

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

IZAUTINA VASCONCELOS DE SOUSA

**ABORDAGEM PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORTALEZA – CEARÁ

2011

IZAUTINA VASCONCELOS DE SOUSA

ABORDAGEM PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientador: Prof^a Tutora MS: Márcia Oliveira Coelho

FORTALEZA-CEARÁ

2011

IZAUTINA VASCONCELOS DE SOUSA

ABORDAGEM PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MS. Márcia Oliveira Coelho (Orientadora)

Prof^a. MS. Claudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal (1º Avaliador)

Prof^a. MS. Valquíria Vieira Camurça (2º Avaliador)

Abordagem Prática do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família / Izautina Vasconcelos de Sousa. 2011.
71 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

Dedico este trabalho aos meus pais Francisco e Socorro, meu amor e companheiro Edvan Chaves, meus filhos Ana Beatriz e João Miguel (este chegando em breve) pelo carinho, dedicação e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por estar presente em todos os momentos da minha vida e por ter me ajudado na conquista de mais um sonho.

A **meu pai Francisco**, por me incentivar e mostrar caminhos.

A **minha mãe Socorro**, por me orientar (tanto pessoal, quanto profissional). Tu és uma inspiração na minha vida.

Ao **meu marido Edvan**, à **minha filha Ana Beatriz** e ao **meu filho João Miguel** (que estará chegando em breve), pelos momentos de solidariedade, apoio, incentivo, compreensão, acima de tudo pelo seu terno amor.

À irmã **Iris** por quem tenho laços afetivos e irmandade.

A professora Ms. **Márcia Oliveira Coelho**, o meu sincero agradecimento pelos ensinamentos e dedicação, não só para elaboração deste trabalho, como também para minha formação de pesquisadora.

Aos **amigos** que fiz ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família.

“O homem é uma corda, atada entre o animal e o além do-homem - uma corda sobre um abismo. Perigosa travessia, perigoso a-caminho, perigoso olhar-para-trás, perigoso arrepiar-se e parar. O que é grande no homem é que ele é uma ponte e não um fim: o que pode ser amado no homem é que ele é um passar e um sucumbir. Amo Aqueles que não sabem viver a não ser como os que sucumbem, pois são os que atravessam.”
(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde. Objetivou-se conhecer a abordagem prática do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família contemplando as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, compreender a importância da aplicabilidade das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde nas Unidades Básicas de saúde, identificar as ações realizadas pelo enfermeiro junto a comunidade e a equipe multidisciplinar e descrever as principais dificuldades referidas pelo profissional enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades na Estratégia Saúde da Família; Trata-se de um relato de experiência da atuação do profissional que encontra-se 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. Os resultados apontaram que os enfermeiros do PSF ainda sentem dificuldade na prestação da assistência devido condições políticas, sociais e econômicas. Conclui-se que os entraves enfrentados pelo profissional enfermeiro interferem na prestação da assistência e o usuário é o mais prejudicado. É necessária discussão de um novo modelo e reestruturar um novo modo de consolidar o Programa Saúde da Família, garantindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família. Papel do enfermeiro. Educação a Distância.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is presented as an alternative to overcome the dominant paradigm in the health field. The work process, developed by these professionals, takes as its object what is recommended by the Ministry of Health, are intended to make an impact in regard to health promotion, disease prevention and rehabilitation of the user. This work aimed to understand the practical approach of the nurse in the Family Health Strategy, identify the actions taken by nurses in the community and the multidisciplinary team and understand the importance of the applicability of the actions recommended by the Ministry of Health in the Basic Health; It is a report of experience of professional action that is inserted into the Family Health Strategy. The study was conducted from April 2010 to July 2011, information gathered through the virtual learning environment (VLE) and the Basic Health Results showed that nurses of the PSF also have difficulty in providing assistance because political, social and economic. We conclude that the barriers faced by nurse interfere in providing assistance and the user most affected. It is necessary to discuss a new model and restructure a new way to strengthen the Family Health Program, guaranteeing what is recommended by the Ministry of Health

Descriptors: Family Health Strategy. Role of the nurse. Distance Education.

RESUMEN

La Estrategia de Salud de la Familia se presenta como una alternativa para superar el paradigma dominante en el campo de la salud. El proceso de trabajo desarrollado por estos profesionales, tiene como objeto lo que es recomendado por el Ministerio de Salud, tienen la intención de hacer un impacto en lo que respecta a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la rehabilitación de los usuarios. Este trabajo tuvo como objetivo comprender el enfoque práctico de la enfermera en la estrategia de salud familiar, identificar las medidas adoptadas por las enfermeras en la comunidad y el equipo multidisciplinario y comprender la importancia de la aplicabilidad de las medidas recomendadas por el Ministerio de Salud en el Básico de Salud, se es un relato de experiencia de la acción profesional que se inserta en la Estrategia de Salud Familiar. El estudio se realizó a partir de abril 2010-julio 2011, la información recogida a través del entorno virtual de aprendizaje (EVA) y los resultados básicos de salud mostraron que los enfermeros del PSF también tienen dificultades para prestar asistencia debido a políticos, sociales y económicos. Llegamos a la conclusión de que las barreras que enfrenta la enfermera interfieren en la prestación de asistencia y los usuarios más afectados. Es necesario discutir un nuevo modelo y la reestructuración de una nueva manera de fortalecer el Programa de Salud Familiar, que garantiza lo que es recomendado por el Ministerio de Salud

Descriptor: Salud de la Familia. Papel de la enfermera. Educación a Distancia.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNUMAD – Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento

DM – Diabetes Mellitus

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística

LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais

LS – Línguas de Sinais

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo Atenção Primária a Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
4 PORTFÓLIOS	18
4.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	19
4.1.1 O processo de trabalho em saúde	19
4.1.2 Discussões no fórum.....	20
4.2 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA	22
4.2.2 Surgimento do CAPS	23
4.2.3 Atividades - Ações em Saúde Mental.....	24
4.2.3 Caso clínico	25
4.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	28
4.3.1 Modelo assistencial.....	28
4.3.2 Atenção Primária à Saúde	29
4.3.3 Atividade - Ações de mudança do modelo assistencial e dificuldades encontrada. ...	29
4.4 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE	31
4.4.1 Atividade	31
4.5 TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE	35
4.5.1 Atividade	35
4.6 SAÚDE DA MULHER	38
4.7 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE	42
4.7.1 Atividade e Plano de Ação	43
4.8 SAÚDE AMBIENTAL	52
4.9 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE BUCAL	56
4.10 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS	59
4.10.1 Atividade	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

1 INTRODUÇÃO

O trabalho do PSF surgiu como um novo modelo assistencial em saúde. Em virtude da importância que o Programa Saúde da Família (PSF) adquire por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos, sobre o trabalho das equipes do programa, utilizando-se como referência a teorização sobre o processo de trabalho em saúde.

Ainda está presente no PSF a precarização do trabalho, como se pode verificar pela flexibilização das formas de contratação das equipes e contratação de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde quando na prática percebemos o descaso.

Por ocasião da implantação da estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, observamos que cotidianamente essa estratégia vem se firmando e adquirindo capacidade de contribuir para a mudança do modelo assistencial no SUS.

Hoje são milhares de brasileiros atendidos pela estratégia. A potencialidade para a mudança advém do conteúdo estratégico, que permite um rompimento no comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população.

A ESF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e solidária, compreendendo-se humanização em sentido ampliado (resolutividade, equidade, acesso, autonomização, solidariedade e cidadania).

A Estratégia Saúde da Família, em seu modo de operar os serviços de saúde, constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, podendo caminhar para o plano da racionalização e flexibilização do processo de trabalho ou da radicalização do processo de humanização do cuidado, garantindo acesso, resolutividade, participação social e qualidade da assistência.

Desde o surgimento da PSF têm ocorrido inúmeras mudanças significativas na Saúde Pública brasileira, no intuito de uma maior contribuição voltado para a prática humanizadora e holística, mas diante desse contexto percebe-se a necessidade de aprimorar conhecimentos dos profissionais e mais investimentos de recursos por parte do governo,

oferecendo melhores condições a equipe de conduzir melhor os serviços a ser oferecido a população, assim como preconiza o Ministério da Saúde (MS).

O enfermeiro faz parte da equipe básica multidisciplinar que compõe a Estratégia Saúde da Família, apresentando-se um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde, submetidos a exigências por mudanças de uma atuação modificadora. Diante desse contexto, objetivou-se Conhecer a abordagem prática do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família contemplando as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, compreender a importância da aplicabilidade das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde nas Unidades Básicas de saúde, identificar as ações realizadas pelo enfermeiro junto a comunidade e a equipe multidisciplinar e descrever as principais dificuldades referidas pelo profissional enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades na Estratégia Saúde da Família; logo, se todos fizerem sua parte, não haverá sobrecarga de trabalho, além de existir uma maior produção no serviço e uma qualidade na assistência.

Para Rocha (2006), o enfermeiro é um profissional com formação acadêmica que vive tensões entre o teórico e o prático, o ideal e a realidade e que, aparentemente, possui dificuldades em delimitar seu real campo de ação. Portanto, convive com o universo profissional a partir da interação dos diversos fatores, gerando estímulos à prática autônoma em seu exercício ou restringindo-a.

O enfermeiro da ESF desenvolve seu processo de trabalho, na unidade de saúde e na comunidade, junto com a equipe, supervisionando e ampliando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem, realizando ações que promovam saúde, bem como assistindo às pessoas que necessitem de assistência de enfermagem, ampliando a atenção e o cuidado às famílias (WEIRICH et al.,2004).

A Portaria 648 do Ministério da Saúde, referente à Política Nacional da Atenção Básica; traz inúmeras atribuições mínimas dos enfermeiros da ESF. São de suma importância para a implementação desta estratégia como tática de reorganização do primeiro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Baseado na Portaria 648, de 28 de Março de 2006, foi estabelecido implantação de uma equipe multidisciplinar responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000.

A equipe básica composta por minimamente médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, além de poder ser ampliada com dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal, deve ter uma

jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes. Inúmeras cidades brasileiras contratam outros profissionais como farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, etc.

Vale ressaltar que embora todo esse crescimento na ESF, ainda exista entraves a serem superadas levando em conta a realidade de Fortaleza, sendo hoje a quarta maior cidade do país. Pode-se citar como obstáculos: as unidades de saúde, que em sua maioria ainda não oferecem uma estrutura adequada e a resistência por parte de alguns profissionais e usuários. Devido ao aumento quantitativo de ESF no município nos últimos anos, espera-se um forte impacto na saúde da população. Entretanto, esse impacto depende do desenvolvimento de ações pelos enfermeiros e equipe multidisciplinar junto à comunidade.

Apesar da importância da ESF, as atividades realizadas por estes profissionais na área de promoção, proteção e recuperação da saúde e que fatores os levam a desenvolver ou não estas atividades. Diante do exposto, alguns questionamentos surgem no sentido de auxiliar na construção deste estudo, tais como: Os enfermeiros estão conseguindo desenvolvendo estas atividades que lhe compete no âmbito da Estratégia Saúde da Família? Como tem se dado às ações de Promoção e Proteção de Saúde junto à população?

Estes questionamentos conduzem ao objeto do trabalho, quando propõe-se a relatar a atuação dos enfermeiros no campo da Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde do usuário na Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a abordagem prática do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família contemplando as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a aplicabilidade das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde nas Unidades Básicas de saúde;
- Identificar as ações realizadas pelo enfermeiro junto à comunidade e a equipe multidisciplinar.
- Descrever as principais dificuldades referidas pelo profissional enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades na Estratégia Saúde da Família.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

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 no Centro de Saúde da Família Dr. Luiz Costa.

O AVA tratava-se 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.

O Centro de Saúde da Família Dr. Luiz Costa, localizada no Município de Fortaleza/CE, na Secretaria Executiva Regional - SER IV, que abrange uma população em torno de 25 mil habitantes, foi outro local onde foram coletadas as informações sobre a abordagem prática do enfermeiro como integrante da ESF. Esta Unidade é composta por duas equipes da saúde da família e duas equipes de saúde bucal na modalidade II.

Para a confecção do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC foram elaborados dez 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.

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 Ministério da Saúde preconiza atribuições para cada um dos membros da Estratégia Saúde da Família, que são os seguintes:

Enfermeiro: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; realizar consultas de enfermagem; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde da família; executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida; executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar as atividades prioritárias de intervenção na atenção básica; e aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva. Entre as atividades educativas são preconizadas a supervisão e a coordenação das ações para a capacitação de auxiliares de enfermagem e dos ACS, bem como a organização e a coordenação de grupos específicos, como de hipertensos, de gestantes, de diabéticos, de saúde mental, dentre outros.

Médico: realizar consultas e procedimentos na USF e no domicílio; ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida e gêneros.

Auxiliar de enfermagem: realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais, nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios.

Agente Comunitário de Saúde: realizar mapeamento de sua área; cadastramento das famílias, com atualização permanentemente através de visitas domiciliares mensais; identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco (BRASIL, 2001a).

Os tópicos abaixo fazem parte das disciplinas cursadas durante o curso de Especialização Saúde da Família, que ampliaram conhecimentos e fez com que a prática fosse revista, mesmo diante das dificuldades enfrentadas para a oferta de um serviço de saúde de qualidade.

4.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Durante muitos anos, a Saúde vem sofrendo processo de transformação e construção de práticas cuidadoras, dentro do qual a ação médica tornou-se hegemônico.

Nos dias atuais convivemos com inúmeros problemas que alteram a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz as demandas por saúde na vida individual e coletiva, que pode ser detectada por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação a saúde.

Nessa perspectiva, para entender o processo de trabalho em saúde é preciso fazer-se resgatar alguns conceitos básicos do trabalho, ou seja, conceptualização e organização dos serviços de saúde.

4.1.1 O processo de trabalho em saúde

Segundo Pires (2000), o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Com o pensamento voltado para o desenvolvimento humano no trabalho, muito são os modelos sugeridos para a construção de idéias centradas na produção de bens de serviços sociais em saúde, neste caso todo o arsenal sempre desenham objetivos, finalidades, meios materiais, condições ou recursos humanos, sujeitos e objetos. .

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza, ao mesmo tempo, seus saberes e modo de agir. Sendo definido esse modo de agir, primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que se vai enfrentar sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qual tipo profissional (MERHY, 1999).

Assim sendo, para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho (MERHY, 1999).

4.1.2 Discussões no fórum

Ao participarmos do fórum onde discutimos “artefatos da sensibilidade humana” percebemos que muitas mudanças são necessárias na ESF, pois as dificuldades encontradas relatadas pelos participantes do curso são bem semelhantes às referidas pelos profissionais de saúde na prática, o que compromete a qualidade na assistência.

Ainda temos usuários que resistem às mudanças, além de gestores com mentalidades retrógradas, profissionais enfermeiros com sobrecarga de tarefas, ausência do profissional médico, atrasos salariais (o que causa grande insatisfação), profissionais sem perfil e sem compromisso, que acaba gerando estresse e insatisfação dos demais profissionais da equipe.

No que se refere a “Democratização de idéias” sabemos que ainda temos muito que melhorar, mas percebemos nitidamente as mudanças quando compararmos o ontem do hoje, embora ainda tenhamos muito trabalho, mas que ao poucos sensibilizaremos as pessoas da importância não só da cura, mais acima de tudo da prevenção e promoção de saúde.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que se é trabalhado para melhorias na Saúde Pública de uma forma inovadora, comprometida com o usuário e em busca de prevenir doenças, promover saúde e obter uma boa qualidade de vida.

No PSF é preciso conhecer a realidade da comunidade, cultura, educação, situação sócio-econômica para poder usar as ferramentas certas e alcançar os objetivos mencionados acima.

Precisamos sempre uns dos outros, mas não podemos jogar a responsabilidade em outras pessoas por não dar certo a primeira tentativa, temos que fazer a nossa parte, dando o melhor de si, sem deixar de cobrar as autoridades responsáveis que também cumpra com a sua parte, fazendo valer o Direito do cidadão, e que ele também tenha consciência dos seus Deveres para poder alcançar êxito.

Partindo para a “Diferenças das Diferenças” notamos a comunicação é essencial em todos os âmbitos, seja ele familiar, no trabalho, na escola, é preciso que haja uma

interação por parte das pessoas no sentido de participarem para existir um melhor entendimento.

É necessário que haja uma comunicação numa linguagem simples, clara e acessível à pessoa na qual esta se comunicando. O que acontece na área da saúde é que existem palavras que cientificamente falando, a pessoa sem conhecimento não vai compreender o significado.

As comunicações verbais e não verbais, a questão do olho no olho, do toque de mão no ombro, aperto de mão, de escutar atentamente, isso para muitos é essencial no atendimento, além de conhecer a cultura e as crenças de cada um é com isso poder complementar o tratamento.

É importante da equipe, ter respeito, compreensão, ética, sigilo, amizade, aprendizado, coleguismo e confiança; os profissionais têm a quem recorrer e um aprende com o outro, pois a equipe precisa esta inserida com o mesmo objetivo para poder almejar êxito.

Referente às “Evidências das Determinações Sociais” é preciso conhecer a realidade da comunidade e trabalhar a promoção em saúde de uma forma que sensibilize a comunidade e que eles mesmos possam ser multiplicadores dessas ações.

A existência da Estratégia de Saúde da Família tem melhorado muito a saúde pública, mas ainda não tem sido o suficiente, porque todos precisam fazer a sua parte, não podemos esperar só pelas autoridades, achar que só eles são os responsáveis se não der certo. Nesse contexto, se o enfermeiro exercesse o que se é preconizado pelo Ministério da saúde , assim como os demais profissionais teríamos maior resolubilidade nas ações do serviços de saúde.

4.2 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Segundo a Secretaria do Estado do Paraná (PARANÁ, 2011), a Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional.

A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.

No Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar de a política de saúde mental priorizar as doenças mais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, as mais prevalentes estão ligadas à depressão, ansiedade e a transtornos de ajustamento. De acordo com a OMS, em todo o mundo, mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade (BRASIL, 2010).

Dados da OMS indicam que 62% dos países têm políticas de saúde mental, entre eles o Brasil. No ano passado, o país aplicou R\$ 1,4 bilhão em saúde mental. Desde a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), os investimentos são principalmente direcionados a medidas que visam a tirar a loucura detrás das grades de hospícios, com a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos (principalmente das internações) pelos serviços abertos e de base comunitária (BRASIL, 2010).

A implementação da rede substitutiva – com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das residências terapêuticas e a ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais – tem avançado, mas ainda convive com o antigo modelo manicomial, marcado pelas internações de longa permanência.

O enfermeiro inserido no CAPS atua nas orientações das ações da Enfermagem em Saúde Mental, o pessoal de enfermagem representa a grande maioria da força de trabalho nos serviços de saúde mental. Seja no papel de gestor, de membro da equipe em contato direto

com o portador de saúde mental e seus familiares, na supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem, ou na determinação do projeto terapêutico para cada pessoa sob seus cuidados. O enfermeiro é considerado elemento chave neste processo de mudança de paradigma.

Dessa forma, percebe-se que o enfermeiro é capaz de identificar e manejar, ou encaminhar os casos de manifestações mentais em qualquer especialidade e situação de atenção à saúde, e que os enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental são preparados para cuidar da pessoa afetada em todos os níveis de atenção.

4.2.1 Reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

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, 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.

4.2.2 Surgimento do CAPS

A importância do surgimento do CAPS deu-se na cidade de Santos-SP em 1987, onde com pouco tempo foram implantados no município outro núcleo como o Núcleo de

Assistência Psicossocial (NAPS) que funcionava 24hs, essa experiência foi a primeira e passa a ser um marco na reforma psiquiátrica.

Inspirado no projeto de lei de Paulo Delgado passa-se a ter substituição de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental. Após a promulgação da lei 10.216 acontece no final de 2001 a II Conferência Nacional de Saúde Mental com a participação ativa de usuários do serviço de saúde, familiares, delegados, representantes de usuários, movimentos sociais e profissionais de saúde (BRASIL, 2005)

Conforme o Ministério da Saúde, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

4.2.3 Atividades - Ações em Saúde Mental

Nessa disciplina tivemos como atividade uma visita ao CAPS II, pertencente à Regional IV, na cidade de Fortaleza-Ceará, localizado no bairro Jardim América. O horário de funcionamento é de 8 às 17 horas, de segunda a sexta.

Esse CAPS foi criado desde 2002. O quadro de funcionário chega a 42 profissionais de níveis médio e superior, sendo terceirizados e concursados, sendo preenchidos por médicos (2 psiquiatra e 3 clínicos), 02 enfermeiros (carga horária de 40 horas /semanais), 04 psicólogas, 04 técnicos em enfermagem, 02 assistentes sociais, 02 terapeutas ocupacionais, 01 arte terapeuta e 01 educador físico.

Por mês ocorre em torno de umas 800 a 2000 consultas pela equipe multidisciplinar. Existem aproximadamente cadastrado na unidade uns 9000 usuários.

A pessoa já vem encaminhada de uma Unidade de Saúde, sendo realizada uma anamnese, dependendo da situação, em seguida é realizada a consulta médica e de enfermagem e iniciado o tratamento.

A equipe multidisciplinar tem grupos de Educação em Saúde, oficinas terapêuticas e psicoterapia.

Existem os casos intensivos que passam 22 dias de acompanhamento contínuo semi-intensivo que passam 12 dias e não intensivo que comparecem 2 vezes ao mês na unidade.

Quando requer acompanhamento na unidade o cliente passa pela consulta de enfermagem, a acolhida, a consulta médica, psicólogos e existe visita domiciliar com duas equipes que se deslocam em carros da unidade com enfermeiros, psiquiatra e assistente social.

A assistência prestada atualmente das instituições substitutivas ao hospital psiquiátrico surge com a preocupação da reabilitação psicossocial objetivando a reinserção do cliente na sociedade. O CAPS, hospital-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leito em hospital geral e serviços residenciais terapêuticos faz parte de uma rede de atenção básica em saúde.

Dos serviços citados acima, procurei o CAPS II, pertencente ao Jardim América, a fim de saber com os profissionais as ações de saúde mental oferecida à clientela daquela unidade.

Conversei com uma das enfermeiras pertencente ao quadro de funcionários e constatei que existem ações bastante diversificadas pela equipe multiprofissional, desde o atendimento individual e grupal, visita domiciliar, atividades físicas, arte-terapia, oficinas terapêuticas, educação em saúde e dependendo do caso tratamento medicamentoso. Os serviços oferecidos acontecem 01(uma) vez por semana e dependendo da situação que o cliente se encontre ele chegar a frequentar todas as semanas quando considerado grave e moderado/leve frequenta de 15 em 15 dias. É fundamental a participação da família em todos os processos de tratamentos.

4.2.3 Caso clínico

Adolescente, 17 anos, sem histórico de acompanhamento psiquiátrico e/ou internações psiquiátricas. cursando a 7ª série do ensino fundamental. Há 2 meses, vem

apresentando baixo rendimento escolar e faltando com frequência às aulas. Foi encaminhado pelo Conselho Tutelar para ser avaliado pela equipe de Saúde da Família.

Iniciou o uso de bebidas alcoólicas aos 15 anos, desde que o seu pai assumiu um novo relacionamento. Foi induzido ao consumo de álcool pelo genro da sua madrasta, que também é músico e o convidou pra tocar bateria em sua banda. Costuma ensaiar na casa ao lado da que moram e há consumo de álcool e outras drogas.

O paciente garante que só usa álcool: bebida destilada ou cerveja. O pai tomou conhecimento da situação há 2 meses, alertado pela escola que o informou das faltas e do baixo rendimento escolar, passando a controlar os horários do filho e o levando para o seu trabalho, algumas vezes.

CAPS ad

Condução do Caso

O CAPSad atende pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou drogas e a seus familiares, respeitando o indivíduo enquanto pessoa, possibilitando sua reinclusão social, profissional e familiar.

Realiza abordagem compreensiva, com suporte educacional, social, lazer, reabilitação psicossocial, reinserção profissional e promoção do autocuidado.

O adolescente e seu pai foram acolhidos e encaminhados para atendimento médico e de enfermagem para poderem ser encaminhados as atividades.

Durante os primeiros 30 dias, foram realizados atendimentos individual, grupal, aos familiares, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, tratamento clínico-psiquiátrico e orientações pedagógicas preventivas.

Estas atividades foram oferecidas por equipe multiprofissional: Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, além da equipe técnica de apoio composta por auxiliares.

Consulta Médica de Retorno

Após 18 dias, adolescente retornou para apresentar os exames. Refere que neste período não ingeriu bebidas alcoólicas e já iniciou o tratamento no

Consulta Médica de Rotina – Após 90 dias

Relatório do CAPSad

O pai começou a perceber os motivos que empurraram o seu filho para um vazio, solidão e desamparo, fazendo-o empobrecer simbolicamente e procurar alívio no álcool. Também se dá conta de que não estimulou o jovem a estudar música ou desenho, que são coisas que o seu filho gosta e executa bem.

O pai também percebe que está cansado, que descuidou dos filhos, que se sente sozinho e que é muito difícil criar filhos sem o apoio saudável da família e em condições tão adversas.

Reconhece que a sua atual esposa não é uma figura benéfica aos seus filhos, embora tenha muitas qualidades e que o genro dela atrapalha muito a dinâmica familiar.

Pai e filho concordam que a casa deve ser reorganizada e aceitam prosseguir o tratamento no CAPSad.

A atual esposa convence a sua filha e o marido a residirem em casa própria. As brigas diminuíram e o adolescente não demonstra sinais que esteja fazendo ingestão de álcool. Consulta Médica de Rotina – Após 90 dias.

Relatório do CAPSad

Uma das maiores causas do sucesso do tratamento é a aceitação, por parte do paciente dependente de substâncias psicoativas, de que ele precisa de ajuda. Porque o que se busca no CAPSad é a ressocialização e a autonomia que significa que o paciente alcance uma situação em que possa ser reintegrado ao convívio familiar e na sociedade.

Os profissionais do CAPSad acreditam que a principal característica do atendimento a esse adolescente é fazê-lo acreditar e aceitar o tratamento, que, após completados 6 meses, o paciente poderá ser acompanhado exclusivamente pela equipe do PSF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo que o CAPS continuará como Centro de Referência para qualquer concretização de fissura ou recaída.

4.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios: universalidade, integralidade e equidade, começou-se a investir mais profundamente na Atenção Primária Saúde, denominada Atenção Básica (AB) e definida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo voltadas para a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação e manutenção da vida (BRASIL, 2006).

A AB tem como os seus elementos essenciais: o foco na família, universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, orientação para a comunidade, capacitação profissional.

4.3.1 Modelo assistencial

No Brasil tivemos vários modelos de saúde que foram se desenvolvendo ao longo do tempo e atualmente essas experiências serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão (MOROSINI, 2007).

Entre estas questões, destacamos a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a idéia predominante envolve uma imagem em pirâmide para a atenção à saúde, bem como a idéia da complexidade crescente em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica,

comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos (MERHY, 2002).

4.3.2 Atenção Primária à Saúde

Em termos conceituais, foi a partir da I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição de Atenção Primária à Saúde –APS- (FAUSTO, 2005).

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS/UNICEF, 1979).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2006).

4.3.3 Atividade - Ações de mudança do modelo assistencial e dificuldades encontrada.

O planejamento das ações de saúde no território da Estratégia de Saúde da Família é realizado em conjunto pela equipe, direcionado pelo perfil epidemiológico do território e necessidades identificadas dentro da comunidade.

Considera-se cada grupo da demanda organizada: gestante, portador de hipertensão, portador de diabetes, pessoas de atenção domiciliar e agenda-se os atendimentos para assegurar o acesso.

Além das consultas na unidade, faz-se prevenção do câncer de colo uterino, a equipe faz visita domiciliar, imunização em domicílio e curativos. Na unidade, a grande dificuldade de ir ao domicílio é a falta de transporte que muitas vezes o usuário consegue o carro para a locomoção do profissional poder ir até sua residência.

Mesmo assim, procura-se oferecer o máximo das ações de serviços de saúde em seu domicílio para que possam usufruir dos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família (Equidade).

Os exames solicitados, sessões de fisioterapia prescritas, consultas especializadas para o serviço de referência, a equipe orienta nos agendamentos e quando possível, para assegurar que o usuário comparecerá ao serviço assistencial. Essa prática reflete a reversão do modelo em que o trabalho se volta para o contexto e para as necessidades do usuário. O serviço tem por foco quem recebe as ações de saúde.

O modelo curativo ainda é algo muito presente no dia-a-dia dos serviços de saúde. A procura do serviço e do profissional, ainda vincula-se quase sempre a uma queixa clínica. Poucos usuários buscam orientações ou de ações que visem à promoção da saúde.

É preciso que os usuários compreendam que o posto de saúde não é o espaço apenas da consulta médica, é algo que tem que ser explicado diariamente. A prática assistencial também tem que se adaptar a essa mudança. Alguns temas como promoção da saúde, educação em saúde, intersectorialidade ainda estão muito na teoria.

As ações de promoção da saúde ainda estão muito ligadas ao tratamento, cura e reabilitação, porque o foco da assistência ainda tem sido o ambulatório e as queixas clínicas. Enquanto derem importância somente ter a consulta e o remédio, cada vez mais fica difícil uma qualidade de vida, não apenas na visão da população, mas dos próprios gestores.

Temos também a questão dos profissionais da equipe com poucas condições de trabalho, salários reduzidos, faltando material e outros, que muitas vezes as necessidades do usuário não importam, mas sim, ofertar a consulta e receber o salário pelo trabalho realizado.

Faz-se necessário que a população perceba as necessidades que superem a prática medicamentosa. Os gestores devem sensibilizar-se com o modelo que chega para superar a prática curativa. E os profissionais de saúde devem envolver-se dessa nova proposta, para que o Sistema Único de Saúde e o Saúde da Família tornem suas diretrizes algo mais prático.

4.4 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

O Planejamento é um processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente (BRASIL, 2009). Merhy (1994) define planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”.

O planejamento se constitui no plano de ação, que visando atingir determinados objetivos a curto, médio ou longo prazo, num ambiente altamente competitivo e dinâmico.

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos (HUERTAS, 1996).

Planejar coletivamente exige o conhecimento prévio das necessidades de saúde da população e um esforço conjunto para que sejam propostas ações de saúde que respondam efetivamente a essas necessidades. Essa proposta de planejamento é uma estratégia que propõe um novo agir, caracterizado pela participação e interação de muitas pessoas, engajadas politicamente e com interesses e objetivos comuns (VIANNA, 1986).

Ao se elaborar o Plano de Ação pode-se perceber que existem algumas dificuldades de tempo, de envolvimento culturais e de disponibilidade de tempo e empenho dos profissionais. Percebemos a importância de uma boa análise da situação de saúde da população, pois auxiliam na execução de um Plano de Ação bem próximo da realidade de cada comunidade.

O diálogo e a discussão que precedem a ação comprometem o processo de planejar. O Plano de Ação pode ser estratégico ou comunicativo, vai depender do que foi discutido, da forma de tomada de decisão e dos métodos empregados na construção compartilhada, e também no tempo que cada profissional dispõe para poder ajudar na construção desse plano.

4.4.1 Atividade

A dificuldade encontrada pela equipe foi não conseguir reunir todos os componentes em um mesmo horário e dia, isso acaba deixando alguma boa ideia passar por despercebido, embora todos contribuíssem com sua participação, seja por fórum, por e-mail,

por telefone. E através dos meios de comunicação todos os participantes do grupo conseguiram expor suas idéias e os principais problemas, e assim construímos um bom Plano de Ação.

Definimos os principais problemas da comunidade, que foram problemas encontrados na área de abrangência de nossa equipe, problemas estes que interferem nas condições de saúde e doença da população, são eles: elevado número de óbitos e incapacidades por causas externas (principalmente por acidentes automobilísticos), altos índices de doenças e agravos não transmissíveis (Neoplasias), elevado número de doenças do aparelho circulatório (Infarto Agudo do Miocárdio, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus), elevado número de internações por Acidente Vascular Cerebral, elevado número de gravidez na adolescência, altos índices de dependência química, criação de porcos em condições inapropriadas; armazenamento e consumo de água não tratada, alcoolismo, uso de agrotóxicos na cultura de frutas e hortaliças tabagismo, áreas sem saneamento e coleta adequada do lixo, desemprego, baixa escolaridade, prostituição, sedentarismo.

Dentre estes problemas elegemos os pacientes com diabetes mellitus, para trabalharmos nosso Plano de Ação.

O Plano de Ação depois de concluído poderá ser analisado pelos membros da equipe e discutido as condições de colocá-lo em prática as ações previstas, algumas já estão sendo implementadas e outras serão realizadas em parceria com a comunidade sendo importante a participação do usuário principalmente nos processos avaliativos deste plano.

É fundamental que o processo de planejamento participativo permaneça no serviço de saúde, em todas as localidades. Faz-se necessário caminhar na direção de constituirmos instrumentos seguros para avaliar, pois sabemos da importância de se criar processo de avaliação.

Através desse Plano de Ação desejamos, além de praticar o que objetivamos impulsionar e garantir espaço para a participação popular, e servir como base para as construções coletivas dos processos decisórios. Se espera que seja fortalecido os princípios do SUS.

A equipe de minha área de abrangência tem certa dificuldade em planejar devido à dificuldade de reunir todos os profissionais em um mesmo dia. Há certo desprazer e falta de interesse por parte dos profissionais médicos que geralmente tem uma agenda de trabalho conturbada e alguns agentes comunitários.

Mesmo diante de todas as dificuldades, alguns integrantes da equipe reúnem-se entre si, a cada quinze dias para fazermos planejamento.

A participação do grupo no chat foi para refletir sobre a realidade vivenciada em seu local de trabalho, questionando como a sua equipe planeja as intervenções que dão resposta às necessidades de saúde da sua área de abrangência? Quando é feito planejamento, os interesses dos envolvidos e os possíveis conflitos são considerados?

Foi citado sobre a necessidade de reunir toda a equipe quinzenalmente, abordando os principais problemas, a fim de planejar estratégias de como solucionar os problemas e que seria necessária o incentivo do gestor e a participação da comunidade. A importância da avaliação após as intervenções é fundamental para analisar êxito.

Ao planejarmos, procuramos entender os principais problemas de todos os atores envolvidos no planejamento. Também se ouve a população e procura-se mediar os conflitos entre o que a comunidade quer e o que a equipe pode e dispõe para concretizar os objetivos planejados.

No fórum Problemas na Comunidade, discutimos como lidar com uma situação na qual tínhamos atores sociais diferentes com visões diversas. Segue abaixo algumas reflexões sobre este fórum.

Diante da situação existente encontrada pela equipe de saúde e da problemática que a população se sente mais afetada, deve ser abordada as duas situações. Acredito que deveria reunir a comunidade, equipe de saúde, gestores e órgãos competentes, e juntos discutirem uma maneira de como encontrar uma solução, planejar ações que envolva as duas situações e envolver a população.

Vemos a todo instante na mídia o elevado índice de todas as causas de violência, do desemprego, de pessoas sem ter onde morar. Para melhorar é preciso começar pelo sistema educacional, haver oportunidades de emprego, ter saneamento básico, saúde fazendo valer todos os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS, dentre outros.

Temos que entender que existem atores sociais diferentes, temos pensamentos, opiniões e desejos diferentes. Temos dois problemas enxergados por atores sociais diferentes, conseqüentemente temos obstáculos que impedem os atores de chegarem aos seus objetivos. Tendo sua importância de acordo com a perspectiva de quem os vê.

Conforme o material desta aula, problema é uma discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Neste caso a equipe acredita nas grandes complicações que Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Melitus (DM) podem causar nos usuários, e estes estão muito mais preocupados (vêm como problema) com o acesso à água, desemprego e violência. Ambos são problemas para todos os atores envolvidos. Para lidar com tal situação devemos fazer um planejamento estratégico situacional para procurarmos resolve-los.

Ao planejarmos temos que levar em conta as diferentes posições dos atores sociais e entendermos a importância de todos os problemas deles.

Uma boa idéia seria estratégia de curto/médio prazo onde deveríamos instruir (construir conhecimentos) a comunidade da importância de consultas, avaliações, tomarem a medicação e controlarem a HA e do DM. Também deveríamos enfatizar a importância do acesso à água potável, diminuir o desemprego e a violência, a equipe poderia se comprometer em ajudar esta comunidade em movimentos sociais, de articulação com os poderes executivo, legislativo e judiciário desta localidade para cobrarem dos gestores o acesso a água e melhoria dos níveis de desemprego e violência.

Mesmo sendo o planejamento em saúde um dos pressupostos do SUS, sabe-se que, na prática, não é comum que as ações em saúde sejam planejadas com a participação dos usuários. Ainda é comum que apenas os gestores planejem. Portanto, considera-se relevante divulgar a importância e conscientizar a população no tocante ao planejamento, da participação social no SUS.

4.5 TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

Para Bordenave (1983) todos os processos educativos e suas respectivas metodologias e meios, baseiam-se numa determinada pedagogia de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e modifiquem seu comportamento. A pedagogia escolhida se fundamenta em uma determinada teoria do conhecimento. O autor nos apresenta a pedagogia de transmissão; pedagogia do condicionamento; pedagogia da problematização.

4.5.1 Atividade

A pedagogia da transmissão engloba “alguém que sabe” e um que “ não sabe” para que possa se consolidar a transferência de conhecimentos. Não considerando qualquer aspecto do ensino-aprendizagem que não seja a reprodução do saber repassado. A pedagogia do condicionamento tem por sinônimo o termo domesticação, em que aquele que é ensinado emite as respostas desejadas por quem ensina. Segundo Bordenave (1983) a pedagogia da problematização concebe quem aprende como sujeito participante/ agente da transformação de sua realidade.

Dentro dessas três perspectivas, para se processar educação em saúde no âmbito da atenção básica, a pedagogia da problematização vai de encontro com a proposta de participação e controle social pela comunidade sobre as políticas, ações e serviços de saúde.

Atualmente tem sido muito utilizada para a construção do saber/conhecimento. Mas também vale ressaltar que não se descarta a contribuição das outras metodologias pedagógicas, pois o processo de construção do conhecimento é algo complexo e a capacidade de pensar e raciocinar é algo que tem forte relação com os valores e hábitos adquiridos por cada participante deste processo.

É preciso rever as práticas de Educação em Saúde, como se dá a construção e empoderamento, em que as pessoas são chamadas para conhecer, analisar e interferir na realidade vigente.

Para que possamos tornar efetivas as ações educativas no território da saúde da família, devemos tornar factível a atuação da comunidade junto aos profissionais de saúde, fazendo parcerias para melhoria da realidade da comunidade. Percebemos a real necessidade de mudança do modelo de atenção, a valorização e a promoção da educação no cotidiano da equipe de saúde e também da sociedade.

Notamos que cada vez que se aprofundava na leitura sentíamos a mudança do modo de se fazer educação em saúde. Que o novo modelo de construção do saber e que a Educação Permanente é algo que teve ser encarado como real e necessária e devendo ser compartilhado todo tipo de conhecimento gerado com este tipo de educação.

O vídeo máquinas de ensinar apresentando na 2ª aula, nos apresenta um cenário típico de campo de concentração. Uma relação aterrorizante no ensino-aprendizagem. Há um general (professor) e os seus comandados (os alunos). O tratamento do professor em relação ao aluno é de chefia, poder, desrespeito. O aluno é vítima de sarcasmo e não pode exercer sua autonomia. Não há liberdade de pensamento, de fala e de movimento.

Essa metodologia não propiciaria no âmbito da educação em saúde a participação consciente e efetiva da população nas questões referentes a sua saúde. Não traria os resultados esperados da ação educativa para promoção da saúde.

Referente à 3ª aula vimos que acolhimento é acolher o indivíduo com suas necessidades implica em dispor de conhecimento/diagnóstico situacional e um planejamento do serviço de saúde de forma que se possa garantir acesso e disponibilidade de serviço de qualidade.

Atender aos pacientes de forma humana, praticando escuta ativa, dando atenção ao que o usuário diz, respeitando suas crenças, hábitos e conhecimentos. Com o passar dos anos, devido à necessidade de mudança nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, há vários anos, em áreas específicas da assistência.

Ao citarmos os cuidado de enfermagem ao ser humano, seja voltado para a assistência direta ou para as relações de trabalho, implica essencialmente falar de cuidado humanizado. Sabemos que este cuidado está inteiramente ligado com o profissional que o executa: seu estado psicológico, físico e mental. No entanto, muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo de humanizar o cuidado (SALICIO E GAIVA, 2006).

Segundo Martins (2001), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização

Faz-se necessário acolher para que se possa assegurar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e garantir o direito que todos têm de serem atendidos. Gera confiança e compromisso entre os atores envolvidos no ambiente dos serviços de saúde.

Dentre as tecnologias de abordagem ao indivíduo, família e comunidade a que mais pode conquistar a confiança do usuário é a visita domiciliar. Propicia a equipe conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identificando as situações de risco às quais a população está exposta, conhecendo os problemas de saúde prevalentes no território.

Faz transcender o conhecimento do quadro clínico e dos problemas de saúde, para o acesso às condições de vida da população nos aspectos sócios demográficos. Propiciando que as ações de saúde sejam planejadas e executadas em conformidade com a realidade conhecida. Pode ser realizada por todos os membros da equipe de saúde da família. Este momento da visita domiciliar permite aos componentes da equipe de saúde uma reavaliação do diagnóstico situacional daquela família visitada.

O indivíduo deverá ser atendido em toda sua dimensão, e ter participação ativa na discussão de sua condição de saúde, não sendo um mero objeto na mão de quem consulta. Não pode ser considerado apenas em seu aspecto biológico.

A consulta entendida até pouco tempo como um prática exclusivamente médica, ainda traz uma demanda espontânea aos serviços por vezes repetitivas em busca de atendimento por esse profissional, porém há que se mudar a lógica a partir de um diagnóstico de necessidade e planejamento de ações em que a promoção da saúde e prevenção de doenças seja entendida como mais importante que a consulta para identificar um problema já existente.

4.6 SAÚDE DA MULHER

A realidade feminina é dura diante da correria diária enfrentada e do preconceito ainda presente na nossa realidade. Na maioria das vezes não é muito diferente os problemas enfrentados pela população de mulheres da nossa localidade, com os de mulheres de outros Estados, as de condições mais precárias ainda tem dificuldade de acesso aos serviços que garante o mínimo de dignidade.

Mesmo com o avanço extraordinário da Constituição de 1988, garantir os direitos individuais e coletivos, políticos e sociais, ainda vivemos no país que segrega os diferentes, as minorias e as mulheres.

A mulher ainda é alvo de grande discriminação por aqueles que ainda acreditam que a mulher é para ser dona de casa, esposa, gerar filhos, viver longe de preocupações sociais e por isso, enfrenta o grande desafio de mostrar que apesar de frágil, é ainda forte, ousada e firme na tomada de decisões.

O avanço feminino frente à política e economia mostra a força da mulher em perceber e apontar os problemas tendo sempre boas formas de resolvê-los assim como os indivíduos do sexo masculino, o que evidencia o erro de discriminar e diminuir o sexo feminino privando-o a apenas poucas tarefas (domésticas), garantindo assim um espaço em todos os âmbitos.

A realidade do crescimento do espaço feminino tem sido percebida pela participação da mulher em diferentes áreas da sociedade que lhe conferem direitos sociais, políticos e econômicos, assim como os indivíduos do sexo oposto.

A incorporação da mulher no mundo do trabalho tornou-se uma questão prioritária. Isso se deve não só à importância da luta pela emancipação feminina e de igualdade entre os gêneros, como pelo crescente peso específico das mulheres no mercado de trabalho. Além disso, existem serviços a serem mais adequados às aptidões e características femininas, que tem mais desempenho e produtividade.

No Brasil, as mulheres ainda hoje encontra muitas dificuldades e em desvantagens em relação aos homens, na maioria das vezes e cotada para exercer trabalhos de médio e baixo qualificação profissional, desigualdades salariais entre homens e mulheres, além de exercer dupla jornada, pois em casa tem os serviços domésticos.

A inserção da mulher no campo do trabalho se dar também pela necessidade de contribuir com a renda familiar, ou até mesmo pelo desejo de obter a realização profissional.

Por estarem inseridas no modo de produção capitalista e trabalhos domésticos, estão sujeitas a longas jornadas, uma vez que no seu domicílio elas acabam por se ocuparem mais, e na maioria das vezes por condições muito precárias (LAVINAS, 2000). Essa forma peculiar de viver, conviver e trabalhar, as mulheres necessitam cuidados especiais no ciclo de vida, como na gestação.

Durante o período gestacional e suas conseqüentes alterações fisiológicas, tanto no que diz respeito à parte física como também emocional, a mulher necessita de apoio e esclarecimentos, é um momento de grande significado. Para a grande maioria das mulheres a gestação é um período de grandes realizações e ao mesmo tempo de possíveis angústias em relação à normalidade ao ciclo gravídico.

Mesmo sendo a gestação um fenômeno normal, as mulheres grávidas precisam de acompanhamento profissional para esclarecer dúvidas, detectar alterações precocemente, a fim de que seja uma gestação sem intercorrências para o binômio mãe/filho.

É importante que o enfermeiro da ESF proporcione uma abordagem de qualidade por parte da equipe, compromisso das autoridades de saúde, e que a mulher se sinta participante do processo gestacional desde o primeiro momento em que procura a unidade de saúde até o puerpério. Devendo estas ser vistas como um ser que possui uma jornada de trabalho estendida, precisa de apoio, atenção e cuidados voltados a problemas peculiares durante o desenvolvimento de sua vida.

É fundamental que o profissional tenha conhecimento e capacidade para estabelecer uma relação de confiança e ofereça um pré-natal de qualidade e humanizado. Além de identificar gravidez de risco e possíveis problemas que possa aparecer.

A gestante deverá ser orientada da importância do pré-natal, da necessidade de uma alimentação saudável, de fazer exercícios físicos, do desenvolvimento da gestação, da imunização antitetânica e da realização dos exames solicitados.

De acordo com a transição demográfica e epidemiológica, nota-se que houve um aumento na expectativa de vida também das mulheres, possibilitando que elas passem mais tempo no climatério.

É importante a atuação do enfermeiro, assim como os profissionais da Atenção Básica ofereça uma abordagem contínua, a mulheres, e com apoio de familiares e sociedade conhecedores da história clínica, possa intervir e contribuir ativamente na promoção da saúde no climatério.

Atualmente, a Equipe de Saúde da Família e participação de outros profissionais (intersetorialidade), presta com naturalidade os cuidados adequados à mulher nessa fase de vida.

Por fim, trabalhamos e refletimos sobre as estratégias de promoção e proteção a saúde da mulher vítima de violência.

O primeiro documento internacional de Direito Humano que aborda a violência contra a mulher foi aprovado em 1993, na Assembléia Geral das Nações Unidas. Esse documento define violência contra a mulher como qualquer ato de violência baseado no gênero, que resulta, ou tenha probabilidade de resultar, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico, incluindo ameaça, coação ou privação arbitrária de liberdade, na vida pública ou privada (UNIDAS, 1993).

A violência praticada contra a mulher pode estar presente em todos os âmbitos da vida e se manifestar sob diferentes formas e inúmeras circunstâncias. Neste contexto, dentre as diversas situações de violência das quais as mulheres são vítimas, destacam-se, mais frequentemente, aquelas ocorridas no espaço socialmente estabelecido para as mulheres: o espaço privado, a família e o domicílio (GIFFIN, 1994).

A violência doméstica se refere a todas as formas de violência, e aos comportamentos dominantes praticados no âmbito familiar e esta presente na maioria da sociedade, é frequentemente invisível, sendo por vez aceita socialmente como normal, ou seja, como uma situação esperada e costumeira.

A atenção às mulheres em situação de violência ocorre de maneira fragmentada e pontual. Os serviços precisam de mais preparos para atendê-las de maneira integral. As vítimas de violências percorrem vários caminhos, em decorrência de um serviço desarticulado. O indivíduo reduz a abordagem da saúde/doença aos saberes biomédicos desarticulados do contexto biopsicossocial (LACERDA, 1998).

A lei Maria da Penha veio para mudar e garantir às mulheres vítimas de violência entre outros direitos: proteção policial imediata, inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal, assistência à mulher em situação de violência, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

No entanto tais garantias ainda são desconhecidas da maioria da sociedade, contribuindo para que os casos de violência no país ainda sejam subnotificados. Seria interessante que essa lei fosse de conhecimentos de todos e dos direitos assegurados às

vítimas de violência, através de campanhas frequentes junto à sociedade, visando, sobretudo à educação em ambientes escolares e junto às associações civis.

Nesse contexto cabe às unidades e profissionais de saúde implantar atividades de saúde que interajam com as outras instituições sociais preocupadas na promoção e proteção da saúde dessas mulheres, e se engaja na luta pela garantia dos direitos humanos.

Para tanto, o acolhimento, definido como um aspecto essencial da política de humanização, que implica a recepção da mulher, desde sua chegada na Unidade de Saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010).

Nesta perspectiva, o acolhimento realizado por enfermeiros ou outros profissionais de saúde é significativamente importante e um grande desafio, é preciso esclarecer sobre os direitos da mulher e respeitar a sua vontade.

4.7 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde busca modificar as condições de vida e saúde para que sejam dignas e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar social; para isso se faz necessário promover sempre melhores condições de vida e níveis de saúde mais satisfatórios (BUSS, 2003). Diante desse modo de ver, percebemos como um processo de constituição de sujeitos e comunidades saudáveis para monitorar os determinantes ecossociais de saúde, modificando ou protegendo os meios da vida social.

A Promoção a saúde é algo desafiador e complexa no ponto de vista político e técnico-sanitário, implicando o estabelecimento de agendas públicas e ações intersetoriais com a participação de diversos atores e organizações, envolvendo também pessoas e comunidades para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida.

Portanto, a promoção da saúde reforça o entendimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Suas orientações reduzem as situações que precarizam a vida social dos cidadãos e que podem incidir negativamente no processo saúde-doença.

As ações promovidas por órgãos competentes tem sido insuficientes nesse propósito, por isso cada vez mais a população é convocada para ser parceira e participar ativamente das ações, no sentido de adotar os hábitos saudáveis e obter uma melhor qualidade de vida.

A Carta de Ottawa é considerada como documento referência básica e fundamental das idéias da Promoção da saúde, define Promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação da mesma no controle deste processo" e propõe cinco estratégias centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde (FREITAS, 2003).

Sendo a Carta de Ottawa referência das idéias da promoção para o mundo, a Declaração de Bogotá é o termo de referências para a América Latina, trazendo como discussão seus cinco princípios fundamentais: superação das dificuldades de tipos econômico, ambiental, social, político e cultural; novas alternativas para combater simultaneamente as enfermidades causadas pelo atraso e a pobreza e aquelas derivadas da urbanização e industrialização; democracia nas relações sociais; conquista da equidade e desenvolvimento dos seres humanos e sociedades (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) enfatiza que a promoção da saúde é retomada no Sistema Único de Saúde (SUS) como a possibilidade de focar: a fome; o desemprego e subemprego; a violência; a falta de saneamento e habitação adequados; as dificuldades de acesso à educação; a urbanização desordenada; a qualidade do ar e da água deteriorada; dentre outros. A promoção da saúde deve capitalizar processos sociais e políticos que potencializem formas amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006).

Para Buss (2003) o conhecimento popular e a participação social decorrente deste como a base de formulação do conceito promoção da saúde. Partindo destas considerações, pode-se dizer que, na promoção da saúde, a participação da população não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável.

Na Carta de Ottawa é expresso como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" Visando assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que as pessoas realizem seu potencial de saúde, entende-se a promoção da saúde como um incremento do poder técnico e da consciência política das comunidades (*empowerment*) para apreensão de problemas e definição e implementação de estratégias para a conquista de ambientes que favoreçam a saúde (BRASIL, 2001)

Acerca das relações entre saúde e seus determinantes, o *empowerment* proporciona benefícios tanto individual como comunitário. Individualmente, as pessoas são estimuladas a desenvolver habilidades para agir em prol da melhoria de sua situação de vida, como, por exemplo, na luta por seus direitos de moradia. Por sua vez, quando organizados coletivamente, os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com seus pares, despertando o pensamento crítico em relação à realidade, o que favorece a construção da capacidade social e pessoal, possibilitando a transformação das relações de poder (ANDRADE, 2002).

O exercício de cidadania se faz imprescindível no processo de construção de sociedade saudável, onde todo cidadão possa ver seus direitos concretizados

4.7.1 Atividade e Plano de Ação

Após compreensão da importância de Promoção de Saúde, iniciaremos a elaboração de um plano de atividades, enfatizando o empoderamento da população e envolvimento de redes sociais de apoio, escolhendo cinco ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Ação específica da Política Nacional de Promoção de Saúde escolhidas:

1. Alimentação saudável:

Atividades desenvolvidas

- ✓ Realizar educação em saúde sobre alimentação saudável em todos os momentos oportunos na unidade básica de saúde;
- ✓ Desenvolver palestras sobre boas práticas de alimentação saudável nas escolas da comunidade;
- ✓ Criar grupos terapêuticos com pessoas que apresentam doenças metabólicas, dislipidemias, pessoas desnutridas e obesas;
- ✓ Promover ações de atividades físicas para as pessoas que necessitam perder peso;
- ✓ Incentivar o consumo de alimentos saudáveis, plantios de hortas e aumento da ingestão de frutas;
- ✓ Promover integração dos setores públicos e privados da sociedade na busca de melhorias nas políticas voltadas a boa alimentação;
- ✓ Estimular a intersetorialidade e a multidisciplinaridade na divulgação, educação em saúde e promoção do Guia Alimentar da População Brasileira;
- ✓ Divulgar de forma ampla o Guia Alimentar da População Brasileira para todos os setores da sociedade;

Resultados esperados:

- ✓ Manutenção de hábitos saudáveis de alimentação;
- ✓ Escolha de alimentos nutritivos de acordo com cada necessidade e patologia existente;
- ✓ Redução do consumo dos alimentos que podem causar danos à saúde;
- ✓ Capacidade de colocar em prática e promover o Guia Alimentar da População Brasileira,
- ✓ Percepção da importância das atividades físicas e passe a praticá-las,
- ✓ Participação contínua dos grupos terapêuticos,
- ✓ Cobrança dos governantes de políticas voltadas para a boa alimentação e que garantam o acesso aos alimentos de qualidade.
- ✓ Trabalho em conjunto de todos os profissionais e integração de todos os setores da sociedade.

Atores envolvidos (responsáveis, participantes)

Comunidade, poder público, entidades privadas, escolas, os mais variados profissionais, principalmente os da saúde, nutricionistas, profissionais da Unidade Básica de Saúde, Igreja, agricultores, imprensa e todos que queiram promover e divulgar o Guia Alimentar da População Brasileira.

Recursos necessários (materiais e humanos)

Materiais didáticos, salas, escolas, carros, caixas de som, NASF, igreja, Assembléia Legislativa, sementes para plantio das hortas e para produção agrícola, cestas básicas acessíveis às populações carentes.

Prazo

Todas as ações devem ser realizadas cotidianamente, pois a promoção da saúde deve acontecer em todos os ambientes da sociedade, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e no meio estudantil.

2. Prevenção e controle do tabagismo

Atividades desenvolvidas

- ✓ Realizar educação em saúde sobre os males do fumo à saúde;
- ✓ Promover palestras sobre os danos do fumo à saúde nas escolas da comunidade, visando reduzir os estímulos para que os jovens comecem a fumar;
- ✓ Criar grupos terapêuticos para ajudar as pessoas que demonstrem interesse de parar com o cigarro;
- ✓ Fazer articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional, visando à diminuição de propagandas e anúncios dos derivados do tabaco;
- ✓ Promover integração dos setores públicos e privados da sociedade na busca de ambientes livres de tabaco;
- ✓ Estimular a intersetorialidade e a multidisciplinaridade na divulgação, educação em saúde e promoção do acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar;

✓ Divulgar de forma ampla os benefícios que uma vida sem fumo pode trazer para si e para os que convivem com os fumantes.

Resultados esperados:

- ✓ Manutenção de hábitos saudáveis e consciência dos malefícios que o fumo traz à saúde;
- ✓ Feedback dos jovens em relação ao entendimento dos danos do cigarro à saúde.
- ✓ Aumento do número de participantes nos grupos de combate ao fumo, bem como, um maior número de pessoas que apresentem desejos em parar de fumar;
- ✓ Envolvimento de todos da comunidade para terem ambientes livres do fumo;
- ✓ Percepção da importância de uma vida sem tabaco e da qualidade de vida aumentada ao se parar de fumar;
- ✓ Participação contínua dos grupos terapêuticos,
- ✓ Garantia dos que desejam parar de fumar, a assistência de qualidade, aos profissionais e aos medicamentos quando necessários;
- ✓ Trabalho em conjunto de todos os profissionais e integração de todos os setores da sociedade.

Atores envolvidos (responsáveis, participantes)

Comunidade, poder público, entidades privadas, escolas, os mais variados segmentos profissionais, principalmente os da saúde, profissionais da Unidade Básica de Saúde, Igreja, Imprensa, mídia e setores de propaganda, bem como toda a sociedade que queira ter ambientes públicos sem fumo.

Recursos necessários (materiais e humanos)

Materiais didáticos, salas, escolas, carros, caixas de som, NASF, Autoridades Eclesiásticas, Assembléia Legislativa, grupos de combate ao tabaco, para realização de ações educativas de sensibilização e materiais para divulgar o Dia a Mundial sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto);

Prazo

As ações devem ser realizadas cotidianamente, mas podemos planejá-las em três meses e posteriormente criar seminários para avaliarmos a necessidade de melhorias destas ações bem como, fortalecer a promoção da saúde que deve acontecer em todos os ambientes da sociedade, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e no meio estudantil.

3. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

Atividades desenvolvidas

- ✓ Realizar educação em saúde sobre as boas práticas e maneiras ao trânsito;
- ✓ Implementar ações de promoção da saúde por meio da articulação e mobilização de setores governamentais, não governamentais e da população em geral;
- ✓ Capacitar os condutores de veículos de grande e pequeno porte, sensibilizando-os para as questões de violência no trânsito, suas causas, agravos e seqüelas;
- ✓ Promover e cultivar ações de educação e respeito ao pedestre;
- ✓ Desenvolver oficinas de sensibilização com os profissionais de comunicação para utilizarem os espaços da mídia como fonte de disseminação de informações sobre a questão da violência no trânsito;
- ✓ Criar estratégias de redução, mobilização e conscientização dos custos em saúde com pessoas acidentadas;
- ✓ Promover discussões intersetoriais que incorporem ações educativas, sobre o trânsito, aos jovens, estudantes e universitários; grade curricular de todos os níveis de formação;
- ✓ Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito;
- ✓ Capacitar as equipes de profissionais do SAMU na melhoria do atendimento a vítimas de acidentes de trânsito;

Resultados esperados:

- ✓ Boas maneiras e educação ao volante;
- ✓ Todos os setores da sociedade envolvidos/mobilizados na promoção da saúde e prevenção de acidentes;

- ✓ Condutores de veículos capazes de dirigir bem e com respeito aos outros motoristas e pedestres;
- ✓ Capacidade de colocar em prática as leis de trânsito;
- ✓ Percepção da importância de se dirigir com cuidado e evitar acidentes, bem como dos custos aos cofres públicos com algo evitável.
- ✓ Participação contínua dos condutores em cursos de capacitação pelos órgãos competentes;
- ✓ Governantes capazes de incentivarem as ações educativas e fiscalizações de trânsito.

Atores envolvidos (responsáveis, participantes)

Comunidade, poder público, entidades privadas, escolas, Autarquias Municipais de Trânsitos, Órgãos Estaduais de Fiscalização, os mais variados segmentos profissionais, Igreja, Imprensa e todos que queiram promover e divulgar a importância de um trânsito seguro e sem violências;

Recursos necessários (materiais e humanos)

Materiais didáticos, escolas, carros, Autoridades Eclesiásticas, atividades educativas, artísticas, lúdico-teatrais, vivências, jogos, materiais educativos e de suporte, voltados para a temática de redução dos acidentes de trânsito e a sensibilização para a prática cidadã nos espaços públicos, nos diversos equipamentos sociais.

Prazo

Em três meses podemos implementar as ações de educação, interagir com as escolas e Órgãos do Departamento de Trânsito e realizar as Oficinas; posteriormente criar seminários para avaliarmos a necessidade de melhorias destas ações bem como, fortalecer a promoção da saúde que deve acontecer em todos os ambientes da sociedade, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e no meio estudantil.

4. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

Atividades desenvolvidas

- ✓ Desenvolver ações de sensibilização e mobilização da sociedade civil organizada para o respeito aos direitos humanos;
- ✓ Contribuir para ampliação dos conhecimentos dos profissionais dos serviços públicos de saúde e os outros setores da sociedade;
- ✓ Segurança e justiça para a prestação de serviços de qualidade.

- ✓ Criar grupos terapêuticos com pessoas vítimas de violências, principalmente mulheres e jovens;
- ✓ Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- ✓ Incentivar mais investimentos, sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;
- ✓ Estimular a intersetorialidade e a multidisciplinaridade visando à melhoria no atendimento e identificação de pessoas vítimas de violência, exploração sexual e com desejos suicidas;
- ✓ Estabelecer diretrizes nacionais e locais de prevenção da violência, para que se possa avaliar as ações programáticas existentes e substanciar propostas de ações futuras.

Resultados esperados:

- ✓ Sociedade sensibilizada e mobilizada a respeito dos direitos humanos;
- ✓ Profissionais capacitados e conhecedores dos grandes problemas de violência e riscos sociais;
- ✓ Segurança e justiça agindo a contento no tocante aos problemas de violências e devida punição de infratores;
- ✓ Adesão satisfatória das pessoas vítimas de violências, principalmente mulheres e jovens;
- ✓ Gestores capacitados e sensibilizados sobre a identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;
- ✓ Congregação de todos os setores e profissionais no atendimento e identificação de pessoas vítimas de violência, exploração sexual e com desejos suicidas;

Atores envolvidos (responsáveis, participantes)

Comunidade, poder público, entidades privadas, escolas, os mais variados segmentos profissionais, principalmente os da saúde e segurança, profissionais da Unidade Básica de Saúde, Igreja, Imprensa e toda a sociedade que deseja um país sem violência e com menos injustiças sociais.

Recursos necessários (materiais e humanos)

Materiais didáticos - A Política Nacional de Humanização (PNH), salas, escolas, carros, caixas de som, NASF, Autoridades Eclesiásticas, Assembléia Legislativa, Seminários e Palestras sobre redução da violência, setores da segurança, produção de cartilhas sobre os direitos humanos.

Prazo

Todas as ações devem ser realizadas cotidianamente, embora esta ação pode demandar muito tempo, porém podemos desenvolver a maioria dos objetivos em seis meses e posteriormente tentar concluir os outros e avaliar os já implementados.

5. Promoção do desenvolvimento sustentável

Atividades desenvolvidas

- ✓ Desenvolver ações de sensibilização e mobilização da sociedade civil organizada para o respeito ao meio ambiente;
- ✓ Apoiar as instâncias decisórias e intersetoriais com objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;
- ✓ Promover a existência integrada de infra-estrutura ambiental: água, saneamento, drenagem e manejo de resíduos sólidos;
- ✓ Conscientizar os agricultores sobre o dano ao meio ambiente sobre as queimadas na preparação do solo para o plantio;
- ✓ Promover o desenvolvimento dos recursos humanos e da capacitação institucional e técnica;
- ✓ Empoderar a população de conhecimentos sobre a importância de um meio ambiente livre de poluição, dejetos e degradação;
- ✓ Promover práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;

Resultados esperados:

- ✓ Sociedade sensibilizada e mobilizada para o respeito ao meio ambiente;
- ✓ Práticas de uso e convivência com o meio ambiente de forma sustentável;
- ✓ Formulação e apoio às políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;

- ✓ Consciência formada e ações executadas no tocante a infra-estrutura ambiental: água, saneamento, drenagem e manejo de resíduos sólidos;
- ✓ Capacitação institucional e técnica dos atores formadores de opinião.
- ✓ Conhecimentos construídos, embasados e concretizados sobre a importância de um meio ambiente livre de poluição, dejetos e degradação.
- ✓ Grupos atuantes na comunidade buscando e multiplicando a importância do uso sustentável dos recursos naturais;
- ✓ Ações concretas e realizadas no campo da saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;
- ✓ Divulgação efetiva da saúde ambiental entre os agricultores e os jovens.

Atores envolvidos (responsáveis, participantes)

Comunidade, poder público, entidades privadas, escolas, os mais variados segmentos profissionais, principalmente os da saúde e meio ambiente, ONGs, Igreja, Imprensa e toda a sociedade que deseja um país sem poluição e digno de se viver sem agredir nossa outra metade o meio ambiente.

Recursos necessários (materiais e humanos)

Materiais didáticos, salas, escolas, carros, caixas de som, Autoridades Eclesiásticas, Assembléia Legislativa, Seminários e Palestras sobre o desenvolvimento sustentável, produção de cartilhas sobre o desenvolvimento sustentável.

Prazo

Todas as ações devem ser realizadas cotidianamente. Podemos desenvolver palestras em escolas, conscientização de trabalhadores rurais e jovens em três meses, a criação de grupos que multipliquem o desenvolvimento sustentável em quatro meses e as demais ações em torno de seis meses para serem implementadas e posteriormente uma nova avaliação das ações e possíveis mudanças.

4.8 SAÚDE AMBIENTAL

Já existe a lei sobre a Educação Ambiental no país. A Lei 9.795 de 27/04/1999 institui a Política Nacional de Educação Ambiental a qual reza que todos os níveis de ensino e da comunidade em geral têm direito à educação ambiental e que os meios de comunicação devem colaborar para a disseminação dessas informações. Ainda é pouco o que foi implantado nessa área (VALADÃO, 2010).

Existem duas dimensões que interagem na temática da saúde ambiental: uma é formada por práticas sociais e a outra sob a luz científica. A primeira dimensão tem a Declaração da Eco-92, na Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD) como base. A segunda utiliza a epidemiologia como modelo científico para integrar as áreas de produção, ambiente e saúde (GIRALDO, 2005; PALÁCIOS et al., 2004).

A ECO-92 foi um marco para o setor ambiental, e influenciou o setor de saúde ao colocar os seres humanos e sua saúde como objetivo principal na elaboração de políticas públicas sendo que este seria alcançado pela promoção de um meio ambiente saudável em harmonia com a produção buscando meios de conciliar o desenvolvimento sócio-econômico com a conservação e proteção dos ecossistemas da terra.

Neste sentido, o setor da saúde pública pode intervir nos processos sociais que influem na saúde humana e do meio ambiente; a integração do fator ambiente no campo da saúde da família necessita de uma abordagem interdisciplinar, e áreas do conhecimento como a Ecologia e conceitos como o da Sustentabilidade estão integrados a este processo (GIRALDO, 2005).

O envolvimento entre a ecologia e saúde, que reúnem a atividade humana com as condições do ecossistema, saúde e políticas públicas fornecem uma melhor compreensão dos processos que determinam a saúde e o bem-estar das populações. As atividades produtivas e seus efeitos negativos provocam sérias consequências na saúde do meio ambiente natural, rural e urbano, inclusive da população humana, fato que é motivo de preocupação de toda a sociedade.

Os problemas ambientais vêm de muito tempo, mas somente nos dias atuais estão mais evidentes. A degradação do meio ambiente evolui juntamente com o homem. A industrialização traz o progresso, mas junto vem consequências ambientais, como a poluição provocada pelo excesso de resíduos, que colocam em risco a biosfera.

O homem usa os recursos naturais priorizando somente o lucro em detrimento das questões ambientais. Essa ganância tem um custo alto, já visível nos problemas causados pela poluição do ar e da água e no número de doenças por consequência desses fatores.

A sociedade ainda não se conscientizou da importância do meio ambiente para sua sobrevivência. As causas das agressões ao meio ambiente são de ordem política, econômica e cultural.

No Brasil a preocupação já existe, é necessário que seja empregado investimentos na área ambiental. Com surgimento de leis ambientais rígidas e consciência ecológicas muitos problemas poderão ser evitados. A água, ar, solo, flora, fauna, homem, etc. sofrem constantemente algum tipo de degradação e isso vemos diariamente quando na mídia é noticiada seca, enchentes, tornados, dentre outros.

No mundo moderno nos preocupamos com a poluição do ar causada por transportes, instalações industriais, centrais termoelétricas, queimadas, incineração de lixo. Onde os principais poluentes são: monóxido de carbono, dióxido de enxofre, monóxido de nitrogênio, chumbo, dióxido de carbono e outros, que provocam desde sérios problemas respiratórios até as chuvas ácidas. A atividade humana é a principal causadora do fenômeno

A Inversão térmica causa concentração de ar frio junto ao solo impedindo a dispersão de poluentes eventualmente aí lançados; ocorre no inverno em centros urbanos. Ilhas de calor causam aumento da temperatura nos centros urbanos devido à concentração excessiva de cimento, asfalto, recobrindo o solo e refletindo o calor solar, e à falta de circulação atmosférica.

A Destruição da camada de ozônio causa gás instável que se encontra distribuído principalmente na estratosfera e que impede a penetração de raios ultravioletas nocivos à vida. Seu desaparecimento ou diminuição pode vir a provocar câncer de pele.

O efeito estufa causa dispersão de gás carbônico na atmosfera, devido à sua emissão por parte dos automóveis ou queimadas, provoca uma retenção das radiações infravermelhas na camada atmosférica, podendo acarretar um aumento da temperatura do planeta e trazendo como consequências o derretimento de gelo nos pólos e o aumento do nível oceânico e de vapor d'água na atmosfera.

A cada dia essas mudanças ambientais estão mais próximas de nós. É preciso nos preocupar mais com o futuro e nos comprometermos com a vida. Se olharmos para trás, veremos as modificações sofridas no meio ambiente nos últimos anos, secas, enchentes, tornados, verões mais quentes, invernos mais curtos, pouca periodicidade nas chuvas, etc. Se

não tomarmos providências urgentemente e o homem se conscientizar do seu papel agressivo o ecossistema cada vez mais demonstrará sua insatisfação

O setor da Saúde do Trabalhador serve como elo entre os processos produtivos, meio ambiente e saúde humana. A saúde ambiental ainda tem como foco as relações entre o meio ambiente e a saúde humana sem levar em consideração os impactos das atividades laborais e dos espaços de trabalhos.

O sistema brasileiro de saúde procura direcionar alguma atenção para a saúde ambiental e do trabalhador, porém esses dois setores, apesar de suas inúmeras características em comum, ainda trabalham de forma desarticulada.

O campo da saúde do trabalhador é definido, no artigo 6º da Lei no 8.080/90 como conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho consideradas como atribuições do SUS (BRASIL, 2004).

De acordo com o princípio da universalidade, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia (BRASIL, 2004).

A saúde pública já presta o atendimento ao trabalhador vítima de doença ou de acidente relacionado ao trabalho e conta com serviços especializados de vigilância sanitária e epidemiológica. É preciso quebrar barreiras com as ações fragmentadas na assistência à saúde do trabalhador e avançar na construção de ações intersetoriais e multidisciplinares e buscar dados fidedignos para subsidiar estas ações.

No ambiente de trabalho, novas tecnologias e novas relações de trabalho trazem novos valores, novos hábitos e introduzem novos riscos tecnológicos, de natureza física, química, biológica, mecânica, ergonômica e psíquica. Estes podem causar acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

O acidente de trabalho tem o caráter de um evento agudo, que causa lesão corporal ou perturbação funcional, como seria o caso de uma intoxicação aguda por agrotóxico, ou mesmo dos acidentes ocorridos no trajeto do trabalhador entre sua residência e o local de trabalho.

Estas doenças relacionadas ao trabalho podem manifestam-se de modo insidioso – como as intoxicações por substâncias químicas, a perda da audição, dermatoses, lesões por esforços repetitivos, e incluem ainda sofrimento psíquico, desgaste, doenças crônico-

degenerativas e alterações genéticas que podem se manifestar em câncer ou alterações da reprodução. Em 1999, os Ministérios da Saúde e da Previdência Social no Brasil elaboraram uma lista que discrimina 210 patologias reconhecidas como relacionadas ao trabalho (BRASIL, 1999).

Nesse contexto, a saúde ambiental e do trabalhador no SUS constituem um novo paradigma de atenção à saúde e requerem de todos os atores envolvidos uma conscientização e promoção de ações que busquem o desenvolvimento sustentável e as condições saudáveis nos ambientes de trabalho.

4.9 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE BUCAL

A descentralização da política nacional de saúde, uma das diretrizes básicas do movimento da Reforma Sanitária, aconteceu após incorporada como um dos princípios do Sistema Único de Saúde, legalizada tanto pela Constituição Federal de 1988 como pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS). A instauração da Norma Operacional Básica (NOB SUS 1993) permitiu a consolidação de avanços como a normalização do financiamento e o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do sistema (SCATENA, 2000).

Com a unificação dos serviços de saúde, o SUS propôs uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade.

O Programa Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela NOB de 1996. Somente a partir de 2000, foi estabelecido incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde, para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Até 1952, as práticas odontológicas no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (WERNECK, 1994).

A reorientação do sistema de saúde brasileiro tem contribuído com grandes mudanças na promoção da saúde e prevenção; contudo temos que valorizar a saúde bucal de forma que toda população tenha acesso.

A participação dos outros profissionais nas ações de saúde bucal é considerada obstáculo que deve ser trabalhado e que deveria haver uma maior participação de outros setores da sociedade, que a intersetorialidade fosse fundamental para ajudar na prevenção e promoção a saúde bucal.

A atenção básica em saúde bucal significa a realização de ações destinadas a identificação, prevenção e solução de dos principais problemas da população, através de tecnologias apropriadas e recursos humanos ao alcance de todos os indivíduos (PINTO, 2000).

Embora muitas mudanças, a política de saúde bucal ainda tem grandes deficiências e grande parte da população não tem os cuidados essenciais e preventivos.

Cabe a equipe procura adaptar a realidade de cada clientela de acordo com as principais necessidades, onde se procura aperfeiçoamento das ações de saúde em todos os âmbitos, inclusive de saúde bucal, permitindo entender que a promoção da saúde vem de todos os profissionais que deve ter conhecimento sobre saúde bucal.

A condição sócio-econômica pode interferir nos hábitos e comportamentos além de influenciar significativamente nos conhecimentos e na cooperação da clientela. É fundamental que todos profissionais da saúde atenda as reais necessidades em relação à saúde bucal das gestantes, para que os programas educativo-preventivos seja efetivos e contribua com melhor qualidade de vida.

Dessa forma, a equipe deve usar uma comunicação bem acessível e direcionada a realidade da comunidade local onde deverá ser transmitido à gestante conhecimento, meio de prevenção e possibilidade de tratamento odontológico durante a gravidez. Precisamos buscar adesão e conscientizar da importância ao pré-natal odontológico.

É necessário praticar a Educação em Saúde de forma continuada, atender a necessidade de saúde bucal da gestante, considerar sempre o ambiente, fatores econômicos, sociais e culturais, pode se tornar um poderoso instrumento para a estratégia de Promoção da Saúde para gestantes.

Referente à saúde bucal do idoso, ainda hoje temos alta prevalência de edentulismo (ausência total dos dentes), doenças periodontais, dentes cariados, necessidades de uso de próteses e sua má adaptação, interferindo na sua qualidade de vida.

É importante conhecer o estado de saúde bucal desse grupo etário, para que sirva de subsídio para o desenvolvimento de programas de prevenção direcionado a essa clientela.

Conforme dados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal do Ceará - SB Ceará, ampliação do Levantamento das Condições de Saúde Bucal do Brasil - SB Brasil, realizado entre 2003 - 2004, em 22 municípios cearenses, envolvendo 240 pessoas do sexo masculino e 381 pessoas do sexo feminino, entre 65 e 74 anos de idade, os resultados revelaram alta prevalência de cárie dentária e doença periodontal, porém os dados mais preocupantes na população idosa foram àqueles relativos à prevalência de edentulismo e de uso e necessidade de próteses dentárias, embora compatíveis com a realidade nacional (CEARÁ, 2005).

Neste grupo etário, os resultados do SB Ceará apresentaram os seguintes valores: 0,33% usam prótese fixa superior e 0 para inferior; 0,49% usam prótese fixa e outra

superior e 0,66% para inferiores; 2,30% usam prótese parcial removível superior e 2,46% inferior; 2,79% usam prótese parcial removível e outra superior e 2,79 inferiores e ainda 52,55% usam prótese total superior e 37,15 % usam prótese total inferior (CEARÁ, 2005).

Percebemos que mesmo reconhecendo a importância da saúde bucal, a população idosa brasileira não tem igualdade no acesso e utilização desses serviços, e que condições socioeconômicas baixas são possíveis identificar idosos com piores condições de saúde e menos acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Embora tenha avançado muito em relação à Saúde Bucal, ainda buscamos garantir o que preconiza o SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de Saúde Bucal.

Além de percebermos a necessidade de reorientação no serviço público odontológico, com políticas públicas que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças, devendo ver a parte reabilitadoras das pessoas com edentulismo, pois a falta de dentes acarreta vários problemas e dificulta a qualidade de vida das pessoas idosas.

O enfermeiro da ESF pode contribuir identificando muitas vezes essa clientela que necessita dessa assistência, além de ser facilitador nas ações educativas contribuindo para minimizar os problemas físicos e emocionais que acarreta o edentulismo, as doenças periodontais de todo tipo de clientela.

4.10 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Na Constituição de 1988, inúmeras foram os avanços relacionados a questões sociais, de garantia de direitos e de cidadania a todos. Pela legislação brasileira, toda pessoa, incluindo aquelas que apresentam deficiências, têm direito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho. Desta forma, as pessoas devem ser percebidas com igualdade, implicando assim no reconhecimento e atendimento de suas necessidades específicas (ANDRADE et al., 2007).

Nesse contexto, o surgimento de novas normas facilitam e aceleraram a integração social do portador de deficiência, tanto por uma questão social como por uma legal.

O Brasil encontra-se dentro de 1/3 dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que dispõem de legislação para as pessoas com deficiência. Vem atuando na área dos direitos humanos; na defesa de valores como dignidade, inclusão e acessibilidade; na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos como educação, saúde, transporte e segurança (BRASIL, 2010).

As pessoas com deficiências estão entre as mais estigmatizadas e com baixo nível de escolaridades, segundo os dados do Censo Demográfico de 2000. No Brasil, revelaram-se que 24,6 milhões de indivíduos se reconhecem com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 14,5% da população. Segundo a OMS, 10% da população de cada país é portadora de algum tipo de deficiência física, sensorial (visual e auditiva) e mental (IBGE, 2000).

O Decreto nº 3.298, de 20/12/1999, regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, definindo deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho da atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 2005).

De acordo com a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, o termo deficiência significa “uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (BRASIL, 2006).

As Leis nº 10.048 e no 10.098, ambas de 2000, estabelecem as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida e define “acessibilidade como possibilidade e condição de alcance para

utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2006)

Essas leis foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296/2004, que dispõe sobre o atendimento prioritário a pessoas com deficiência, trata da implementação da acessibilidade arquitetônica e urbanística, do acesso aos meios de transporte, do acesso à informação e à comunicação, da tecnologia assistiva e estabelece o Programa Nacional de Acessibilidade e o Comitê de Ajudas Técnicas (BRASIL, 2005).

Nesse sentido essas Leis e decretos defendem o direito a igualdade de condições, melhorias na condição de vida, em razão do desenvolvimento e do progresso sócio-econômico; e estabelecendo inúmeras diretrizes que assegurassem direitos individuais e sociais (saúde, educação, seguridade social, legislação) a serem seguidas pelos estados membros.

Para que ocorra a promoção de acessibilidade e inclusão social é de fundamental importância que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à pessoa com deficiência. Também é necessário que essas unidades de saúde forneçam ajudas técnicas que são produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologias adaptadas ou especialmente projetadas para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida (BRASIL, 2006).

Recentemente, a política nacional de saúde para as pessoas com deficiências, aprovada no Conselho Nacional de Saúde e publicada pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 10.060/2002, trouxe o detalhamento para as ações tanto no Sistema Único de Saúde e nas diversas instâncias governamentais, como nas relações intersetoriais e nas de parceria com as organizações não-governamentais da sociedade. A proposição central desta política é “reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social” – e “proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências” (BRASIL, 2006).

O termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e/ ou cirúrgico e uso de óculos convencionais.

A 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 for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2006).

Para o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), em 1983, em pesquisa por amostragem de 100/1 a 400/1 domicílios urbanos foram identificados 175.352 cegos, sendo que apenas 10.287 receberam assistência para sua incapacidade, destes, 9.140 haviam sido examinados por médico. Por outros profissionais, 339; 808 tiveram mais de um tipo de atendimento; os dados não são claros quanto a tratamentos de habilitação ou reabilitação (PAGLIUCA,1996).

É importante que o enfermeiro da ESF conheça políticas públicas, e que seja estejam cada dia mais presente na vida dessas pessoas portadoras de deficiências, focando uma melhor qualidade de vida e que todos os profissionais de saúde possam trabalhar de forma humanizada e consiga se comunicar de forma que venha a contribuir, orientando meios de prevenir esse tipo deficiência que acomete várias pessoas; a realização de um pré-natal de qualidade poderá evitar problemas oculares congênitos, é fundamental também a realização no recém nascido do teste credé, além de exames de acuidade visual no período pré-escolar, orientação quanto a prevenção de acidentes domésticos e de acidentes ao idoso e ao deficiente visual.

Nesse contexto, desde a invenção do método Braille e com os avanços de novas tecnologias a pessoa cega retomou cada vez mais o convívio social e a comunicação tornou-se possível, embora ainda seja necessário aprimorar conhecimentos dos profissionais de saúde sobre essa forma de comunicação para que a pessoa deficiente se sinta tratado igual a qualquer pessoa.

A deficiência auditiva é a 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 (BRASIL, 2006).

Os dados do Censo Demográfico de 2000 descrevem uma prevalência de 3,5% de algum tipo de deficiência auditiva na população brasileira (IBGE, 2000).

Considera-se, em geral, que a audição normal corresponde à habilidade para detecção de sons até 20 dB N.A (decibéis, nível de audição).

Muitas são as limitações do individuo com deficiência auditiva, pois é essencial para a aquisição da linguagem falada, sua deficiência influi no relacionamento da mãe com o filho e cria lacunas nos processos psicológicos de integração de experiências, afetando o equilíbrio e a capacidade normal de desenvolvimento da pessoa.

É importante detectar precocemente a deficiência auditiva e encaminhar para tratamento adequado, prevenindo a perda total e o uso de aparelhos.

Todas as mulheres devem ser vacinadas contra a rubéola, que constitui uma das principais causas de surdez congênita em nosso País, além de acompanhamento pré-natal, imunização infantil contra sarampo, meningite, caxumba, dentre outros.

O teste da orelhinha, também conhecido como Triagem Auditiva Neonatal (TAN), passou a ser obrigatório, é o método mais eficaz para constatar problemas auditivos em recém-nascidos e prevenir a surdez. Apesar disso, ainda não é feito em larga escala é preciso avaliar a audição nas primeiras 48 horas de vida.

As Línguas Brasileiras de Sinais (LIBRAS), assim como as Línguas de Sinais (LS) são meios que podem ser utilizadas por pessoa que tem contato com o surdo facilitando sua comunicação.

A pessoa portadora de deficiência física apresenta “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções” (BRASIL, 2006).

Na área da saúde a legislação garante as pessoas portadoras de deficiências acesso à promoção da saúde, visita domiciliar, atendimento médico diferenciado e programas de saúde específicos, de tal modo que estas pessoas tenham acesso à rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação, bem como a tratamento adequado nos estabelecimentos de saúde público e privado (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, muitos são os problemas identificados nas cidades brasileiras, a ausência de políticas públicas para a implementação de uma infra-estrutura urbana que respeite os portadores de deficiência física, não exacerbando as suas limitações inerentes as suas peculiaridades.

O portador de algum tipo de deficiências tem de conviver com suas limitações físicas, sofrem, com as limitações ambientais impostas por construções mal projetadas, onde, o meio-fio das vias públicas, em geral, não apresenta rampas de acesso em bom estado de conservação para a passagem de cadeiras de rodas; os edifícios não possuem elevadores; não há locais específicos destinados ao estacionamento de deficientes nas áreas mais

movimentadas dos centros urbanos; assim como, os meios de transporte coletivos não priorizam as pessoas com necessidades especiais.

A acessibilidade favorece o convívio com as diferenças, diminui a distância, rompe as fronteiras entre as pessoas deficientes que, viviam em mundos isolados e distantes.

A deficiência é, portanto, uma expressão da diversidade humana e apenas se torna uma questão de injustiça quando a estrutura básica da sociedade não consegue tratá-la com equidade, impondo às pessoas com deficiência barreiras físicas ou morais e de dificuldades de acesso aos ambientes sociais.

As diversas expressões da deficiência, tais como as representadas por restrições de habilidades mais leves ou as deficiências graves, exigem do Estado ações e instrumentos legais que permitam a construção de uma proteção social às pessoas deficientes. A proteção social pode se expressar por meio de políticas de inclusão ao mercado de trabalho, ações de inclusão na educação ou políticas de assistência social.

A expressiva incidência de pessoas deficientes na sociedade brasileira transforma o tema da deficiência em uma questão social que exige do Poder Público ações no sentido de promover os direitos de cidadania das pessoas que a experimentam, seja por meio das políticas sociais ou outros instrumentos que garantam a justiça.

4.10.1 Atividade

Ao responder o roteiro de observação, tive a convicção de que o local em que trabalho está muito atrasado em relação à realidade de uma pessoa com deficiência, seja ela, visual, auditiva ou física. Passei a observar melhor, e percebi que não temos ruas com semáforos com dispositivo sonoro, não temos semáforos com tempo para passagem de cegos, as unidades de saúde estão totalmente despreparadas para pessoas com deficiência, sem rampa, sem sanitários apropriados e nem mobiliários.

Enfim, o que tenho observado é a falta de sensibilidade dos gestores com relação à Pessoas com Deficiência, pois se nenhuma medida foi tomada, nota-se o descaso aos cuidados em saúde desses pacientes. Entretanto, eu, como profissional da saúde, me pergunto como fomentar gestores, quando estes são escravos dos seus gabinetes, e não oportunizam os profissionais de buscar um consenso para formatar uma política de inclusão das pessoas portadoras de deficiência, já que não temos nenhuma adaptação às necessidades especiais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade desse estudo foi de conhecer o trabalho que o enfermeiro vem desenvolvendo nas Equipes de Saúde da Família no sentido de contribuir para a transformação dessas práticas, tendo por referência o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o Programa Saúde da Família.

Acreditamos que construir novos modelos de processo de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção, é tarefa urgente a ser realizada pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

Procurou-se ressaltar as condições vigentes na implementação da atual proposta de trabalho no PSF, do governo brasileiro, conduzido em um contexto neoliberal e fortemente influenciado pelo modelo biomédico e de divisão e organização do trabalho.

Os enfermeiros e as instituições necessitam ter clareza das condições vigentes, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracasso não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais.

Vimos que as condições de trabalho em saúde se deterioraram no Brasil, em virtude do aumento das demandas em saúde de uma grande parcela da população empobrecida e desprotegida socialmente, ao mesmo tempo em que o setor de saúde é submetido a rígida contenção de custos.

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência.

É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação. Há concretizações e sonhos de novas pautas de conduta, de revitalização da prática de sujeitos ética, política e socialmente diferenciados, de novas parcerias e de mudanças institucionais, perpassando o PSF.

No cenário brasileiro, muitos foram os avanços na esfera da legislação vigente; contudo, tais iniciativas não asseguram que de fato os cidadãos estão protegidos. Merecem

melhor análise outros elementos que interferem na destinação de recursos públicos para a assistência à saúde: o papel da economia de mercado e a insuficiência do orçamento do Estado.

Salientamos que muitas são as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da ESF, a demanda é grande e freqüente, a equipe é desfalcada, os recursos humanos são insuficientes, isso dificulta as ações educativas e a qualidade na assistência.

Conclui-se neste estudo, que além do profissional enfermeiro, toda equipe do PSF, enfrenta constantes entraves sociais, políticos, econômicos na prestação da assistência, onde todos são prejudicados, do profissional que não consegue oferecer um serviço de qualidade ao usuário que se depara com o serviço de saúde em precárias condições de atendimento.

Consideramos que, a partir deste estudo, possa ser discutido um novo modelo e reestruturar um novo modo de consolidar o Programa Saúde da Família efetivamente resolutivo, garantindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, G. R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Cien Saude Colet**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANDRADE, M. S. A. et al. Pessoas com deficiência rumo ao processo de inclusão na educação superior. **Revista Digital de Pesquisa CONQUER da Faculdade de São Francisco de Barreiras**, v.1, 2006. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/revista/index/php/conquer.article/view/pdfinterstitial>. Acesso em: 20 jun. 2011.

BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.14, n. 1, p. 97-104, 2010.

BORDENAVE, J. E. D., **Revista Interamericana de Educação de Adultos**. v. 3, n. 1-2, OPAS, Brasília, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta eletrônica do CNS**. Publicação do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 29 de junho de 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/carta_eletronica_29062010.pdf. Acesso: 20 jun. de 2011

_____. Ministério da Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Constituição (1988). **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília, Distrito Federal: Senado, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Acessibilidade**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de saúde mental**. Porto Alegre; Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/MS/GM, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**: equipes de saúde bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

_____. **O SUS e um dos seus Dilemas**: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-53.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Ceará 2005**. v. 5, Fortaleza: SESA, 2007

_____. Secretaria da Saúde do Estado. **Levantamento das condições de Saúde Bucal – SB Ceará**: ampliação do Levantamento das condições de Saúde Bucal do Brasil – SB. Brasil. Fortaleza, Ce: SESA, 2005.

FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-159.

GIFFIN K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad Saúde Pública**.v. 10, supl. 1, p. 146-155, 1994.

GIRALDO, Lia Augusto. Teoria e prática na ação do sanitarista: A Questão da Saúde e do Ambiente. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9 - 26, 2005.

HUERTAS, F. **Entrevista com Carlos Matus** – O Método PES, 1 ed., São Paulo, Ed. FUNDAP, 1996, p.12

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2000**. Acesso 20 Jun. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov>. Acesso em: 15 jun. 2011.

LACERDA, E. **O sus e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1998.

LAVINAS, L. SORJ, B. BARSTED, L. JORGE, A. **Trabalho a Domicílio: novas formas de contratualidades**. Textos para discussão Ipea, IPEA .v.7, n. 17, p.1-48, 2000.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001

MEHRY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. São Paulo: DMPS/FCM/UNICAMP [mimeo], 1999.

_____. **Razão e Planejamento**, 1 ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D.Andrea (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

OMS-UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978, 1979.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências**. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

PAGLIUICA, L. M. F. A arte da comunicação na ponta dos dedos: a pessoa cega. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, p. 127-37, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nspe/v4nea13.pdf>>. Acesso em: 22 jun 2011.

PALÁCIOS, M.; CÂMARA, V.; JESUS, I.; Considerações sobre a epidemiologia no campo de práticas de saúde ambiental. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 2, abr/jun, 2004

PARANÁ. Secretaria do Estado. **Definição de Saúde Mental**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>. Acesso em: 20 jun. 2011.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. Ed. São Paulo: Santos, 2000.

PIRES D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enfermagem**2000;13:83-92. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000200011&script=sci_arttext>. Acesso: 02 jul. 2011.

ROCHA, J. B. B. O trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família em Floriano/PI . Rio de Janeiro: **Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ**, 2006.

SALICIO, D.M.B.S, GAIVA, M.A.M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2006; 8(3):370-6. Available from: Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm. Acesso: 05 jun. 2011.

SCATENA, J. H. G. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso** [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

VALADÃO, LUCI. **Educação Ambiental - alternativa para um futuro ecologicamente correto. 2010.** Disponível em: <http://manguezalnovavida.blogspot.com/2010/04/existe-saida.html>. Acesso: 02 jun. 2011

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. **Planejamento participativo na escola: um desafio ao educador.** São Paulo : EPU, 1986.

WEIRICH, C.F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 06, n. 02 p.172-180, 2004 . Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>. Acesso em: 20 jun. 2011.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** Niterói. 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.