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

OSVALDO DE BRITO SANTIAGO JÚNIOR

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E IMPACTOS PARA A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS UBS

QUIXERAMOBIM
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

A658i Santiago Júnior, Osvaldo de Brito.

Curso de Especialização em Saúde da Família: reflexões e impactos para
. a atuação do cirurgião-dentista nas UBS / Osvaldo de Brito Santiago Júnior. – 2011. 46f.: il. color

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

Orientação: Prof. Ms.Kariane Gomes Cezário
Co-orientação: Profa. Esp. Solange Monteiro Moreira

1. Saúde da Família. 2. Cirurgião-Dentista. 3. Educação à Distância. I. Título.

CDD 362.1

OSVALDO DE BRITO SANTIAGO JÚNIOR

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E IMPACTOS PARA A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS UBS

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: Ms. Kariane Gomes Cezário

QUIXERAMOBIM
2011

OSVALDO DE BRITO SANTIAGO JÚNIOR

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES E IMPACTOS PARA A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS UBS

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Ms. Kariane Gomes Cezárioi– Orientadora

_____

Prof. Ms. Antonio Marcos Machado de Sousa (1º Avaliador)

_____

Prof. Esp. Solange Monteiro Moreira (2º Avaliador)

Aos meus pais pelo esforço que fizeram para me dar uma educação de qualidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está sempre presente em todos os momentos da minha vida, cuidando de mim de um jeito especial.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. A partir deste ponto surgiu a Estratégia Saúde da Família sendo entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A educação permanente em saúde, processo que se inicia com a conclusão da formação profissional básica e obtenção do título profissional, visa aprimorar e aprofundar seus conhecimentos e capacidades repercutindo diretamente na qualidade dos serviços prestados. Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência de aprendizagem e os impactos profissionais na atuação do Cirurgião-Dentista mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família através da apresentação dos portfólios produzidos ao longo do Curso. O presente trabalho se propõe a relatar as experiências adquiridas confrontando-as com cada disciplina do presente curso mediada pelos tutores presencial e virtual do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial, que ocorreu no período de agosto de 2010 a setembro de 2011. Ao longo do curso foram desenvolvidas diversas atividades com a função de facilitar o aprendizado, tanto virtuais como presenciais, dentre elas: realização dos portfólios, chats, trabalhos em grupo e tarefas individuais. No final de cada disciplina era realizado um portfólio, o qual resumia os conhecimentos adquiridos, sendo postados no ambiente para ser avaliado e atribuído uma nota. Para sua construção foram utilizados artigos científicos (tanto os disponibilizados pelo ambiente como os de livre acesso na web), matérias postadas em sites e blogs de saúde, matérias jornalísticas e relatos de caso. No final do curso, a fim de realizar o tcc, foi definido que os portfólios de cada disciplina comporiam o desenvolvimento do trabalho. Neste momento muito especial da minha vida profissional vejo que meu modo de viver a Estratégia de Saúde da Família está totalmente diferente. Como Cirurgião-Dentista, devido à própria graduação, através de uma formação muito técnica, voltada apenas para o atendimento no consultório. Contudo, no decorrer do curso pude perceber que minha linha de trabalho começou a ampliar-se de tal forma que estou conseguindo conciliar a rotina do atendimento odontológico às atividades de educação a saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Cirurgião-Dentista; Educação à Distância.

ABSTRACT

The Health System - SUS - was created by the Constitution of 1988 and regulated by Law No. 8080/90 and No. 8142/90, Organic Laws of Health, in order to change the situation of inequality in health care of population, making the public service to all citizens, and prohibited collection of money under any pretext. From here came the Family Health Strategy is viewed as a strategy for reorienting the care model, operationalized through the implementation of multidisciplinary teams in primary health. Permanent education in health, a process that begins with the completion of basic vocational training and obtain the professional title, aims to enhance and deepen their knowledge and skills directly impacting the quality of services provided. The objectives of this paper describes the experience of learning and the impacts on the role of professional Dental Surgeon mediated Specialization in Family Health by submitting the portfolios produced during the course. This paper proposes to describe the experiences gained by comparing them with each course of this ongoing mediated and virtual tutors, Specialization in Family Health offered by the Federal University of Ceará in partnership with the Open University of the SUS, in the form semi-presence, which occurred from August 2010 to September 2011. Throughout the course were developed several activities with the task of facilitating learning, both virtual and face, including: implementation of the portfolios, chats, group work and individual tasks. At the end of each course was held a portfolio, which summarized the knowledge acquired, being posted in the environment to be evaluated and assigned a grade. For its construction were used scientific articles (both provided by the environment as free web access) materials posted on websites and blogs health, news reports and case reports. At the end of the course in order to perform the CBT, it was decided that the portfolios of each discipline make up the development work. In this very special moment of my professional life I see that my way of living in the Family Health Strategy is totally different. As a dentist, because of the grading itself, through a highly technical training, directed only to attend the clinic. However, during the course I realized that my line of work began to expand in such a way that I'm able to reconcile the routine activities of dental health education.

Keywords: Family Health, Dentist, Distance Education.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EAD: Educação à Distância

ESF- Estratégia de Saúde da Família

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

ADS: Área Descentralizada de Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**11**
2	**METODOLOGIA**	**14**
3	**RESULTADOS E DISCUSSÃO: PORTFÓLIOS**	**15**
3.1	**Educação à Distância**	**15**
3.2	**Processo de Trabalho em Saúde**	**15**
3.3	**Modelo Assistencial e Atenção Primaria à Saúde**	**22**
3.4	**Saúde Mental e Violência**	**23**
3.5	**Saúde da Mulher no Ciclo Vital**	**24**
3.6	**Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família**	**25**
3.7	**Atenção Básica à Saúde no Contexto da Saúde Bucal**	**26**
3.8	**Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência**	**28**
3.9	**Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**	**32**
3.10	**Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**	**35**
3.11	**Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde**	**42**
4	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**43**
	REFERÊNCIAS	**44**

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. É destinado a todos os cidadãos sendo financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. Tem como objetivo tornar-se um importante mecanismo de promoção da eqüidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. A Estratégia de Saúde da Família surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Segundo ALVES 2011, a educação em saúde não deveria ser normativa e centrada somente na culpabilização do educando mas sim estimulá-lo na mudança de hábitos e comportamento sem nenhuma imposição. Apartir de tal informação podemos chegar a seguinte conclusão: é mais efetivo um diálogo o qual os dois participam do que quando apenas o “Dr.” impõe o conhecimento, sem a participação da comunidade, ou seja, para que se consiga educar e estimular bons hábitos de saúde à população é necessário que haja um diálogo, onde todos os anseios e opiniões dos pacientes sejam levados em consideração antes de se iniciar as ações.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005).

Para que se possa, na prática, atingir com sucesso os objetivos propostos pelo SUS na Estratégia de Saúde da Família é necessário que se busque meios que facilitem o acesso e efetividade das ações desenvolvidas, para isso é necessário que haja uma busca pela constante educação permanente em saúde. Consistindo na articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos. Tem como função buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, considerando as experiências e as vivências de cada um, e, com isso, promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino.

A metodologia de ensino do seguinte curso consistia na Educação Semi-Presencial (EaD). PAULON (2009) diz que tal metodologia consiste em um processo educativo sistemático e organizado que exige não somente múltiplas vias de comunicação entre os participantes do processo, como também a instauração de uma certa grupalidade. A escolha de determinado artefato tecnológico é, então, efeito, e não causa, como simplificadamente poderia se pensar, do projeto político-pedagógico que justifica a criação de um dado processo educativo. No caso de um curso-intervenção com objetivo de formar apoiadores institucionais de uma política pública, que tem como propósito reencantar os princípios do SUS, fica ainda mais evidente a relevância e delicadeza que esta escolha metodológica supõe.

No Curso de Especialização em Saúde da Família foi buscado desenvolver nos profissionais/alunos participantes o estímulo em aprimorar essa educação permanente que consequentemente refletirá no trabalho das equipes nas áreas de saúde. Um desafio muito

presente é o de considerar a habilitação profissional orientada para as necessidades de saúde da população, ou seja, tornar a rede de serviços e suas equipes competentes para realizar a atenção às necessidades sociais por saúde. Dessa forma, que a Especialização em Saúde da Família criou condições para o debate, para a problematização, ajudando a identificar as necessidades de formação de acordo com as situações apresentadas pelos colegas, ajudando a identificar as potencialidades do grupo, estabelecendo parcerias e reconhecendo as prioridades a serem trabalhadas.

Sou dentista e trabalho desde 2010 no município de Quixeramobim, atuei em ESFs da sede e do interior. Sinto-me honrado e imensuravelmente agradecido pela oportunidade de ser aluno do curso de Especialização da Família que me fez evoluir e melhorar o atendimento à minha população através de uma Educação Permanente em Saúde.

Os objetivos do presente trabalho foram relatar a experiência de aprendizagem e os impactos profissionais na atuação do Cirurgião-Dentista mediados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família através da apresentação dos portfólios produzidos ao longo do Curso.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho se propõe a relatar as experiências adquiridas confrontando-as com cada disciplina do presente curso mediada pelos tutores presencial e virtual do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Aberta do SUS, na modalidade semi-presencial, que ocorreu no período de agosto de 2010 a setembro de 2011.

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

Ao longo do curso foram desenvolvidas diversas atividades com a função de facilitar o aprendizado, tanto virtuais como presenciais, dentre elas: realização dos portfólios, chats, trabalhos em grupo e tarefas individuais. No final de cada disciplina era realizado um portfólio, o qual resumia os conhecimentos adquiridos, sendo postados no ambiente para ser avaliado e atribuído uma nota. Para sua construção foram utilizados artigos científicos (tanto os disponibilizados pelo ambiente como os de livre acesso na web), matérias postadas em sites e blogs de saúde, matérias jornalísticas e relatos de caso. No final do curso, a fim de realizar o tcc, foi definido que os portfólios de cada disciplina comporiam o desenvolvimento do trabalho.

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

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: APRESENTAÇÃO DOS PORTFÓLIOS

3.1 Educação a Distância (EaD)

O método de Educação a Distância (EAD), para muitos é considerado um meio de inserir o maior número possível de estudantes no ensino superior, sem pensar na qualidade dos futuros profissionais formados, contudo, tal característica vem sendo substituída por uma nova visão na qual as tecnologias da informação e comunicação passaram a serem usadas de forma útil ao desenvolvimento da educação a distância, deixando de lado o estigma de inferioridade ao ensino presencial. O ensino semipresencial tem inúmeras vantagens que a tornam acessível a muitas pessoas que por se verem sufocadas por uma exaustiva jornada de trabalho não conseguem frequentar uma universidade com ensino presencial diariamente, dentre elas podem ser citadas: acesso em qualquer local que possua internet, presença do tutor online para tirar dúvidas, material didático online, etc. Tudo isso fará com que o profissional tenha maior facilidade em absorver os conteúdos ministrados com a mesma qualidade de como se estivesse em sala de aula.

3.2 Processo de Trabalho em Saúde

3.2.1 O Município de Quixeramobim

A cidade é o mais antigo município do Sertão Central e tem hoje mais que 73.515 habitantes (segundo estimativa do IBGE 2009). É banhada pelo rio Quixeramobim, o maior afluente esquerdo do Rio Banabuiú. sendo o 17º município do Estado em índice populacional. Possui uma densidade demográfica de 16,46hab/km² e um crescimento geométrico anual de 0,97%. A economia do Município tem sua base na Agricultura, Pecuária, Comércio, Indústria e Serviços. Quixeramobim destaca-se por ter o maior rebanho bovino leiteiro do Estado, onde possui aproximadamente 60.000 cabeças de bovino e produz 110.000 litros de leite/dia. Possui também rebanhos significativos de: ovino, caprino, suíno, asinino, muar e galináceo. As culturas mais desenvolvidas em nosso município são: Feijão, Milho, Arroz, Algodão e Fruticultura.

Possui uma área territorial de 3.579km². Equivalente a 2,44% do Estado. É o terceiro maior do Estado do Ceará. O município é dividido em 12 distritos: Sede, Belém, Nenelândia,

Uruquê, Lacerda, Paus Brancos, Damião Carneiro, Passagens, São Miguel, Encantado, Manituba e Berilândia.
Quixeramobim é um município de uma grande riqueza cultural, terra de filhos ilustres, como Antônio Conselheiro, líder da guerra de Canudos e Fausto Nilo, arquiteto e grande compositor da música popular brasileira.

Possui 18 equipes de SF, sendo 8 na sede e 10 distribuídas nos distritos, e uma das dificuldades encontradas aqui também é a questão da rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente os médicos. E possui também uma Unidade de Pronto Atendimento, que cobre todo o município, dando prioridade para os casos de urgências e para as áreas que estão sem médico.

3.2.2 Unidade Básica de Saúde de São Miguel e Reflexões sobre o Processo de Trabalho em Saúde.

A Unidade de Saúde da Família de São Miguel, que abriga a ESF da ADS 02, foi inaugurada a cerca de 10 anos e está situada na estrada principal de acesso ao distrito. Sua estrutura foi planejada e financiada pelo PROARES, contudo no decorrer dos anos, devido à falta de manutenção da mesma, houve um grande sucateamento de sua estrutura física. Sendo que tal fato se torna um dos motivos pela grande rotatividade de profissionais, no consultório Odontológico, por exemplo, o teto não é forrado e não possui ar-condicionado tendo a higiene e conforto no ambiente extremamente comprometido.

O prédio, apesar de não estar em boas condições, apresenta um amplo espaço, tanto interno como externo, tendo uma sala de espera que suporta cerca de 30 pessoas, além dos consultórios Médico, Enfermagem e Odontológico; Sala de Recuperação; Sala de Situação (onde são realizadas as reuniões de avaliação dos agentes de saúde); Copa; Expurgo; Sala de Esterilização; Sala de Curativo e Imunização.

A unidade não está bem equipada, apresentando equipamentos deteriorados e sem realização periódica de manutenção, tudo isso acompanhada da frequente falta de material de consumo (anestésico local, limalha, mercúrio, sistema adesivo, gaze) tem sido motiva de muitas reclamações da população, que se vê prejudicada em relação a outras ADS com muito menos famílias cadastradas.

A demanda de atendimento também é um fator bastante complicado de lhe dar aqui na ADS02. É a maior área do município, tendo 8 distritos e cerca de 1550 famílias cadastradas.

- **A Equipe da ADS02**

É formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Ana Lúcia de Souza: Atendente do Médico;

Antonia Iracema Cavalcante Barbosa: Auxiliar de Saúde Bucal;

Antônia Lucileuda da Silva: agente comunitária de saúde do distrito de Castelo;

Antônio Carlos da Silva: agente comunitário de saúde do distrito de Riacho Verde II;

Antonio Gaia: Auxiliar de Enfermagem;

Antonio Oliveira Sobrinho: Auxiliar de Enfermagem;

Cleonilda Martins Fernandes: Técnica de Enfermagem;

Eridan Moreira de Melo: Técnica de Enfermagem;

Erivanda Moreira de Melo: Auxiliar de Enfermagem;

Erivando: Auxiliar de Enfermagem;

Francisca Ferreira de Sousa: agente comunitário de saúde do distrito de Jardim;

Francisca Gardênia Lima: agente comunitário de saúde do distrito de Santa Isabel;

Francisca Luciana de Sousa Martins: agente comunitário de saúde do distrito de Lagoa Cercada;

Francisca Marília Amâncio Genuíno: agente comunitário de saúde do distrito de São Miguel;

José Amâncio Sobrinho: Zelador;

Liduína Virgílio Maciel: agente comunitário de saúde do distrito de São Miguel;

Luis Amâncio da Cunha: agente comunitário de saúde do distrito de São Miguel;

Manoel Lopes de Sousa: Motorista;

Manuela Estevam: Enfermeira;

Marciana da Silva: Auxiliar de Enfermagem;

Maria de Fátima Quirino: agente comunitário de saúde do distrito de Forquilha;

Maria do Socorro Bernardo Arcelino: Auxiliar de Serviços Gerais

Maria Xavier Silva: Agente comunitária de saúde do distrito de Riacho Verde I;

Osvaldo de Brito Santiago Júnior: Cirurgião-Dentista

Zenaibe Ferreira da Silva: Agente comunitária de saúde do distrito de Riacho do Algodão.

- **Funcionamento e Dia-a-Dia da Unidade**

A unidade de saúde funciona de 07:30 às 16:00, sendo que não temos intervalo para almoço como de costume, apenas para almoçar. A Equipe de Saúde Bucal organiza seus atendimentos através do agendamento das consultas, com entrega de fichas respeitando o dia de cada localidade (as fichas são entregues mensalmente às agentes de saúde no dia da avaliação, sendo que cada ACS terá seu dia no calendário que propositalmente é o mesmo que para os demais serviços ofertados), com exceção dos atendimentos de urgência, o qual damos preferência no atendimento e os pacientes vindos de outras áreas com autorização da Secretaria de Saúde.

Na ADS02 são realizados procedimentos básicos em Dentística Restauradora, Periodontia, Endodontia e Cirurgia, sendo os mais complexos encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas. Por dia são atendidos cerca de 16 pacientes, sendo 10 agendados e 6 urgências, essa metodologia de trabalho foi escolhida com o intuito de realizar o maior número de procedimentos possível em cada paciente a fim de diminuir o número de sessões e consequentemente diminuir os gastos de transporte dos pacientes.

Mensalmente tiramos um dia do mês para irmos a cada escola da área para realização de atividades educativas (escovação supervisionada, aplicação tópica coletiva de flúor gel, palestra educativa) a fim de estimular a prática de saúde bucal com as crianças, à medida que elas são mais fáceis de serem condicionadas e transferirem os ensinamentos para os outros membros de suas famílias. É importante lembrar que semanalmente é obrigação do ACS realizar a escovação supervisionada, essa ação coletiva gera resultados bastante significativos, à medida que cerca de 3600 escovações são realizadas por mês.

No calendário da ADS está incluído o dia de avaliação dos ACS, os quais devem apresentar um caderno com o nome de todos os pacientes que receberam ficha e a frequências dos alunos que realizaram escovação supervisionada semanalmente. Após expostas todas as informação necessárias, o Dentista, o Médico e a Enfermeira darão uma nota conceito que se converterá em bônus no pagamento de cada ACS.

A unidade possui um conselho comunitário de saúde o qual se reúnem de 2 em 2 meses, as reuniões ocorrem na sede da ADS, na qual junta-se todos os integrantes da equipe mais algumas lideranças locais onde é discutido os principais problemas relacionados a saúde comunitária e suas possíveis soluções. Toda a pauta discutida é entregue a secretaria municipal de saúde que se responsabilizará de avaliar e planejar ações em prol da região.

3.2.3 O Processo de Trabalho em Saúde

A Estratégia Saúde da Família, como o próprio nome já diz, foi desenvolvida para atender as famílias, de maneira integral e holística. O que nós profissionais de saúde vemos em relação os objetivos apresentados por nós que fazemos a Estratégia Saúde da Família, é que eles divergem dos objetivos apresentados pelos pacientes usuários desse sistema.

Desde nossa formação acadêmica aprendemos que o PSF foi desenvolvido para que houvesse um acompanhamento geral do processo de saúde da população, e para isso foi colocado um profissional de cada área para que isso fosse possível. Mas na realidade o que acontece é que observamos no nosso dia-a-dia é que a população procura por um atendimento imediatista, está com um pouco de indisposição, por exemplo, procura a Unidade de Saúde, o profissional a atende, passa uma medicação se necessário essa pessoa vai embora e só procura o posto novamente se apresentar outro problema, não possuem o hábito de fazer um acompanhamento, como é objetivado por nós profissionais.

Tal situação muitas vezes é agravada pela falta de comunicação e humildade de muitos profissionais com seus pacientes fazendo com que haja na relação de ambos um “muro” que restringe a apenas a consulta (na maioria das vezes muito rápida, devido a demanda) sem nenhuma relação afetiva.

Já população por sua vez precisa se conscientizar que o PSF não é uma Unidade de Pronto Atendimento, estamos ali para realizar também ações preventivas, educativas e entre outras, não apenas curativa.

3.2.3.1 O Processo de Trabalho em Atenção Básica de Saúde

A comunicação é uma ferramenta de suma importância nas relações humanas, principalmente se levarmos em consideração que para o sucesso de qualquer empreendimento é necessário que inúmeras cabeças entrem em consonância no intuito de chegarem a um denominador comum.

Na saúde não é muito diferente, principalmente no PSF, pois à medida que uma política em saúde defende a humanização no atendimento, a integralidade e o tratamento preventivo se faz necessário que haja uma boa comunicação entre os profissionais, profissional/gestor, profissional/paciente e ultimamente, devido a grande “valorização” dos pacientes em prol da desvalorização do profissional (más condições de trabalho, excessiva demanda de pacientes, remuneração defasada) se faz necessário uma revisão da relação gestor/paciente, pois ao aceitar como verdade, sem consultar ambas as partes, todas as reclamações feitas pela comunidade à coordenação tem levado a um problema seríssimo no

processo de trabalho em saúde, que de certa forma prejudica bastante o trabalho do profissional.

Apesar de tal situação influenciar na autoestima do profissional, não se deve ser usado como desculpa para a realização de um atendimento medíocre. O profissional, para obter resultados positivos e melhorar a qualidade de saúde de sua comunidade deverá manter uma boa relação afetiva com seus pacientes, pois a medida que os mesmos se sentem importantes e com acesso à equipe, poderá haver uma grande evolução e facilidade para que os pacientes consigam usufruir com eficiência de todos os setores do sistema público de saúde, transformando um atendimento puramente curativo em preventivo.

3.2.3.2 Modelo de determinação social

O processo de determinação social em saúde, atualmente, tem se tornado algo bastante complexo, no sentido de que cada ser deve ser tratado de acordo com suas particularidades, pois cada pessoa, apesar de fisicamente semelhantes com os outros, socialmente encontra-se bastante distinto sendo influenciado principalmente pelo meio social o qual está inserido.

No sistema da saúde pública essa definição poderá ser subdividida em: Determinantes Sociais em Saúde, Redes sociais e solidariedade no processo de trabalho em saúde e em Mapa cultural da família diante dos determinantes sociais para que haja melhor entendimento.

3.2.3.3 Determinantes sociais individuais:

Quando falamos em saúde, ao contrário das outras áreas de conhecimento, nada é 100% e nenhum paciente é igual ao outro (mesmo em caso de gêmeos, apesar do mesmo genótipo haverão várias diferenças devido a manifestação de seu fenótipo), ou seja, caberá ao profissional ter o discernimento em respeitar tanto físico, psicológico como sociologicamente as diferenças de cada pessoa, pois todos esses fatores com certeza influenciarão no resultado do tratamento implementado.

3.2.3.4 Redes sociais e solidariedade no processo de trabalho em saúde:

As redes sociais são caracterizadas pela associação de pessoas, normalmente de forma voluntária, que buscam discutir melhorias e ações para uma determinada comunidade. Quanto maior a renda per capita e o grau de instrução da associação maior também será a sua organização e seu caráter solidário, pois quanto à medida que uma pessoa não tem a necessidade de aumentar sua renda a mesma se vê apta a prestar serviços de forma voluntária.

Outro fator resultante dessas associações que também é importante ser citado é que quanto maior for a posição da pessoa na sociedade maior será sua condição de saúde

sistêmica, a medida que aliado a esse status social vem um elevado nível intelectual, boas condições de trabalho, boa moradia e boa alimentação.

3.2.3.5 Determinação social da saúde

A determinação social em saúde, que a primeira vista apresenta-se como um indicador de saúde o qual varia de positivo a negativo de acordo com a renda da família na verdade se mostra em seu sentido mais amplo como um determinante psicossocial.

Nesse caso tal determinante irá variar de acordo com o nível de sucesso/insucessos, realizações/frustrações etc., ou seja, todos os fatores que podem influenciar na saúde mental do cidadão. Apesar de inúmeras patologias como câncer, AIDS e cardiopatias culminarem nos óbitos de milhares de pessoas no mundo as doenças mentais atualmente, vem se mostrando como o principal fator que leva a perda de anos de vida "saudável".

3.2.3.6 Mapa cultural da família diante dos determinantes sociais para que haja melhor entendimento:

Toda essa relação profissional/sociedade que vem gerado bastante polêmica no contexto das relações em saúde tem muitas variáveis que poderão agravar ou amenizar tal atrito, ou seja, o nível sócio cultural da família que resumidamente foi apresentado no material didático que será exposto abaixo:

Evidências das determinações sociais		
Família	Saúde	Escola
Famílias marginalizadas	Um prédio	Um prédio
Famílias semi-marginalizadas	Local onde vai pedir esmola	Local onde vai pedir esmola
Famílias Miseráveis	Onde pede remédio	Merenda escolar, vender merenda
Famílias com primeiro estímulo ao desenvolvimento	Venda de ficha médica, marcar o lugar na fila	Buscar o emprego
Famílias em desenvolvimento	Curar doenças	Buscar o diploma
Famílias estimuladas a produção capitalista	Curar doenças	Formar seus empregados
Famílias com patrimônio	Exames periódicos de saúde	Formar seus empregados

capitalista		

3.3 Modelo Assistencial em Saúde

Para que nós profissionais de saúde possamos atender com o maior nível de excelência possível é necessário que alguns critérios sejam atendidos, pois são os mesmos que nortearão os nossos trabalhos na busca da qualidade do cuidado prestado aos indivíduos, às famílias e à comunidade.

No caso da Dona Maria, ficou evidenciada características que se enquadram nos atributos de qualidade do cuidado em saúde, sendo expostos a seguir:

- Eficácia: A paciente buscou atendimento há oito anos queixando-se de cefaleia, tendo sido diagnosticada com o quadro de hipertensão arterial sistêmica. O que ficou evidenciado no caso clínico é que o profissional estabeleceu um tratamento à base de anti-hipertensivos, ou seja, o membro da equipe posicionou-se eficazmente perante a queixa do paciente, resolvendo seus problemas de forma eficaz.
- Eficiência: Pelo que foi exposto o atendimento a paciente foi realizado de maneira bastante eficiente fato provocado principalmente pela grande demanda nos atendimentos no SUS.
- Efetividade: Esse tópico diz respeito a união de Eficácia e Eficiência. O atendimento ofertado pelo profissional à Dona Maria foi mais eficiente que eficaz, pois resolveu apenas momentaneamente o problema da paciente à medida que poucos dias depois a paciente apresentou um quadro de AVC.
- Oportunidade: A paciente não teve a oportunidade no decorrer de sua vida de realizar um tratamento preventivo ou de controle de sua P.A. enquanto não estava tão descompensada, tendo seu monitoramento realizado somente após a mesma apresentar os sintomas de crise hipertensiva/AVC.
- Continuidade: A paciente Dona Maria logo após ser diagnosticada como hipertensa e ser medicada, ou não foi acompanhada pela ACS ou por seus familiares, fato que culminou na irregularidade na administração dos medicamentos que provavelmente levou a evolução do quadro clínico de hipertensão a um acidente vascular cerebral. Outra situação identificada no caso diz respeito ao pós-operatório da paciente, apresentando-se emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito.
- Acessibilidade: A paciente Dona Maria, morava antigamente na zona rural, fato que de certa forma dificulta o acesso ao sistema de saúde, levando a paciente a ficar desassistida

em relação sua saúde. A mesma só passou a ter acesso à rede pública de saúde após se mudar para a comunidade de Vila Formosa, coincidência ou não, nos anos subsequentes a paciente começou a relatar alguns problemas de saúde.

- Legitimidade: Este atributo diz respeito à representação social de uma ação, ou seja, no caso do atendimento ao paciente hipertenso a aferição de pressão arterial é um procedimento rotineiramente realizado nos mesmos e também em pacientes que não apresentam distúrbios no sistema cardiovascular.

3.4 Saúde Mental e Violência

Saúde Mental tema que antes era definido, visto, trabalhado e enfrentado de uma maneira, mas que com o advento da reforma psiquiátrica, teve seu quadro modificado, com ela buscou-se construir um novo estatuto social para o doente mental, para garantir-lhes respeito, cidadania e direitos, características estas que antes não faziam parte da vida dos cidadãos portadores de doenças mentais, pois na maioria das vezes eram tratados em condições totalmente desumanas, situações de humilhação, isolamento, sem privacidade, com requintes de crueldade. Com a reforma psiquiátrica foi observado que para se tratar uma doença mental é preciso muito mais do que somente um lugar onde se possa "jogar" os doentes, onde possa isolá-los, deixa-los afastados das suas famílias que muitas vezes têm medo de seus familiares adoentados, onde são amarrados, submetidos a choques elétricos, pois era assim que eram tratados. É necessário que se trabalhe a psiquiatria, que se tenha profissionais capacitados para lidar com essas pessoas, que as tratem como pessoas, que busquem a cura das mesmas e sua reinserção na sociedade, e não o afastamento.

Umas das mudanças que ocorreram com a reforma psiquiátrica foi a criação dos CAPS, que têm como um de seus principais objetivos atender a população, realizando um acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possibilitou-se a organização de uma rede que substituísse o Hospital Psiquiátrico. Eles são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário, acolhem pessoas com transtornos mentais, promovem a inserção social dos mesmos, dão suporte a atenção à saúde mental na rede básica.

A partir daí podemos encontrar uma incrível mudança nos protocolos de atendimentos à pacientes portadores de necessidade especiais. O paciente que antes era isolado da sociedade passou a conviver com seus familiares e amigos sem perder o foco em seu tratamento, ou seja,

as intervenções passaram a contar com o apoio essencial da meio social do paciente aliado às práticas clínicas rotineiras e tradicionais.

Tal fato fez com que houvesse uma maior aceitação por parte dos próprios pacientes, pois os mesmo não se veem mais enclausurados em “jaulas”, mas sim como um ser participante e importante na sociedade em que vive.

Nós enquanto profissionais de saúde, que no nosso dia a dia nos deparamos com pacientes mentais, precisamos conscientizar a população, e principalmente as famílias, sobre o que é a doença mental e a importância de ter os familiares juntos para que se possa alcançar a melhoria na qualidade de vida desses doentes, e uma possível cura, que com certeza, será mais provável se o doente não tiver que enfrentar a doença, sozinho.

3.5 Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Desde muito tempo em todo o mundo havia diferença entre os sexos, existiam serviços que eram para homens e trabalhos que eram para mulheres, existia um salário para o homem e um inferior para a mulher, existiam direitos para os homens que as mulheres não os possuíam e o sexo feminino era tachado como o sexo frágil. Mas esse quadro aos poucos vem mudando.

Na nossa realidade enquanto profissionais de saúde cuidadores de mulheres, vemos que de frágil não têm nada, são elas que muitas vezes carregam nas costas a responsabilidade de toda família, elas mesmas puxam para si essa responsabilidade, elas se preocupam com a saúde, com a alimentação, com as condições e a qualidade de vida dela e daqueles que a cercam.

Achei de fundamental importância se trabalhar essa disciplina, de vermos a mulher nos seus diversos aspectos. Com essas aulas foi possível entendermos um pouco do que é ser mulher, conhecer seus direitos, pois só conhecendo é que reivindicamos, se não temos informação do que é direito nosso, não lutamos para que eles sejam cumpridos. Um ponto que achei interessante ser abordado, foi a questão do pré-natal, possibilitou a mim, obter um conhecimento mais a fundo sobre os cuidados que essas gestantes requerem, e não apenas no período da gestação,mas também após o parto.

Embora não seja da nossa prática profissional enquanto cirurgião dentista, aspectos ginecológicos e reprodutivos, é essencial que saibamos a respeito desses pontos, pois eles afetam o psicológico dessas mulheres, dependendo da fase da vida que se encontra, a mulher se apresenta de uma maneira, pode ficar mais sentimental, chorosa, mau humorada. O profissional precisa conhecer as características de cada fase da vida, para saber lidar com sua paciente.

A questão da violência, quando é física, as vezes é possível ao fazermos o exame da boca identificarmos que foi agressão, é nessa hora que o profissional precisa saber cuidar dessa vítima, prestar-lhe os cuidados necessários, tanto ao corpo quanto ao espírito.

Certifico que essa disciplina em muito me ajudou para minha melhoria como profissional de saúde, me ajudou a ver a mulher pelos seus diversos aspectos e sentimentos.

3.6 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

3.6.1 Saúde Ambiental

Atualmente, é impossível imaginar uma saúde que não tenha o meio ambiente como tema. Assim como não podemos deixar de discutir o meio ambiente sem questionar o sistema capitalista, ou ainda, o crescimento econômico. Somando esses dois fatores, chegamos a equação do tão falado desenvolvimento sustentável.

Como você pode ter um meio ambiente menos poluído, diminuir o aquecimento global e evitar a destruição da camada de ozônio com uma cultura que prima pelo consumismo descontrolado? Apesar de haver uma conscientização das pessoas em relação ao meio ambiente, elas continuam consumindo. Significa dizer que uma cultura de sociedade de consumo não se desconstrói do dia para noite.

Enquanto imperar este modelo, de desenvolvimento a qualquer custo, enquanto o homem achar que é o dono da natureza e esta, está aí para servi-lo, todas as previsões sobre as consequências da devastação ambiental, por mais pessimistas que possam parecer, tendem a se concretizar. A palavra preservar não existe, o que realmente existe é o lucro e o lucro se consegue com mais produção e mais consumo de produtos, geralmente supérfluos, destinados ao deleite de uns poucos privilegiados.

É vital que a sociedade se conscientize de que não é mais possível continuar neste caminho, é preciso entender que as futuras gerações têm de viver neste mesmo planeta e que nós somos os responsáveis para que os nossos filhos e netos tenham, ainda, esse lugar.

3.6.2 Acidente de Trabalho

Sob todos os aspectos em que possam ser analisados, os acidentes e doenças decorrentes do trabalho apresentam fatores extremamente negativos para a empresa, para o trabalhador acidentado e para a sociedade.

Anualmente, as altas taxas de acidentes e doenças registradas pelas estatísticas oficiais expõem os elevados custos e prejuízos humanos, sociais e econômicos que custam muito para o País, considerando apenas os dados do trabalho formal.

O somatório das perdas, muitas delas irreparáveis, é avaliado e determinado levando-se em consideração os danos causados à integridade física e mental do trabalhador, os prejuízos da empresa e os demais custos resultantes para a sociedade.

A incorporação das boas práticas de gestão de saúde e segurança no trabalho no âmbito das micro e pequenas empresas contribui para a proteção contra os riscos presentes no ambiente de trabalho, prevenindo e reduzindo acidentes e doenças e diminuindo consideravelmente os custos.

3.7 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

3.7.1 Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: Gestantes e Bebês

A maioria das gestantes ficam muito felizes e ansiosas esperando a chegada dos seus bebês e esquecem que a procura ao dentista é tão essencial quanto o inicio do pré-natal, aliás, a realização de uma consulta odontológica deve fazer parte do pré-natal da gestante Neste período, a mulher passa por inúmeras alterações hormonais que também afetam a saúde bucal através do aumento da acides oral aliado a diminuição dos cuidados com a higiene oral. Sendo tal situação resultado da total atenção da mãe com o futuro bebe. O atendimento odontológico a gestante não é muito diferente dos outros, apenas alguns critérios devem ser avaliados como, por exemplo:

1. No primeiro trimestre não é recomendado à realização de tomadas radiográficas, pois nesta etapa há uma grande fragilidade do feto podendo influenciar na formação do mesmo;
2. Não existe um risco quanto à anestesia local, desde que o dentista conheça os efeitos dos anestésicos. Deve-se levar em conta que a grávida pode apresentar uma elevação da pressão arterial, apesar de também poder apresentar uma hipotensão relativa à posição quando colocada deitada de costas. Possui ainda um potencial para hipoglicemia, falta de ar, taquicardia, além de uma queda súbita da pressão arterial e náusea pela manhã;
3. Contudo caberá ao profissional avaliar o custo-benefício antes de realizar um procedimento mais invasivo, devendo sempre ser enfatizado e obedecido a necessidade do uso dos EPIs e a situação da gestação da paciente. Um meio bastante interessante de buscar a adesão desses pacientes ao tratamento odontológico é através de palestras educativas e principalmente mostrando as mesmas a influência de uma

boa saúde bucal no desenvolvimento do bebê, além de marcar as consultas no dia do pré-natal pois será mais confortável para a gestante.

3.7.2 Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: crianças, adolescentes e adultos

O atendimento odontológico no PSF, apesar de muitas vezes não apresentar sincronia com o restante dos programas do posto tem conseguido atender a população de maneira organizada e principalmente valorizando a promoção a saúde bucal.

No que diz respeito ao calendário mensal de atendimento odontológico, o que se faz necessário na minha área é apenas a divisão entre gestantes e pacientes com necessidades especiais (incluídos diabéticos, hipertensos e pacientes especiais).

Tal fragmentação, que vem sendo muito discutido pelos colegas é reflexo de uma grande demanda a qual somos expostos e sejamos realistas, é muito diferente realizar 20 atendimentos médico-enfermagem do que 20 atendimentos odontológicos, aliando procedimentos cirúrgicos a clínicos, lhe dando em quase 100% dos casos com dor sem a menor biossegurança e tendo que apressar para não terminar depois do atendimento do profissional médico.

Caros colegas, devido as atuais circunstâncias, minha opinião é que somente após a IGUAL VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF é que poderemos pensar em discutir sincronia entre profissionais, pois ao questionarmos algumas atitudes dessa categoria que prejudicam a harmonia da equipe, das duas uma: ou somos demitidos ou o profissional pede demissão e toda a área fica descoberta.

3.7.3 Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida

Historicamente, as ações preventivas e educativas em saúde bucal foram tradicionalmente dirigidas às crianças e gestantes, em ações individuais ou coletivas. Os cuidados destinados à população idosa têm sido sistematicamente excluídos das programações de saúde bucal em nível coletivo, ficando restritos às ações em pacientes que procuram individualmente os serviços da odontologia, sobretudo no âmbito particular. Conforme dados do IBGE, o último censo demográfico demonstrou um aumento da população idosa em virtude do aumento da sua expectativa de vida. O atendimento ao idoso requer uma maior e mais diversificada atenção da classe odontológica a esse grupo.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, as ações aos diversos grupos populacionais (etários étnicos etc.) têm se expandido, principalmente em razão dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Essa ampliação da atenção requer uma

maior aproximação dos profissionais da saúde com os grupos populacionais excluídos dos cuidados em saúde, em especial os institucionalizados. Com o aumento da expectativa de vida, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento, cresce o número de idosos sem a cobertura das ações em saúde e saúde bucal.

Especificamente para o grupo de idosos, as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal apontam que "a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida". Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos na unidade de saúde, em instituições e casas de repouso para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode-se, igualmente, garantir atendimento clínico individual do idoso, evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para esse grupo, devem-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004).

A odontologia, em consonância com as associações de classe, as faculdades de odontologia e os prestadores de serviço, deve estar ciente e alerta para este tema, de modo a ampliar os estudos nessa área. Considerando-se que a saúde bucal é fundamental para a manutenção da qualidade de vida, justifica-se o presente trabalho, que tem o intuito de observar as relações das condições clínicas gerais e psicossociais com as sistêmicas e de saúde bucal na qualidade de vida da população.

Na região norte-nordeste tal situação ainda é mais agravada. Tal fato é consequência de uma dieta precária, pouca instrução e educação e acima de tudo falta de assistência odontológica. Contudo, pode ser questionado: como pode tal situação num atual processo de evolução socioeconômico dessa área do pais? Muito fácil, esse processo é recente e tal carência de saúde bucal é resultado de uma vida toda, ficando facilmente evidenciado na discrepância de dessedentados totais entre idosos e adultos jovens.

3.8 Atenção Básica em Saúde de Pessoas com Deficiência

3.8.1 Deficiência Visual

3.8.1.1 Acesso aos Serviços de Saúde Pública de Pacientes com Comprometimento Visual :

A adoção de ambientes saudáveis requer intervenções com articulação intersetorial e participação social visando à consecução do direito à saúde e a melhoria das condições de vida da população. Por sua vez, saúde e condições de vida remetem ao conceito de acessibilidade que é associado a acesso a arquitetura, comunicação, instrumentos, programas, atitudes, cultura, dentre outros.

Em se tratando das Pessoas com Deficiência-PCD, o conceito acessibilidade define diretrizes discutidas e aprovadas em eventos nacionais e internacionais. No Brasil, o acesso dessas pessoas está regulamentado pelo Decreto 3298/99, pela Lei nº 10.098/2000 e pela NBR9050 da ABNT. Essa última fixa as condições e os padrões de medidas exigíveis para propiciar as melhores e mais adequadas condições de acesso às vias públicas e ao mobiliário urbano. Em solo brasileiro, existem 24.537.984 pessoas com algum tipo de deficiência física, 5.750.809 com deficiência auditiva e 16.573.937 com deficiência visual. Na Paraíba, há 271.591 pessoas com algum tipo de deficiência física; 159.715 com deficiência auditiva e 473.222 com deficiência visual. Em se tratando das PCD, as barreiras arquitetônicas e atitudinais são representações da violência simbólica instituída, em parte, pela naturalização da ação dos atores sociais e das instituições e, em parte, pelo desconhecimento do ordenamento jurídico que ampara esses indivíduos. Daí porque, é consenso que, dentre os usuários do Sistema Único de Saúde-SUS, as PCD física e/ou visual são as que enfrentam as maiores dificuldades de acesso, sinalizando a necessidade de ampliação de estudos que tragam avanços nessa área.

O acesso urbano às UBS é permeado por condições em que se percebe que os gestores pensaram no atendimento às PCD, mas as soluções apresentadas não atendem às reais necessidades desses usuários devido ao uso restrito e inadequado das normas técnicas. O acesso dessas pessoas às UBS é permeado pela violência simbólica, caracterizada pela carência de adaptação e ambiente não acessível no seu interior. A dificuldade de acesso às UBS sinaliza o conflito entre os pressupostos da NBR9050 e as diretrizes emanadas da Cartilha da PNH Ambiência que recomenda assistência visando a produção de sujeitos e o processo de trabalho, o respeito a privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, e a funcionalidade do trabalho de modo a promover a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É necessário que se induza a uma consciência crítica e reflexiva de modo a influenciar a minimização de obstáculos, ou otimizar o acesso das PCD física e/ou sensorial e propiciar uma nova abordagem do processo assistencial na busca da promoção da saúde e qualidade de vida desse segmento social. Por fim, é preciso que os gestores e as equipes de saúde adotem uma prática centrada em ações resolutivas das dificuldades de acesso dos usuários aos serviços, priorizando a assistência integral, universal, equitativa. Que essas ações sejam transformadoras das atitudes e comportamentos nas relações interpessoais e que valorize o controle social.

3.8.1.2 Acesso à Saúde Bucal

A saúde bucal depende de um conjunto de condições biológicas e psicológicas, e além de possibilitar ao indivíduo exercer funções como falar, mastigar e deglutir, também interfere na sua autoestima e no seu relacionamento social.

A deficiência visual, seja a cegueira ou a baixa visão, impõe restrições ao desenvolvimento seguro e confiante no ambiente, interfere no conhecimento do próprio corpo e na inter-relação entre as coisas e as pessoas, influenciando, principalmente, nas atividades de auto-cuidado e mobilidade. Segundo dados do Censo realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existiam no Brasil 34,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência visual, com aproximadamente 148.000 indivíduos portadores de cegueira e 2,4 milhões de pessoas apresentando grande dificuldade de enxergar.

As maiores necessidades odontológicas do deficiente visual estão relacionadas com as suas dificuldades de aprendizado e de manutenção de uma higiene bucal adequada, pois podem apresentar pouca habilidade motora para realizarem uma higiene bucal satisfatória, o que poderia levar ao acúmulo de placa bacteriana dental, resultando em processo inflamatório gengival e/ou na instalação da cárie dentária. Além da falta de confiança em usufruir do atendimento odontológico, a medida que se encontra totalmente vulnerável frente ao Cirurgião-Dentista devendo antes de tudo se desenvolver uma relação de extrema segurança pois só assim o paciente poderá aderir ao tratamento naturalmente.

3.8.2 Deficiência Auditiva

A audição desempenha um papel principal e decisivo no desenvolvimento e na manutenção da comunicação por meio da linguagem falada, além de funcionar como um mecanismo de defesa e alerta contra o perigo que funciona 24 horas por dia, pois nossos ouvidos não descansam nem quando dormimos.

A deficiência auditiva traz muitas limitações para o desenvolvimento do indivíduo. Considerando que a audição 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.

Ainda hoje, a sociedade conhece bem pouco, os portadores de deficiência. Esse desconhecimento se reflete, por exemplo, na ausência de estatísticas brasileiras tanto a respeito de seu número real quanto das formas de assistência disponíveis, de sua integração social e de sua inclusão no mercado de trabalho.

Idealmente, a surdez deve ser diagnosticada o mais cedo possível, mas não é o que acontece na maior parte das vezes. Com freqüência a criança fica sem atendimento até o momento de ir para a escola. Quanto mais tempo se passa, maiores são as dificuldades de desenvolvimento – tanto no campo da linguagem quanto nos níveis social, psíquico e cognitivo.

A Unidade Básica de Saúde deve primeiramente trabalhar na prevenção da surdez, ou pelo menos no diagnóstico precoce, pois quando há problemas, o diagnóstico precoce permite que a família seja orientada desde o primeiro momento, recebendo informações de profissionais (médico, psicólogo, fonoaudiólogo) e tendo apoio para cuidar do desenvolvimento da criança.

Depois de o médico diagnosticar uma perda auditiva, e identificar o grau dessa perda, ele precisa encaminhar a criança para um tratamento fonoaudiológico integrado, a ser feito pelo fonoaudiólogo, com a equipe que for considerada necessária. Dependendo do caso, o profissional competente indicará o uso de um aparelho auditivo.

Muito se preocupa com o paciente portador de alguma deficiência no que diz respeito a educação, mas o surdo não precisa apenas de escola.É indispensável que lhe seja oferecido atendimento nos aspectos médicos relacionados com a surdez, bem como orientação familiar e suporte emocional, procurando facilitar o desenvolvimento de suas potencialidades, levando-o a fazer escolhas e responsabilizar-se por elas e oferecendo-lhe as mesmas oportunidades disponíveis para as pessoas que não são portadoras de deficiência.

Receber o surdo e facilitar seu acesso a todos os espaços sociais (escola, postos de saúde, parques, festas, empresas, teatros, cinema, museus etc.) é a contrapartida para que exista realmente integração e participação dessas pessoas na sociedade.

É importante que o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), através de parcerias, qualifique profissionais que venham contribuir com ideias inovadoras para acolher o surdo e incluir na sua própria comunidade. Este acolhimento pode ser prestado por qualquer profissional da equipe que saiba se comunicar em LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), em que o surdo vai se acolhido quando for recepcionado por alguém que saiba se comunicar e ter suas dúvidas esclarecidas, podendo participar de palestras e outras atividades como qualquer morador da comunidade.

A Inclusão do surdo em um território é de lutas e conflitos onde o portador da deficiência que tem necessidades, encontra dificuldade na comunicação e a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode contribuir para elevação dos elementos que possam aproximá-lo da comunidade, onde poderá compartilhar da mesma língua.

A inclusão social dos portadores de necessidades especiais, nos serviços de saúde, é um fator essencial na qualidade dos serviços prestados, a comunicação com esta população torna o atendimento humanizado, e esse é o caminho a ser seguido pelos profissionais de saúde para melhor lidar com os pacientes deficientes auditivos, a questão da comunicação, estudar essa comunicação pode ser uma solução para a melhoria da prestação de cuidados de saúde a esses pacientes.

3.9 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

3.9.1 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade

3.9.1.1 Práticas Educativas em Saúde

A Educação em saúde tem como objetivo desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico. A promoção da saúde consiste em atividades dirigidas à transformação do comportamento de indivíduos, família e comunidade.

Os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos.

Desta forma, sustenta-se no entendimento de que é o produto de um amplo aspecto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição; habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos, incluindo o planejamento familiar e a paternidade responsável.

Atividades de educação para a saúde interativas com a comunidade e escola podem promover a conscientização tanto dos alunos quanto dos responsáveis pelas crianças sobre sua co-responsabilidade para melhoria das condições de saúde bucal da coletividade e que através de uma abordagem humanística, mais próxima da realidade social e menos tecnicista, é que grande parte dos problemas de doença cárie e periodontal que acometem as populações infantis poderão ser minimizados.

O profissional de saúde deve visar a promoção de saúde de seu paciente necessitando de forte base humanística para deixar de vê-lo como um ser fragmentado em pedaços, onde a super especialização é mais valorizada que a visão holística do Ser.

3.9.1.2 Bases Teóricas de uma Práxis Educativa

O que não pode acontecer no processo de ensino é aquele que ensina se sentir soberano, achar que o ensinado não tem nada a acrescentar a esse processo, que ele está alí para aprender e não questionar ou expor opiniões. Há muito se pensou que educar era como fazer um bolo, seguir uma receita, tem que fazer assim, pois do contrário o processo não se concretiza, mas na realidade não funciona dessa maneira, tem que haver adaptações afinal vivemos com seres humanos, que são diferentes, agem diferente, pensam diferente, aprendem diferente, têm crenças diferentes, portanto não podem seguir uma regra, precisam de exceções. Nós profissionais de saúde temos que ter esse processo de ensino em mente com todas suas peculiaridades, pois diariamente temos que trabalhá-lo, na educação em saúde, afinal não basta apenas passar uma medicação, ou no meu caso fazer uma restauração dentária, é preciso ensinar e fazer com que esse paciente queira cuidar de sua saúde bucal.

Trazendo o vídeo mostrado para a nossa realidade, de saúde, é possível perceber que a ditadura que o professor sofria em casa com sua mulher, ele levava para a sala de aula, ele imprimia um regime de regras, o aluno era obrigado a aprender, e não incentivado a buscar o conhecimento. Foram esses os pontos que me chamaram atenção e me levaram a refletir que não podemos levar nossos problemas de casa para o trabalho, e que uma pessoa não pode ser obrigada a prender algo, é preciso mostra-la por que é importante que ela aprenda tal coisa, e incentivá-la a buscar esse conhecimento.

3.9.1.3 Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade - Parte 1

O acolhimento consiste na abertura dos serviços para a demanda, facilitando os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos, assumindo o serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Na atual política de humanização do Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância, pois engloba as dimensões ética, compromisso com a importância do outro; estética, dignificação da vida e do viver; política, compromisso coletivo com as potencialidades de todos.

A organização da demanda que necessita de intervenção clínica odontológica é sempre um dilema para gestores e profissionais de saúde bucal. O desafio de organizar o “não organizável” é algo a ser alcançado pelas UBS que, com esta experiência, vem desenvolvendo uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, readequando a agenda de acordo com a realidade encontrada, fortalecendo a parceria ensino-serviço, ampliando o vínculo com a comunidade levando ao desenvolvimento de um espaço democrático de ações de prevenção e educação em saúde ampliando assim o acesso ao serviço odontológico.

O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa.

O trabalho dos profissionais de saúde se desenvolve direta ou indiretamente vinculado a grupos humanos. Em diversas situações, estão presentes as influências da interação destes com grupos sociais (família e comunidade). O modelo de reuniões em grupos tem sido uma forma adequada de auxiliar na promoção da compreensão de situações enfrentadas pelo indivíduo, como a gestante. A participação dos casais e de sua família com enfoque em esclarecer dúvidas, tranquilizar os temores e orientar sobre as modificações fisiológicas da gravidez, sobre o processo da parturição e sobre os cuidados com o recém-nascido favorece a troca de experiências e ajuda a desfazer o ciclo de ansiedades e temor.

A Dinâmica de Grupos Operativos consiste numa técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-lo.

Essa tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os membros do grupo. Assim, a aplicação do termo "operativo" significa um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação. Os profissionais de saúde seriam responsáveis por propiciar condições favorecedoras do processo de aquisição de conhecimentos, que favoreceriam mudanças no controle das doenças crônicas não-transmissíveis.

3.9.1.4 Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade – Parte 2

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos.

O profissional que normalmente toma a ponta e maior intensidade e proximidade com a comunidade são os ACS os quais na grande maioria das vezes residem em seu setor de atuação. Sua ação é supervisionada pelo profissional Enfermeiro, Médico e Cirurgião–Dentista, os quais mensalmente avaliam a produção de cada agente de saúde, ou seja, cabe a nós profissionais de nível superior avaliar os dados coletados e direcionar nossas ações de saúde de acordo com as necessidades de cada distrito.

3.9.2 Bases Teóricas de uma Práxis Educativa

O que não pode acontecer no processo de ensino é aquele que ensina se sentir soberano, achar que o ensinado não tem nada a acrescentar a esse processo, que ele está alí para aprender e não questionar ou expor opiniões. Há muito se pensou que educar era como fazer um bolo, seguir uma receita, tem que fazer assim, pois do contrário o processo não se concretiza, mas na realidade não funciona dessa maneira, tem que haver adaptações afinal vivemos com seres humanos, que são diferentes, agem diferente, pensam diferente, aprendem diferente, têm crenças diferentes, portanto não podem seguir uma regra, precisam de exceções. Nós profissionais de saúde temos que ter esse processo de ensino em mente com todas suas peculiaridades, pois diariamente temos que trabalhá-lo, na educação em saúde, afinal não basta apenas passar uma medicação, ou no meu caso fazer uma restauração dentária, é preciso ensinar e fazer com que esse paciente queira cuidar de sua saúde bucal.

Trazendo o vídeo mostrado para a nossa realidade, de saúde, é possível perceber que a ditadura que o professor sofria em casa com sua mulher, ele levava para a sala de aula, ele imprimia um regime de regras, o aluno era obrigado a aprender, e não incentivado a buscar o conhecimento. Foram esses os pontos que me chamaram atenção e me levaram a refletir que não podemos levar nossos problemas de casa para o trabalho, e que uma pessoa não pode ser obrigada a prender algo, é preciso mostra-la por que é importante que ela aprenda tal coisa, e incentivá-la a buscar esse conhecimento.

3.10 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

1 . Definição dos problemas: Após o diagnóstico situacional de nossa área de abrangência, o grupo encontrou alguns problemas que existem em comum nas áreas de saúde de cada integrante, organizando em uma planilha a qual divide a prioridade pela importância, capacidade de resolução nas UBS, urgência na solução, atribuindo um valor alto, médio e baixo:

- Gravidez na adolescência;

- Alcoolismo;
- Tráfico de drogas;
- Marginalização;
- Violência Infantil.

2. Priorização dos problemas: A planilha seguinte foi elaborada pela Equipe 3 a partir do diagnóstico situacional das problemas sociais encontrados em comum nas UBS dos integrantes da equipe:

Principais Problemas	Importância	Urgência na Solução	Capacidade de Resolução	Seleção
Gravidez na adolescência	Alta	3	Parcial	**1**
Alcoolismo	Alta	1	Parcial	**2**
Tráfico de Drogas	Alta	1	Fora	**3**
Marginalização	Alta	0	Fora	**4**
Violência Infantil	Alta	1	Parcial	**2**

A seleção foi feita, como já dito, através da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Por exemplo, na planilha acima, todos os problemas foram avaliados como de importância alta; 3 foram considerados parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, o que os faz prioritários quanto ao que estão fora do seu alcance de enfretamento; e, por fim, quanto a urgência, o maior valor foi associado à gravidez na adolescência. Sendo assim, a gravidez na adolescência foi selecionada como prioridade 1 porque, se analisarmos os três quesitos anteriormente referidos, ele é o que nós teremos maior possibilidade de sucesso ao agir.

3. Descrição do problema selecionado

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, compreendendo o período entre 10 e 20 anos incompleto, quando ocorre crescimento rápido e surgem os caracteres sexuais secundários.

Até há alguns anos não se observava preocupação com a vida sexual deste grupo de indivíduos, embora já se constatasse iniciação sexual precoce e aumento no número de gestações, o que pode ser reflexo da imaturidade psicológica, indiferença em relação à gravidez, relações sexuais ocasionais e imprevisíveis e baixa utilização de métodos anticoncepcionais.

A gestação nessa fase da vida pode trazer repercussões de ordem variável, com complicações para a mãe e filho; pode ocorrer hipertensão específica da gravidez, anemia, sofrimento fetal crônico, desproporção entre o tamanho do feto e a bacia materna, parto

prematuro e cesárea. Existem evidências de que a gestação nesse período interrompe o crescimento pessoal e profissional da jovem e de seu parceiro; a grávida abandona os estudos e após o parto é difícil retornar. O rapaz pode ter que trabalhar para ajudar a criar o filho, e isso resulta em dificuldade nos estudos. A dependência familiar se intensifica; aqueles que procuram engravidar como estratégias para mudar de vida verão que esse não é o melhor caminho. Por isso é importante prevenir a gravidez precoce.

As transformações físicas não são as únicas que enfrentam. Suas mentes também passam por grandes alterações. Nem sempre nos damos conta do quanto sua inteligência evolui. Entretanto, essa é uma fase de dubiedades: num momento, o jovem pode tornar-se mais sonhador ou independente e arrojado, passando a querer experimentar novas possibilidades e vivências; noutro, fica encabulado e retraído, sensível ou agressivo Ao mesmo tempo em que se sente frágil e inseguro, pode achar que não precisa de ninguém; ao mesmo tempo em que se vê retraído, acha-se capaz de tudo; apesar de temer o mundo, acredita que nada pode lhe acontecer. Muitos começam a trabalhar e a experimentar, cedo, um início de independência material. Outros, trabalhando ou não, procuram, através dos estudos, um encaminhamento para a vida profissional.

A nível estadual, dados mostram que somente no mês de Janeiro foram cadastradas 7571 gestantes no estado do Ceará e delas 1681 tinha menos de 20 anos de idade. Já a nível nacional vemos que no mesmo período no Brasil foram cadastradas 498.555 gestantes, sendo entre essas um total de 108.908 gestantes menores de 20 anos. (FONTE: SIAB)

4. Explicação do Problema

As transformações vividas nos últimos anos favoreceu o surgimento de uma geração cujos valores éticos e morais encontram-se desgastados. O excesso de informações e liberdade recebida por esses jovens os levam à banalização de assuntos como o sexo, por exemplo. Essa liberação sexual, acompanhada de certa falta de limite e responsabilidade é um dos motivos que favorecem a incidência de gravidez na adolescência.

Outro fator que deve ser ressaltado é o afastamento dos membros da família e a desestruturação familiar. Seja por separação, seja pelo corre-corre do dia-a-dia, os pais estão cada vez mais afastados de seus filhos. Isso além de dificultar o diálogo de pais e filhos, dá ao adolescente uma liberdade sem responsabilidade. Ele passa, muitas vezes, a não ter a quem

dar satisfações de sua rotina diária, vindo a procurar os pais ou responsáveis apenas quando o problema já se instalou.

A desinformação e a fragilidade da educação sexual são também questões problemáticas. As escolas e os sistemas de educação estão muito mais preocupados em dar conta das matérias cobradas no vestibular, como: física, química, português, matemática, etc., do que em discutir questões de cunho social. Dessa forma, temas como sexualidade, gravidez, drogas, entre outros, ficam restritos, quase sempre, aos projetos, feiras de ciência, semanas temáticas, entre outras ações pontuais. Os governos, por sua vez, também se limitam às campanhas esporádicas. Ainda assim, em geral essas campanhas não primam pela conscientização, mas apenas pela informação a respeito de métodos contraceptivos. Os pais, como já foi dito anteriormente, além do afastamento dos filhos, enfrentam dificuldades para conversar sobre essas questões. Isso se dá devido a uma formação moralista que tiveram. Diante dessa realidade o número de pais e mães adolescentes cresce a cada dia.

5. Seleção dos nós críticos

A Equipe selecionou como "nós críticos", as situações relacionadas com o problema principal que a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido.

- A gravidez na adolescência como problema, podemos citar como causa a falta de estrutura familiar;
- A falta de orientação sexual;
- Falta de expectativa de futuro.

Tendo como consequência o baixo índice de aleitamento materno, o elevado índice de prematuridade, risco de morte materna, evasão escolar e problemas psicológicos.

6. Desenho das Operações

No nosso exemplo, a Equipe 3 propôs, a partir dos "nós críticos" identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. A planilha apresentada a seguir facilita uma visualização mais geral do problema e também o seu monitoramento:

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados
Falta de Estrutura Familiar	**Família mais Unida** Estreitar os laços familiares respeitando a hierarquia.	Fazer com que haja um reatamento das estruturas familiares, levando assim ao desenvolvimento de responsabilidades entre seus membros.
Falta de Orientação Sexual	**Orientação para Amar** Expor aos pacientes as formas contraceptivas existentes e consequências da prática de sexo sem segurança.	Conscientizar os pacientes de sua importância no processo de controle da natalidade, levando-os a desenvolver um senso crítico de planejamento familiar.
Falta de Expectativa de Futuro	**Eu vencerei!!!!** Através de cursos profissionalizantes, capacitar a população para ter uma expectativa de futuro melhor para sua família	Fazer com que as pessoas obtenham uma preocupação maior com a qualidade de vida de sua família, tendo a possibilidade de contribuir profissionalmente com a renda familiar.

Produtos esperados	Recursos Necessários
Projeto Família mais Unida: Reuniões e confraternizações, desenvolvendo assim momento de lazer entre os familiares.	Organizacional → para organizar os encontros; Cognitivo → para desenvolver dinâmica de grupo entre os familiares do decorrer do evento; Político → conseguir o espaço e mobilização social; Financeiro → para adquirir os recursos materiais necessários para a realização das atividades propostas.
Projeto Orientação para Amar: Campanhas educativas em rádios, implementar tal tema no programa de saúde escolar elabora encontros e palestras nas UBS no dia dos exames de prevenção	Organizacional → organização do calendário de atendimento para encaixar tal atividade em conjunto com as escolas; Cognitivo → aprimorar os conhecimentos sobre o tema e sobre estratégias de comunicação com o público alvo; Político → articulação intersetorial através de parcerias com o setor educacional, mídia e mobilização populacional;
Projeto Eu Vencerei: Criar grupos sociais para desenvolver trabalhos e curso profissionalizantes.	Organizacional → Organizar as atividades e cursos por identificação de habilidades; Cognitivo → Buscar metodologia que vise a facilitação da assimilação dos conteúdos

	ministrados; Político → Mobilização populacional para a questão da importância de se ter uma formação profissional e aprovação do projeto; Financeiro → financiamento do projeto através de recurso financeiros e material humano para o desenvolvimento das atividades.

7. Identificação dos recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Projeto Família mais Unida	Político → Conseguir o espaço Financeiro → para aquisição dos produtos
Projeto Orientação para Amar	Político → conseguir a mídia e a mobilização populacional
Projeto Eu Vencerei	Político → Mobilização populacional e aprovação Financeiro → financiamento do projeto

8. Análise da Viabilidade do Plano

A Equipe 3 identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado no quadro:

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Família mais Unida **Estreitar os laços familiares respeitando a hierarquia.**	Político → Conseguir o espaço Financeiro → para aquisição dos produtos
Orientação para Amar **Expor aos pacientes as formas contraceptivas existentes e consequências da prática de sexo sem segurança.**	Político → conseguir a mídia e a mobilização populacional
Eu vencerei!!!! **Através de cursos profissionalizantes, capacitar a população para ter uma expectativa de futuro melhor para sua família**	Político → Mobilização populacional e aprovação Financeiro → financiamento do projeto

Controle dos Recursos Críticos		Operações Estratégicas
Ator que Controla	Motivação	
Secretária de Saúde	Favorável	Apoio da Sociedade
Secretária de Saúde **Secretaria de Educação**	Favorável Favorável	Ações conjuntas para organização das ações
Secretaria de Saúde **CRAS**	Favorável Favorável	Apresentar o projeto e disponibilizar o espaço

9. Elaboração do Plano Operativo

Operação	Resultados Esperados	Produtos	Operações Estratégicas
Família mais Unida **Estreitar os laços familiares respeitando a hierarquia.**	Fazer com que haja um reatamento das estruturas familiares, levando assim ao desenvolvimento de responsabilidades entre seus membros.	Projeto Família mais Unida: Reuniões e confraternizações, desenvolvendo assim momento de lazer entre os familiares.	Apoio da Sociedade
Orientação para Amar **Expor aos pacientes as formas contraceptivas existentes e consequências da prática de sexo sem segurança.**	Conscientizar os pacientes de sua importância no processo de controle da natalidade, levando-os a desenvolver um senso crítico de planejamento familiar.	Projeto Orientação para Amar: Campanhas educativas em rádios, implementar tal tema no programa de saúde escolar elabora encontros e palestras nas UBS no dia dos exames de prevenção	Ações conjuntas para organização das ações
Eu vencerei!!!! **Através de cursos profissionalizantes, capacitar a população para ter uma expectativa de futuro melhor para sua família**	Fazer com que as pessoas obtenham uma preocupação maior com a qualidade de vida de sua família, tendo a possibilidade de contribuir profissionalmente com a renda familiar.	Projeto Eu Vencerei: Criar grupos sociais para desenvolver trabalhos e curso profissionalizantes.	Apresentar o projeto e disponibilizar o espaço

Responsável	Prazo
Osvaldo de Brito Santiago Júnior e Amanda Siqueira Brito	3 meses para o início das atividades
Aluízia Costa de Luna Freire e Gressiely Cavalcante Lima Melo	3 meses para o início das atividades e 5 meses para a aprovação do projeto
Luziane Passos da Silva	5 meses para contratação de professores e 3 meses para aprovação do projeto

10. Gestão do Plano:

O quadro abaixo sintetiza a situação do plano de ação da Equipe Verde 1 mês após o início do projeto.

Coordenação: Osvaldo de Brito Santiago Júnior – Avaliação após 1 Mês do inicio do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Família mais Unida Estreitar os laços familiares respeitando a hierarquia	Osvaldo de Brito Santiago Júnior e Amanda Siqueira Brito	3 meses	Projeto implementado com a comunidade	Ok	Ok
Orientação para Amar Expor aos pacientes as formas contraceptivas existentes e consequências da prática de sexo sem segurança.	Aluizia Luna Freire e Gressiely Melo	3 a 5 meses	Projeto em discussão com a secretária de Saúde	Em fase de implantação	10 dias
Eu vencerei!!!! Através de cursos profissionalizantes, capacitar a população para ter uma expectativa de futuro melhor para sua família.	Luziane Passos	3 a 5 meses	Projeto sendo implementado com a Secretária de Educação	Em fase de negociação financeira com a Secretária de Educação	1 mês

3.11 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

Na Odontologia num primeiro momento estas questões éticas refletem-se diretamente no exercício profissional, abordando assuntos sobre o comportamento bioético nas relações profissional-paciente. Devemos, também, estender a reflexão ético-bioética ao desenvolvimento do ensino odontológico bem como à condução das pesquisas cientificas.

Uma das principais preocupações atuais da ética é com a relação entre o profissional de saúde e o paciente no que concerne ao uso do poder, adquirido pelo saber de um, em relação ao ser, inerente à existência do outro. É preciso que o profissional saiba administrar este poder de maneira a não interferir na individualidade e na liberdade de seu paciente.

Em relação ao ensino odontológico a utilização de dentes humanos é fundamental para o aprendizado do aluno de odontologia, que é obrigado, em quase todas as faculdades, a "arrumar" o material. Alguns professores nem questionam como o aluno adquiriu os dentes, que são geralmente comprados em clínicas particulares, cemitérios ou com colegas já formados.

No âmbito das pesquisas científicas é basicamente um processo de aprendizagem tanto do indivíduo que a realiza quanto da sociedade na qual esta se desenvolve. Quem realiza a pesquisa pode, num nível mais elementar, aprender as bases do método científico ou, num nível mais avançado, aprender refinamentos técnicos de métodos já conhecidos. A sociedade e a comunidade beneficiam-se com a aplicação do novo conhecimento gerado nos indivíduos que a compõe. Para poder ser chamada de científica, a pesquisa deve obedecer aos rigores que impõe o método científico, sendo a principal propriedade a reprodutibilidade.

A Odontologia sob a ótica destes novos conceitos bioéticos encontra-se num momento de reflexão e discussão que envolve desde as relações dos profissionais com seus pacientes, se estendem sobra à necessidade imperativa de uma sociedade mais justa que tenha no ser humano, na dignidade da vida, na supremacia do ser sobre o ter sua essencialidade atinge o ensino odontológico numa perspectiva mais qualitativa do que quantitativa de formação e a pesquisa odontológica com a preocupação inquietante do forte aporte da indústria no financiamento desta pesquisa e com consequente encolhimento do Estado nesse setor. A bioética, na sua plenitude será capaz de oferecer as bases suportivas para o encaminhamento das soluções destes conflitos que se estabelecem na sociedade e na Odontologia, tendo o ser humano e a dignidade da vida como categorias essenciais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento muito especial de minha carreira profissional, percebo que não sou mais o mesmo Cirurgião-Dentista que se resumia simplesmente ao atendimento odontológico de rotina no consultório, mas um PROFISSIONAL DE SAÚDE que busca no paciente não apenas a queixa principal e sim a situação sistêmica, econômica, social e educacional que influenciam consideravelmente na qualidade de vida do paciente e consequentemente o levará a não ter um bom controle de saúde bucal.

Para que haja uma atenção básica efetiva e de qualidade, é preciso que todos os ensinamento aqui ministrados sejam colocados em prática e além de nós profissionais que vive o dia-a-dia das Unidade Básica de Saúde os gestores também pratiquem o Programa de Saúde da Família em suas atividades de gestão e não apenas se preocupar em dar satisfação política a população mas sim dar qualidade de vida.

A mudança de qualidade de vida da população com o surgimento do Programa de Saúde da Família é visível. Contudo não devemos para no tempo, pois se hoje já é perceptível a melhoria da saúde no Brasil podemos melhorar ainda mais. Pode parecer difícil, mas com pequenas ações (praticar o PSF nas UBS) os resultados poderão ser maravilhosos.

REFERÊNCIAS

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

CONILL, E. M; Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis,
Santa Catarina, Brasil, 1994-2000; Cad. Saúde Pública vol.18 suppl. Rio de Janeiro 2002.

Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Universidades Privadas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O TRABALHO DE GRUPOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

http://www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/472/Material_Complementar_Aula_04/Aval_Monitoramento_Top_04_Aula_04_Plan_Aval_2010_1_SM.pdf

http://www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/472/Material_Complementar_Aula_04/Caso_20Equipe_20Verde_Top_05_Aula_04_Plan_Aval_2010_1_SM.pdf

INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA, *et. al.* **Violência Simbólica no Acesso das Pessoas com Deficiência às Unidades Básicas de Saúde**, Campina Grande, Paraíba, 2009.

MANOEL DIAS DE SOUZA FILHO, *et. al.* **Avaliação da saúde bucal de deficientes visuais em Teresina-PI,** Parnaíba, Piauí, 2010.

O ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, FORTALEZA-CE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 505-509, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, G. M; GONÇALVES, M. J. F; PIRES, R. O. M;Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas,Brasil: análise da implantação e impacto; Cad. Saúde Pública vol.27 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2011.

OLIVEIRA, H. R; LOPES, K. S; PINTO, N. M. de M; Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.2-N.1-Jul./Ago. 2009.

PAULON, S.M.; CARNEIRO, M.L.F. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface (Botucatu),** v.13, s.1, p. 749-757, 2009.

PIRES. L. A. G., CERVEIRA. J. **A Bioética na Odontologia**. Stomatos v.9, n.17, jul./dez. 2003.

PLANO DE AÇÃO. www.apaebrasil.org.br/arquivo.phtml?a=13165

REDONDO, Maria Cristina da Fonseca; Deficiência auditiva-/ Maria Cristina da Fonseca Redondo, Josefina Martins Carvalho. – Brasília : MEC. Secretaria de Educação a Distância, 2000.
ROSA, W. A. G; LABATE, R. C; Programa Saúde a Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência; Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34.

SEBRAE. **Dicas de prevenção de acidentes e doenças de trabalho**. Brasília, 2005.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, SIAB. Governo Federal. Ministério da Saúde. Informações Estatisticas do Estado do Ceará. Janeiro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal. Fortaleza, 2011a. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_01/index.html >. Acesso em: 18 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: ABS Pessoa com Deficiência. Fortaleza, 2011b. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_02/

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: ABS Pessoa com Deficiência. Fortaleza, 2011c. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_03/index.php?p=02.php<http:. Acesso em: 29 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: ABS Pessoa com Deficiência. Fortaleza, 2011d. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/abs_port_def/aula_04/. Acesso em: 29 set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência. Fortaleza, 2010. Disponível em:**http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_04/**. Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: Elaboração do Plano de Ação. Fortaleza, 2010. Disponível em: < **http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_04/index.php?p=01.php**>. Acesso em: 27 de ago. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Estratégias em saúde mental. Fortaleza, 2010. Disponível

em:**http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_04/**. Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. Intervenções Profissionais e o papel da Bioética. Fortaleza, 2011. Disponível em:**http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_04/**. Acesso em: 20 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Introdução à disciplina. Fortaleza, 2010. Disponível em: **http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/proc_trab/aula_01/**. Acesso em: 06 abr. 2011.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: planejamento e avaliação das ações. Fortaleza, 2010a. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html >. Acesso em: 18 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família. Fortaleza, 2010b. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_02/index.html >. Acesso em: 18 jun. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade 2. Fortaleza, 2010. Disponível em:**http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_04/**. Acesso em: 06 abr. 2011.

Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009.