

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

Zilma Nunes de Melo

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
relato de experiência

FORTALEZA
2011

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

M486p Melo, Zilma Nunes de
 Percepção do enfermeiro na estratégia saúde da família: relato de experiência/ Zilma
 Nunes de Melo. – 2011.
 58 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará,
Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Prof^a. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

1. Humanização 2. Saúde da Família 3. Enfermagem I. Título.

CDD 362.1

ZILMA NUNES DE MELO

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
relato de experiência**

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: Profa. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal.

FORTALEZA/CE
2011

ZILMA NUNES DE MELO

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
relato de experiência**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação de Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção de Título de Especialista.

Aprovada em ----/-----/-----

Banca Examinadora

Profª Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal
(Orientadora)

Profª Ms. Marta Maria Soares Herculano
Avaliadora
(Membro efetiva)

Profª Ms. Patricia Maria Costa de Oliveira
Avaliadora
(Membro efetiva)

Dedicatória

A Deus, nosso bom e melhor amigo, por ser a razão de nossa existência e por ter dado a vida e o dom de cuidar de pessoas.

Aos nossos queridos pais, exemplos de vida que sempre apoiaram e nos ensinaram o caminho da verdade, da justiça e do amor.

Aos nossos irmãos, nossos amigos das horas incertas, com a certeza da fidelidade e da cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado persistência, força de vontade para vencer e desenvolver todos os obstáculos encontrados durante a conclusão deste curso e trabalho.

Aos meus filhos Antônio Augusto e Victor Emanuel, companheiros de todas as horas, que muito me ajudaram prestando cuidados um ao outro para que eu pudesse sair para realizar pesquisas do estudo.

Ao meu esposo Aluisio Silva por ter confiado em mim. E pelo incentivo nos momentos de ansiedade e angústia. Espero que continuem a compartilhar todos os sentimentos durante o decorrer de nossas vidas. Muita saúde e anos de vidas felizes. Obrigada, amor.

À professora, Claudia Vidal, orientadora, pela disponibilidade em atender às minhas dúvidas, por sua dedicação, ensinamentos e conhecimentos, que contribuíram para a realização deste estudo.

Muito Obrigada!

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início no Brasil em 1998 com a concepção de “medicina pobre para os pobres”. Depois, com a integração do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAACS) foi apresentada como uma estratégia de mudança do modelo assistencial. 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. Para a confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foram elaborados dez portfólios (documentados com os registros individuais 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 (ABS); 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. Em cada capítulo do estudo, encontra-se uma síntese dos principais modelos assistenciais, propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) havendo mudanças organizacionais, descentralizadas e hierarquizadas no cotidiano dos serviços. Foram evidenciados que os conhecimentos recebidos durante a realização do curso trouxe resultados positivos na prática diária durante a abordagem das ações de serviços da população assistida, contemplando os vários campos do saber, podendo-se assim, vislumbrar uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Palavras-chave: Humanização. Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) began in Brazil in 1998 with the conception of poor medical for the poor. Then, with the integration of program of community health workers (PAACS) was presented as a strategy for changing the care model. It is an account of experience of the practitioner's practice that inserted in the Family Health Strategy. The study was conducted from April 2010 to July 2011, using the information collected the virtual learning environment (VLE) and Basic Health Unit. To prepare the End of Course Work? CBT were produced ten portfolios (with the document individual record or qualifications experiences) of the following courses taken: Process Work in Health, Mental Health and Violence; and Primary Care Model Health, planning and evaluation of actions in Health, Technology for Addressing the individual, Family and Community? pedagogical practices in Primary Health Care, Women's Health; Social Participation and Health Promotion, Health Environmental Accidents, Natural and Artificial Risk to Family Health; Health Basic Health in the Context of Oral Health, and ABS People with Disabilities. In each chapter of the study is a synthesis of the main models assists, proposed by the health care system (SUS) having organizational changes decentralized and hierarchical in everyday services. Been shown that knowledge received during the course brought the realization positive results in daily practice during the approach to serving the people of of assisted, covering the various fields of knowledge, and we can thus envision a better quality of services rendered.

Keyword: Humanization. Family Health. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
3	METODOLOGIA	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	15
4.2	Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde	15
4.3	Disciplina 02 – Saúde Mental e Violência	17
4.4	Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	20
4.5	Disciplina 04 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	24
4.6	Disciplina 05 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	29
4.7	Disciplina 06 – Saúde da Mulher	35
4.8	Disciplina 07 – Participação Social e Promoção da Saúde	38
4.9	Disciplina 08 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	40
4.10	Disciplina 09 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	46
4.11	Disciplina 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
6	REFERÊNCIAS	53

ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas da Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AVA – Ambiente Virtual de Aprendizado

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DB – Decibéis

ESF – Estratégia Saúde da Família

EAD – Educação à Distância

EUA – Estados Unidos da América

IAPS – Instituto de Assistência da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NUTEDS – Núcleo de Tecnologia e Educação à Distância em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

1. INTRODUÇÃO

Com o início do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, proposta pelo Governo Federal aos municípios para programar a atenção básica de saúde, o PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços de saúde e de reorientação das práticas profissionais em nível de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência.

O PSF é visualizado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (ARAÚJO, 2007).

A política de saúde construída no Brasil vem contribuindo para a melhoria da qualificação do Sistema Único de Saúde, tendo em seu arcabouço princípios de Promoção da Saúde como universalidade, integralidade e equidade das diretrizes de descentralização e organização hierarquizada, que constitui uma visão ampliada no nível nacional e tem como ponto central sua preocupação com o processo gradual de melhoria da qualidade de vida (Cohen SC et al. 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e com a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional, que demonstra necessidade de adequação de suas normas. Em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros é considerada atualmente, ao invés de programa, como Estratégia da Saúde da Família (ESF), para uma atenção primária à saúde qualificada e resolutiva.

Já em 2006, o Governo Federal emitiu a portaria nº 648, onde ficava estabelecido para o PSF que a estratégia prioritária do Ministério da Saúde (MS) para organizar a atenção básica de saúde tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e integral a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de

Saúde (SUS): universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Diante deste contexto, os profissionais da ESF necessitam de educação permanente em saúde. Sendo assim, vemos a Educação a Distância - EAD como uma inovação pedagógica na educação, uma vez que possibilita o aprimoramento e a troca de experiências, haja vista que muitas vezes o profissional encontra-se em locais distantes, possuem dificuldades de deslocamento para realizar capacitações e a EAD viabiliza o aperfeiçoamento profissional e, principalmente, o conhecimento da evolução dos sistemas de saúde nas diversas localidades do Brasil.

Deste modo, os resultados deste trabalho poderão prover elementos para programar melhorias para a assistência prestada às pessoas usuárias da ESF, além de contribuir com o planejamento de ações voltadas para o fortalecimento da educação permanente.

Finalmente, esperamos contribuir com os gestores, gerentes e, de um modo especial, com os colegas enfermeiros para a melhoria e o aperfeiçoamento da ESF.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer componentes da saúde voltados para a promoção da saúde;
- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC);

3. METODOLOGIA

O portfólio é um estudo de natureza qualitativa tipo relato de experiência. Realizado com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas experiências vivenciadas na Estratégia Saúde da Família.

Visa expor, de uma maneira simples e clara, o aprendizado das disciplinas ministradas no curso de Especialização em Saúde da Família. Compreende-se que isso agrega conhecimento ao profissional e facilita a execução do seu trabalho no cotidiano com os clientes.

O estudo foi construído a partir de reflexões, de discussões nos fóruns, de artigos científicos e de relatos da prática profissional. Será apresentado em capítulos, sendo cada um destes correspondentes a uma disciplina cursada, sendo estas: Educação a Distância- EaD; Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade; Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à 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 [Atenção Básica em Saúde às Pessoas com Deficiência](#).

Ao término de cada disciplina fomos orientados a desenvolver um portfólio que resumia nossos entendimentos sobre a disciplina estudada. Fazíamos uma síntese de tudo o que nos chamasse a atenção durante as aulas e o que poderia ser um modificador de nossas ações na prática como profissionais de saúde.

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

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. DISCIPLINA 01 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Durante o decorrer da disciplina, no processo de trabalho em saúde ficou evidenciado a necessidade de buscar estratégias inovadoras para melhorar o atendimento da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde, pois se trata de um processo dinâmico, sistematizado, planejado e que exige uma comunicação com linguagem de fácil compreensão para se obter resultados favoráveis no que concerne uma assistência humanizada integral do ser humano, respeitando suas culturas e o conhecimento prévio trazido pelos nossos clientes.

FERRAMENTAS UTILIZADAS NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE:

- Realizar reuniões;
- Promover palestras educativas para promoção da saúde;
- Planejar e organizar os serviços de saúde;
- Descentralizar os serviços de saúde;
- Respeitar características de cada região;
- Acompanhar e controlar os programas de saúde;
- Priorizar a assistência especializada dando um referencial para cada caso.

VANTAGENS:

- Leituras sistematizadas e contínuas;
- Auto-reflexão;
- Estratégias de aprendizagem;
- Aprofundamento de conhecimentos já existentes;

- Investigação de outras ciências.

As evidências do processo de trabalho em saúde apontam, então, que o acompanhamento e o controle dos programas de saúde e doenças crônicas, compreendido pelas suas especificidades que cada caso merece em seu contexto social, e as equipes de profissionais de saúde devem atuar em conjunto para promover e prevenir a saúde individual e coletiva, de forma que, com o envolvimento dos familiares ocorrerão grandes mudanças na educação em saúde e formação da cultura voltada ao atendimento e assistências de saúde de qualidade para as comunidades.

Assim, poderia ocorrer através da divisão e dimensionamento das ações de saúde, da definição do foco de atuação do cuidado individual ou coletivo, cura ou reabilitação e, por fim, através das respostas aos questionamentos: como, onde, para quê e o que irei utilizar para desempenhar o meu trabalho. O meu raciocínio prévio evidenciou a visão ainda restrita acerca do modelo de trabalho em saúde.

Acreditava no processo de trabalho como um meio de organizar o trabalho, de forma a diminuir gastos, diminuir a produtividade e mediar resultados favoráveis. Vale ressaltar que aprendi que o processo de trabalho em saúde não é aplicado sobre objetos ou serviços, mas sim sobre os seres humanos e, por isso, deve ser implementado de forma dinâmica, humanizada e ética.

Sendo assim, esta atitude reflexiva é de fundamental importância para o processo de mudança. Atualmente as minhas ações de saúde ainda estão vinculadas ao indivíduo e não extrapolam os muros do centro de saúde. Isto me preocupa, pois sei que as reais necessidades de saúde apontam cada vez mais urgências para se trabalhar não apenas com indivíduo que recebe o cuidado, mas sim com o contexto social e cultural ao qual este está inserido.

Conforme evidenciado pela literatura, a dificuldade vivenciada por mim representa a realidade de maior parte dos profissionais que trabalham na atenção básica. Atribuo esta dificuldade ao fato de eu ter buscado essas informações em fontes secundárias. É possível que se eu tivesse contato maior com as pessoas que participaram efetivamente das conquistas políticas e sociais do município, teria encontrado um leque maior de informações. Porém, mesmo a partir de fontes secundárias, foi possível a identificação de particularidades do

município de Olho D'Água e uma posterior inter-relação com o perfil da comunidade adscrito na Unidade Verde de Saúde, para apreensão e interlocução acerca das considerações já realizadas.

Enfim, a lição final evidenciada por esta atividade foi a necessidade de conhecer as características do processo de trabalho em saúde e o contexto ao qual ele está inserido, de forma a propiciar o cuidado holístico, em consonância com as particularidades biopsicossociais de cada indivíduo.

4. 2. DISCIPLINAS 02 – SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Na apresentação dessa disciplina, fiquei bastante preocupada (Fig. 01), pois tive recordações péssimas quando estudante de graduação na disciplina de Psiquiatria, onde nós alunos fomos “jogados” literalmente em um determinado hospital de Fortaleza.

Fig. 01 aluna preocupada com a disciplina

Fonte www.anossaescola.com 2011



A tutora do curso explicou (Fig. 02) que não iríamos trabalhar com doença mental, embora a mesma gostasse muito dessa disciplina. A partir disso, fiquei menos apreensiva. Disponibilizei de tempo para ler acerca de saúde mental em diversos livros, artigos na internet e de todo material didático fornecido pelo curso para disciplina essa disciplina.

Fig. 02 a tutora explicando ao aluno

fonte www.anossaescola.com 2011



Aos poucos, fui conhecendo o que é saúde mental, criando casos clínicos, realizando visitas aos CAPS e aos hospitais que lidam com pacientes com crise de saúde mental e como agem os profissionais especializados nessa área.

O que mais chamou atenção numa visita ao CAPS foi o atendimento humanizado e holístico com os clientes e seus familiares. Além de ambiente limpo e com boas condições de higiene.

Sabemos que ainda vigora nos serviços de saúde e de urgência psiquiátrica a mesma lógica de antigamente, antes do fechamento de hospitais psiquiátricos, estes continuavam alimentando as internações herdadas dos asilos.

Em outra visita institucional presenciei como funciona o serviço de referência aos casos encaminhados pelos CAPS. Não foi uma experiência muito agradável, pois os pacientes viviam “aprisionados” em um pavilhão. Não havia controle sobre o comportamento deles, então resultava em cenas de “sexo explícito” entre os internos, conforme declarou a assistente social que me recebeu. As condições de limpeza dos quartos eram bastante precárias e a falta de atenção por parte dos profissionais de saúde quanto ao atendimento era alarmante.

Meus objetivos foram alcançados: posso compreender o conceito de sofrimento mental, identificar situações psiquiátricas e fazer os devidos encaminhamentos.

É dever dos profissionais da saúde, no cuidar em saúde mental, buscar estratégias para minimizar esse sofrimento e incluir ao convívio social e familiar.

É possível repensar (Fig. 03) as práticas profissionais que existiam anteriormente e dar ênfase ao cuidado holístico, humanizado e acolher o paciente em crise de saúde mental,

estabelecendo vínculos entre a família e os profissionais de saúde que prestam assistência, em geral, não questionando valores e sim adaptando os desvios de comportamento de quem sofre.

Fig. 03 Profissional pensando nas práticas do cuidado

Fonte: www1.folha.uol.com.br 2011



As emergências psiquiátricas, segundo Galvão (2011), são quaisquer alterações nos pensamentos, sentimentos ou comportamentos. Para essas, se faz necessário um atendimento rápido por representar risco significativo para pacientes ou para outras pessoas. O paciente pode estar em crise devido a alguma doença física (como, por exemplo, hemorragia cerebral), secundária às substâncias (álcool, cocaína) ou decorrente de doença mental (mania, esquizofrenia).

A rede de Atenção Básica deve agregar serviços de baixa complexidade, oferecendo a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde dos usuários que sofrem com problemas de saúde mental, a fim de evitar que os mesmos cheguem ao nível de alta complexidade sob o regime de internação.

Durante décadas, a pessoa em sofrimento mental era afastada do convívio social. A assistência à doença mental sempre impossibilitou a família de estar presente, de conviver e até mesmo de cuidar do paciente, fazendo assim uma verdadeira exclusão social.

Para melhorar essas dificuldades enfrentadas pelas famílias que convivem com pessoa em saúde mental abalada, os serviços que atendem essas pessoas devem estar aptos a prestar informação clara sobre a doença, ensinar manejo e habilidades sobre sinais, sintomas,

tratamento e possibilitar que os familiares sejam capazes de ajudar os que sofrem, para que eles expressem suas reais necessidades e sentimentos.

Atualmente a doença mental deixou de ser considerada como um estigma de vergonha e de aspecto quase sobrenatural. A concepção integral da saúde e do ser humano presume maior aceitação do componente mental como parte inseparável da pessoa, admitindo-se a influência recíproca entre o fisiológico, o psicológico e o social.

Segundo a OMS, no seu relatório de 1978, definia o papel da enfermagem em saúde mental como o seguinte:

Enfermagem em saúde mental e psiquiatria é um processo interpessoal pelo qual o enfermeiro presta assistência ao indivíduo para promover a saúde mental, prevenir a doença e enfrentar experiências de estresse e de doença mental, ajudando-os a se readaptarem e a encontrarem significado nestas experiências.

Com o passar do tempo, reconhece-se a necessidade de que a enfermagem evoluiu da função de conter e isolar a de aplicar tratamento biológico ou somático. “Esta estratégia não significa apenas o atendimento de programas pré-estabelecidos, mas um atendimento universal, abrangente e integral para a comunidade, visando à realidade social e suas necessidades de saúde dentro da família, a equipe de saúde deve proporcionar momentos de troca de experiências dos diferentes familiares e o serviço, oportunizando a aprendizagem mútua e a promoção da qualidade de vida, trabalhando diretamente integrada a todos os âmbitos da saúde” (Lana, 2009).

4. 3. DISCIPLINA 03 – MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para compreender melhor este processo, que ao longo dos anos vem sofrendo mudanças, foi preciso recorrer às várias literaturas (Fig. 04) para um esclarecimento com riqueza de detalhes mais complexos, embora o material didático do curso fosse de uma grande valia para iniciar os estudos sobre o assunto abordado.

Fonte: www.revistabula.com 2011



Farei agora uma grande viagem no tempo, para maior complexidade dos modelos existente de assistência em saúde no Brasil.

Em 1920, com o crescimento das indústrias e, conseqüentemente, com o aumento dos trabalhadores, existia uma política previdenciária e de assistência à saúde regulamentada pelos estados da federação. Em 1923, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), furtou de negociação entre trabalhadores e as empresas. (CZERESNIA, 2003).

Na década de 1930, as políticas de saúde eram voltadas para os centros e postos de saúde, (Fig. 05) com a intenção de que os atendimentos fossem somente para os programas de prevenção contra tuberculose, hanseníases, doenças sexualmente transmissíveis, pré-natal, entre outras. (CZERESNIA, 2003).

Fig. 05 Modelo de posto de saúde

fonte www.amigosdecaioprado.com.br 2011



Um terceiro modelo de assistências foram as Redes Estaduais, que se estruturam para o atendimento voltado para a população de baixa renda em postos ou centros de saúde. A camada da população classe média alta teria o atendimento em saúde nos consultórios médicos particulares. (SOUSA, 2006).

Outra forma de assistência em saúde era orientada pela Medicina Científica, sempre com o foco na doença centrado em hospitais especializados com uso da ecnologia. (REZENDE, 2005).

Na Idade Média, eram os hospitais ou enfermarias que prestavam assistências aos doentes. Com o objetivo de salvar as almas dos enfermos, não tinham a preocupação de tratar ou curar os doentes. (FONSECA, 1995).

Nos anos de 1964, no período da ditadura militar, o foco da assistência à saúde era individualizado, (Fig. 06) as ações em saúde estavam sob a responsabilidade dos governos estaduais e municipais, os quais compraram os serviços aos hospitais privados. Com isto, o setor privado expandiu, houve um aumento de consumo de equipamentos e medicamentos. (MASINI, 2004)

Neste período, houve uma unificação dos IAPS (Instituto de Assistência Previdência Social), e que passaram a se denominar INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Fig. 06 Assistência individualizada no IAPS
fonte www.emater.rn.gov.br 2011.



Já no ano de 1975, foi criado um Sistema Nacional de Saúde (SNS), o qual tinha como característica desarticular as atividades de saúde pública e assistência individual, houve um crescente aumento dos custos do sistema de saúde sem nenhuma melhoria das condições de saúde da população. Este modelo de assistência enfrentou problemas gerados pelo processo acelerado de urbanização, levando a diagnosticar doenças, exames cada vez mais complexos e caros, resultando assim o aumento dos custos. No final da década de 1970, foram articuladas estratégias para redemocratização do País e universalização da assistência a saúde da população. (FREITAS, 2006).

Surge em 1980 o Movimento da Reforma Sanitária, uma nova forma de organização dos serviços de saúde, direcionada para o princípio da universalidade à saúde, que culminou por constituir as bases para o movimento sanitário e a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. Este princípio seria o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sejam eles primários secundários e terciários. (ISAAC, 1989).

Com o processo de redemocratização do país ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1982, esse movimento de reorganização do setor de saúde torna-se legítimo a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, através da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujas bases seriam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

Em 19 de setembro de 1990, foi homologada a Lei nº 8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde, sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. (MS, 2001).

Nos dias de hoje, saúde é um direito de todo cidadão e é dever do Estado prover o acesso da população à ela, como determina a Lei Orgânica da Saúde, através de uma rede de serviços com ações organizadas de maneira racional, que segue a mesma doutrina e os mesmos princípios da organização em todo o território nacional, sob responsabilidade das três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal.

Então, o SUS se norteia pelos seguintes princípios e diretrizes:

- A) Universalidade - o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, para todo e qualquer cidadão.

- B) Integralidade - é entendida como um conjunto de ações e dos serviços preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade. Sabemos que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, portanto as ações de promoção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível que não pode ser compartimentado.

- C) Equidade - significa igualdade de assistência à saúde. É o fato de assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requiera, não importando onde o cidadão more, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme às suas necessidades.
- D) Regionalização e Hierarquização - a rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas da saúde da população prestadora do serviço. O acesso à rede deve dar-se através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde e os demais deverá ser referenciado para os serviços de maior complexidade tecnológica disponível, possibilitando um ótimo grau de resolutividade.
- E) Descentralização - é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chances de acerto. Aos municípios cabem, portanto, a maior responsabilidade na promoção de saúde diretamente voltada aos seus cidadãos. Entretanto, quando a abrangência é do Estado ou uma região estadual estará sob responsabilidade do Governo Estadual. O que for de abrangência nacional será de responsabilidade Federal.

Essa disciplina foi de extrema importância para minha formação profissional, pois motivada para o trabalho de saber o motivo do desempenho de uma determinada ação de cuidado e de visualização das ações de saúde além do modelo biomédico, o qual compartimentaliza o individual, me levou a repensar a forma mecânica e corriqueira em que estava inserida.

4. 4. DISCIPLINA 04 – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

Planejar é importante para o controle de nossos orçamentos e evita a perda de tempo e de dinheiro desnecessária e identifica os principais problemas que poderão surgir. Assim, conseguiremos atingir os objetivos desejados com eficiência no dia-a-dia.

Aspectos importante planejamento: por que planejar?

Para atingir determinado objetivo (Fig. 07). Ex: a compra da casa própria.

Fig. 07 Casa própria e o carro
fonte www.realnobile.com 2011



Por que será que somos obrigados a planejar?

Muito simples nosso recursos são poucos para tantas coisas que queremos. Se não planejarmos, iremos contrair dívidas que não poderão ser pagas.

Mas será que é apenas por esta razão que planejamos? Por uma mera questão de recursos?

Não. Planejamos porque queremos alcançar nosso objetivos de vida e melhorar nossa qualidade social.

Mas aqui cabe ainda o seguinte questionamento: Será que é possível alcançarmos objetivos sem planejar?

Acreditamos que não, apenas se sorte estiver do nosso lado constantemente. O sucesso poderá surgir, mas não vamos nos arriscar e depender de sorte. O melhor é fazer o planejamento de nossas ações.

PRODUTOS DO PLANEJAMENTO

Plano - conjunto de objetivos e ações direcionadas com estratégias e diretrizes voltadas para elaborar programas e projetos (Fig. 08). O plano nunca está acabado, mas precisa estar sempre pronto para orientar as ações que devemos realizar.

Programas - define o que fazer e como fazer, com que meios de forma de organização, acompanhamento e avaliação das atividades a serem executadas. Envolvendo um conjunto de projetos.

Fig. 08 Elaborando programas e projetos

Fonte <http://leontextos.blogspot.com> 2011



Projeto - é um traçado sistemático, organiza ações com objetivo a serem alcançados, portanto é uma junção do plano e programa.

Planejamento Normativo: objetivo é aperfeiçoar os ganhos econômicos obtidos com saúde ou diminuir os custos, escolher prioridades em relação ao custo benefício. Aqui o plano é realizar um diagnóstico e, a partir daí, fazer uma seleção de prioridades e propostas com o intuito de alcançar maior eficácia nas ações de saúde.

Planejamento Estratégico - o processo de planejar é contínuo. Considera a variabilidade e a complexidade da situação. O método é mais flexível e participativo, no qual maiores números de atores devem participar, pois cada um tem uma perspectiva diferente da situação, podendo, assim, dar uma contribuição maior no planejamento e pensar em vencer desafios que aparecerão no decorrer das ações.

Concluimos que antes de fazer qualquer coisa é preciso planejar. Para que ações e desejos sejam bem sucedidos é fundamental que ocorra um planejamento prévio.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

O que é Planejamento Estratégico Situacional?

Relaciona-se à arte de governar, é um processo contínuo que faz parte do cotidiano dos serviços de saúde. Este método de planejar foi desenvolvido, na década de 70, pelo professor Carlos Mateus, ministro de economia e assessor direto do município de Salvador, então presidente do Chile.

Existem princípios neste método: analisam as causas de um problema, considerando o número de variáveis, buscando compreender a situação no ambiente social, cultural, econômico e político. Busca também pensar as potencialidades e limites do processo, considera o fato do futuro e do passado.

CONCEITOS PES

Estratégia que dá ideia da existência de conflito. Existem diversos atores com visão, propósitos, interesses e compromissos relacionados a uma determinada situação. Com essas várias perspectivas podem ocorrer conflitos e, a partir disso, é necessário estabelecer objetivos para alcançar as situações que queremos.

Tipos de estratégias:

- ✓ Longo prazo - o próprio nome já revela o objetivo a ser atingido. Leva um prazo longo, cerca de 20 a 30 anos de espera. Mas estabelecer uma direção e um sentido para o processo haver mudança. Ex. A Implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

- ✓ Curto-médio prazo - são questões mais urgentes, devem estar articuladas com as estratégias de longo prazo, buscando um rumo nas situações. Exemplo: compras de aparelhos para realização de exames de tomografias, ultra-sonografias.

O que é ator social?

É aquele que convive coletivamente (Fig. 09), atua na realidade, é capaz de transformar situações reais. Entretanto, ele precisa ter controle sobre os recursos, que seja organizado e apresente projetos para intervir na situação real.

Fig. 09 Convívio coletivo

Fonte <http://l.yimg.com/a/i/us/sch/gr3/274.png> 2011



Fundamentos e método do ator social

É um processo participativo onde há pontos de vista de vários atores, incluindo a população. Esse processo propicia diferentes propostas, estratégias de solução e negociação para determinada situação. Aqui há interesse em jogo e cria-se um co-responsável dos atores com efetivação das ações.

Problemas: É definido com discrepância entre uma situação real e uma situação ideal para elaborar uma análise situacional.

Tipos de problemas:

- ✓ Estruturados – são aqueles cujas variáveis que compõem e as relações entre elas são conhecidas para enfrentar as soluções consensuais;

- ✓ Quase-estruturados – caracterizam-se por serem bastante complexos, traduzindo grandes dificuldades para seu enfrentamento, pois suas causas são de difícil identificação. Não são vistos como um problema por todos os atores.

Categorização dos problemas:

- ✓ Intermediários – são aqueles vividos no cotidiano da organização e causam interferências na qualidade do produto dos serviços prestados;
- ✓ Finais ou terminais – são aqueles vividos diretamente pelos clientes da organização. Esses devem ser o alvo do planejamento.

Quais os tipos de problemas um processo de planejamento deveria trabalhar?

Com os problemas quase-estruturados e com os problemas finais, pois a partir das transformações destes implica-se um enfrentamento dos demais problemas existentes na organização.

Momentos do processo:

- ✓ Momento explicativo - busca conhecer a situação, procura identificar, priorizar e analisar seus problemas.
- ✓ Momento normativo - quando formula soluções para enfrentamento dos problemas identificados, priorizando e analisando o momento explicativo para elaborar soluções.
- ✓ Momento estratégico - busca analisar e construir viabilidade para as propostas de solução, elaborando estratégias para alcançar objetivos.
- ✓ Momento tático-operacional - é o momento de execução do plano, onde deve ser definido e implementado o modelo de gestão e os instrumentos de avaliação do plano.

4. 5. DISCIPLINAS 05 – TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em 1980, no Ceará, teve início o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de servir como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, nos municípios com maior extensão rural e poucos recursos para realização das ações de saúde.

Tornou-se de grande valia, pois permitiu maiores informações das ações de saúde, vigilância, organização do sistema de saúde em atenção básica, favoreceu o processo de descentralização e regionalização do SUS.

Com todos estes elementos (e parte de um modelo de atenção em saúde) torna-se oficializado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1991, em todo território nacional.

Devido os excelentes resultados obtidos pelo (PACS) criou-se em 1994 o programa Saúde da Família (PSF) com estratégias de reorganizar a atenção básica de saúde, tendo como objetivo propiciar ações que constituíssem o modelo de atenção proposta pelo SUS, buscando ampliá-las e garantir-lhes uma maior efetividade, apoiada por uma política de financiamento que, a partir de sua vigência, em 1998, criou-se incentivos para o processo de sua implantação nos municípios em todo território nacional. (CARNEIRO, 2005).

Vejamos a operacionalização dos serviços de saúde que segundo o MS, o Programa da Saúde da Família tem o objetivo de reorganizar a atenção básica de saúde, partindo do princípio da responsabilidade: vigilância nutricional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção do aleitamento materno, imunização, assistência integral à saúde da mulher, controle da hipertensão e do diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outros.

Das unidades da Saúde da Família: os centros de saúde não mantinham nenhum tipo de vínculo com o usuário, ficavam à espera de pessoas que necessitassem de seus serviços.

Agora as unidades da família trabalham para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, que para o Ministério da Saúde é:

Prestar assistência contínua, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, em fim de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. (MS, 2005).

Quantidades de pessoas que devem ser atendidas por cada equipe da saúde da família: recomenda-se que cada (ESF) acompanhe de 600 a 1000 famílias, não podendo ultrapassar de 4500 pessoas. Cada USF deve funcionar com até três equipes de saúde da família, devendo ser composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde. Condição essencial é que todos trabalhem 08hs diárias.

A saúde bucal faz parte da (USF) e existem incentivos financeiros para que os municípios possam incluir a equipe bucal, que deve contar com um cirurgião-dentista (Fig. 10), um atendente de consultório e um técnico em higiene dental.

Fig. 10 Consulta do cirurgião-dentista

Fonte <http://1.yimg.com/a/i/us/sch/gr3/528.png> 2011



As instalações e equipamentos necessários na (USF) devem ter tecnologia e itens necessários para resolver os problemas de saúde mais comuns da população.

A Constituição Federal diz, “saúde é um direito de todo o cidadão brasileiro, direito legítimo de cidadania” e por isso é um fundamento básico do (PSF).

A efetivação das ações de atenção básica dependem da educação em saúde, da provocação e da transformação significativa no cotidiano das pessoas, profissionais habilitados e competentes para permitir a compreensão e atuar com o compromisso e senso crítico/político, com a participação ativa dos gestores a comunidade.

Atribuições de todos os membros da equipe do (PSF):

Médico – realizar consultas clínicas, pequenas cirurgias, pronto-atendimento nas urgências e emergências, indicar internação hospitalar, solicitar exames complementares, verificar e atestar óbitos e fazer encaminhamentos aos serviços de maior complexidade.

Enfermeiro – realizar cuidados de enfermagem nas urgências e emergências, executar as ações de assistência integral à criança, ao adolescente, à mulher, ao adulto, e aos idosos; assistência básica às ações de vigilância epidemiológicas e sanitárias; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; supervisionar e coordenar as ações para a capacitação dos agentes comunitários de saúde e as auxiliares de enfermagem com vista ao desempenho de suas funções.

Auxiliar de enfermagem – realizar procedimentos de enfermagem dentro de sua competência técnica e legal, preparar os usuários para as consultas médicas e de enfermagem; zelar pela limpeza dos materiais, equipamentos e das dependências da USF, garantindo o controle de infecções.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – devem morar na comunidade e estarem vinculados à USF que atende a população local. O (ACS) é uma pessoa que se destaca na comunidade pela capacidade de se comunicar com as pessoas. Ele favorece o elo entre as equipes de saúde e a comunidade, estando em contato permanente com as famílias, facilitando a promoção da saúde, a vigilância em todos os processos educativos realizados pelas equipes. Seu trabalho é realizado nos domicílios de sua abrangência.

Realiza, também, o mapeamento de sua área, cadastrando as famílias (Fig. 11) e atualizando cadastros já existentes; identifica os indivíduos e as famílias expostas, a situação de riscos, mobiliza a comunidade visando às ações coletivas de saneamento e meio ambiente.

Fig. 11 Agentes comunitários realizando cadastros de família

fonte <http://l.yimg.com/a/i/us/sch/gr3> 2011



A visita domiciliar é um método de ação a fim de promover a reorientação do modelo dos serviços de saúde. Nessa metodologia os profissionais levam o conhecimento ao indivíduo, para que este acrescente junto aos seus familiares, e tentam resolver os agravos conforme a resolutividade dos recursos de sua comunidade, interagindo assim, com o meio ambiente em que vivem, com seus vínculos afetivos, sociais e espirituais.

Visita Domiciliar ou Domiciliária

É de grande valia conhecer que o termo correto para visita domiciliar, é domiciliária (Fig. 12), até então conhecida por mim como visita domiciliar, com referia uma visita em domicílio.

Fig. 12 Agente de saúde visitando famílias

Fonte <http://www.google.com.br> 2011



Como o curso adotou o termo de visita domiciliar devido aos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), vamos fazer uma “*viagem*” para conhecer melhor o que é visita em domicílio.

É um método de assistência à saúde da família, realizada por profissionais da saúde, os quais levam esclarecimentos acerca do processo saúde-doença-higiene e prestam cuidados de enfermagem para o indivíduo e sua família para que, juntos, possam resolver os agravos existentes e prevenir para que não aconteça, interagindo com meio ambiente em que vivem, com seus vínculos afetivos, sociais e espirituais.

Tendo como objetivo principal melhorar a integração da família com o profissional, possibilitando maior liberdade para os clientes abordarem seus problemas, facilitar adequação do planejamento da assistência de enfermagem, prestar cuidados de enfermagem, orientar um ou mais membros da família para prestar cuidados na residência, coletar informação sobre as condições sócio econômicas da família, por meio de entrevistas e observações, entre outros.

Dessa forma, a visita domiciliar torna-se um recurso tecnológico importante, que possibilitará ao usuário receber assistências de qualidade em seu próprio lar, sem precisar sair de sua residência para chegar a uma Unidade Básica de Saúde.

Neste contexto poderemos dizer que a visita domiciliar é uma porta de entrada do usuário e sua família para receber os serviços de saúde, promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Abordaremos um pouco do profissional que se destaca na realização da visita domiciliar que é o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Em 1990 – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) introduziu o Agente Comunitário de Saúde (ACS), na visita domiciliar (VD).

Este profissional de saúde veio engrandecer a VD, para melhoria da assistência da saúde da família. Dessa forma, é muito necessário que o agente more na vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) que atenda a comunidade, que tenha a capacidade de se comunicar com as pessoas favorecendo um elo entre a equipe de saúde e a comunidade; e que esteja em contato permanente com as famílias facilitando a promoção da saúde, sendo vigilante e difusor de informações para os profissionais da Unidade Básica.

Entre outras atividades dos ACS existem algumas específicas que podemos citar como: realizar mapeamento de sua área de abrangência, cadastrar os núcleos familiares, identificar os indivíduos e famílias que estão expostos a situação de risco, desenvolver ações de educação com ênfase na promoção e prevenção de doenças.

Acreditamos que este seja o modelo mais eficiente de promover saúde nas comunidades, pois o modelo tradicional dos centros de saúde não mantinham nenhum vínculo com o usuário, simplesmente “abriam” as portas da UBS e ficavam esperando que o usuário chegasse com algum problema de saúde. Já o modelo vigente nas Unidades Básicas de Saúde (SUS), os profissionais de saúde vão à procura das comunidades convivem com as pessoas - cada um em sua área de abrangência - promovendo educação em saúde, e transformando o

cotidiano com significativas mudanças no hábito de vida da população e, conseqüentemente, melhorando o bem estar físico e mental.

É importante ressaltar a necessidades múltiplas dos saberes no complexo de saúde-doença. É preciso promover encontros com os usuários e os profissionais de saúde na tentativa de identificar precocemente agravos de saúde, realizar acolhimento e a escuta, com evidência de mudar os hábitos de vida e aumentar a eficácia dos serviços de saúde.

A fim de reportar os conhecimentos adquiridos durante as leituras apresentadas nessa pesquisa, afirmo que os estudos ampliaram ainda mais meus conhecimentos teóricos científicos e que serão postos em práticas no exercício profissional diário executado por mim.

Acreditamos que as estratégias da Saúde da Família seria o caminho para exercitar todo o aprendizado deste curso que nos capacitou, nos faz acreditar na possibilidade de mudança da realidade existente. Primeiramente, fazendo com que seja possível realizar. Depois, enfrentando as dificuldades existentes. E, quando pensarmos estarmos realizando o que é impossível, sempre com compromisso, responsabilidade, com missão de promoção, prevenção e recuperação da saúde de nossos usuários.

4. 6. DISCIPLINAS 06 – SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL

Conforme a Constituição Federal, saúde é um direito de todo cidadão brasileiro. Direito legítimo de cidadania e por isso é um fundamento básico do Programa Saúde da Família (PSF).

Os profissionais do PSF convivem com as pessoas das áreas em que atuam, e podem, através da educação em saúde, provocar transformações significativas no cotidiano dessas famílias.

Dar uma assistência e prevenir patologias bucais, no município em que atuamos, é uma tarefa gratificante, pois existem incentivos financeiros por parte das Secretarias Municipais de Saúde para incluir equipes de Saúde Bucal no (PSF), que devem contar com um cirurgião-dentista, um atendente de consultório e um técnico em higiene bucal.

Para realização de trabalho onde possamos prevenir ou evitar patologias bucais - e curar se for o caso - devemos garantir acesso e referenciar a hospitais ou ambulatórios especializados, quando necessário.

Prestar assistência contínua acompanhando integralmente a saúde de nossas mulheres (Fig. 12) e de todas as pessoas que vivem no território sob a responsabilidade da equipe do PSF, atendendo-as suas necessidades de saúde. Dessa forma o ACS estará realizando um excelente serviço em prol das comunidades.

Fig. 12 Verificação de pressão arterial

Fonte <http://cade.images.search.yahoo.com/> 2011



Promover assistência à saúde da mulher, a fim de favorecer o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento buscando diminuir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais.

Note-se que devemos primeiramente contemplar os adolescentes de ambos os sexos. Principalmente as adolescentes que engravidam sem planejamento, entre outras causas por falta de informação ou dificuldades de acesso a serviços especializados, por desconhecimentos dos métodos contraceptivos e/ou por curiosidade sexual.

Nós profissionais de saúde, não podemos atribuir a adolescente a responsabilidade para que assuma sozinha o risco social de uma gravidez não planejada. É fundamental que estejamos junto à família dessa adolescente, levando conhecimento dos aspectos do desenvolvimento normal e patológico durante toda a gravidez.

Identificar o adolescente de alto risco e, a partir daí, realizar ações com vista à promoção da saúde e a prevenção de doenças, são uma das atribuições de cada membro da equipe PSF.

Em relação à saúde reprodutiva é imprescindível aplicar os programas de prevenção, que devem começar com o pré-natal, prevenção de câncer (de mama, colo e útero), planejamento familiar e prevenção dos problemas odontológicos nas gestantes.

Portanto, é muito mais que um simples atendimento numa Unidade de Saúde da Família, é a manutenção de um vínculo muito forte e restrito com a mulher e sua família.

Se conseguirmos realizar um conjunto de ações básicas de saúde que visem assegurar a integridade de uma assistência prestada à criança, ao adolescente, a mulher e a toda a família, no seu processo de promover, prevenir e recuperar a saúde dessas pessoas; teremos envolvimento e participação na execução destas atividades solucionando uma grande parte dos problemas de saúde de nossa área de trabalho. Essa busca de uma reorganização da atenção básica de saúde é com certeza considerada como principal alvo de prevenção de doenças ou agravos destas e suas complicações. No sentido de que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida.

No que diz respeito ao avanço no combate à violência contra a mulher, a Lei Maria da Penha, sancionada pelo Presidente Lula em setembro de 2006, é um dos maiores avanços no combate à violência contra a mulher no Brasil.

A Lei Federal nº 11.340, representa um marco na história de luta dos movimentos de mulheres. Ela veio para corrigir a desigualdade de poder que existe entre homens e mulheres em nossa sociedade e que se expressa de forma oculta, protegida pelas paredes do “lar” e naturalizada pela cultura machista. (BRASIL, 2007).

A partir de então, as vítimas da violência doméstica (Fig. 13) poderão libertar-se da opressão, com a autoestima fortalecida, com a postura ativa e a esperança de quem se descobre com garantias dos direitos e o amparo legal para exercê-los.

Fig. 13 Vítima de violência doméstica

Fonte <http://cade.images.search.yahoo.com> 2011



Essa disciplina foi de grande relevância para desenvolver as ações voltadas para uma assistência da saúde da mulher de forma holística e que exige mudanças na produção do cuidado na perspectiva de autonomização do sujeito, orientado pelo princípio da integridade e requerendo como ferramenta, a interdisciplinaridade.

4. 7. DISCIPLINA 07 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A maioria das ações de assistência à saúde é pontual e, geralmente, não têm produzido impacto sobre o bem estar das pessoas e grupos sociais. Somente assistir à população não é sinônimo de bons indicadores de saúde. Sem dúvidas, a prática assistencial tem seu valor mas, por si só tem mostrado que algo a mais tem que ser feito. Este algo a mais é a promoção da saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986), promoção da saúde é o processo que capacita pessoas ou grupos de pessoas a controlarem os determinantes da saúde, buscando uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.

A história da humanidade, os documentos paleontológicos ou escritos existentes e em poder dos homens indicam que sempre houve preocupação com a promoção da saúde do ser humano, seu crescimento, seu desenvolvimento físico e mental e a prevenção das doenças, significando “impedir que se realize”, preparar, chegar antes, dispor de maneira que evitem danos. (Czeresnia, 2003).

Vamos analisar as diferenças e semelhanças entre promoção da saúde e prevenção de doenças, baseando-nos o que estudamos posso afirmar que as diferenças entre elas estão relacionadas às concepções de saúde e doença que orientam suas práticas e as vertentes político-ideológicas a que elas têm-se filiado.

Vejamos então o conceito de promoção de saúde – é uma ação de **Prevenção Primária**, portanto se confunde com prevenção, (Leavell & Clark,1965), a promoção da saúde é feita através de medidas de ordem geral. O resultado dessas medidas é o aumento da saúde e do bem estar geral da população. Exemplos: moradia adequada, alimentação saudável, área de lazer, saneamento básico, tratamento de água e esgoto, etc.

Então a expressão “Promoção da Saúde” está relacionada com autonomia e a emancipação, e tem como objetivo o incremento ou melhoria da saúde das pessoas.

A prevenção de doenças é prever antes que algo aconteça. Prevenção em saúde é ação antecipada com base no conhecimento da história natural, então são desenvolvidas as doutrinas de prevenção, sejam elas gerais, sejam específicas. Cujo objetivo é de interceptar ou anular a evolução de uma doença.

A doença é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamental de processo saúde-doença e a promoção da saúde, como entendem hoje, mais vinculadas a uma visão holística e sócio-ambiental desse processo. (Westpal, 2000).

Na carta de Ottawa, que é o documento mais importante como marco conceitual da promoção da saúde, permeia a definição de saúde como: Para atingirmos um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recurso para a vida diária, não objetivo da vida. (Brasil, 2001).

Finalizando, reforçamos a importância da ação ambiental e da ação política bem como a mudança do estilo de vida, para a promoção da saúde da comunidade em geral.

Para ilustrarmos esta explanação sobre promoção da saúde, segue um caso mineiro:

Dois mineiros, de cócoras, varas de pescar à mão, pitam e proseiam à beira do rio. De repente, vêm um menino debatendo-se nas águas. Um entreolhar meteórico, num ato contínuo mergulham no rio e retiram o garoto. Retomam à sua prosa agora entrecortada de momentos de cisma. A velha binga acende os cigarros de palha, jogados no canto da boca. Passa meia hora e outro o menino aparece no meio do rio. Repetem o gesto, automaticamente, lançando-se na água e salvando o segundo menino. Retomam os postos e a conversa. Proseiam, como gasta o tempo, sobre a torpeza das árvores do cerrado. Rápido, um interrompe e observa: ‘É, cumpadre, hoje o rio num tá pra peixe e outro completa: “Esquisito tá mais pra minino’, Um barulho

estranho faz que levante a vista e vejam, no meio do rio, um terceiro garoto, já quase desfalecido. Imediato, um deles se joga na água. O outro fica de pé, mas não se atira no rio. O que se jogou convoca: ‘cumpadre vamos sarva mais esse’. A resposta fulminante; “Esse ocê sarva sozinho qui eu vô pros lado da cabeceira do rio, pega quem ta jugando esses menino n’água”.

Fonte: caso mineiro adaptado por EMV. Mendes, Núcleo Cidades Saudáveis,
(ANDRADE, 1989).

Moral da historia: a Promoção da saúde sempre vai às causas, é sua vocação, seu sentido.

Por fim, a partir das atividades propostas e das discussões com os colegas e o tutor, conseguimos refletir criticamente sobre a importância da participação da população nas políticas de saúde pública. Compreendemos também que a sociedade precisa tornar-se ativa na direção dos seus hábitos e costumes para buscar uma vida saudável, ou seja, empoderar-se de conhecimentos para mudar hábitos e costumes nocivos à sua saúde. Também nos proporcionou uma reflexão sobre a importância da promoção da saúde e que ela perpassa o campo da saúde e tem na intersetorialidade uma forte aliada, para que consigamos criar a cultura de hábitos e costumes de vida saudáveis e que promover a saúde é melhor ainda do que prevenir doenças.

4. 8. DISCIPLINA 08 – SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

Vamos Fazer uma verdadeira viagem no tempo da modernidade passando pelo trabalho e capitalismo até chegarmos a crise ambiental presente nos dias atuais.

O que é Modernidade ?

A primeira tentativa de caracterização da modernidade pode descrevê-la como um estilo, um costume de vida ou organização social, surgido na Europa a partir do século XVII e que devido a sua influência veio a se tornar mundial. (ODUM, 2007)

A modernidade pode ser associada a um período histórico e como tal, difícil de ser analisado, pois é ao mesmo tempo - passado e presente (mesmo considerando a dificuldade de se distanciar do que se pertence para analisar, reflexivamente, os rumos do hoje e do porvir, esse movimento é extremamente importante para que possamos compreender os fenômenos sociais do nosso tempo). (CASTORIADIS, 1992)

A modernidade se apresenta, então, carregada de ambiguidades pois ao mesmo tempo em que oferece segurança, oferece perigo; assim como oferece confiança, oferece risco. Somos acometidos por um ritmo vertiginoso de mudanças onde o avanço da intercomunicação nos põe em conexão com diferentes partes do globo sem que, no entanto, o desenvolvimento das forças de produção tenham trazido uma melhora significativa na qualidade de vida dos homens.

Pelo contrário, vivemos um grande dilema em relação aos contrastes de nossa época: na produção aflitiva da violência do nosso século, nos surpreendentes avanços tecnológicos em contraste com a miséria e o analfabetismo de grande parte da população; na crise com os paradigmas que durante tanto tempo tomamos como verdade e que atualmente não respondem satisfatoriamente às nossas indagações; no desafio de conviver com o diferente e com a multiplicidade de versões e na ambiguidade constante entre o que consideramos velho e ultrapassado e o novo, muitas vezes difícil de ser identificado, ou trazendo dentro dele parte do velho.

Enfim, quando olhamos para esse quadro percebemos que ao lado das mudanças edificantes, no sentido de trazerem avanços consideráveis para boa parte da população, temos um conjunto de situações gravíssimas que exigem uma nova abordagem, um novo enfoque ou as nossas perspectivas futuras não serão nem um pouco acalentadoras.

O que é desenvolvimento sustentável?

A definição mais aceita para desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento capaz de suprir as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade de atender as necessidades das futuras gerações. É o desenvolvimento que não esgota os recursos para o futuro.

O que é preciso fazer para alcançar o desenvolvimento sustentável? Para ser alcançado, o desenvolvimento sustentável depende de planejamento e do reconhecimento de que os recursos naturais são finitos.

Muitas vezes, o termo desenvolvimento é confundido com crescimento econômico, que depende do consumo crescente de energia e recursos naturais. Esse tipo de desenvolvimento tende a ser insustentável, pois leva ao esgotamento dos recursos naturais dos qual a humanidade depende.

Atividades econômicas podem ser encorajadas em detrimento da base de recursos naturais dos países. Desses recursos depende não só a existência humana e a diversidade biológica, como o próprio crescimento econômico.

O desenvolvimento sustentável sugere, de fato, qualidade em vez de quantidade, com a redução do uso de matérias-primas e produtos e o aumento da reutilização e da reciclagem.

Trabalho e Capitalismo

A Revolução Industrial, que se processou na Inglaterra nas últimas décadas do século XVIII e nas primeiras do século XIX, resultou numa completa transfiguração do mundo do trabalho. Nas fábricas, a máquina substituiu trabalhadores especializados e permitiu a contratação de mulheres e crianças. O aumento da jornada diária de trabalho possibilitou intensificar a exploração da mão-de-obra, cujos baixos salários mal correspondiam ao necessário para pagar a alimentação e o aluguel, ao passo que o ambiente insalubre e o elevado risco de acidentes degradaram ainda mais as condições de trabalho e de vida. (VASH, 1988).

A expansão da produção industrial significou a transformação da Inglaterra no país mais rico do Ocidente, mas implicou na concentração de um contingente imenso de trabalhadores pobres (Fig. 13). A conversão econômica do campo, por sua vez, jogou nas cidades levado números de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade. (VASH, 1988).

Fig. 13 Mulheres catando lixo

Fonte Google.com.br 2011



É nessa conjuntura histórica que começa a se formar a classe operária inglesa. Seja pela identidade coletiva produzida pela forma de organizar a produção nas fábricas, seja pela identificação gerada pelas mesmas condições precárias de vida, ou ainda por compartilhar costumes, valores morais, crença religiosa, visões de mundo em grande medida similares, o fato é que, por volta de 1820, já estavam bem delineadas certas características econômicas, sociais e culturais da classe trabalhadora inglesa. (MACHADO, 2002).

Em outras nações, como a França, a Alemanha e os EUA, aonde o processo de industrialização veio posteriormente, a formação de uma classe operária levou mais tempo.

De qualquer modo, em meados do século XIX, já identificava uma "lei geral da acumulação de capital", segundo a qual a reprodução ampliada do sistema econômico devia ser garantida pela existência do "exército industrial de reserva", fundamental para o livre funcionamento do mercado de trabalho. (MACHADO, 2002).

Dessa forma, conforme avançava a industrialização, ia se completando a subordinação efetiva do trabalho ao capital. E mais: embora, ao descrever a população trabalhadora inglesa ele mesmo apontasse uma grande diversidade entre seus vários segmentos, afirmava haver uma tendência clara de crescimento do operariado, o qual tinha a tarefa histórica de difundir a consciência de novos hábitos sociais.

Com a melhoria das condições de vida e a maior participação política, foram alcançadas pela classe trabalhadora justamente no período dos anos de ouro do capitalismo, ou seja, no

momento em que as taxas de crescimento da riqueza e da produtividade estavam muito acima das médias históricas.

Por sua vez, o acesso ao crédito barato permitiu ao conjunto da população usufruir um novo padrão de consumo e um novo estilo de vida.

Inicia-se, então, a Segunda Revolução Industrial e a concentração de capital inerente à etapa monopolista do capitalismo. A classe trabalhadora foi ganhando novas feições, ao passo que melhores condições de trabalho eram obtidas por uma elite operária. A redução da jornada de trabalho, o aumento de poder de compra dos salários, as novas alternativas de transporte e de lazer popular, tudo isto foi configurando uma nova "cultura operária".

O novo sindicalismo emergente passou a adotar estratégias de luta mais eficazes e a perseguir uma maior participação política. Ainda assim, as desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo e as diferenças ideológicas (inclusive aquelas alimentadas pela religião e pelo nacionalismo de Estado) continuavam a fracionar a classe trabalhadora nos países mais desenvolvidos. (VASH, 1988).

Origem da Crise Ambiental

Atualmente as sociedades vêm se deparando com inúmeros fatores relacionados aos problemas com o meio ambiente. A problemática ambiental se torna cada vez mais visível a nossa volta, pois basta observarmos os meios de comunicação que veremos tamanha repercussão nos televisores, rádios, jornais, internet, revistas, dentre outros. Por meio destes, vê-se frequentemente as agressões ao meio ambiente, como as queimadas, os lixos químicos, lixos domésticos, industriais e hospitalares, que são diariamente depositados no solo e nos rios de forma inadequada, sem o devido tratamento.

Presencia-se também o aumento do efeito estufa, que é causado pelos gases provenientes da queima de combustíveis fósseis, os quais permitem que a radiação solar penetre na atmosfera, retendo grande parte dela e gerando aumento de temperatura; a utilização de agrotóxicos e o desmatamento desenfreado.

Diante do que se está sendo presenciado pela sociedade, ou melhor, pelo mundo inteiro,

pode-se afirmar que estamos em meio a uma crise. E o pior: uma crise ambiental.

A crise ambiental não surgiu de uma hora para outra. Na verdade ela surgiu há alguns séculos. Essa crise é o conjunto de ações danosas que o homem vem causando ao longo de sua existência. Para (SIRVINSKAS 2005) “a crise ambiental surge entre a Idade Média e Moderna, especialmente no período da Revolução Industrial, pois começaram as agressões à natureza”.

Quando se fala em crise ambiental, não se remetem apenas aos aspectos físicos, biológicos e químicos das alterações do meio ambiente que vem ocorrendo no planeta. A crise ambiental é bem mais que isso: é uma crise da civilização contemporânea; é uma crise de valores, que é cultural e espiritual. (JUNIOR, 2004).

Nesse momento, o que mais vem chamando a atenção da sociedade são as notícias acerca do Aquecimento Global (Fig. 14), fenômeno este causado pela liberação dos gases dióxido de carbono, metano e óxido nitroso, que formam uma espécie de cobertor em torno do planeta, impedindo assim a radiação solar, que refletirá automaticamente na superfície em forma de calor. É o chamado efeito estufa, ou seja, dióxido de carbono jogado na natureza.

Fig. 14 Incêndios Florestais

Fonte WWW.cade.com.br/imagens 2011



O ser humano deve cuidar e proteger o meio ambiente, caso contrário, estará destruindo a si próprio. Isso é verdadeiro e real, se as coisas continuarem como estão o futuro da humanidade será trágico.

Consequências da Crise

Toda crise tem suas consequências, caso contrário, não seria uma crise. E o pior de tudo é que a crise ambiental traz danos irreversíveis para natureza, uma vez que a crise ambiental não surgiu de uma hora para outra, haja vista que ela é resultado das ações danosas do homem para com o meio ambiente ao longo de sua existência. (LEFF, 2001).

Essa crise tem por consequência os próprios resultados das ações predatórias do ser humano, como o aquecimento global, aumento e surgimento de novas doenças, seca e falta de água potável escassez dos recursos naturais, extinção de animais, entre outros.

E para solucionar essa crise é preciso a união de todos nós, é necessário que cada um faça a sua parte. É preciso se valer do direito em si, ou seja, das leis; da efetivação do Protocolo de Kyoto conscientização e respeito ao meio ambiente; da participação da sociedade; do Poder Público, para que ele possa investir na educação ambiental e procurar meios para efetivar a fórmula do desenvolvimento sustentável.

Por fim esta disciplina ajudou-me a entender melhor o que é desenvolvimento sustentável e diversidades biológicas, podendo assim explicar às novas gerações para cuidar do meio ambiente e dos recursos naturais.

4. 9. DISCIPLINA 09 – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

Ao longo dos anos acompanhamos uma evolução dos conceitos de saúde e bem-estar, de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de um despertar para maior conscientização da importância dos cuidados com a boca e com os dentes em todas as fases da vida.

Sabemos que no Brasil, e em outros diversos países do mundo, a população está envelhecendo rapidamente. A população idosa, composta por pessoas com mais de 60 anos de idade, compõe atualmente o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais.

Os problemas de saúde modificam-se com o decorrer dos anos. O envelhecimento leva às várias alterações fisiológicas em todo o organismo, havendo uma grande prevalência de doenças crônicas nestes indivíduos, que constituem a maior parcela de pessoas que necessitam de atendimento nos serviços de saúde (REIS, 1998).

Então é preciso instituir um cuidador para tratar dessa população. Foi exatamente nesta época que nasceu a Odontogeriatra, que deve ser vista com seriedade, acima dos interesses pessoais dos envolvidos, visando o bem-estar do idoso, um ser geralmente oprimido por aposentadorias escorçadas e que vive em cidades não preparadas para acolhê-los, principalmente em países latinos (Rodrigues, 2003).

A saúde bucal na terceira idade é um fator indispensável para o envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida, mas sua importância ainda não é devidamente reconhecida.

Segundo PUCCA (2002), o quadro de saúde bucal da terceira idade reflete nitidamente as condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham.

A perda total dos dentes (edentulismo) ainda é aceita por muitos como um fenômeno natural do envelhecimento. No entanto, sabe-se hoje que esse fato é o reflexo da falta de prevenção, de informação e consequentemente de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até as idades mais avançadas. (Carneiro, 2005)

A prevalência de doença periodontal aumenta com o decorrer da idade, e tem sido vista, por alguns autores, como a principal causa do edentulismo, resultando num grande número de pessoas necessitando de próteses. (Varellis, 2005)

Outra razão para a perda dental é a evolução lenta de cáries radiculares, infiltrações e cáries sob restaurações e próteses, assim como fraturas que normalmente ocorrem pela má distribuição das forças mastigatórias.

Sendo assim, Pucca Jr explica que este quadro precário é decorrente não só do processo de envelhecimento em si, mas principalmente, de um conjunto de agravos diferenciados que atingem os idosos de maneiras distintas durante a vida. Segundo o autor, os recursos básicos para orientação do idoso envolvem informações quanto à limpeza regular diária dos dentes e próteses, controle da dieta e orientações visando o fortalecimento da superfície dentária, principalmente com o uso do flúor (PUCCA, Jr. 2002).

Nesse contexto, conhecer a realidade da saúde bucal do idoso e alguns de seus fatores determinantes constitui-se de motivação para apresentar uma visão do envelhecimento e das modificações da saúde bucal em razão do decorrer da idade, assim como enfatizar a necessidade de estratégias de educação em saúde para um envelhecimento saudável.

A promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal devem estar inseridas na rotina de todas as instituições, e em especial naquelas dos indivíduos da terceira idade, uma vez que a condição bucal influencia diretamente a qualidade de vida, por definir sua capacidade de mastigação, nutrição, fonética e de socialização.

E por isso é importante para o idoso ser orientado em relação a vários aspectos de sua saúde, como por exemplo, saber qual a melhor dieta, saber cuidar dos dentes e gengivas, saber realizar um auto-exame na boca para ver se possui anormalidades, etc. Enfim, realizar a prevenção na terceira idade é fundamental para ter saúde bucal e a qualidade de vida em todos os sentidos (VARELLIS, 2005).

Nos idosos, a cárie de raiz costuma ocorrer devido a diversas situações que são mais comuns nesta fase da vida: problemas motores causados por artrose, doença de Parkinson, que dificultam ou mesmo impossibilitam a higiene bucal; problemas psiquiátricos e/ou psicológicos, como os decorrentes da doença de Alzheimer e da depressão, que levam o paciente a não se “importar” com a própria saúde, inclusive a bucal (PUCCA Jr, 2002).

Na boca, ocorre uma diminuição fisiológica da produção de saliva, que é um elemento protetor dos nossos dentes contra a cárie, e muitos medicamentos de uso contínuo têm como reação adversa, a diminuição da salivagem (MOREIRA, 2005).

Na tentativa de aliviar o desconforto causado pela sensação de boca seca, pode surgir o hábito de chupar balas (que são alimentos cariogênicos). E, para facilitar a mastigação, uma vez que muitos têm poucos dentes (ou nenhum), o consumo frequente de alimentos açucarados e pouco nutritivos, em vez do preparo de refeições saudáveis passa a ocorrer.

Algumas medidas, porém, podem e devem ser realizadas no sentido de evitar ou diminuir seu aparecimento: consultando semestralmente o seu cirurgião-dentista ou um

odontogeriatra, mesmo que você não esteja "sentindo nada"; pergunte sobre o uso de próteses e como mantê-las limpas (Ferreira, 2007).

Escovações usam de fio dental e/ou escova interdental e aplicação de flúor tópica (feita em Consultório) nos casos de maior risco.

Proporcionando à terceira idade uma maior qualidade de vida estará, direta ou indiretamente, colaborando com o bem-estar de toda a sociedade.

4. 10. DISCIPLINA 10 – ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60° ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. (MASINI, 2004)

A acessibilidade na Unidade Básica de Saúde do município de Olho d'Água deixa muito a desejar: não existem rampas, corrimão e nem tão pouco portas largas para entradas de cadeiras de rodas. Existem clientes cadeirantes cujo atendimento se dá ao longo dos corredores sem a menor privacidade.

As pessoas cegas e com baixa visão dependem de terceiros para identificar ruas, endereços, itinerários de ônibus, avisos, obstáculos e outras referências visuais.

Transitam com dificuldade por vias públicas em geral e ficam expostas a constantes situações de risco. Utilizam a bengala como principal meio de locomoção.

Como era de se esperar, a bengala é recurso indispensável na locomoção de pessoas cegas. Podemos considerar, no entanto, que o uso exclusivo de bengala ou mesmo de cão-guia não dispensa a colaboração de eventuais guias humanos ou informantes, ainda que seja apenas para atravessar ruas, parar o ônibus ou o táxi.

O cão-guia é utilizado raramente, talvez, por se tratar de alternativa pouco difundida, e as barreiras percebidas, no transporte, nas ruas e vias públicas em geral, tornam o espaço urbano intransitável para qualquer pessoa e inacessível para as que têm dificuldade de locomoção ou mobilidade reduzida.

Em decorrência destes problemas a locomoção dos deficientes visuais torna-se uma verdadeira aventura pela cidade, fazendo com que as atividades que poderiam ser muito simples, se tornem complexa e que atrapalham os modos de vida do público em geral, bem como as pessoas cegas costumam despertar atenção, curiosidade e entranhes.

Lembre-se de que pessoas cegas podem acessar a web usando leitores de tela e teclados, e existem alguns grandes obstáculos que enfrentam ao tentar acessar conteúdo da web. Tenha em mente que um web site acessível significa liberdade e independência para alguém que é cego.

Quando desenvolvedores da Web não fornecem conteúdos acessíveis a única maneira que uma pessoa cega pode obter as informações a partir do web site é através de outra pessoa com capacidade de enxergar.

Vejamos um quadro onde mostram desafios e as soluções para que as pessoas cegas possam acessar a web. (VASH, C.L. 1988).

CEGUEIRA	
Desafios	Soluções
Usuário geralmente não faz uso do mouse	Não escreva scripts que exigem uso do mouse. Utilize alternativas de Teclado.
As imagens, fotografias e gráficos não são utilizáveis.	Fornecer descrições textuais, com a etiqueta alt para texto alternativo e, se necessário, com mais explicações (quer na mesma página ou com um link para outra página).
Os usuários muitas vezes querem ouvir as páginas da Web usando um Leitor de Tela	Permitir aos usuários saltarem os menus de navegação, longas listas de itens, arte em ASCII, e outras coisas que podem ser difíceis e tediosas para se ouvir.
Os usuários muitas vezes querem saltar de link para link usando a tecla Tab	Certifique-se que o texto do link faz sentido para o contexto (expressões como "clique aqui" costumam ser problemáticas).
Molduras (frames) não podem ser "vistas" de uma só vez. Eles devem ser visitados separadamente, o que pode levar a desorientação.	Não usar frame a menos que por alguma razão seja obrigado. Se for utilizá-los deve fornecer títulos para os frames com a intenção de comunicar a sua finalidade (por exemplo, "frame de navegação", "conteúdo principal").
Pode ser difícil para os utilizadores dizer onde eles estão sempre ao ouvir quadro-célula-conteúdo	Forneça coluna e linha de cabeçalhos (<th>). Certifique-se de que tabelas estão feitas de maneira correta para os usuários não confundirem as células e para o texto fazer sentido quando lido linha por linha da esquerda para a direita.
Complexos quadros e gráficos que são habitualmente interpretadas visualmente são inutilizáveis	Prover sumários e/ou descrição textual.
Nem todos os leitores tela apoiam imagem e mapas	Suprir com texto redundante e link para hot spot da imagem de mapas
As cores são inutilizáveis	Não confiar na cor por si só para transmitir significados
Link que os usuários esperam tê-los em algum lugar com descrição textual correta	Não escrever scripts em link que não têm verdadeiros destinos que lhes estão associados.

Portanto, torna-se necessário insistir na afirmação de direitos básicos que assegurem igualdade de oportunidades para todos. Neste sentido convém potencializar o compromisso dos agentes públicos, a promoção de ações educativas e participação dos sujeitos envolvidos. As necessidades de cada pessoa têm igual relevância e deveriam constituir a base do planejamento social. Significativo os direitos de ir e vir.

Deficiência Auditiva

A deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. O atendimento em saúde para as pessoas com deficiência auditiva não constitui muitos problemas devidos os poucos que procuram à unidade básica e que vão acompanhados com algum membro da família, o que facilita a comunicação com os profissionais de saúde. (ISAAC, 1989).

Por fim, sabemos que muitas coisas já foram consolidadas em benefício das pessoas com deficiência, contudo, muito ainda há para se fazer, de forma que estas pessoas possam exercer seu direito de cidadão na nossa Unidade Básica de Saúde.

Esta disciplina contribuiu muito para minha formação profissional e serviu para melhorar cada vez mais o atendimento humanizado a estes grupos de pessoas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo trouxe-me um conhecimento teórico-prático e científico e contribuiu para o engrandecimento de boas práticas em saúde. O rico material didático contemplou conteúdos com abordagem no processo de saúde da família, sempre tendo o cuidado da atenção básica e a preocupação de manter a filosofia das políticas de saúde e a do Sistema Único de Saúde, voltado para a reorganização e a descentralização dos serviços.

Durante a realização do curso promovido pelo NUTEDS foram evidenciadas algumas dificuldades - não pelo saber didático e prático das ações - mas sim pela inabilidade do uso de ferramentas de tecnologia, uma vez que o avanço da informática unido à modalidade de ensino à distância - até então desconhecido pela autora do estudo – fez com que a autora do estudo procurasse imediatamente saberes de outros profissionais para suprir a necessidade evidenciada no momento. A contribuição recebida pela a equipe do NUTEDS e a interdisciplinar ajudou a superar as dificuldades existentes e consolidou os impactos configurando-se um novo conhecimento na área da informática também.

Neste sentido, a partir dos conhecimentos adquiridos e evidenciados no decorrer do curso, pretendo aplicar medidas estratégicas em educação em saúde para criar táticas para a promoção da saúde. Na prática dos serviços de saúde, de uma forma holística, com respaldo científico, respeitando valores, crenças e a cultura local do indivíduo, da comunidade e da família assistida pelo o Programa Saúde da Família.

O curso trouxe, ainda, reflexão significativa e motivadora para continuar com o processo de educação permanente, tendo o propósito de melhorar as ações de saúde, atuando dentro do conceito preconizado pelo (SUS). Assim sendo, o modelo assistencial de promoção e prevenção de saúde da população, assegurando o acesso ao serviço com eficácia de resolver as enfermidades e promover a saúde.

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maristela Costa de. **A História da Psicologia na PUC-MG: fundação e desenvolvimento**. Belo Horizonte: PUC Minas, 1989.

Araújo, M. B. D. E. S; Rocha, P. D. E. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família**. Rio de janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.^a ed., Brasília-DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, carta de Ottawa, Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2007.

CARNEIRO. **Saúde bucal de idosos institucionalizados**. 2005

CASTORIADIS, Cornelius. **O mundo fragmentado**: as encruzilhadas do labirinto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Lei Maria da Penha**: do papel para a vida. Comentários à Lei 11340/2006. CECIP. 2007. p. 72.

Cohen SC et al. 2003. Habitação saudável no SUS. **Uma estratégia de ação para o PSF**: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde. Documento produzido pela Rede Brasileira de Habitação Saudável. ENSP, Rio de Janeiro.

CZERESNIA. **Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERREIRA, R.C. et AL.. **Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas**. Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, RC et al.. **Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte**. Tese - Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

FONSECA, V. **Educação Especial. Programa de Estimulação Precoce**: uma introdução às ideias de Feuerstein. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FREITAS, Vladimir Passos de; FREITAS, Gilberto Passos de. **Crimes contra a natureza**. 8.ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

GALVÃO, Ana Luiza. **ABC da SAÚDE Informações Médicas Ltda. Emergências Psiquiátricas**. São Paulo. 2011.

GIL, C.R.R **Atenção primária, atenção básica e saúde da família**: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Rio de Janeiro: Cadernos da saúde, 2006.

ISAAC, M. J. P. (tradutora) **As deficiências visuais**: deficiências e adaptações, São Paulo: Manole, 1989.

JUNIOR, Amandino Teixeira. **O estado ambiental de direito**. Rio de Janeiro, 2004

LANA, Claudia; DIAS, Juliana; REGINA, Luciana. **O estigma da doença mental para pacientes, familiares e a sociedade**. Rio de Janeiro, 2009.

LEAVELL, H.&E.G.Clark. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. Nova York, 1965.

LEFF, Enrique. **Saber – sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder** . Petrópolis: Vozes, 2001.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado**. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MASINI, E. F. S. **O perceber e o relacionar-se com o deficiente visual**. Brasília: Corde, 2004.

MOREIRA, RS et al. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal**, 2005.

MORETZON, Joaquim A. **História da psiquiatria mineira**. Belo Horizonte: COOPMED, 1989.

ODUM, Eugene P. **Fundamentos da ecologia**. Lisboa: Fundação Clouste Gulbenkian, 2007.

PUCCA JR., G.A. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: Papaleo N M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em versão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

REIS, Afonso T. et al.. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

REZENDES, T.O. **Análise dos cuidados bucais realizados pela Enfermagem nos idosos hospitalizados em Uberlândia**. São Paulo: ABENO, 2005.

RODRIGUES, Marcelo Abelha. **Elementos do direito ambiental: parte geral**. 2.ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

RODRIGUES, SM et al.. **Percepção de saúde bucal em idosos**. Arq. odontol; v.39, 2003.

SIRVINSKAS, Luís Paulo. **Manual de direito ambiental**. 3.ed., São Paulo: Saraiva, 2005.

CAMARGO, Leodeni ; SOUSA, Okky de;. **Megasoluções para um megaproblema**. 2006.

VARELLIS, MLZ. **O paciente com necessidades especiais na Odontologia**. São Paulo: Santos, 2005.

VASH, C.L. **Enfrentando a deficiência**. São Paulo: Pioneira, 1988.

WESTPHAL, M. F. **O movimento cidade/município saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida**.. Rio de Janeiro: Ciência e saúde coletiva, 2000.