. Só assim, estaremos em consonância com o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que, também, contemplam os princípios propostos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4.2.3 História da Loucura

A história da loucura no Brasil mostra que são escassos os estudos sobre o tema e seus correlatos. Todos os trabalhos pesquisados perpassam pela *A História da Loucura*, de Michel Foucault, que traz a contestação do internamento como a única solução encontrada para lidar com a loucura e o domínio exercido pelas concepções médicas em seu tratamento.

Para *Priscila Piazzentini Vieira* (2006, p. 4), no seu Artigo *Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault*, “A loucura não está somente ligada às assombrações e aos mistérios do mundo, mas ao próprio homem, às suas fraquezas, às suas ilusões e a seus sonhos, representando um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. Portanto, a loucura não diz respeito à verdade do mundo, mas ao homem e à verdade que ele distingue de si mesmo.”

Michel Foucault investiga "a história das relações que o pensamento mantém com a verdade" e desnaturaliza corpo, alma e psiqué considerando-os invenções histórico-discursivas. Esta pesquisa estuda a ordem do discurso foucaultiano sobre a Psicologia em sua fase arqueológica, com o intuito de oferecer subsídios para a compreensão da história dos discursos da Psicologia, no que se refere à edificação do sujeito e do objeto psicológicos.

4.2.4 Reforma Psiquiátrica no Brasil

A discussão sobre o modelo assistencial em saúde mental se detém, inexoravelmente, no tratamento em instituições de perfil totalitário e a forma de abordar o processo de saúde versus doença mental que sempre gerou a exclusão social dos portadores de transtornos mentais. Somente nas últimas três décadas, o Brasil vem construindo um novo modelo assistencial focado na desinstitucionalização dos pacientes asilados e na promoção da inclusão social.

A Reforma Psiquiátrica implantada no País, busca através dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, o resgate da cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais. Desta forma, vemos concretizando-se uma Política de Saúde Mental com o poder de substituir o antigo modelo asilar, presidiário, desumano e cronificador, que imperou durante muitos anos, segregando, excluindo e estigmatizando nossos usuários e seus familiares, negando-lhes o acesso social na Comunidade.

A partir de então, nós observamos que novas estratégias alternativas de cuidados foram implantadas no nosso meio, objetivando a promoção da saúde mental e a reinserção social dos que padecem de transtornos psíquicos. Este processo tem nos levado a reflexões políticas, filosóficas, profissionais e éticas que certamente sucumbem o antigo maquiavelismo excludente, alicerçando os novos paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil.

4.2.5 Assistência em Saúde Mental

A qualidade é imperativa na forma como o serviço deve se organizar para responder às necessidades do usuário. Um serviço só poderá ser classificado como de qualidade, se ele trata igualmente todos os seus pacientes, oferecendo reabilitação holística a todos os portadores de transtornos mentais. Essa excelência não deve estar focada apenas à estrutura física e aos seus profissionais. Ela deve transcender os muros e alcançar a família, a comunidade, as associações, as igrejas e até os sítios de relacionamento na internet.

Para Saraceno (1999, p. 113), o objetivo da reabilitação não pode ser aquele que faz “com que os fracos deixem de ser fracos para poderem estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que dele participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses”.

O apoio matricial ou matriciamento faz parte da política nacional de atenção à saúde mental. Constitui-se em um arranjo organizacional que objetiva os CAPS darem suporte técnico às equipes do PSF, responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Na verdade, se constitui de um compartilhamento e corresponsabilização que deverá ser posta em prática através de discussões de casos, intervenções com as famílias e comunidade ou em atendimentos conjuntos, buscando excluir a lógica do encaminhamento.

4.2.6 Minhas Discussões: No Fórum – Reforma Psiquiátrica

Desde 2003, Maracanaú se equipou com um serviço de referência para atender a Reforma Psiquiátrica implantada no País, buscando através do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, o resgate da cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais, com o poder de substituir o antigo modelo asilar, presidiário, desumano e cronicizador que imperou durante muitos anos, segregando, excluindo e estigmatizando nossos usuários e seus familiares, negando-lhes o acesso social na Comunidade.

A partir de então, novas estratégias alternativas de cuidados foram implantadas no nosso meio, objetivando a promoção da saúde mental e a reinserção social dos que padecem de transtornos psíquicos. Este processo tem nos levado a reflexões políticas, filosóficas, profissionais e éticas que certamente sucumbem o antigo maquiavelismo excludente, trazendo relevantes melhorias na assistência a esta clientela, como a reinserção social, a desmistificação dos asilos e a prevenção da cronificação, visando impetuosamente a máxima sentença de *cuidar sim, excluir não!*

4.2.7 Minha Tarefa – Saúde Mental em Maracanaú

4.2.7.1 CAPS Geral de Maracanaú

A partir de 2003, Maracanaú se equipou com um serviço de referência para atender a Reforma Psiquiátrica implantada no País, buscando através do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, o resgate da cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais.

O CAPS de Maracanaú assistiu os pacientes do Município e dos demais integrantes da 3ª CRES, desenvolvendo atividades medicamentosas, psicoterapêuticas, atendimentos de grupos, oficinas terapêuticas, atividades socioterapêuticas e visitas domiciliares.

Quanto às famílias de nossos pacientes, elas têm dado uma contribuição importante neste processo, haja vista que as mesmas interagem com o tratamento, participando das consultas e outras formas de atenção.

4.2.7.2 Estrutura e Funcionalidade do CAPS de Maracanaú - Entrevista

Apesar de termos contribuído no processo de habilitação do CAPS local, alguns dados e ações que descreveremos foram obtidos através de *entrevista* colaborativa do profissional enfermeiro que trabalha no serviço desde sua fundação.

Entrevistador: *As Equipes do PSF colaboram ou atrapalham com a atenção à saúde mental no município?*

Enfermeiro: *Não há dúvida que o papel da Equipe de Saúde da Família transcende às abordagens e programas convencionais da Atenção Básica, dado que perpassa pela reorganização da atenção em saúde mental na comunidade, com objetivo de garantir a integralidade do “cuidar” com qualidade, também, do portador de transtorno mental.*

Entrevistador: *Considerando a Saúde Mental, o que compete aos profissionais do PSF?*

Enfermeiro: *Aos membros da equipe cabe reconhecer os transtornos mentais mais prevalentes, ter consciência do que cada um pode fazer, saber referenciar quando necessário ou quando não responder à conduta instituída, além da prevenção e reabilitação psicossocial ao seu alcance.*

Entrevistador: *O que você, como ex-enfermeiro do PSF, tem a considerar em relação à promoção da saúde na atenção básica?*

Enfermeiro: *O Programa (PSF) vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde da comunidade. Dado o alcance de cada Equipe de PSF em sua área de intervenção envolver, além de pessoas e família, suas relações com o meio ambiente e a comunidade, fatalmente a realidade a coloca frontalmente com usuários portadores de transtornos de saúde mental.*

Entrevistador: *Qual a relação entre transtornos mentais e a dependência química?*

Enfermeiro: *Isso é muito evidente quando os profissionais buscam enfrentar os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas, principalmente o crack, e outros sofrimentos psíquicos.*

4.2.7.3 Um olhar sobre o CAPS

O CAPS de Maracanaú é um serviço de saúde mental aberto e comunitário do SUS, criado para ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e para promover a construção de uma rede efetiva de cuidados em saúde mental. Sua principal função é se constituir como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência demandem sua inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. Oferece atendimento à população de Maracanaú e dos municípios da 3ª Microrregional, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, dentre outras ações práticas e eficazes. O CAPS também se articula com os demais serviços, dando suporte e supervisionando a atenção à saúde mental na rede básica: PSF e PACS. Ademais, podemos dizer que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental”. Nessa ótica, é importante e necessária a articulação das Equipes de Saúde da Família com as Equipes de Saúde Mental.

4.3 Portfólio da Disciplina – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

“Por natureza, os homens são próximos; a educação é que os afasta”. (Confúcio)

4.3.1 Introdução

No Brasil, há mais de 20 anos, convivemos com as diretrizes pactuadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, as quais deram sustentáculo ao atual SUS, tornado real através da Lei Orgânica da Saúde - 8.080/90. Certamente, o modelo assistencial adotado no país, centrado nos hospitais e na medicina especializada, vem em crise, desde então.

4.3.2 Minhas Discussões: No Fórum - Conceito de Modelo Assistencial em Saúde

Propostas alternativas ao modelo hospitalocêntrico vêm sendo desenvolvidas, não só no sistema público, mas também na assistência suplementar, mesmo considerando que, em ambos, a assistência continua fortemente centrada em médicos e hospitais.

Na verdade, gestores, profissionais e usuários vivem numa busca contínua para melhorar a organização do nosso sistema de saúde. Cada município procura modelos alternativos para implementar suas políticas públicas de saúde.

Os modelos de atenção à saúde são configurações que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes, com a finalidade de articular, singularmente, as intervenções de saúde em diferentes momentos da história das doenças³.

Mais recentemente, a Estratégia de Saúde da Família tem se constituído um exemplo de modelo assistencial, operacionalizado por equipes multiprofissionais em suas respectivas Unidades de Saúde. Cada equipe é responsável por um determinado número de famílias de uma mesma área geográfica, buscando a manutenção da saúde através da promoção da saúde, recuperação, prevenção, reabilitação de doenças e agravos de uma comunidade.

Ao elaborarmos um conceito para modelo assistencial precisamos definir claramente sobre o que estamos falando e os objetivos que pretendemos atingir, ou seja, discutir um sistema de saúde que tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença, em sua complexidade e abrangência, e seus determinantes das condições de saúde da população. Para tanto, a saúde deve ser entendida como componente da qualidade de vida, como um bem comum e um direito social, para que a pessoa e a coletividade possam ter assegurados o direito à saúde, abrangendo promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação.

³ Fonte: Mendes (2007)

4.3.3 Minhas Atividades

4.3.3.1 Construa uma pequena história do Sistema Municipal de Saúde da sua cidade.

O Sistema Municipal de Saúde em Maracanaú também passa pelo modelo organizacional que envolve médicos e hospitais. Só em 1997, o município aderiu à Estratégia de Saúde da Família, se constituindo como modelo assistencial, operacionalizado por equipes multiprofissionais em suas Unidades de Saúde.

Não há dúvidas que, somente após a implantação dessa nova estratégia e ampliação das práticas ambulatoriais, houve uma potencial contribuição para a redução da mortalidade infantil e aumento dos potenciais anos de vida, pondo “em cheque” a radical e exclusiva forma de modelo assistencial (hospital e prática médica convencional) no qual se encontrava organizado o sistema de saúde local.

Em 1999, com o acréscimo de 15 (quinze) novas Unidades Básicas de Saúde, a ampliação da rede ambulatorial veio contribuir com a nítida reversão do modelo de assistência centrado nos hospitais locais, que predominava até então. A adesão à nova proposta trouxe a porta de entrada do sistema para a Atenção Básica, fortalecendo os princípios do SUS, a regionalização, a hierarquização e garantindo o direito à integralização da atenção, a referência mais acessível aos níveis de maior complexidade e o controle social.

Julgamos que a maior efetividade de um sistema de saúde está proporcionalmente dependente de seus profissionais, os quais têm que se comprometer com ele. A progressiva construção e aperfeiçoamento do SUS dependem, portanto, de todos nós: gestores, conselheiros de saúde, equipes de ESF, usuários e de cada trabalhador de saúde.

4.3.3.2 Em relação ao território e à adstrição de clientela na área de abrangência de sua equipe reflita a partir das seguintes questões: Todos os membros da equipe conhecem bem o território onde atuam? Existe adstrição de clientela? Qual a importância do conhecimento do território e da adstrição da clientela no processo de trabalho da equipe? Elabore um texto que sistematize sua reflexão, fazendo uma correlação entre território, clientela e processo de trabalho da sua equipe.

Em 2006, Maracanaú decidiu pela implantação do GIL (Gerenciador de Informações Locais), software desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que visa à modernização administrativa de unidades básicas de saúde. Tem como principais funções: cadastro das pessoas vinculadas às unidades do PSF (Programa de Saúde da Família), agendamentos de consultas, registro do atendimento, prontuário eletrônico, dispensação de medicamentos, etc., bem como possibilita a descentralização de diversos programas de saúde.

Somente em 2007, o GIL foi, também, implantado nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e no CADEE (Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Educação Especial). Isso tornou o atendimento eletivo nos postos de saúde ser realizado somente para pessoas cadastradas, possibilitando ganhos de qualidade na atenção, bem como redução de custos por não haver realização consultas e serviços auxiliares como exames laboratoriais e outros tantos exames que apoiam a diagnose médica para pessoas que não residem em Maracanaú, tornando a adscrição de 100% usuários cadastrados e atualizados continuamente.

Assim, as equipes sabem as necessidades de saúde da comunidade em que atuam, têm um diagnóstico de saúde de suas clientelas, atualizando esse diagnóstico situacional anualmente, quando da análise e avaliação dos indicadores pactuados.

4.3.3.3 Quais das estratégias e ações que sua equipe tem utilizado visando à mudança do modelo assistencial?

A mudança para o modelo assistencial que ora vivenciamos tem sido um processo gradativo, de forma que cada nova ação desenvolvida pela Equipe de Saúde vai se adequando, sempre no sentido de aumentar o tempo destinado às atividades que busquem a melhoria da qualidade de vida da população, diminuindo o tempo destinado às ações curativas.

Os profissionais que integram uma equipe de ESF deverão buscar estratégias que visem consolidar essa mudança do modelo assistencial através de:

- a) Conscientizar os gestores que invistam em recursos suficientes para atender as necessidades dos usuários.
- b) Articular, organizar e integrar a Rede Regional de Saúde, buscando qualificar a gestão com ênfase na Atenção Básica.
- c) Promover adequada Regulação Pública a fim de fortalecer a Gestão Regional.

Se isso for alcançado, o desenvolvimento do trabalho das ESF na busca por melhores resultados e por uma mudança real do modelo assistencial será uma realidade.

4.3.3.4 Quais as dificuldades da mudança do modelo assistencial que prioriza as ações curativas para um modelo que busca a melhoria da qualidade de vida da população?

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista, hospitalocêntrico, não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde.

Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção⁴.

Daí, o PSF surgiu como uma incipiente estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo assistencial. É importante destacar nesse processo gradativo de mudança, que, naturalmente, cada membro da equipe participe de forma diferente na execução das ações, ou seja, cada um com sua especificidade.

Entretanto, outra dificuldade é a fixação do profissional, notadamente do médico, na equipe do PSF, já que a satisfação dos usuários do SUS, infelizmente, perpassa pelo desejo de reparação histórica dos aviltantes salários dos profissionais e subfinanciamento da saúde, para que se concretize o verdadeiro processo de mudança do modelo assistencial.

4.3.3.5 O caso da Dona Maria Silva

Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Há oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaleia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então, vem fazendo uso irregular de anti- hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos. Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar. Em sua visita, a Enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, realizou o curativo das escaras, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação e o uso correto da medicação.

4.3.3.5.1 Leia o caso acima relatado e identifique quais os atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados de saúde à Dona Maria.

Para tanto, julgamos importante identificar e analisar no texto os atributos de qualidade dele emergentes, entendendo por tais atributos, as características ou qualidades atribuídas aos sujeitos, processos e práticas que estão relacionados com o processo de trabalho das equipes do PSF.

No desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família e na busca por melhores resultados e de uma mudança real do modelo assistencial, é importante que a equipe reflita sobre o seu processo de trabalho.

⁴ Extraído da dissertação de mestrado da Enf Walisete de Almeida Rosa - disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>, - 01/09/2010.

Não obstante, é igualmente importante que a equipe repense o modo como acontece a gestão do seu trabalho e mais ainda que avalie a qualidade desse trabalho.

Podemos destacar que os problemas identificados (Idosa, Cefaleia, Hipertensão Arterial, Acidente Vascular Cerebral, Sequelas Neurológicas, Escaras, etc.) nos levam à reflexão na busca da análise dos atributos que deles nos saltam aos olhos: *eficiência, eficácia, efetividade, equidade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, aceitabilidade, otimismo, legitimidade e ética.*

Apesar de poucos se fazerem manifesto no caso em voga, todos esses atributos devem ser perseguidos sempre, e que devemos envidar, ao máximo, esforços e recursos para que uma determinada ação tenha o retorno esperado. A reflexão sinaliza ser correto e desejável o investimento contínuo na busca da qualidade à assistência.

O exercício de análise dos atributos nos permite avaliar até onde as ações e o cuidado que desenvolvemos satisfaz as expectativas dos protagonistas envolvidos na prestação de serviços de saúde, até que ponto resolvemos os problemas e se estamos utilizando adequadamente os preciosos e poucos recursos disponíveis.

Os atributos aqui discutidos qualificam a relação de trabalho e buscam soluções diante dos problemas que enfrentamos no nosso dia-a-dia. Para tanto, as responsabilidades precisam ser compartilhadas entre os gestores, profissionais de saúde e, até mesmo, entre os usuários do sistema e os que fazem o controle social.

4.4 Portfólio da Disciplina – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

Não basta idealizar, é preciso planejar! Não basta saber, é preciso aplicar! Não basta querer, é preciso agir!

4.4.1 Introdução

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é direito universal do cidadão brasileiro e um dever do Estado, que deve atuar tanto na ação corretiva como preventiva através da implementação de políticas econômicas e sociais e da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação.

Os desafios impostos por essas responsabilidades requerem a adoção de estratégias capazes de promover a máxima eficiência no uso dos recursos mobilizados para a ação pública e para a eficácia no processo de gestão da saúde. Dentre essas estratégias, encontram-se o planejamento estratégico e a gestão baseada em resultados, ambos desenvolvidos com a participação dos atores sociais, conforme preconizam as diretrizes do SUS.

4.4.2 O Planejamento em Saúde

Na área de saúde, o imprevisto não tem lugar. *Não basta idealizar, é preciso planejar! Não basta saber, é preciso aplicar! Não basta querer, é preciso agir!*

Para tanto, o planejamento deve projetar o amanhã considerando os valores do hoje, de maneira a sistematizar os pensares dos especialistas, as diferentes visões políticas e os pontos de vista dos usuários, para que se possa realizar os projetos ou compromissos, dentro de uma realidade têmporo/espacial.

A Saúde Coletiva está alicerçada sob três plataformas: o planejamento; a epidemiologia e as ciências sociais. Particularmente, o planejamento se destaca porque otimiza o trabalho dos profissionais, estimula a capacidade de uma pessoa agir com intencionalidade definida, mobiliza vontades e conseguindo recursos para o fim almejado, permitindo melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, esclarece os objetivos e metas a serem alcançados, além de permitir o acompanhamento das ações pelos atores executivos e gestores.

4.4.3 O Planejamento Estratégico Situacional – PES

O processo de planejamento do PES é permeado pelo conceito de momento, em lugar das etapas clássicas do planejamento convencional, sendo este compreendido como “instância, ocasião, circunstância ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo, ou em cadeia, que não tem começo nem fim definidos”.

Em Maracanaú, nossa equipe costuma utilizar o Método ZOPP⁵, que favorece a participação equilibrada e objetiva dos presentes nas diversas oficinas realizadas, além da associação de problemas e a indicação de soluções por temas ou assuntos afins.

4.4.4 Diagnóstico Situacional em Saúde

Em Maracanaú, é inegável a importância do SIAB na gestão da saúde, cujo sistema de informação (SIAB) vem sendo alvo de atenções que buscam torná-lo cada vez mais efetivo na produção de indicadores capazes de cobrir as ações de saúde a partir da identificação de problemas, permitindo a realização de levantamentos e diagnósticos de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e dos resultados socio sanitários alcançados.

A alimentação e monitoramento mensal do sistema ocorrem paralelamente à avaliação dos indicadores por equipe da Secretaria, do cruzamento das informações das ESF com outros setores e do SIAB com outros programas da saúde, da consolidação do atestado mensal, da alimentação mensal do CNES com repasse de inclusão e exclusão de profissionais e do repasse de informações para o nível Estadual.

Quando realizamos nossa Agenda Anual de Saúde, o Setor de Planejamento leva em conta as condições de saúde e doença vivenciados pela população de cada AVISA⁶, determinando um diagnóstico da situação local, sempre levando em consideração o planejamento participativo, envolvendo, portanto, toda a equipe de saúde, usuários e conselheiros dos CONVISA⁷.

4.4.5 Elaboração do Plano de Ação

Nosso grupo, formado por cinco estudantes desse Curso, realizou o diagnóstico situacional de nossa área de abrangência, levando em consideração os problemas comuns, relacionados às condições de saúde e doença de uma comunidade do Conjunto Timbó, em Maracanaú, adstritos à nossa Equipe de ESF.

A partir da identificação dos principais problemas, elaboramos um plano de ação para um dos problemas escolhidos, seguindo as orientações descritas neste módulo.

⁵ Do alemão "Ziel Orientierte Projekt Planung" - Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos

⁶ Área de Vigilância à Saúde.

⁷ Conselhos de Saúde das AVISA.

Caso da Equipe de ESF

4.4.5.1 – Introdução

O planejamento na área de saúde adquire grande importância à medida que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Assim, como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento busca, de forma tripartite (Federal, Estadual e Municipal), a pactuação de bases funcionais que permitam a eficácia do processo de consolidação do SUS e a resolubilidade e qualidade das ações e serviços prestados à população.

4.4.5.2 - Definição dos Problemas

Após o diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe da UBASF, os membros do Grupo elegeram como relevantes as demandas que interferem nas condições de saúde e doença dessa área:

- a) Aumento do uso de drogas e bebidas alcoólicas em adolescentes e adultos jovens;
- b) Aumento das doenças psicossomáticas;
- c) Taxa de desemprego muito alta;
- d) Aumento da mortalidade por mortes violentas;
- e) Tabagismo entre os hipertensos e diabéticos.

4.4.5.3 – Priorização dos Problemas

A partir do diagnóstico situacional das condições de saúde e doença da área de abrangência, estabelecemos a priorização dos problemas e elegemos o **Tabagismo entre os hipertensos e diabéticos** como o que requer maior urgência, apesar da parcial capacidade de enfrentamento, dado o risco cardiovascular aumentado nos pacientes tabagistas pertencentes aos Grupos de Hipertensos e Diabéticos nessa UBASF de Maracanaú.

Todos os problemas foram avaliados como de alta importância e alguns considerados parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, o que os faz prioritários se comparados aos que estão fora do seu alcance de enfrentamento. Finalmente, quanto à urgência, o maior valor foi associado ao tabagismo entre os hipertensos e diabéticos, sendo este selecionado como prioridade 1.

4.4.5.4 – Descrição do problema selecionado

No caso do problema do “Tabagismo entre os hipertensos e diabéticos” citado e definido como prioridade número 1 pelo Grupo, podemos destacá-lo como um problema concernente a “18% da população de hipertensos e diabéticos adstritos no território da Equipe”.

Para descrição do problema priorizado, utilizamos alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pelo próprio grupo, junto à equipe de Controle do Tabagismo do Município de Maracanaú.

4.4.5.5 - Explicação do Problema

O “Tabagismo entre os hipertensos e diabéticos” se destaca como problema prioritário, dado a relevante parcela de esses pacientes serem usuários contumazes desse hábito danoso à saúde já fragilizada dos portadores dessas entidades nosológicas. A explicação do risco cardiovascular aumentado se deve à soma de efeitos deletérios das doenças de base e a inserção dos doentes nesse grupo de risco, facilitando a visualização dos problemas a serem enfrentados e ajudando na definição das ações para o seu enfrentamento.

4.4.5.6 – Seleção dos Nós Críticos

Selecionamos algumas situações que se relacionam diretamente com o problema prioritário, “Tabagismo entre os hipertensos e diabéticos”, que podem ser classificados “nós críticos”, mas que podemos empreender ações mais diretas na minimização dos agravos advindos, impactado positivamente na solução-alvo. Senão, vejamos:

- a) Hábitos e estilos de vida;
- b) Nível de informação;
- c) Estrutura dos serviços de saúde;
- d) Processo de trabalho da equipe de saúde.

4.4.5.7 – Desenho das Operações

A operacionalização das ações para a efetivação e solução dos estorvos determinados pelos pontos críticos, necessita que elaborem projetos arquitetados, seus produtos e os resultados esperados desse planejamento, para facilitar uma visualização mais geral do problema, seu monitoramento e otimização dos recursos necessários à sua execução.

4.4.5.8 - Identificação dos Recursos Críticos

Para a consolidação e sucesso da operacionalização do Projeto, teremos que superar alguns obstáculos que teimamos vê-los superados, desde que haja o efetivo envolvimento de gestores, profissionais e usuários predispostos a cumprirem os pressupostos recursos críticos, tais como: **Políticos** → Articulação intersetorial, aprovação do projeto e Adesão dos Profissionais; Aumentar os recursos para estruturar o serviço; **Financeiros** → Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio, equipamentos e medicamentos); Garantia de recursos para adquirir os medicamentos para o tratamento antitabagismo.

4.4.5.9 - – Controle dos Recursos Críticos

A mobilização e a motivação de todos os atores sociais, sobretudo gestores da saúde e da educação, professores, profissionais de saúde e técnicos da Atenção Básica são essenciais para que se leve a termo o objetivo e o êxito da operacionalização do Projeto, bem como a adesão dos próprios pacientes. Para tanto, é necessário por em prática as Operações Estratégicas: Apresentar o Projeto; Sensibilizar os Gestores; Treinamento de Recursos Humanos; Estruturação da UBASF; Garantia de medicamentos; e Sensibilizar os Profissionais.

4.4.5.10 - Elaboração do Plano Operativo

A elaboração do Plano Operativo deve seguir uma agenda de compromissos que formalizam as responsabilidades e atribuições inerentes a cada um dos atores na condução do processo e consolidação dos objetivos.

Durante o processo de planejamento buscamos a execução de momentos distintos, tais como: diagnóstico da situação; definição dos compromissos dos atores envolvidos; detalhamento dos objetivos, metas e períodos de realização; e a validação do Plano.

Após o cumprimento dessas etapas, a Equipe, em duas reuniões com todas as pessoas envolvidas, definiu a divisão de responsabilidades por cada operação, bem como os prazos para a realização de cada produto.

4.4.5.11 - Gestão do Plano

É certo que aplicar o que foi planejado até aqui, entretanto, não é suficiente para garantir o sucesso do Plano que estamos propondo, pois, certamente, haverá a necessidade de serem feitas correções de rumo – e essa necessidade só será percebida caso haja constante acompanhamento.

A importância disto não é apenas operacional, mas, sobretudo, por considerar a significância da habilidade de executar o que foi pretendido.

Estamos conscientes que o cumprimento das ações e metas representará a prática da Gestão por Resultados no Município, e se constituirá um grande passo na direção de maior eficácia na gestão dos recursos mobilizados em prol da saúde.

4.4.6 Planejamento do SUS

Em 2006, desponta o Sistema de Planejamento do SUS, o PlanejaSUS, como um Sistema de Planejamento com atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do Sistema de Saúde.

Esse sistema surgiu como uma necessidade de elaboração de instrumentos que contribuam para um melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre os quais aqueles que possibilitem o desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação das ações de saúde nas três esferas de governo.

Para sua efetivação, foram criados mecanismos para melhor elaboração dos instrumentos de gestão, já bastante conhecidos, mas que careciam de melhor elaboração: Plano de Saúde; Programação Anual de Saúde; e o Relatório Anual de Gestão.

Somente em 2006, através da Portaria MS nº 399, foi divulgado o Pacto pela Saúde e suas diretrizes operacionais. O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, estando o planejamento como um dos eixos do Pacto de Gestão, junto à descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação social, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

O planejamento do SUS requer acompanhamento, atualização e avaliação de seus programas e ações, contemplados através da análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas a serem desencadeadas.

4.4.7 Minhas Discussões: No Fórum – Problemas na Comunidade

Não há dúvida que a Estratégia de Saúde da Família, como novo modelo de atenção, veio promover saúde na comunidade com o envolvimento e mudança de postura dos atores sociais compreendidos como clientela, trabalhadores de saúde, gestores, serviços de referência e contrarreferência e, notadamente, os usuários do sistema.

Lamentavelmente, os usuários não sabem o que é promoção da saúde, o que ela visa para benefício em sua saúde, apesar de entenderem que as condições e a atenção à saúde melhoraram, mas não têm consciência quanto eles têm direito a este serviço de saúde.

Talvez essa seja uma justificativa que evidencie o estabelecimento e desvio de prioridades para o plano financeiro (desemprego), recursos naturais (água potável) e segurança (violência), em detrimento à própria saúde. Isso sugere ampliações das ações de promoção à saúde, objetivando a atenção integral ao indivíduo e sua família, e asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna.

É evidente o delírio sintomático, o frenesi, quando da realização de uma Conferência de Saúde ou Fórum de alcance social, das pessoas que buscam participar ativamente da elaboração de políticas públicas e das decisões que reflitam na melhora da qualidade de vida.

4.5 Portfólio da Disciplina – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica

“Educação nunca foi despesa. Sempre foi investimento com retorno garantido”. (Sir Arthur Lewis)

4.5.1 Introdução

As Políticas de Educação em Saúde são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Desta forma, a educação na saúde se constitui, também, em uma atribuição inerente ao SUS, a ser operacionalizada pelo Ministério da Saúde, quando este desenvolve estratégias e políticas direcionadas para a qualificação e formação dos profissionais de saúde.

4.5.2 Práticas Educativas em Saúde

Se tomarmos o significado de educação adotado pelo Dicionário do Aurélio e pela sociedade ocidental, percebemos que o ato de educar ou de ser educado está ligado a um processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano em geral, visando à sua melhor integração individual e social, resultantes dos conhecimentos ou aptidões adquiridos por tal preparo, e culminando com um cabedal científico de métodos empregados na obtenção de tais resultados.

Na área de saúde, o profissional precisa criar uma interface entre quem aprende e quem ensina, a partir da identificação do saber do outrem e de suas vivências. Só assim o trabalhador de saúde estabelecerá a melhor aplicação dos meios disponíveis com vista à consecução de objetivos específicos, sempre respeitando o saber do outro e pautado em princípios éticos.

Na Estratégia de Saúde da Família, a Prática Educativa em Saúde buscada pelos membros da equipe visa intervir na realidade local e no seu dia-a-dia, contribuindo para a transformação social, política e econômica da comunidade, objetivando a melhoria da qualidade de vida de seus moradores.

4.5.3 Bases Teóricas de uma Práxis Educativa

Para o colunista Claudio de Moura Castro, os arautos da modernidade repetidamente anunciam a nova tecnologia que fará a revolução definitiva no ensino. Assim foi com o disco, o rádio, o cinema, o gravador de som, a televisão e as canhestras “máquinas de ensinar”. Agora, entram em cena o computador e a internet. Infelizmente, há muitos túmulos e poucos monumentos⁸.

⁸ Artigo publicado na revista Veja, edição 1697 - Ponto de Vista “As Máquinas de Ensinar”, por Claudio de Moura Castro, em 25 de abril de 2001.

Também sentencia que "Ao pensar nos próximos passos para nossa educação, os especialistas deveriam prestar mais atenção nos êxitos brasileiros do que nas falsas promessas tecnológicas vindas de um mundo desenvolvido".

A partir deste ponto, buscarei fazer uma reflexão sobre o uso das novas tecnologias nas concepções de aprendizagem, notadamente do emprego do computador e da internet como as mais novas “máquinas de ensinar”.

A introdução da tecnologia nos processos educativos teve sua origem na década de 70, inspirada na teoria do comportamentismo ou behaviorismo, ou seja, no conjunto das teorias que postulam o comportamento como o mais adequado objeto de estudo, tendo como suporte o jogo de estímulos e recompensas, condicionando o aprendiz a emitir as respostas desejadas⁹.

Como pioneiro, no início dos anos 50, para levar a termo seus experimentos, Skinner criou um aparelho, modificado ao longo do tempo, e passou a ser utilizado nos laboratórios de psicologia, sendo conhecido como Caixa de Skinner, com o objetivo de ensinar, mas usando o conceito de instrução programada.

Esse método de ensino programado pode ser aplicado sem a intervenção direta do professor, através de livros, apostilas ou mesmo máquinas. Consiste em dividir o material a ser ensinado em pequenas partes logicamente encadeadas, denominadas módulos, de caráter sequencial. Cada módulo, por sua vez, termina com uma questão que o aluno deve responder.

De acordo com a proposta de Skinner, a instrução programada era apresentada na forma impressa e foi muito usada no final da década de 50 e início dos anos 60. Essa ideia, contudo, nunca se tornou popular devido à dificuldade apresentada à produção do material instrucional e os materiais existentes não possuem padronização.

Com o advento do computador, surgiu a possibilidade de se apresentar com grande flexibilidade o material instrucional, de forma que diversos programas de instrução programada foram implementados no computador, sendo esta metodologia conhecida como PEC (Programas Educacionais por Computação). Na educação o computador se mostrou como uma nova “máquina de ensinar” e deu maior qualidade ao ensino.

Hoje, o mundo está dominado pela TI – Tecnologia da Informação, e os alunos passaram a substituir a memorização da informação pela busca e uso da informação. Essas mudanças introduzidas pela TI criaram novas condições de aprendizagem e o computador facilitou o processo de desenvolvimento intelectual do aluno.

⁹ PARREIRAS, MCO Teoria behaviorist/comportamentista. <http://www.geocities.com/celitaparreiras/cond.htm>

4.5.4 Tecnologias para a Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade

Em Maracanaú, as Equipes da ESF têm por objetivos proporcionar cuidados integrais personalizados, continuados e contextualizados à saúde, de tal sorte que:

- a) A abordagem do processo saúde-doença envolva aspectos biopsicossociais;
- b) Desenvolvem-se ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- c) Prioriza-se a prática médica centrada no usuário e na relação médico-paciente, focando a comunidade e seu cerne, a família, destacando o acolhimento, o vínculo, a integralidade, a universalidade, a equidade e a continuidade do cuidado na atenção;
- d) A resolubilidade e o acolhimento se manifestam através de abordagens diversas: consultas e exames agendados, via internet, através do SISREG ou CRESUS, oficinas de trabalho, grupos educativos, visitas domiciliares, reuniões formais dos CONVISAS e COMSAM¹⁰ atendimento a pacientes que requerem cuidados especiais - CADEE, atividades integradas com as escolas – PET Saúde; e outras parcerias intersetoriais;
- e) Quando necessário, referenciamos para os níveis de atenção de maior complexidade, mas sem perder o vínculo com a porta de entrada – sua equipe de PSF;
- f) Ideamos atender a, pelo menos, 70% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de sexo ou faixa etária, apesar da dificuldade em contratar médicos, não por falta desses profissionais, mas pelos aviltantes salários;
- g) Desenvolvem-se habilidades na área da metodologia pedagógica e estimula-se a capacidade de autoaprendizagem e o controle social do SUS, através do COMSAM.

4.5.5 Minhas Discussões: No Fórum – Fatores Pedagógicos

As atividades educativas se pressupõem como um processo contínuo, coletivo e institucional através do qual se busca a reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população.

Dentre as opções pedagógicas propostas no texto de Bordenave, e por nós perquiridas, a *pedagogia de transmissão* não se destaca, apesar do capacitando presumir-se sedento de onde novas ideias e conhecimentos, mas faltando “problematização” da realidade, e, conseqüentemente, o treinando operacionaliza uma simples repetição do que lhe foi repassado, sem, contudo, refletir sobre o assunto.

¹⁰ COMSAM – Conselho Municipal de Saúde de Maracanaú; CONVISAS – Conselhos de Saúde das AVISA (Áreas de Vigilância em Saúde – em Maracanaú são seis Distritos Sanitários).

Por sua vez, a *pedagogia do condicionamento* não considera o conhecimento como mais importante, mas destaca a troca de conhecimentos, levando o aluno a emitir respostas que o professor deseja ouvir, lembrando o reflexo condicionado de Pavlov (“recompensa” pelo “esforço”).

Isso determina sem, contudo, questionar os objetivos e não problematizar a realidade. Tudo isso, entretanto, só deveria ser utilizado quando o treinando houvesse desenvolvido sua consciência crítica e capacidade de problematizar sua própria realidade.

Conquanto, a *pedagogia da problematização* estimula a capacidade de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente, sendo os conhecimentos e as ideias menos relevantes em relação à capacidade do participante em detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas.

Diante do que se propõe, dentre as três opções pedagógicas, parece haver uma nítida predileção pela opção da *problematização*, porém nunca desprezando o que as outras metodologias preceituam.

As Equipes do PSF, em Maracanaú, já desenvolvem Atividades Educativas de muito impacto, entre as quais se inclui, há pouco mais de 2 anos, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): “Por Amor à Vida”. O SPE é desenvolvido por técnicos das Secretarias de Saúde, Juventude e Educação, formando o Grupo Gestor Municipal (GGM), e por adolescentes/jovens capacitados constituindo Grupo Gestor Jovem (GGJ).

Não resta dúvida que, do ponto de vista político, o propósito é oficializar a educação permanente. Portanto, para que haja sua sustentabilidade, é necessário que transcenda do estágio de projeto para programa educativo, devidamente institucionalizado na gestão dos recursos humanos e dos serviços, tendo assegurado seu tempo e lugar bem definidos.

Apesar da incorporação dessa nova prática, é necessário recuperar o tempo inexoravelmente perdido e a inesgotável educação permanente, propiciando mais e mais encontros, seminários e outros fóruns de discussão destes conhecimentos, dinamizando e extraíndo novos ensinamentos que, certamente, servirão de orientação para criação de outros projetos e experiências, que se concretizarão como futuras novas políticas de gestão.

4.6 Portfólio da Disciplina - Saúde da Mulher

“As mulheres foram e são construídas com palavras”

(Meneghel et al., 2005, p. 113)

4.6.1 Introdução

Este Módulo pretende promover uma reflexão sobre a atenção a saúde da mulher na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, levando-nos a retratar a mulher para além das suas dimensões biológicas, imaginando-a como um ser social a percorrer sua trajetória neste mundo, enfrentando os percalços decorrentes de sua inalienável condição de mulher, além do que, chefe de família, amante e mãe afligida pela violência e discriminações, lutando pelo reconhecimento, buscando o amor e a felicidade.

O inexorável estigma das desigualdades social, econômica, cultural e de raça é revelado no seu processo de viver, adoecer e morrer, nos fazendo meditar e propor desenvolver ações que busquem o respeito e a cidadania, de modo que a mulher possa ver concedidos seus direitos e não apenas os deveres em relação à sociedade em que vive.

A leitura do material disponibilizado nos faz refletir, conhecer e aprender a potencializar as iniciativas de resistência que as mulheres buscam descobrir como apoio para situações de vulnerabilidade de gênero.

Entenda-se como vulnerabilidade o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença, risco ou dano e substitui o conceito clássico de fatores de risco (Guilhem, 2000)¹¹.

Palma & Mattos (2001), entretanto, consideram que existe vulnerabilidade quando ocorre: desinteresse do indivíduo em relação a situações de perigo; falta de acesso a serviços e/ou informações e finalmente, falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento.

Apesar do seu papel na promoção à saúde estar bem estabelecido, observamos que os grupos ainda são pouco utilizados no enfrentamento da violência de gênero. Empoderar as mulheres, isto é, proporcionar um processo de ajuda a firmar melhor controle sobre fatores que afetam a sua saúde, é, também, uma forma de promover saúde. Consiste em uma estratégia capaz de mudar suas vidas e gerar transformações nas estruturas sociais, auxiliando as mulheres em situação de vulnerabilidade a tornarem-se mais autônomas, resgatando suas experiências a partir de suas histórias de vida e da ritualização das violências vividas.

¹¹ Meneghel et al., 2005, em seu Artigo “Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero”.

4.6.2 Cuidados e Promoção da Saúde da Mulher em Maracanaú

Em Maracanaú, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher é composto por três componentes estratégicos de cuidado - Planejamento Familiar, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e o Controle do Câncer de Mama – cujo objetivo geral é promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde para a redução da morbi-mortalidade especialmente por causas evitáveis.

A fim de cumprir com os objetivos a que se propõe, o Programa Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher conta com planejamento familiar, coleta de citologia oncológica, o sistema de informação do câncer de mama (SISMAMA), sistema eletrônico de rastreamento que permite a avaliação rápida e regular de dados sobre o câncer de mama, o Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), e o Programa de Humanização no Pré-Natal/Nascimento – (SISPRENATAL).

4.6.3 Análise da Situação de Vida das Mulheres na Perspectiva de Gênero

A discussão social e histórica de gênero, a sua relação e estigmatizada hierarquia nos possibilitam perceber que as permanências e transformações de gênero no cotidiano da assistência à saúde, não consideram as subjetividades femininas e colocam a mulher num lugar maternal, de modo que na rotina em Saúde da Família, o enfoque de gênero se coloca como indispensável na busca da integralidade.

Ao alocar a integralidade como princípio, a Estratégia da Saúde da Família propõe uma mudança no paradigma do trabalho em saúde. Nessa óptica, os profissionais de saúde precisam olhar para as questões de gênero, já tão sobrepostas no uso dos próprios conceitos de saúde e família. Elas surgem, por exemplo, quando são propostos programas de saúde específicos para as mulheres e na própria conceituação do que é família.

Temos que atentar para melhor entender o significado “do ser mulher” através de histórias de vida e, a partir destas, refletir as implicações de gênero no âmbito da saúde. A mulher ainda enfrenta dificuldades e desigualdades regionais em relação à saúde. Apesar dos esforços, isso fica evidente quando do acesso aos serviços, prevenção da gravidez indesejada, redução da taxa de mortalidade materna, e outras questões que a expõe a vulnerabilidade.

Precisamos, pois, enquanto trabalhadores da saúde, nos aliar a esta “fortaleza” do gênero para que possamos ultrapassar as barreiras, numa determinação pessoal e num esforço coletivo, a fim de, um dia, conquistarmos a verdadeira cidadania feminina.

4.6.4 As Mulheres São Maioria na Sociedade Brasileira

Segundo o IBGE, o crescimento da população brasileira encolheu nas últimas décadas em razão da redução da fecundidade e do envelhecimento dos habitantes. Constatou ainda que há mais mulheres no Brasil do que homens em relação ao censo de 2000. Para cada 100 mulheres, há 99,6 homens no país. Há sete anos havia um equilíbrio.

Em Maracanaú, ainda segundo o IBGE, a taxa de crescimento anual estimada (%) (2000-2010) foi de 1,065%, sendo que, em 2010, a população feminina (103.210 mulheres) recenseada corresponde a 51,40% do total, das quais temos 69.835 mulheres em idade fértil, correspondendo a 67,6% da população feminina.

Mais feminina e mais velha. Assim está a população de Maracanaú. Além da já conhecida população de 200.797 habitantes, o censo revela que 51,40% (103.210) da população é composta de mulheres e 48,60% (97.587) por homens.

A expectativa de vida das mulheres é maior por vários fatores, como os acidentes de trânsito e violência urbana, tendo os homens, ao longo de suas vidas, um número de óbitos maior que o das mulheres. Isso é ponto pacífico em todos os municípios do país. Por tudo isso, as projeções estatísticas apontam para a manutenção dessas diferenças, determinando que as mulheres continuem sendo a principal clientela do SUS, pelo menos nas próximas 3 décadas.

4.6.5 Assistência Durante a Gestação e o Puerpério

Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, e do fácil acesso a serviços de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

A assistência pré-natal em Maracanaú é realizada pela Atenção Primária em Saúde que acompanha a gestante através de equipes de Saúde da Família além das equipes dos Núcleos e Apoio a Saúde da Família (NASF) que, desde sua ampliação em setembro de 2009, tem colaborado para a integralidade da assistência na rede básica de saúde do município.

A rede municipal de assistência básica de saúde é composta por 27 Unidades Básicas de Saúde que abrigam 53 equipes de Saúde da Família, as quais acompanharam cerca de 2500 gestantes, em 2009 (SISPRENATAL). Na rede básica de saúde, as gestantes realizam pré-natal, além do acompanhamento domiciliar pelo agente comunitário de saúde (ACS), permitindo o seguimento da gestante desde o início da gravidez até a consulta puerperal.

4.6.6 Construindo um Protocolo de Cuidados com Vítimas da Violência

O Ministério da Saúde recomenda o atendimento integral e humanizado às mulheres vítimas de violência sexual. Para tanto, as equipes do PSF devem adotar um Protocolo para Assistência às Mulheres Vítimas de Violência, que englobe o atendimento imediato e tardio, o acompanhamento ambulatorial e as ações relacionadas à interrupção legal da gravidez se decorrente de violência sexual (estupro).

Em Maracanaú, essa incumbência está em processo de implantação e estará sob a responsabilidade dos seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, favorecendo o trabalho colaborativo e interativo com a equipe multidisciplinar. Esse Protocolo do Atendimento que está sendo formatado consistirá das seguintes etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento (intervenções), implementação e evolução.

O desenvolvimento das etapas do processo ocorrerá obedecendo ao seguinte fluxo: Entrevista para a coleta de dados; Observação do aspecto físico geral (lesões), emocional e nível de consciência; Identificação dos prováveis diagnósticos e intervenções; Preparar para consulta médica, se for o caso; Acolhimento de familiares/acompanhantes; Encaminhar para atendimento social e psicológico; Promover o seguimento ambulatorial; e Dar apoio emocional e acolher os familiares para que ofereçam apoio no convívio;

4.6.7 Minhas Discussões: No Fórum - Assistência à Mulher Durante a Gestação

Apesar de essencialmente fisiológica, a assistência à gestante se faz necessário porque o pré-natal visa assegurar o desenvolvimento normal da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável e não causando intercorrências para a saúde materna. Para promover a segurança do binômio mãe-feto é necessário maior atenção às gestações de risco e atendimento diferenciado, no que for possível, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal.

A Saúde da Mulher na Atenção Básica tem destaque pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias e da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, e assistência às mulheres vítimas de discriminação, como as negras.

A assistência deve prever, em todas as fases da vida, atenção clínica ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério), bem como nos casos de doenças crônicas ou agudas. Reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde valorizando as práticas educativas para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres, garantindo a ELA uma vida saudável e sem surpresas.

4.7 Portfólio da Disciplina – Participação Social e Promoção da Saúde

Promoção à Saúde constitui-se um desafio que precisa ser construído com leveza, afeto e muito amor, porque tem por alvo a qualidade de vida, objetivo básico do ser humano!

4.7.1 Introdução

Ainda hoje, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) não sabem, claramente, o que é a Promoção da Saúde, e o que a promoção visa para o benefício destes usuários. Entretanto, eles entendem que as condições e a atenção à saúde melhoraram, mas ainda não assimilaram o quanto eles têm de direito a este serviço de saúde.

Apesar da expressão “Promoção da Saúde” ter sido sugerida, em 1923, por Winslow¹², referindo-se à busca de políticas públicas que promovessem melhores condições de saúde, foi, somente, em 1991 e 1994, que o Ministério da Saúde deu sua grande cartada em busca da consolidação da Participação Social e Promoção da Saúde ao lançar o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) como novas formas de fazer saúde, ou seja, fazer saúde com envolvimento e mudança de postura dos atores sociais aqui compreendidos como profissionais do serviço, gerentes, planejadores, serviços de contrarreferência ou apoio envolvidos com os usuários do sistema de saúde.

Os atores sociais envolvidos no PSF, aí incluídos os ACS, são os protagonistas do sucesso do programa, a ponto de Saúde da Família ser, atualmente, a estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) melhor avaliada por seus usuários, segundo pesquisa divulgada, em 09/02/2011, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A implantação desses dois programas viabilizou a Promoção da Saúde revelando as relações estabelecidas entre os trabalhadores do PSF com os usuários do sistema.

4.7.2 Promoção da Saúde

Em Maracanaú, a ESF e o PACS têm-se mostrado fundamentais no desenvolvimento da Promoção de Saúde (PS) em nosso município, através do fortalecimento dessa política protagonizada pelos profissionais da ESF, que buscam estruturar os serviços de saúde de forma a garantir a melhoria de saúde da população, sem priorizar apenas a doença.

Para tanto, têm consciência das diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças, identificando as prioridades estabelecidas na política nacional de PS e fomentando o autocuidado e o empowerment, ou delegação de autoridade pelo gestor, através da transmissão de poderes de decisão, autonomia e participação dos trabalhadores da saúde na condução da melhoria da qualidade de vida de nossos usuários.

¹² Ana Maria Girotti Sperandio, em *Caminho Para a Construção Coletiva de Ambientes Saudáveis*

4.7.3 Como Exercitar a Promoção da Saúde

Em nossos municípios, vários são os aspectos sociais como a falta de saneamento básico, a carência de moradia digna, o desemprego, a fome e a violência que determinam o processo saúde-doença. Não há dúvida que políticas públicas de aspectos transversal, integrada e intersetorial que minimizem esses determinantes são fundamentais para potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, estabelecendo mudanças no processo saúde-adoecimento.

Para tanto, faz-se necessário maior interação envolvendo parcerias público-privadas e a sociedade, para que haja coparticipação, compromisso e corresponsabilidade, buscando restringir a fragilidade, os prejuízos e as probabilidades previsíveis de perda que, porventura, influenciem o processo envolvendo adoecimento e cura.

4.7.4 Minhas Discussões

4.7.4.1 Consideração Reflexiva – Ilha das Flores

Apesar dos progressos relativos às políticas e ações no setor econômico, contraditoriamente permanecem, no Brasil, profundas desigualdades sociais que maculam a imagem do país no cenário internacional.

O filme nos mostra e destaca que a indiferença e a desigualdade social convivem intimamente. Faz-nos lembrar de que a falta do que é necessário à vida, a escassez e a penúria sempre existiram e que, indelevelmente, sempre estarão a nos rondar. Fica patente que a vulnerabilidade das pessoas é a tônica, pois a exclusão social as torna cada vez mais supérfluas e incapazes de ter uma vida digna, determinando discussões acirradas, falta de estudo, ambiente familiar precário, educação precária, más instalações, alimentação ruim, desnutrição e outros agravos.

O dia-a-dia narrado sob a égide de um *“telencéfalo altamente desenvolvido e polegar opositor”*, na tentativa de igualar os seres humanos e os fazer diferentes dos animais, mostra, através da trajetória de alguns personagens, inclusive moradores da Ilha das Flores, as diferentes classes sociais: dona de casa, vendedora de cosméticos, criador de porcos, produtor de tomates, fazendeiro, motorista, catadores de lixo, etc.

Ao contrário do que nos apregoam, a pobreza não é apenas uma “decisão divina”, mas o produto da desigualdade social, constituindo-se em um dos maiores problemas do mundo. Vemos que a tentativa de mostrar “os iguais” traz à tona o “desigual” tratamento aos portadores de um *“telencéfalo altamente desenvolvido e polegar opositor”*, pondo-os numa triste posição inferior aos porcos.

Sem dúvida, muitas “Ilhas das Flores” existem nesse nosso Brasil, com destaque para uma comunidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, que serviu de inspiração para essa história, ou um pequeno município de Sergipe com 8.348 habitantes, ou qualquer outro local dos muitos existentes em igual condição no mundo.

Ao vermos seres humanos que se alimentam de restos que foram descartados por tratadores de porcos e considerados como impróprio para o consumo dos animais, pode parecer sensacionalismo, no entanto são fatos, e como tais devem ser apresentados, nos estimulando a expressar o desejo de por a termo todas as “ilhas das flores”.

4.7.4.2 No Fórum – Atividades de Prevenção e Promoção da Saúde - Ilha das Flores

No espaço clínico, as atividades de promoção da saúde não se diferenciam das intervenções de prevenção de doenças. Estas intervenções podem ser tradicionalmente médicas, como imunização, screening, ou tratamento com quimioterápicos, ou envolver intervenções educativas sobre mudanças de estilos de vida individuais. Os profissionais de saúde podem estar envolvidos em ações de promoção de saúde mais amplas, como desenvolvimento comunitário, ou influenciando a formulação de políticas de saúde (Florin & Basham, 2000)¹³.

Incontestavelmente, as Equipes de Saúde da Família, inclusive a da Ilha das Flores, têm na mudança do “estilo de vida” uma das principais atividades para a prevenção de doenças física, mental, espiritual e até social. Essas mudanças podem envolver qualquer ação relacionada com caráter recreativo, individual, coletivo, familiar e até intradomiciliar.

O estilo de vida para ser considerado saudável tem que manter o corpo “em forma” e a mente “despreocupada”. Assim, estaremos protegidos contra novas doenças e nos ajuda a conviver melhor com as doenças crônicas, evitando-se que evoluam com agravantes.

Não podemos esquecer que para ser ter um estilo de vida saudável, devemos fomentar exercícios regulares, boa alimentação, atividades recreativas, controle de peso, evitar hábitos nocivos ao corpo e, sobretudo, mantermo-nos vigilantes à prevenção da saúde.

Outro aspecto bastante convincente da importância do seu valor pode ser resumido num aforismo de Machado de Assis: “*a morte é séria e não admite ironia*”, e, por essa razão os fatores ditos modificáveis do estilo de vida são a causa de 50% das mortes, entre elas as doenças cardíacas, câncer, AVC, síndrome metabólica, etc.

¹³ Ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças: O Papel da ANS. Dina Czeresnia, disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>, acessado em 14/jan/2011.

4.7.5 Cartas de Promoção da Saúde

Desde 1986, em Ottawa, as cartas da Promoção da Saúde passaram a reunir os documentos de referência resultantes do processo de discussão e construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre o tema.

A proposta de Promoção da Saúde concebe a saúde como produção social e, desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal.

Os diferentes conteúdos abordados nas Cartas constituem-se em instrumental de referência para gestores, gerentes, trabalhadores de saúde, pesquisadores e demais atores interessados nas questões da área.

4.7.6 - Objetivos e Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde

A Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/2005, aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde reforçando o grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

4.7.6.1 - Objetivo Geral

É o de promoção da qualidade de vida, com redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

4.7.6.2 - Diretrizes

- a) Reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- b) Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde;
- c) Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- d) Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- e) Incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;
- f) Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

4.7.6.3 Ações Específicas

Enquanto trabalhador da saúde, o desafio que colocamos para o gestor municipal do SUS consiste em propor uma política que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, de forma que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde. A seguir, enumeramos as ações voltadas à divulgação e implementação da Política Nacional de PS:

- a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
- b) Convocar uma mobilização nacional de sensibilização para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, com estímulo à adesão de estados e municípios;
- c) Implantação da PNPS em fóruns de composição tripartite;
- d) Alimentação Saudável;
- e) Prática Corporal/Atividade Física;
- f) Prevenção e Controle do Tabagismo;
- g) Redução da morbi-mortalidade devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas;
- h) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- i) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- j) Promoção do desenvolvimento sustentável;

4.7.7 Educação Popular, *Empowerment* e Autocuidado em Saúde.

Certamente a população não sabe ao certo, ainda, o que é promoção da saúde, nem o que ela oferece em prol das pessoas. Porém, apesar do pouco esclarecimento sobre o tema, tem certeza que, nas duas últimas décadas, a assistência à saúde vem melhorando.

A ideia da medicina curativa ainda é a predominante. Entretanto, quando os usuários recebem a visita domiciliar de uma equipe do PSF, para um acompanhamento sistemático, mais íntimo, eles se sentem verdadeiramente “cuidados”, embora não conscientizem que essa atenção é um mero dever de Estado e direito do cidadão.

Em Maracanaú, a ESF realiza suas atividades interagindo diretamente com a população adscrita, oferecendo uma assistência igualitária e participativa, embora reconheçamos que o envolvimento da comunidade para atuar na promoção da saúde deve ser estimulado mais e mais, promovendo maiores compromissos e mudanças de comportamento dos gestores, trabalhadores em saúde, prestadores de serviços, usuários, iniciativa privada e demais atores sociais.

4.8 Portfólio da Disciplina – Saúde Bucal

"Até hoje não houve filósofo que padecesse pacientemente uma dor de dente." (William Shakespeare)

4.8.1 Introdução

Não há dúvida que a Política de Saúde Bucal busca fomentar o planejamento e a consequente tomada de decisão frente aos problemas ocorridos na população, reorientado as concepções e práticas capazes de propiciar um novo processo de trabalho que tenha como meta à produção do cuidado.

A produção do cuidado pressupõe a proposta de humanização do desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Para tanto, as equipes de saúde bucal (ESB), juntamente com seus usuários, buscarão construir as respostas às suas demandas, de forma que não produzam somente consultas e atendimentos, mas, também, responsabilidade sanitária e autonomia.

É inegável, também, que a organização da Atenção à Saúde Bucal, por meio do ciclo de vida, proporciona a melhor discussão e otimização das ações, quanto à promoção e prevenção da Saúde Bucal (SB).

4.8.2 Modelo Assistencial da SB - Maracanaú

Em Maracanaú, a saúde bucal de crianças em idade escolar continua sendo uma prioridade, mas não uma exclusividade, haja vista que, igualmente, organizamos a atenção à saúde bucal, também, para adolescentes, gestantes, puérperas, recém-nascidos, adultos, idosos, trabalhadores, pacientes com necessidades especiais, presidiários e índios, respeitando a diversidade étnica e racial.

Portanto, nenhuma faixa etária é, *per si*, de *motus* próprio, priorizada, sem risco de exclusão da atenção odontológica pública, em respeito aos princípios da universalidade e da integralidade da atenção, de forma que as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade.

A cárie dentária protagoniza a maior preocupação da SB em Maracanaú, embora o câncer de boca e a periodontose tenham relevante importância. No município, o programa de prevenção e educação em saúde bucal não se limita apenas à prevenção da cárie dentária, indo mais além, com a atenção redobrada no exame de prevenção de câncer bucal, através do protocolo de autoexame, reforçado durante o exame pelos dentistas, e destacado nos *banners* das UBASF, orientando o seu rastreamento.

Esse “modelo” não significa uma “receita a ser copiada”, sendo apenas uma forma de expressar a organização da saúde bucal, a qual visa assistir as necessidades da população maracanauense.

4.8.3 Processo de Trabalho e Organização da Saúde Bucal

No Município, no final de 2010, entre as 53 equipes de saúde da família (eSF) estavam inseridas 37 equipes de saúde bucal (eSB), sendo 27 destas de modalidade I, isto é, compostas de um(a) cirurgião(ã)-dentista (CD) e um(a) auxiliar de saúde bucal (ASB), e 9 de modalidade II, compostas de um(a) CD, um(a) ASB e um(a) técnico(a) de saúde bucal (TSB).

O programa de prevenção tem como base o levantamento de todas as escolas públicas (estaduais e municipais) e creches onde são realizadas ações periódicas de escovação supervisionada e aplicação de flúor, além de ações na própria unidade básica de saúde de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

No entanto, a Saúde Bucal em Maracanaú vai além e diversifica suas ações atuando em grupos e programas específicos descritos a seguir.

4.8.4 Atuação Transversal da Saúde Bucal

4.8.4.1 Saúde Bucal para do Idoso

O atendimento a pacientes da 3ª idade segue protocolos próprios, até porque há predominância de patologias e necessidades específicas, tais como a inegável relação entre problemas periodontais e o agravamento de patologias cardíacas. Os pacientes idosos têm as suas orientações de higiene direcionadas tanto para as escovações quanto para a correta limpeza de eventuais peças protéticas das quais façam uso.

Peças protéticas mal adaptadas ou candidíases crônicas relacionadas ou não a essas próteses são fatores de risco para o surgimento de lesões malignas. Os horários de atendimento são preferencialmente matutinos e seu acesso é priorizado para as consultas.

4.8.4.2 Respeito à Diversidade Étnica e Racial

O PSF tem equipes de saúde bucal trabalhando em grupos étnicos minoritários, dando assistência os trabalhadores do setor de hortifruticultura, grupos populacionais beneficiados por ONGs e a aldeia dos índios Pitaguarys, nativa do município, que é beneficiada por uma ESB exclusiva.

4.8.4.3 Tabagismo e a Saúde Bucal

A Saúde Bucal de Maracanaú através de equipes multidisciplinares nas UBS, com metodologia participativa de incentivo ao ambiente livre de cigarro, realiza abordagem cognitiva comportamental, terapia medicamentosa, palestras, dinâmicas, atividade física e relaxamento, suportes psicológico, médico e odontológico. Realiza, também, uma abordagem direcionada a perda estética causada pelo hábito de fumar voltada para o público jovem.

4.8.4.4 Pacientes com Necessidades Especiais

No Município de Maracanaú, o CADEE - Centro de Apoio e Desenvolvimento da Educação Especial - tem uma equipe de SB incluída na sua equipe multidisciplinar. Dispõe, ainda, cinco equipes que realizam trabalhos em ONGs, com orientação de higienização e atendimento clínico agendado a pacientes especiais.

4.8.4.5 Adolescentes

Além do foco em questões importantes como a prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis, a odontologia entra também como parceira nesse trabalho de orientação de jovens. O foco educativo vai desde a conscientização de exigência da saúde como um todo pelo mercado de trabalho ao comprometimento estético pela perda ou destruição dos dentes. Esse trabalho ocorre, principalmente, durante a inclusão de algumas equipes no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) sendo fortalecido com a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) por 16 equipes de SF e suas respectivas equipes de SB voltado especialmente para adolescentes, para a promoção integral da saúde.

4.8.5 Ações de Prevenção em Saúde Bucal

A reorganização das ações educativas em saúde bucal leva em consideração:

- a) Levantamento de instituições que beneficiam determinados grupos e que ficam de fora das ações de prevenção como ONGs, escolas privadas, instituições religiosas, etc.;
- b) Ampliação do acolhimento educativo, em áreas com pequena concentração de escolares;
- c) Incentivo à inserção de CD em programas não específicos da odontologia;
- d) Atendimento domiciliar para pacientes idosos com dificuldade ou limitação de locomoção;
- e) Manutenção dos procedimentos coletivos entre as ações de escovação supervisionada.

Tem sido dada importância para o alinhamento das ações da odontologia com eventos organizados pelos outros integrantes da ESF visando alcançar grupos específicos como gestantes, hipertensos e diabéticos e trazer mais união à própria equipe. Ações específicas como a visita e agendamento de presos em delegacias da área também ocorrem, além de trabalhos educativos em empresas e indústrias lotadas no município.

4.8.6 A Organização da Saúde Bucal que Queremos

Acreditamos que o modelo de atenção para o SUS deve buscar respostas para enfrentar as atuais carências de saúde, levando, também, em consideração os problemas futuros agravados pela transição contínua por que passam a população e pela evidência que se ajuíza de uma sociedade com mais idosos e menos jovens, porém bem mais violenta.

Queremos que a organização dos serviços estabeleçam processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários, a integralidade na atenção, considerando as diversidades raciais, étnicas e culturais, o aumento da resolutividade e a democratização, com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão¹⁴, devendo ser observadas a estratégia da hierarquização e regionalização de acordo com as redes de serviços, a descentralização e melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais.

Há necessidade de viabilização de uma nova prática em saúde bucal para que a vida seja mais digna e se consiga a conquista da cidadania. Para tanto, precisamos desenvolver um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos princípios da integralidade, universalidade, da equidade e pela resolutividade das ações que possa realizar. A reorganização do serviço é essencial para o incremento dos números e o alcance das metas.

4.8.7 Minhas Discussões - Atenção à Saúde Bucal nos Idosos

O estudo envolvendo adultos com idade entre 35 e 44 anos, apontou que 9% deles, principalmente mulheres, residentes na zona rural, pobres e com menor escolaridade sofrem do problema. No Brasil, a porcentagem de edêntulos aumenta com o grupo etário, a necessidade de prótese total aumenta de 10% no grupo de 20-24 anos, para 80% entre 60-64 anos e até 98% no grupo de 75-79 anos¹⁵.

De um total 121.400 adultos, 17.150 pessoas, ou 14,4% da população adulta, perderam todos os dentes. Os dados mostraram, por exemplo, que cerca de 60% da população entre 35 e 44 anos e quase 3% dos brasileiros entre 15 e 19 anos usam algum tipo de prótese.

Débora Dias, na sua pesquisa sobre saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, avaliou 1.612 adultos, entre 35 e 44 anos, e 781 idosos, entre 65 e 74 anos, faixas etárias preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, explica a pesquisadora. Excluindo da sua amostra os edêntulos (174 adultos e 468 idosos), a autora dividiu os indivíduos entre aqueles com 1 a 19 dentes e os que preservavam de 20 a 32 dentes. Dos 1.428 adultos com dentes naturais, 402 (27,9%) apresentavam de 1 a 19 dentes e 1.036 (72,1%) de 20 a 32 dentes. Nos 313 idosos, os percentuais se inverteram, ficando 235 (75,1%) no primeiro grupo e 78 (24,9%) no segundo.

Entre os adultos com até 19 dentes, a média de dentes presentes foi de 11,9 e, no grupo com 20 dentes ou mais, esta média foi de 26,4. Nos idosos, no primeiro grupo a média de dentes presentes foi de 9,5 e, no segundo grupo, de 25.

¹⁴ Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

¹⁵ Guilherme Bosi Barbosa, disponível em <http://www.sbc.unb.br/docs/guilherme.pdf> - acessado em 15/04/2011.

“Embora esteja bem próximo, o percentual de adultos com dentição funcional (72,1%) não atingiu a meta de 75% da OMS para 2000, sendo que o levantamento foi feito em 2002. Para os idosos, a meta era de que 50% preservassem 20 ou mais dentes naturais, mas apenas 24,9% gozavam desta condição”, observa a pesquisadora.¹⁶

Em Maracanaú, em 1997, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico para cárie e doença periodontal do município. Foram examinados 1.746 crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 14 anos. Neste estudo, foi encontrado CPO-D aos 12 anos igual a 2,72 o que se revela inferior à meta preconizada pela OMS para o ano 2000.

Em 2010, no Município, o IBGE mostrou em Censos e Estimativas que a população de idosos foi de 13.019 habitantes, correspondendo a 6,48% de toda a População. Segundo o Relatório de Gestão de Maracanaú, em 2010, a Saúde Bucal realizou 11.148 tratamentos endodônticos, evidenciando uma crescente conscientização dos profissionais e, sobretudo, da população em geral, que está, cada vez mais, empenhada em preservar seus dentes, diminuindo-se o número de edentados.

Assim, a Saúde Bucal também persegue o avanço hodierno, como a atenção preventiva de riscos sistêmicos, ancestralmente negligenciados, embora responsáveis por onerosas e perigosas consequências. O número de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais é um dos indicadores da Atenção Básica pactuados com o Estado, e seu controle é feito por Mapas Mensais de Atendimento odontológico na Atenção Básica e os dados lançados no BPA, Boletim de Produção Ambulatorial.

Em 2010, reduziram-se as exodontias previstas na meta de 15.722, que resultaram em apenas 4.499. A redução de exodontias indica redução favorável de perdas dentais e a melhoria da atenção básica resultando na preservação dos dentes naturais.

4.8.8 Remate

Mesmo atualmente, a Saúde Bucal ainda não se apresenta com a tônica de práticas preventivas e com pouca capacidade para avaliar os principais problemas da população.

Somente após a proposta da nova Política de Saúde Bucal no Brasil, estamos vendo a claudicante reversão da situação precária em que vive a população, a ponto de se observar incipientes resultados favoráveis para a melhoria das condições de vida.

A decisão de ampliar o acesso, qualidade e promover todos os serviços de saúde bucal é o caminho certo para reduzir as desigualdades no país.

¹⁶ Disponível em http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/marco2008/ju388pag03.html - em 15/04/2011.

4.9 Portfólio da Disciplina – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

"Mantemos grande respeito à Mãe Natureza, mas não entendemos uma sabedoria que destrói a mata, polui os rios e mata seus peixes. Não compreendemos uma sabedoria que abandona os seus velhos, maltrata suas mulheres e crianças. Não compreendemos a ânsia do homem branco em dominar o seu irmão, a natureza e as forças do Universo." (Brasília, 1998 - Carta de Princípios da Sabedoria Indígena, escrita por Pajés Carajás, Xavante, Xerente, Karitiana, Apurinã, Pataxó, Krahô, Maxacali, Terena e Suruí)

4.9.1 Introdução

A disciplina “Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família” foi estudada concomitantemente ao drama vivenciado pela crise nuclear no Japão. Daí, durante 11/02 a 17/03/2011, período de estudo da disciplina, pude manifestar toda minha inquietude, que me levou a concentrar esforços para fazer ecoar esse clamor de interesse comum, vivenciado pela população nipônica.

Apesar de o cenário desolador lembrar um filme de ficção, a realidade é assustadora. A situação criada por uma falha nos mecanismos de segurança da usina de Daiichi, em Fukushima, no Japão, pode culminar como o acidente nuclear mais grave da humanidade.

Até agora, o que observamos com os esforços empreendidos, é uma tentativa de minimizar impacto do inevitável, dado o colapso do sistema de resfriamento dos reatores nucleares. As autoridades deixaram transparecer a ineficácia da medida paliativa de tentar resfriar os reatores e os crescentes riscos para os trabalhadores envolvidos na operação.

Coube-nos fazer a seguinte reflexão: *Quem é o responsável pela crise nuclear no Japão?* As informações trazidas pela imprensa revelam que documentos da embaixada norte-americana no Japão, divulgados pelo portal *WikiLeaks*, são categóricos que o governo japonês ignorou os alertas feitos em 2008 pela Organização Internacional de Energia Atômica (OIEA), sobre os riscos e segurança de suas usinas, e que durante 35 anos de funcionamento, a política de segurança das usinas nucleares subestimou os fenômenos naturais, como os terremotos.

Apesar de sermos testemunhas dos esforços do governo japonês, faz-nos inferir que a gravidade da situação é resultado único e exclusivo da negligência do próprio governo, haja vista que ignorou os riscos colocados pela ocorrência frequente de terremotos no país, colocando em risco as vidas de milhões de pessoas.

4.9.2 Novos Dias e a Crise Ambiental

Inegavelmente, muitas pessoas estão expostas, sem saber, a níveis elevados de *radiação*, por causa do acúmulo de elementos radioativos em resíduos de processos industriais.

A radioatividade foi descoberta há mais de cem anos, e, apesar de desvendada e dominado pelos cientistas, e sua utilização disseminou-se, tanto para benefício do homem (na medicina, por exemplo) como para fins maléficis (caso das bombas nucleares).

Uma coisa é certa, ela está associada ao aumento do câncer nas populações expostas tanto a fontes naturais quanto a fontes artificiais usadas de modo inadequado, ou em acidentes como a explosão do reator nuclear de Tchernobyl, na Rússia (1986), a abertura de uma cápsula de césio radioativo (^{137}Cs) de uso medicinal em Goiânia (1987), e recentemente à catástrofe da usina de Daiichi, em Fukushima, no Japão.

Apesar dos importantes benefícios que a *radioatividade* pode trazer, ela pode ser nociva ao organismo humano, dependendo da intensidade ou da duração da exposição.

4.9.3 Trabalho-Tecnologia-Ambiente-Saúde

A saúde no ambiente de trabalho não depende somente dos recursos que temos a disposição, mas também de nossa própria atitude com relação à própria saúde. Os conhecimentos tecnológicos evoluíram de forma acelerada, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos mecanizados, novos equipamentos e pela síntese de novos produtos.

Temos observado que, entre muitos outros desdobramentos deste processo, nos inquieta a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção, provocando insatisfação e o questionamento dos trabalhadores e dos patrões onerados pelos custos dos agravos à saúde de seus empregados.

Surge, incontestemente, a resposta racional e "científica" traduzida na ampliação da atuação do profissional de saúde direcionada ao trabalhador, pela *intervenção* sobre o *ambiente*. Não há dúvida que a utilização de *novas tecnologias* - em especial as que introduzem a *automação* e a *informatização* nos processos de trabalho - embora contribua para o melhoramento das condições de trabalho, acabam introduzindo novos riscos à saúde, quase sempre decorrentes da organização do trabalho, e, portanto, de difícil "tratamento".

As modificações dos processos de trabalho como a terceirização da economia, a automação e a informatização, somados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, provocam um *deslocamento do perfil de morbidade* causada pelo trabalho, de forma que as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer, e a preocupação desloca-se para as outras "doenças relacionadas com o trabalho".

Ganham destaque as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras. Desta forma, a saúde ocupacional passa a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida"¹⁷.

4.9.4 Tarefa - Elabore um texto que mostre as experiências que você teve ao longo dessa aula.

Há pouco mais de um ano, o Brasil vivencia situações de risco ambiental provocado por ocupações populacionais inadequadas, que tem levado à morte milhares de pessoas. Essa conjuntura, aliada às exposições a substâncias químicas, condições inadequadas de infraestrutura básica e demais situações de adversidades à saúde pública provocada pelo ambiente, faz-nos refletir sobre o descaso com a natureza, aí incluído o próprio homem.

Com esse escopo imaginamos que, a partir dessa disciplina, as equipes de Saúde da Família saibam identificar as situações de risco que nos batem à porta, com vistas à promoção e prevenção da saúde. Para tanto, há a necessidade de maior entrosamento inter e intrassetorial com a finalidade de minimizar ou eliminar os riscos identificados.

É premente que se busque, sobretudo, a identificação de situações de riscos à saúde humana relacionadas com o crescimento urbano, a favelização, a industrialização, contaminação química ambiental e a manipulação de substâncias nocivas à saúde humana.

O homem é, ao mesmo tempo, criador e criatura do meio ambiente. Com sua capacidade de transformação, com o rápido progresso da Tecnologia e da Ciência, conquistou o poder de transformar, e em escala sem precedentes, o meio ambiente, que lhe dá sustento e lhe oferece a oportunidade de desenvolver-se social, intelectual, moral e espiritualmente.

Não obstante, os problemas ambientais são decorrentes tanto do desenvolvimento tecnológico, da Ciência e da modernidade, quanto do atraso e da pobreza.

4.9.5 Produção, Ambiente e Saúde

As condições de trabalho são, há muito, percebidas como um dos fatores mais importantes na determinação do processo saúde-doença. Assim, desde a Antiguidade, a relação entre saúde e trabalho nos traz uma inquietação, que se reflete, nos dias de hoje, com a convivência entre o labor e os agravos dele decorrentes, muito bem estudados pelo italiano, Bernardino Ramazzini (1633-1714), médico, que, em 1700, escreveu a obra *Morbis Artificum Diatriba*, precursora da anamnese ocupacional, por ter relacionado com precisão a origem de determinadas doenças em mais de 50 ocupações, disponível em seu livro¹⁸.

¹⁷ Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid acessado em 21/03/2011.

¹⁸ Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. René Mendes e Elizabeth Costa Dias.

Atualmente, as condições de trabalho mudaram radicalmente e os problemas de saúde relacionados com o trabalho se tornaram ainda mais evidentes. Infelizmente, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional estão presentes apenas no setor privado, abstraindo-se do setor informal de trabalho, dos autônomos e dos desempregados.

Há necessidade de o Estado investir na relação trabalho *versus* saúde/doença, fazendo com que as ações de Saúde do Trabalhador cheguem a todos os locais de trabalho, formal ou informal.

Quanto à “Saúde Ambiental”, ela é decorrente de políticas públicas que relacionam saúde do homem e o meio ambiente que nela interferem, visando melhorar a qualidade de vida, de forma sustentável, capaz de se manter-se mais ou menos constante, ou estável, por longo período.

4.9.6 Agravos à Saúde do Trabalhador

Julgamos importante destacar a prevalência das doenças que afetam o trabalhador e a abordagem correta de seus portadores pelos profissionais da Atenção Básica, merecendo destaque os acidentes de trabalho, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), as dermatoses devidas ao trabalho, as intoxicações por metais pesados e agrotóxicos, a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) e problemas relacionados ao trabalho infantil.

Quanto aos Acidentes de Trabalho, eles têm seus registros através das CAT - Comunicações de Acidentes de Trabalho, mas que, infelizmente, só atingem os trabalhadores com carteira assinada ou o funcionalismo público, estando excluídos, isto é, sub-registrados, os acidentes que ocorrem com trabalhadores avulsos, autônomos, trabalhadores informais, ou seja, o maior contingente da mão de obra nacional.

4.9.7 Conflitos Socioambientais

Atualmente, são cada vez mais crescentes os problemas ambientais que nos atingem, com repercussões na vida das pessoas, das grandes populações e na saúde do planeta.

O exemplo mais recente e de consequências em larga escala foi o terremoto e o tsunami ocorrido no Japão, catástrofe que dizimou dezenas de milhares de vida, ultrapassando a nossa capacidade de comoção.

É inegável a gradativa, mas desrespeitosa, destruição dos nossos ecossistemas, bem como a desestruturação sociocultural provocado pelos impactos de nossas políticas de desenvolvimento.

Um exemplo consistente é o que acontece no Litoral Leste do Ceará, em Aracati, onde a preservação e conservação dos sistemas de subsistências das comunidades do Cumbe e Fortim, como a caça ao caranguejo, está sendo relegada em detrimento à implantação de grandes empreendimentos, e danos socioambientais devido à utilização e a ocupação desordenada do ambiente, destruindo nossos mangues, para dar lugar às fazendas de camarão.

4.9.8 No Fórum - Selecione uma notícia atual em mídia impressa ou eletrônica sobre acidentes de trabalho no Brasil, faça uma análise crítica da mesma.

4.9.8.1 Notícia: Terceirizados: Petrobras esconde acidentes de trabalho¹⁹ - Regina Alvarez, O Globo

A indústria da terceirização de mão de obra no segmento de petróleo e gás, que cresce e aparece com as bênçãos da Petrobras, tem deixado vítimas pelo caminho. Leia mais sobre esse assunto em <http://oglobo.globo.com/pais/mat/2011/02/26/terceirizados-da-petrobras-acusam-empresa-de-fazer-vista-grossa-para-acidentes-de-trabalho-923890950.asp#ixzz1VhSKgl8m>.

4.9.8.2 Análise Crítica da Notícia

A Petrobras tem incentivado a indústria da terceirização de mão de obra, que vem sendo usada como forma de burlar os direitos trabalhistas.

Essa prática se pulveriza em todo segmento produtor, de forma que a produção não mais se faz, integralmente, em um mesmo local, ganhando destaque a terceirização da produção, assim como a atividade de prestação de serviços, apresentando-se como uma técnica administrativa, que provoca o enxugamento da liquidez das empresas, transferindo parte de seus serviços para outras empresas.

Particularmente, considero que uma empresa prestadora pode oferecer mão de obra a outra, desde que o serviço desenvolvido por esses trabalhadores não se vinculem à atividade-fim da empresa e desde que não haja subordinação direta dos trabalhadores à empresa contratante.

Ressalvo, ainda, que se a empresa prestadora não pagar os créditos trabalhistas desses trabalhadores, a empresa contratante deverá ser considerada responsável, subsidiariamente, na obrigação de honrar tais créditos.

O que vemos, na verdade, é a ideia de precarização identificar-se com a própria lógica da terceirização, dado que algumas empresas, por não terem condições de automatizar sua produção, terminam por precarizar a mão de obra, objetivando, com a diminuição do custo, oferecer seus serviços a um preço mais acessível.

¹⁹ <http://oglobo.globo.com/pais/noblat/posts/2011/02/27/terceirizados-petrobras-esconde-acidentes-de-trabalho-365918.asp>

Em verdade, entendemos que esta “atual técnica de produção”, tem levado a uma espécie de “legalização” da redução dos salários e da piora das condições de trabalho dos empregados.

4.9.9 Papel da Estratégia de Saúde da Família

Discutiremos como as Equipes do Programa de Saúde da Família podem colaborar na prevenção aos agravos da Saúde do Trabalhador e na Saúde Ambiental.

É incontestável que, atualmente, o SUS preconiza que esses determinantes só serão alcançados quando a Saúde da Família incorporar as ações que envolve as categorias trabalho e ambiente.

Para que possamos alcançar esse objetivo, temos que propor, em nossa área de abrangência, a revisão da territorialização e a vigilância em saúde, objetivando identificar os principais problemas de Saúde do Trabalhador e de Saúde Ambiental na área.

Em Maracanaú, por ser um município eminentemente industrial, os acidentes de trabalho ocorrem com grande prevalência, incidindo diretamente na saúde dos trabalhadores. A notificação desse agravo no SINAN começou desde a implantação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do Hospital Municipal de Maracanaú, a partir do mês de outubro de 2007, e até dezembro, tivemos um total de 20 casos notificados de profissionais de saúde que tiveram exposição acidental a material biológico. Já em 2008, foram notificados 37 casos de acidentes com material biológico. Em 2009, foram notificados 12 casos de acidentes com material biológico, enquanto em 2010 houve um recrudescimento para 19 eventos²⁰.

Destacamos a importância da realização da notificação deste agravo tendo em vista a necessidade de monitoramento da ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico entre os profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Desta forma, acreditamos que as equipes do PSF no município têm realizado um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, consolidando nossa política de Vigilância da Saúde do Trabalhador.

Neste módulo, observamos a importância da Estratégia da Saúde da Família para corroborar com a saúde do trabalhador e a saúde ambiental. Vimos, também, que a nova concepção de Vigilância em Saúde abrange, também, as áreas de vigilância do trabalhador e ambiental. Isso decorre do modelo que estabelece relação entre produção/trabalho, ambiente e saúde e pela pressão dos movimentos sociais.

²⁰ Maracanaú, Saúde, Relatório de Gestão 2010.

4.10 Portfólio da Disciplina - Pessoas com Deficiências

"Todos nós somos pessoas com deficiências, algumas morais, outras psíquicas e outras físicas, o maior desafio é conviver e aprender com estas diferenças." (Mayza Helena Coelho dos Santos)

4.10.1 Introdução

Historicamente, a sociedade tem se mostrado extremamente extremista em relação às pessoas com algum tipo de deficiência, denotando que ainda cultivamos antigos comportamentos.

Numa perspectiva antropocêntrica, observamos que as posturas de compreensão ainda são bastante estereotipadas, dado que assumimos, com maior ou menor radicalismo, as consequências daí decorrentes, mascarando, em sua essência, o preconceito e nos fazendo refletir sobre as causas de uma conduta tão reativa àquilo que é “*diferente*” e não se enquadra nos padrões estabelecidos.

Cidadania pressupõe direitos à inclusão em todos os seus aspectos, favorecendo ao indivíduo o gozo dos seus direitos civis, e que essa condição seja estendida a todos: homens, mulheres, crianças, ricos, pobres, negros, brancos, crentes ou descrentes, e, em particular, à pessoa com deficiência (PcD).

Há muito, durante toda a história da socialização do homem, o preconceito, a marginalização e a exclusão se fazem manifesto à PcD. Precisamos eliminar esse estigma dispensado, que, por vezes, culmina com o desamparo e até o extermínio. Para tanto, o desafio é encetar o favorecimento pela sociedade da visão da PcD como um indivíduo ativo e integrado ao meio, que possa participar da competitividade que lhe é imposta.

4.10.2 Conceito de Deficiência

A OMS – Organização Mundial de Saúde define *deficiência* como a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica, de forma que a expressão *pessoa com deficiência* possa se referir a qualquer pessoa que possua uma deficiência²¹.

Entretanto, o termo *deficiente* para denominar pessoas com deficiência tem sido considerado inadequado, pois a expressão leva consigo uma carga negativa depreciativa da pessoa, fato que foi ao longo dos anos se tornando mais rejeitado pelos próprios portadores.

Apesar dessa tendência, a sociedade tende a lhes negar o respeito à diferença e os portadores a uma negação de sua própria situação. Inegavelmente, a palavra é considerada inapropriada, pois promove preconceito em detrimento do respeito ao valor integral da pessoa.

²¹ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Deficiência>

4.10.3 Pessoas com Deficiência - Estatísticas

Há 10 anos, no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, o recenseamento “*não funcionou*” para os deficientes, pois foi apenas realizado uma amostragem a cada 10 residências. Durante os últimos 10 anos, as pessoas com deficiência, conquistaram uma série de avanços, muitos dos quais com ajuda do Ministério Público.

Para Steven Dubner, especialista em esportes adaptados para deficientes físicos, disse que *o Brasil está 20 anos atrasado em relação à atual situação dos portadores de deficiência*. O IBGE garante que 15% da população tem algum tipo de problema, ou seja, 30 milhões de brasileiros são portadores. Steven Dubner reforça que *“em média, cada bairro tem 10% de sua população com deficiência física, e destes, apenas 1% praticam esportes”*.

Apesar das estimativas aceitas pelo IBGE e os principais órgãos de referência em saúde, é praticamente impossível ter dados precisos, uma vez que a metodologia de levantamento de dados sobre deficiência deixa muito a desejar.

Muito embora o Brasil ainda não tenha avançado na sistematização de dados mais precisos sobre a incidência de deficiências na população, é sabido que as pessoas com deficiência apresentam níveis de escolaridade e empregabilidade baixos, o que resulta em um maior número de pessoas com deficiência vivendo em situações de pobreza real, se comparadas com cidadãos sem deficiência.

Reportando-nos para o Censo 2010 e utilizando-se as estatísticas médias obtidas pelo IBGE, somos capazes de conjecturar que se projeta, em Maracanaú, cerca de 30.305 pessoas que se afirmaram com alguma dificuldade de *enxergar, ouvir, locomover-se ou alguma deficiência física ou intelectual*. Entre 16.600 pessoas com algum grau de deficiência visual, estima-se que 148 se declararam cegos. Já entre os 5.700 com algum grau de deficiência auditiva, presumimos que 168 se declararam surdos.

4.10.4 Assistência à Saúde das PcD em Maracanaú

Nos últimos anos, apesar de o Município de Maracanaú ter investido consideravelmente em ações de saúde, seja na atenção básica ou na especializada, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência. Identifica-se, por exemplo, um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações, apesar da existência de ações concretas que contemplam serviços em reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, conforme áreas de atuação propostas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e pelo conjunto de atos legais que norteiam as ações de políticas públicas voltadas para a área.

No Município as ações de assistência à saúde da pessoa com deficiência são desenvolvidas pelo Centro de Reabilitação do Hospital de Maracanaú (reabilitação física), pelo Centro de Apoio e Desenvolvimento em Educação Especial – CADEE (reabilitação física, auditiva e intelectual), sendo ainda fortalecida por prestadores de serviços conveniados (saúde complementar), na área da reabilitação física e atendimento médico especializado na área de ortopedia. A rede conta também com ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, e pelos Núcleos de Atenção à Saúde da Família – NASF.

Concernente à reabilitação visual, embora não organizada com tal finalidade, o município vem investindo numa rede conveniada para atendimento à população. Isso ocorre através da implementação de estratégias de promoção, recuperação e de prevenção. Existem duas unidades de atendimento oftalmológico.

Destaca-se a efetivação do Programa “Olhar Brasil” proposto pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, com o objetivo de prestar assistência oftalmológica (consultas, exames e concessão de óculos) aos alunos do ensino fundamental (7 a 14 anos), jovens e adultos atendidos pelo programa Brasil Alfabetizado, e a população acima de 60 anos. Tais ações, certamente, são fundamentais para a redução da incidência de deficiência visual e das incapacidades delas decorrentes.

Apesar das projeções que fizemos sobre a incidência de deficiências em Maracanaú, é importante ressaltar que ainda não existem dados sistematizados e atualizados que permitam efetuar uma caracterização quanti-qualitativa que seja compatível com a realidade. As informações relativas aos atendimentos empreendidos pelo CADEE, o Centro de Reabilitação de Maracanaú e demais prestadores da rede conveniada ao SUS, revelam uma prevalência da demanda por serviços em reabilitação físico-motora.

O contexto local, a capacidade dos serviços instalados para atender a demanda de maior alcance, a incidência de uma demanda reprimida expressiva e a inquestionável necessidade de avançar rumo ao que está posto em nível nacional no setor saúde com relação à normatização dessa política, apresentam-se ao poder público municipal como desafio de criar mecanismos para organizar e implantar a Rede Municipal e Regional de Assistência à pessoa com deficiência.

4.10.5 Minhas Discussões

4.10.5.1 No Fórum - A magnitude da PcD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde

O enfrentamento da Atenção à Saúde do Portador de Deficiência no SUS está em desenvolvimento em todo o país, integrando as áreas de atuação direta à saúde da população.

Objetiva reduzir as situações de risco ou agravantes de deficiências e incapacidades, através da implantação e/ou implementação de ações de prevenção e na atenção aos pacientes portadores de patologias potencialmente incapacitantes, determinando a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiências, através do desenvolvimento de ações de assistência à saúde e de reabilitação.

Em Maracanaú, essas ações são, ainda, muito tímidas. Efetivamente, observamos apenas a realização de encontros periódicos dos profissionais do NASF, especificamente Fonoaudiólogos e Psicólogos, com o Setor de Educação Especial do município, com vistas ao fortalecimento da parceria para inclusão de pessoas com deficiência na rede regular de ensino visando, assim, a melhoria da qualidade de vida.

Portanto, as ações que buscam a inclusão da Atenção Básica em Saúde ao Portador de Deficiência são incipientes. Concretamente, o CADEE - Centro de Apoio e Desenvolvimento da Educação Especial - tem uma equipe de SB incluída na sua equipe multidisciplinar, com um consultório odontológico completo.

Para que aconteça o verdadeiro enfrentamento da instituição da Atenção à Saúde do Portador de Deficiência em Maracanaú, deveremos buscar:

- a) Apoiar ações de prevenção de deficiências na atenção à saúde, por grupos populacionais;
- b) Desenvolver ações de assistência ao portador de deficiências (Habilitação/Reabilitação);
- c) Promover ações que propiciem maior grau de autonomia e independência à PcD;
- d) Conhecer o Perfil Epidemiológico das Deficiências em todo o município;
- e) Promover parcerias de integração governamentais e não governamentais.

4.10.5.2 Atividade - Deficiência Visual - Faça uma reflexão acerca da questão.

Quando convivemos com portadores de cegueira sentimos a falta e a necessidade do desenvolvimento de ações específicas para os deficientes visuais, tais como: aconselhamento, programas educativos e motivacionais de saúde para os privados de visão.

Para tanto, os gestores de saúde têm que disponibilizar de equipes multidisciplinares formadas por profissionais que possam participar de um trabalho de reabilitação, educação e promoção da saúde de pessoas com deficiências visuais, para que possam desenvolver atividades diárias, variadas e divertidas, envolvendo o social e o emocional, bem como as potencialidades inerentes a cada deficiente visual, e sua autoestima.

A atenção despendida a esses deficientes deverá perpassar pela prestação de cuidados físicos e os conhecimentos a respeito de sua doença e dos tratamentos clínicos, dado que as necessidades emocionais e sociais deste grupo devem ser consideradas, além de abranger a utilização de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento.

Lembre-mos que uma pessoa cega é aquela que não possui potencial visual, mas que pode, por vezes, ter uma percepção da luminosidade da alma. Embora a maioria não tenha medo da escuridão, porque não tem noção da escuridão, isso não o impede à reflexão, ao raciocínio, perturba o julgamento ou oblitera sua razão.

Por fim, "*Se puderes olhar, vê. Se podes ver, repara*". Essa metáfora, em Ensaio Sobre a Cegueira, de José Saramago, evoca a quem tem visão e não consegue (ou se recusa a) ver, e traz à tona à reflexão do que fazemos em alguns momentos da nossa vida.

4.10.5.3 Atividade - Deficiência Auditiva - Faça uma reflexão acerca da questão.

Oliver Sacks, em *Vendo Vozes: Uma Viagem pelo Mundo dos Surdos*, afirma que "Sem linguagem não somos seres humanos completos e, por isso, é preciso aceitar a natureza e não ir contra ela. Obrigado a falar, algo que não lhes é natural, os surdos não são expostos suficientemente à linguagem e estão condenados ao isolamento e à incapacidade de formar sua identidade cultural".

Desta citação se depreende a inerente necessidade do uso de uma linguagem própria para os surdos. A comunicação entre eles ocorre naturalmente, e com maior precisão, através da linguagem dos sinais, dado que o "*o telencéfalo altamente desenvolvido e o polegar opositor*" se adaptam facilmente e com extrema precisão à Língua de Sinais, e, se forçados a falar, nunca conseguirão uma linguagem eficiente e serão duplamente deficientes. Os surdos que nunca ouviram não invejam os ouvintes e não se consideram deficientes.

Segundo Emmanuelle Laborrit, no seu livro *O voo da gaivota*, "Recuso-me a ser considerada excepcional, deficiente. Não sou. Sou surda. Para mim, a língua de sinais corresponde à minha voz, meus olhos são meus ouvidos. Sinceramente nada me falta. É a sociedade que me torna excepcional..." E, vai mais além: "A gaivota cresceu e voa com suas próprias asas. Olho do mesmo modo como que poderia escutar. Meus olhos são meus ouvidos. Escrevo do mesmo modo que me exprimo por sinais. Minhas mãos são bilíngues. Ofereço-lhes minha diferença. Meu coração não é surdo a nada neste duplo mundo..."

Para Nídia Regina Limeira de Sá, no seu *Os Estudos Surdos*, em 2004, a história dos Surdos, contada pelos não surdos, é mais ou menos assim: primeiramente os surdos foram "descobertos" pelos ouvintes, depois eles foram isolados da sociedade para serem "educados" e serem como os ouvintes; quando não mais se pôde isolá-los, porque eles começaram a formar grupos que se fortaleciam, tentou-se dispersá-los, para que não criassem guetos.

Por vezes, absurdamente, a surdez é vista como um mal, um contágio, resultante das más condições sanitárias da classe desfavorecida ou da falta de cuidados familiares ou médicos, ou mesmo como uma fatalidade, tal qual um "castigo".

4.11 Considerações Pessoais

Reconhecidamente as Pessoas com Deficiência conquistaram uma legislação específica que garante os seus direitos de cidadania, minimizando o estigma que lhes personificaram o corpo e a alma. Entretanto, ainda existem muitos desafios a serem conquistados nas áreas da inserção no mercado de trabalho e na capacitação em busca de uma profissionalização, além da educação e saúde.

Em Maracanaú, observamos que apesar da implementação de algumas salas de aula e professores para os portadores de deficiência auditiva e visual, ainda falta uma política pública que ofereça projetos arquitetônicos em larga escala para os deficientes físicos. Também há necessidade de os profissionais que compõem os NASFs (fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e seus auxiliares) conhecerem mais amplamente o dia a dia dessas pessoas e de suas famílias, objetivando buscar ajudá-los no enfrentamento das dificuldades que influenciam na inclusão e na saúde dessas pessoas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. (Paulo Freire)

O Curso se propunha ser realizado na modalidade a distância (EaD), com momentos presenciais, no Polo de Inserção do especializando. Entretanto, exceto pelas avaliações finais de cada módulo, isso não foi posto em prática.

Observamos, também, uma evasão significativa ao longo do curso, dado a necessidade dos candidatos não possuírem os conhecimentos básicos de informática necessários para a realização do Curso eminentemente na modalidade EaD.

Entretanto, louvamos a iniciativa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, através do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, em parceria com a Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, em buscar a qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família, constituindo-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica.

Apesar dos esforços empreendidos, os percentuais de equipes que têm médicos, dentistas e enfermeiros capacitados em áreas estratégicas da atenção básica situam-se, ainda, muito baixos, embora para os enfermeiros esses índices sejam sistematicamente superiores aos observados para os médicos e dentistas, observando-se uma capacitação insuficiente das equipes, face ao amplo espectro de ações, às exigências de desempenho das equipes e ao perfil dos profissionais existentes, atualmente, no mercado de trabalho, denotando a necessidade de articulação com Instituições e Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, para melhor qualificar esses profissionais.

Isso se justifica dado à expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família, enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica, colocando no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de articulação efetiva da atenção básica com os demais níveis de organização do sistema.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/.../Manual_Operativo_para_Dispensacao_Orteses_RS.pdf>. Acessado em: 05 jun. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos. Série B. Textos Básicos de Saúde/Série Cadernos de Planejamento**, v. 1-6. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Acessibilidade**. Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/lg.htm>>. Acessado em: 06 mai. 2011.
- AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C.F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Maio 2010, disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300030>. Acessado em: 11 abr. 2011.
- BENITES, A. P. O. e BARBARINI, N. “Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero”; disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/03.pdf> - acessado 20/12/2010.
- BUARQUE, Sergio C. **Construindo o desenvolvimento local sustentável: metodologia de planejamento**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.
- COELHO, Suelen; PORTO, Yula Franco. **Saúde da Mulher** - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- DIAS, E. C. et al . Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acessado em: 22 mar. 2011.
- LABORIT, Emmanuelle. **O voo da gaivota**. São Paulo: Best Seller, 1996. Disponível em:<<http://clubedeleituraeuzimar.wordpress.com/2009/06/26/o-voo-da-gaivota-emmanuelle-laborit/>>. Acesso em: 06 jun. 2011.
- MARACANAÚ. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão de Saúde 2010**. Secretaria Municipal de Saúde: Maracanaú, 2010.
- _____. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão de Saúde 2009**. Secretaria Municipal de Saúde: Maracanaú, Ceará. 2009.
- _____. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2009-2013**. Maracanaú, Ceará 2009.
- MATUS, Carlos. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, out, 1991 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acessado em: 22 mar. 2011.

- MENEGHEL, Stela N. et al . Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n.4, p. 955-963, jul./ago, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16845.pdf>>. Acessado em: 19 dez. 2010.
- MENEGHEL, Stela N. et al . Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 111-118, mar. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100018 acessado em 20 dez. 2010.
- MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acessado em: 22 mar. 2011.
- NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev., 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200002>. Acesso em: 11 abr. 2011.
- RAMOS, Ricardo Abílio. Histórias da História da Loucura. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 225-229, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jul. 2010.
- SÁ, Nídia Limeira. RANAURO, Hilma. **O discurso bíblico sobre a deficiência**. Rio de Janeiro: Editora Muiraquitã, 1999.
- SILVA, D. D.; SOUSA, M. L.R.; WADA, R.S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.626-631, abril 2004. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2011.
- SILVEIRA, F. A.; SIMANKE, R. T. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.23-42, abr., 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jul. 2010.
- SILVEIRA, L.M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface (Botucatu)**. v.9, n.16, p. 91-104, 2005.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_04/>. Acesso em: 22 jul.2011.
- VIEIRA, Priscila Piazzentini. Reflexões sobre **A História da Loucura**, de Michel Foucault. São Paulo: Revista Aulas, 2006.
- Wikipédia, a enciclopédia livre. **Maracanaú**. Disponível em:<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Maracana%C3%BA>>. Acesso em: 22 jul. 2011.