

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

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: BASE DE ATUAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Fortaleza
2011**

ANA CAROLINA SARAIVA GOMES DA CRUZ

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: BASE DE ATUAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

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.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Alana Kelly Maia Macedo
Nobre de Lima

**Fortaleza
2011**

C955e Cruz, Ana C. S. Gomes da.
Estratégia saúde da família: base de atuação do sistema
único de saúde / Ana Carolina Saraiva Gomes da Cruz. - -
Juazeiro do Norte-Ce, 2011.
53f.
Monografia (especialização) – Universidade Federal do
Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em
Saúde.
Orientação: Prof^a. Ms. Alana Kelly M. M. N. de Lima.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Sus. 3. Atenção
básica. I. Título.

CDD: 362.82

ANA CAROLINA SARAIVA GOMES DA CRUZ

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: BASE DE ATUAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

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^ª Ms. Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª Rosângela Rodrigues dos Santos
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª Ivana Cristina Vieira de Lima
Universidade Federal do Ceará-UFC

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que em vida, sempre me apoiou;
À minha mãe e irmãs, pelo carinho e dedicação constantes;
Ao meu irmão, exemplo de excelente médico;
Ao meu esposo, pela assistência afetiva e compreensão do tempo roubado;
À minha filha, razão do meu viver;
Aos amigos, pela solidariedade.

AGRADECIMENTOS

À tutora da Pós-Graduação Prof^a. Ms. Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima, pela presteza no auxílio às atividades e orientação em cada etapa desta jornada.

À tutora Rosângela Rodrigues dos Santos, pela atenção e solicitude.

A Deus, por permitir realizar este trabalho e se fazer presente em cada momento da minha Vida.

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), visa o atendimento a comunidades adscritas em todo território nacional, priorizando o atendimento à família, de forma a atender todos os cidadãos seguindo as doutrinas do SUS. Objetivos: Relatar o aprendizado ao longo da Especialização e descrever a importância para melhor prática em saúde. Metodologia: relato de experiência com médica da Estratégia Saúde da Família, e descrição da forma de aprendizagem pelo Curso de especialização. Resultados: Ao longo da pós-graduação, procurou-se através de portfólios, enfatizar a importância desta estratégia de atendimento em saúde em que os profissionais conseguem entender melhor como vivem os brasileiros, quais riscos a que estão expostos, de que males físicos sofrem mais e como são formadas às suas famílias. Conclusão: Através deste estudo procurou-se oferecer uma melhor forma de abordagem para diminuir os agravos e proporcionar à população uma melhor condição de saúde

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. SUS. Atenção Básica.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy, gateway to the Sistema Único de Saúde -Health Care System - (SUS), seeks the assistance ascribed to communities nationwide, prioritizing family care, to meet all citizens following the doctrines of the SUS. Objectives: To report the long learning and expertise to better describe the importance of practice. Methodology: report of medical experience with the Family Health Strategy, and description of the way by learning courses. Results: Throughout the post-graduate, it was through portfolios, emphasize the importance of this strategy in which health care professionals can better understand how Brazilians live, what risks they are exposed, that suffer more physical ailments are formed and how their families. Conclusion: Through this study we aimed to provide a best approach to reduce the hazards to the population and provide a better health condition

Keywords: Family Health Strategy. SUS. Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS: Sistema único de saúde

OMS: Organização mundial de saúde

NUTEDS: Núcleo de tecnologias e educação à distância em saúde

AVA: Ambiente virtual de aprendizagem

AVC: Acidente vascular cerebral

ESF: Estratégia saúde da família

PSF: Programa saúde da família

UFC: Universidade federal do Ceará

UBS: Unidade básica de saúde

DSTs: Doenças sexualmente transmissíveis

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

PcD: Pessoa com deficiência

ESB: Equipe de saúde bucal

CEO: Centro de especialidades odontológicas

PACS: Programa de agentes comunitários de saúde

RENAST: Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador

CEREST: Centro de referência à saúde do trabalhador

PAIM: Programa de assistência integral à saúde da mulher

PHPN: Programa de humanização do Pré-natal e nascimento

CAPS: Centro de apoio psico-social

VOSP: Voluntárias sociais de Potengi

APS: Atenção primária à saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. RESULTADO E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	14
4.1- PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	14
4.2-MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
4.3-SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA.....	18
4.4- SAÚDE DA MULHER.....	20
4.5-SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	24
4.6-ABS NO CONTEXTO DE SAÚDE BUCAL	27
4.7- ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS	32
4.8- INTERDISCIPLINARIDADE E BIOÉTICA	37
4.9- TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.....	41
4.10- PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE.....	45
5. CONCLUSÃO.....	51
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA.....	52

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal, objetivando prestar serviço de saúde a todos os brasileiros de forma integral, universal e gratuita, sem nenhuma forma de discriminação. Ele abrange desde atendimento de atenção básica, até atendimento especializado e transplante de órgãos.

Mas, para que a população tivesse acesso a este sistema, foi criada em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), base de atuação do SUS, que oferece serviço de atenção básica e é responsável por solucionar 80% dos problemas de saúde da comunidade, garantindo referência para serviços de maior complexidade quando necessário.

Devido a importância desta forma de atenção, o Ministério da Saúde tem disponibilizado cursos para melhor capacitação e reciclagem profissional, com o objetivo de prestar educação permanente em saúde, como a pós-graduação oferecida pelo NUTEDS.

Para mim, médica concursada do PSF do município de Potengi há cinco anos, é de grande valor a realização desta pós-graduação, pois a mesma me trouxe mais conhecimentos, além de me proporcionar a troca de experiência com colegas de outros municípios, dividindo sentimentos e somando conhecimentos adquiridos.

O objetivo da realização deste trabalho consiste em relatar o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família, além de aplicar o conhecimento adquirido na minha prática diária atuação.

2. OBJETIVOS GERAIS

Relatar o aprendizado acumulado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pelo NUTEDS/UFC, bem como a importância da realização deste trabalho em minha atuação profissional, como médica da Estratégia Saúde da Família.

OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever os portfólios realizados ao longo de cada disciplina abordada no curso, além da reflexão obtida em cada etapa desta jornada. Importante também relatar a importância da realização do curso para melhoria na qualidade da assistência prestada na unidade básica de saúde.

3. METODOLOGIA

O trabalho consiste em um relato de experiência como médica da ESF, bem como na descrição dos conhecimentos adquiridos ao longo do pioneiro Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecidos pelo NUTDS/UFC, como forma de educação permanente em saúde.

O curso oferecido aos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas teve duração de 15 meses, abordando os principais temas do nosso dia a dia como o atendimento à Saúde da Mulher, à Saúde Bucal, aos Portadores de Necessidades Especiais, à Saúde da criança e do idoso, entre outros, bem como nos ajudou a avaliar e planejar melhor nossas ações em saúde, para que os objetivos do nosso trabalho fossem alcançados.

Para aprendizagem, utilizamos discussões em fóruns, chats, e-mail, realização de portfólios, que forma discutidos com a tutora.

Ao final de cada disciplina, tivemos a oportunidade de realizar um portfólio sobre o tema abordado, em que unimos nosso aprendizado com o curso a outras fontes de informações buscadas em inúmeras referências, o que enriqueceu o nosso conhecimento.

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, pois se trata de um relato de experiência.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO: PORTFÓLIO DAS DISCIPLINAS

4.1-Disciplina: Processo de Trabalho em Saúde

Introdução

O processo de trabalho em saúde (PTS) tem se apresentado de grande importância para os avanços dos estudos nesta área. Ele mostra conceitos sobre a prática em saúde, a experiência de autores neste setor, reflete sobre as gerências territoriais das políticas de saúde e analisa também os determinantes sociais em saúde, como educação e condições sociais.

Diariamente, os profissionais de saúde se deparam com condições que alteram a capacidade de resolução dos serviços de saúde em responder de forma eficaz às demandas geradas nos serviços.

PTS no Município de Potengi – Ceará

a) A cidade

Potengi é um pequeno município do sul do Ceará com cerca de 10 mil habitantes, que tem como fonte de renda principal a agricultura. É uma cidade de povo humilde, porém muito hospitaleiro e trabalhador.

b) Assistência à Saúde

No âmbito da saúde, a cidade conta com quatro equipes de saúde da família que atendem um total de 3.065 famílias cadastradas. Há duas equipes na zona urbana, onde há maior demanda de atendimento, e duas equipes na zona rural. As equipes são compostas por enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e auxiliares de enfermagem.

Além dos profissionais das equipes, há um fisioterapeuta e um psicólogo para atender os encaminhamentos das ESF. Existe atendimento por Ginecologista e ultrassonografista quinzenalmente. No município há uma unidade mista de saúde que atende as urgências/emergências e também ambulatório diariamente.

c) O Dia a Dia na Unidade

Na equipe 1 (sede) , há cerca de 1000 famílias assistidas por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, além de uma equipe de saúde bucal. Contamos com o trabalho de seis agentes comunitários de saúde.

O posto foi construído para funcionar o antigo Centro de Saúde, único local onde havia atendimento ambulatorial antes da implantação do PSF. Nele há dois consultórios, sala de coleta de citologia oncológica, um consultório odontológico, sala de vacina e sala para administrar medicamentos (nebulizações e injeções). Há instrumentos básicos para atendimento, mesa ginecológica e aparelho de aerosol. Não há sala de reuniões, que se existisse facilitaria o encontro das gestantes que acontece mensalmente no prédio do CRAS, pela equipe. Há o grupo dos idosos e dos pacientes diabéticos e hipertensos, que

se encontram na casa do idoso e são coordenados pela enfermeira. A unidade de saúde funciona das 7:30 às 17h que, a meu ver, é suficiente para suprir a demanda da área. Além da equipe já descrita, há um técnico exclusivamente da vacinação e dois atendentes. O dia-a-dia da equipe está voltado para atendimentos de prevenção (câncer ginecológico), pré-natal, puericultura e hiperdia, além de atendimentos de livre demanda e visita domiciliar.

Implantação do Sistema Único de Saúde

Desde os anos trinta do século passado, o Brasil vem assumindo o processo de trabalho em saúde como setor orgânico do aparelho ideológico do estado brasileiro. E assim o conceito de saúde vem sofrendo modificações. Saúde, pela definição tradicional, é apenas um estado de ausência de doenças (definição negativa). Esta definição, médica-biológica, não se aplica a uma análise da determinação social da saúde. Outro conceito da OMS de 1946 define saúde como um bem-estar biopsicossocial. E o terceiro conceito, mais aceito, é que saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, buscou-se colocar os profissionais e os serviços oferecidos bem mais próximos da população, devendo haver universalidade, integralidade, equidade e participação efetiva da comunidade. A pessoa como um todo deve receber cuidados, todos devem ter acesso, principalmente os que mais necessitarem. A descentralização dos serviços foi de grande valia, pois também facilitou o acesso dos serviços de saúde aos usuários.

Com todas essas mudanças, passou-se a pensar numa medicina preventiva, que orienta os seus cidadãos a viverem de forma mais saudável, não devendo buscar ajuda apenas em situações onde já há instalação de patologias, mudando a visão de uma saúde apenas curativa, para um sistema de produção de saúde. Um modelo assistencial promotor de saúde deve tomar por base o cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

Mas toda mudança requer um tempo para adaptação. Os pacientes muitas vezes dificultam o trabalho das equipes de saúde, com suas necessidades imediatas, com pouca atenção as orientações sobre medidas preventivas. Problemas estes relacionados, possivelmente, pelas baixas condições sócio-educacionais.

O SUS, com toda sua teoria quase perfeita, também encontra dificuldade para realizar seus fundamentos. Faltam recursos humanos ou gerência de recursos para que as condições de trabalhos dos profissionais se dêem de forma satisfatória, racionalizam-se verbas para medicações, exames e melhoria de assistência aos usuários e ainda há poucos incentivos para a capacitação dos profissionais.

O Processo de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho em saúde só tem sentido quando envolve a participação de todos os sujeitos: profissionais, gestores e clientes. Os gestores devendo se comprometer mais com os recursos a serem oferecidos, os profissionais devendo buscar a melhor forma de atendimento à clientela e os pacientes procurando participar mais das palestras e orientações dadas pelos trabalhadores da saúde. Enfim, todos os sujeitos atuando em busca do interesse coletivo, para haja mudança na realidade da atenção.

Mas para que exista sucesso no processo de trabalho em saúde, há de se considerar os determinantes sociais sobre saúde e doença, que são os meios econômicos, educacionais e culturais. As condições de habitação, do peridomicílio, de saneamento básico, de acesso à alimentação, as condições do ambiente de trabalho e as características das atividades desempenhadas, podem implicar em algum risco à saúde. E estes riscos, geralmente não podem ser mudados pela população. O baixo nível econômico impede muitas comunidades de terem ambientes em melhores condições para que possa diminuir os riscos de agravos à saúde.

A população carente tem maior propensão a riscos, devido a sua dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação, reduzindo sua capacidade de lidar com tais riscos.

Não se podem esquecer as redes sociais e de solidariedade no processo de trabalho em saúde. Há, em todo o mundo, diversas redes formais e informais. Entre as mais conhecidas está a Cruz Vermelha, com atuação mundial. Em nível local na cidade de Potengi, há forte atuação da VOSP (Voluntárias Sociais de Potengi), uma organização que atua para promover educação e diminuir os agravos da saúde com adolescentes em situações de risco.

A maioria destas redes tem apoio no trabalho voluntário e isso é de grande valor, pois tornam as ações mais prazerosas e eleva a auto-estimas dos voluntários, ao exercerem o ato de cuidar.

Também de grande importância para melhorar a atenção básica, são os cursos de capacitação para os profissionais que integram o programa saúde da família, onde se tem a oportunidade de buscar continuamente o conhecimento, de trocar experiência e aprendizagem com colegas e tutor, através das discussões em fóruns e chats. Cada profissional trabalha com uma realidade deferente, pois os cursistas são de PSFs de diferentes municípios e assim compartilhamos informações.

Conclusão

O Brasil, por se tratar de um país com dimensões continentais, tem uma vasta população com determinadas áreas que apresentam menor desenvolvimento sócio-cultural, de saúde e educação. Precisa-se trabalhar para que todas estas pessoas tenham atendimento de qualidade, para que os profissionais saibam lidar com cada cidadão que comparece às UBS, procurando entender o motivo de sua procura, prestando serviço de qualidade. Assim, pode-se construir um SUS pautado na defesa da saúde.

4.2- Disciplina: Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Introdução

Um modelo assistencial consiste na organização das ações para intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos humanos e materiais para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Principais Modelos Assistenciais e Dia-a-dia das Equipes de Saúde da Família

Existem vários modelos assistenciais em atuação, sendo o principal o modelo do SUS, que atua na forma da estratégia saúde da família e através do modelo hospitalocêntrico, voltado para cura das enfermidades.

Os municípios brasileiros têm atuado no sentido de melhorar a assistência do SUS para que se intensifiquem as ações de promoção à saúde, ao invés de apenas atuar na cura das enfermidades. Para isso, destina-se maior tempo de trabalho em ações voltadas à demanda programada, que ocorre diariamente com ações voltadas principalmente para atenção de grupos e situações de risco, como atendimento de puericultura, atenção aos idosos, gestantes, ações de planejamento familiar e controle de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e controle das enfermidades com assistência aos portadores de diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), tuberculose e Hanseníase.

Há diariamente nas unidades básicas de saúde (UBSs) atendimento de demanda espontânea, atendendo casos mais urgentes, sendo um dos maiores problemas enfrentado por muitas equipes é o agendamento de consultas, pois quase todos os moradores consideram seus problemas uma emergência, que deve ser resolvida de forma imediata. Muitos não comparecem a reuniões/palestras sobre promoção de saúde, pois não dão o devido valor a atividades preventivas.

Devem ser realizadas reuniões mensais com a equipe e com a coordenação para dar diagnóstico da situação de saúde do município, para que se saiba os problemas e as reais necessidades da comunidade.

A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde

A qualidade na prestação do cuidado em saúde é de grande importância para que nosso trabalho seja reconhecido. É de grande valia para nós profissionais e para nossos pacientes que nos esforcemos para prestar serviço com eficácia e eficiência, procurando alcançar objetivos.

Um caso hipotético foi apresentado na disciplina de Modelo Assistencial em Saúde, em que discutimos uma paciente que necessitava de ajuda e não teve

atendimento prestado em tempo hábil, para que ela pudesse ter diagnosticado um problema silencioso e sério que é a hipertensão arterial.

Caso o diagnóstico hipotético tivesse sido dado precocemente e o tratamento feito de forma otimizada, regular, talvez a paciente não tivesse apresentado complicações da doença como o AVC. Ou seja, não houve atendimento eficaz, pois a ação desenvolvida (tratamento farmacológico) não resultou na solução do problema, que é evitar complicações da HAS.

Também não houve efetividade, pois a equipe de saúde não conseguiu passar para a paciente hipotética informações importantes sobre uso regular da medicação e a necessidade de cuidados de atividade física e alimentação. Faltou oportunidade da patologia de base ser tratada de forma efetiva no início de sua instalação e após sua complicação, pois houve demora em a equipe de saúde como um todo chegar ao atendimento domiciliar e ver os riscos que a paciente corria com níveis pressóricos elevados e precárias condições de higiene.

Entretanto a equipe de saúde da área da paciente trabalhou com ética, procurou atendê-la em domicílio, onde houve orientações pelo auxiliar e enfermeiro sobre a doença, as sequelas apresentadas e a técnica e os cuidados a ser prestados a pacientes naquelas condições.

Conclusão

O Modelo Assistencial em Saúde pode ser conceituado como a forma de organização dos elementos constitutivos da rede de serviços, incluindo tarefas, pessoas, estrutura, tecnologia e ambiente, com ênfase nas relações entre os profissionais e usuários, com o propósito de intervir resolutivamente em problemas de saúde, objetivos da Estratégia Saúde da Família e do SUS.

4.3-Disciplina: Saúde Mental e Violência

Introdução

A saúde mental no Brasil vem passando por profundas mudanças nos últimos anos. Com a reforma psiquiátrica, um novo modelo de atenção é proposto, redirecionando a saúde do hospital a comunidade, oferecendo novas propostas de assistência.

Em um passado não distante, a atenção aos pacientes portadores de transtornos mentais mais intensos era feita preferencialmente em nível hospitalar, em caráter de internação, sendo estes obrigados a abdicar do convívio em sociedade, afastados de suas famílias, sendo muitas vezes esquecidos e abandonados. Muitos pacientes perdiam suas

identidades como cidadãos, depois de longos períodos internados nem conseguiam se inserir novamente no convívio em comunidade.

Reforma psiquiátrica

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Com a reforma psiquiátrica, deu-se mais valor a outras formas de assistência, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais de residência terapêutica e leitos psiquiátricos em hospital geral. Estes serviços permitem um acompanhamento em que o paciente não seja afastado dos cuidados e do convívio com os familiares, e diminuem as chances destes pacientes serem excluídos da sociedade.

Como um dos serviços de grande relevância, o CAPS é um estabelecimento que oferece atendimento de saúde à população portadora de algum distúrbio mental, realizando acompanhamento clínico e a reinserção dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer e fortalecimento dos laços familiares comunitários. Esse serviço oferece três modalidades de tratamento (não intensivo, semi-intensivo e intensivo) de acordo com a necessidade individual.

A unidade psiquiátrica em hospital geral (UPHG) representa uma alternativa aos hospitais psiquiátricos para o tratamento dos portadores de transtornos mentais severos em estado de crise. Ele serve para apoio terapêutico quando é necessário o internamento e não há como realizar atendimento extra-hospitalar e serviço de urgência. O número de leitos psiquiátricos em hospital-geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos.

Antes, os portadores de transtornos mentais graves não tinham outra opção de tratamento, que não fosse o internamento em Hospitais Psiquiátricos, sendo muitas vezes acompanhados em locais onde não se tinha a adequada preocupação com a saúde de seus internos. Faltavam condições adequadas de higiene e alimentação, o paciente tinha sua privacidade completamente violada por não haver quartos individuais e até fechaduras em banheiros. Muitos destes pacientes ficaram longos anos afastados da sociedade e até de seus familiares, que, não raro, os abandonavam.

Outras formas de atendimento aos portadores de transtorno mental são o NASF, Centro de Saúde e Ambulatório e Hospital-Dia.

Reflexões sobre a disciplina de Saúde Mental

É de muito valor a capacitação de profissionais de saúde não especialistas em saúde mental, para que se possa oferecer uma assistência de qualidade. Muitos profissionais da atenção primária encontram dificuldades em diagnosticar e tratar pacientes com transtornos mentais, pois muitas vezes sintomas físicos estão associados a distúrbios psiquiátricos ou pacientes se apresentam com queixas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, não reconhecidas pelo assistente.

Existem muitas patologias psiquiátricas e momentos de crise apresentadas por pacientes de forma aguda, que precisam de atendimento urgente e eficaz. Na disciplina de Saúde Mental teve-se a oportunidade de discussão de muitos casos, sendo oferecidas formas corretas de abordagem e discussão também do momento em que estes pacientes podem precisar de atendimento especializado.

Conclusão

Importância a relação da Equipe de Saúde da Família com a Equipe de Saúde Mental. As duas são responsáveis pelo acompanhamento do paciente, devendo traçar um plano terapêutico de acordo com a complexidade do caso. Muitas situações podem ser acompanhadas na atenção primária, apenas com orientação da equipe de saúde mental. Outros casos de maior complexidade exigem atendimento de atenção secundária, mas esta deve dividir as responsabilidades sobre o paciente com o PSF. As equipes de saúde e os familiares devem agir juntamente com a comunidade para dar apoio para que estes pacientes possam ter uma vida digna, plena em sociedade.

4.4- Disciplina: Saúde da Mulher

Introdução

As mulheres são a maioria da população brasileira (51,2%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Procuram os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. São elas as mais preocupadas com a saúde da comunidade, cuidando de moradores e necessitados.

Nas últimas décadas houve importante mudança no perfil social brasileiro graças à diminuição da taxa de fecundidade, ao aumento da escolaridade das mulheres e sua crescente participação no mercado de trabalho, fazendo com que ocorresse um aumento de número de mulheres como chefes dos lares com maior contribuição da renda familiar.

Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

A atenção à saúde da mulher, na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo, tem sido reduzida em grande parte, aos parâmetros de atenção materno-infantil e, mesmo assim, frequentemente relegada a segundo plano.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco em situação de maior vulnerabilidade, no caso as crianças e as gestantes. Faltava a integração destes programas com outras ações propostas pelo governo e não havia avaliação das necessidades de saúde das populações locais, com fragmentação da assistência e baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas foram intensamente criticados, pois cabia às mulheres atenção apenas no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de suas vidas.

Com base nestas reivindicações, as mulheres se organizaram e na condição de sujeitos de direito, mostraram que suas necessidades extrapolam o momento gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como integralidade e equidade da atenção, hoje princípios do SUS.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e propõe novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

No município de Potengi, as ações mínimas preconizadas pela Norma Operacional Básica, que é atenção no pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo de útero são oferecidas a todas as mulheres, ficando a desejar as ações de maior complexidade, com dificuldades de encaminhamento.

Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil

a- Principais agravos à saúde da mulher

As estatísticas sobre mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde das populações. No Brasil, as principais causas de morte na população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico; as neoplasias, destacando-se os cânceres de mama, pulmão e colo do útero; as doenças respiratórias, particularmente as pneumonias; as doenças endócrinas e metabólicas, além das causas externas.

Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina. Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados.

Em relação à mortalidade materna, um estudo de 1990 da OMS revelou que 585 mil mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações do ciclo gravídico-puerperal, sendo que apenas 5% viviam em países desenvolvidos.

Ainda sobre mortalidade materna, 90% das causas obstétricas são evitáveis, sendo elas as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias. Todas estas causas preveníveis com captação precoce das gestantes, assistência clínico-laboratorial satisfatória e encaminhamento dos casos de maior risco para acompanhamento especializado.

b- Assistência à mulher gestante e à puépera

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve um aumento do número de consultas pré-natal, de grande importância para evitar agravos no período gestacional e de puerpério. Mas infelizmente a qualidade da assistência é precária, atestada pela alta incidência de sífilis congênita, pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do Programa, dados de 2002.

c- Planejamento familiar

Apesar de estar definido na NOAS-SUS 2001 que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias.

As mulheres devem ser orientadas sobre os diferentes métodos, saber quais são reversíveis e devem também ser orientadas sobre qual método previne as DSTs. Vários estudos mostram que as formas de anticoncepção estão concentradas nos

anticoncepcionais orais e laqueadura tubária. Os outros métodos são pouco difundidos ou oferecidos. Há ainda pouca orientação sobre a contracepção de urgência.

No município de Potengi, apesar de ter disponíveis pílulas, preservativos, contraceptivos injetáveis e DIU, a grande maioria opta pelo uso do contraceptivo oral, sendo que raramente há colocação de um DIU, apesar de estar disponível e com profissional capacitado a colocá-lo.

d- Assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério

Poucos serviços oferecem atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e às mulheres jovens. Enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. No município de Potengi, 33% das gestantes são adolescentes, a maioria sem um relacionamento estável.

A análise mais aprofundada da questão da gravidez na adolescência é uma tarefa urgente a ser realizada, para que se possa dispor de políticas mais adequadas para essa faixa etária.

Tem-se trabalhado também para que haja redução das principais neoplasias malignas que afetam à mulher. Em relação ao câncer genital e de mama, a incidência varia de acordo com a região do país. Dos tipos mais incidentes no sexo feminino, o de mama conta com 49 mil casos e o de colo uterino com 19 mil casos (2007).

Embora as ações de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama tenham aumentado nos últimos anos, elas têm sido insuficientes para reduzir a tendência à mortalidade das mulheres por esses cânceres. Isso se deve a dificuldades de muitas mulheres em ter acesso aos serviços e ações de saúde, também o fato de muitos profissionais não se empenharem na atenção oncológica e pela a dificuldade dos gestores de organizar um fluxo de encaminhamento para área especializada. Portanto, não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecer aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar.

O climatério, período de transição entre as fases reprodutiva e não-reprodutiva, que começa em torno dos 40 anos de idade, é um marco na vida feminina, devido os sintomas que podem surgir em cerca de 25% das mulheres. Os sintomas são consequência da insuficiência ovariana progressiva. Muitas queixas em relação à libido, alteração do humor, sintomas físicos como “fogachos” e alterações no corpo, fazem com que as mulheres nesta fase necessitem de apoio e atendimento dos profissionais da saúde para entender e vivenciar melhor esta etapa da vida.

e- Violência contra a Mulher

Em relação à violência doméstica e sexual, estas são as principais indicadoras da discriminação de gênero contra a mulher. Embora a Lei 11.340/2006 de 07/08/2006 venha sendo utilizada com sucesso na defesa de mulheres em situação de violência, ela

ainda é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, principalmente por aqueles que fazem o primeiro atendimento às mulheres vítimas de violência.

A maioria dos municípios não conta com um roteiro de assistência a estas vítimas e não há ações entre os diversos setores, como o da Saúde, secretaria de Ação Social e Delegacia da Mulher, para que esta mulher fosse amparada da melhor forma, com assistência médica, psicológica e de assistente social.

Conclusão

Com a mudança no padrão social brasileiro graças ao aumento da escolaridade feminina, ao crescente número de mulheres no mercado de trabalho, à sua maior participação na renda dos lares brasileiros e ao aumento da sua expectativa de vida, as políticas públicas de saúde devem prestar cada vez mais assistência a estas pessoas tão fortes e ao mesmo tempo tão frágeis, devido a condições biológicas e sociais inerentes ao gênero. As mulheres devem lutar para que aja cada vez mais igualdade entre os sexos, não devendo sofrer qualquer tipo discriminação relacionada à sua sexualidade e nós profissionais de saúde devemos contribuir de forma plena para que este objetivo seja alcançado.

4.5- Disciplina: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Introdução

A abrangência do tema Saúde Ambiental na saúde comunitária é extremamente complexa, pois incorpora dimensões econômicas, sociais, ambientais e políticas.

O desenvolvimento da economia que se sobressaiu com o desenvolvimento tecnológico trouxe inúmeras consequências para a saúde ambiental, e assim para a saúde das pessoas. Com o crescimento tecnológico, as descobertas científicas e um mercado em crescimento exponencial, o cuidado com o meio-ambiente foi colocado em segundo plano, algo a ser repensado.

Com estes impactos na natureza, passou-se a pensar na questão da saúde dos trabalhadores, bem como a Estratégia Saúde da Família poderá agir para promover saúde e atenção especial a estes milhares de brasileiros com vida produtiva e intervir nos agravos à sua saúde.

Relação Homem e Meio-Ambiente

A relação do homem com a natureza tem sofrido importantes modificações nas últimas décadas. Em toda a história, os povos sempre puderam retirar o seu sustento, sua alimentação, seu vestuário e outras necessidades da “mãe natureza”, relação que sofreu modificações dramáticas nos últimos tempos.

Não se sabe ao certo quando começou a ação desfavorável do homem sobre a natureza. Estamos sofrendo com as consequências do aumento da temperatura no planeta, as catástrofes naturais como enchentes, tufões, além da precariedade nas moradias, como ausência de saneamento básico em muitos lugares, casas em locais de risco e com estrutura inadequadas, etc. Enfim, pessoas em vivendo em condições sub-humanas, resultado da problemática construída pela sociedade moderna.

A boa relação mencionada no início passou a ser substituída por uma vantajosa ação unilateral, em que apenas as necessidades do mundo capitalista têm espaço, visando apenas ter benefícios, não importando a problemática que isso trará ao planeta.

Modernidade e Crise Ambiental

A economia passou a ser a roda que gira o mundo, o consumismo exagerado e desenfreado são as ações mais desejadas, nunca deixando saciada a fome de mais aquisições. Para alimentar estes desejos, a economia e o desenvolvimento tecnológico tiveram que dar passos largos, aumentando as indústrias que levam toneladas de lixo tóxico que destrói a camada de ozônio, que geram efeito estufa, que aumentam a temperatura do planeta, que poluem nossos pulmões com nível de fumaça alarmante, gerando um ciclo de vida errôneo a que estamos acostumados a ver e que tão pouco estamos fazendo para evitar.

Os recursos tirados na natureza desrespeitam o equilíbrio desta. Retiram-se madeira para aquecer a economia, destrói-se a fauna e a flora como se cada ser não tivesse o seu valor. O avanço científico tecnológico mobilizado para a produção, guiado pelo mito da inesgotabilidade dos recursos naturais, induz a exploração sem limites. O que não estamos acostumados a presenciar são reuniões dos líderes políticos e os “donos” da economia mundial se reunirem para analisar os impactos destas ações sobre suas próprias vidas e sobre a vida dos seus semelhantes. E nós profissionais da saúde, como formadores de opinião, temos que alertar nossos pacientes sobre como preservar o meio ambiente e inverter esta lógica que domina o mundo.

A Saúde do Trabalhador e a Saúde Ambiental

As críticas ao desenvolvimento essencialmente econômico e seus impactos sobre a saúde e a doença e sobre o ambiente têm aproximado os campos da saúde do trabalhador e da saúde ambiental. Assim, as ações de saúde ambiental e do trabalhador devem estar articuladas nos serviços de saúde, uma vez que os riscos gerados pela produção afetam o meio ambiente e a saúde da população e dos trabalhadores de modo especial.

Dáí surgiu a importância da Saúde do Trabalhador que constitui um campo da Saúde Pública, cujo objeto é a relação entre trabalho e o processo saúde-doença. No início, os modelos de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional eram campos restritos ao setor privado, sem responsabilidade do Estado. Apenas os trabalhadores formais tinham acesso a esta assistência. E os trabalhadores informais, que a amparo teriam?

Hoje, o campo da Saúde do Trabalhador traz esta como responsabilidade do Estado, do setor público abrangendo todo e qualquer trabalhador: do setor informal, desempregados e autônomos. Segundo a lei nº 8.080/90 entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina à promoção e à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores, considerados como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os trabalhadores atendidos pela rede do setor de saúde ainda não contemplando a centralidade dos processos produtivos na determinação da saúde-doença. O SUS ainda não incorporou de maneira efetiva o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental.

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, abriu possibilidades de avanço. Esta é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e tem como objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

É composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador que desempenham, na sua área de abrangência, função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores. Ela integra as linhas de cuidado da atenção básica, da média e da alta complexidade nos três níveis de gestão: municipal, estadual e nacional e tem como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Saúde Ambiental e do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde

Além das prioridades já definidas para APS, como atendimento aos hipertensos, diabéticos, atendimento à gestante, a puericultura, entre outras, devem ser inseridas a questão do trabalho e das relações de produção na linha de cuidado, sem destacar apenas o modelo assistencial, devendo focar a prevenção à saúde.

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local, isto é, o reconhecimento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde.

O enfoque do território permite a delimitação e a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como facilita a identificação de situações de riscos para a saúde, originários em processos produtivos e em situações de trabalho.

Mas, para que o SUS incorpore este modelo com a APS efetivando a vigilância, muitas questões terão que ser discutidas:

- 1- Como capacitar os profissionais para desenvolver ações de saúde do trabalhador se a demanda já é exaustiva e as condições de trabalho muitas vezes são inadequadas?
- 2- Como ter acesso aos níveis mais complexos do sistema para que não haja descrédito na assistência por parte da população?
- 3- Como agir com os interesses dos “poderosos da economia” que degradam e poluem o ambiente, conseqüentemente atingindo à saúde da população.

Outro ponto que não deve ser negligenciado é uma forma de atuação para que se diminuam os acidentes de trabalho, que atingem servidores principalmente na terceira e quarta década de vida, ou seja, na faixa etária em que estão em plena atividade, gerando muito sofrimento no campo da saúde e déficit previdenciário.

Conclusão

Com a economia em crescimento exponencial, com a inserção da mulher mais ativamente no mercado de trabalho, com a geração de empregos formais e informais em aumento tem-se, mais ainda, que o setor público preocupe-se com a saúde dos trabalhadores, propondo formas de assistência na APS e nos outros níveis de atenção, não apenas atuando de forma a tratar problemas já em curso, mas procurando conhecer melhor as condições do ambiente e trabalho para que haja política de redução de agravos e vigilância para diminuir o número de acidentes de trabalho.

Os desafios são muitos e complexos, mas devem ser intensificadas as ações de vigilância em saúde ambiental, para que não tenhamos que sofrer com agravos e doenças trazidas pela contaminação da água, do ar, do solo, dos alimentos, entre outros problemas. Os padrões de produção e consumo se relacionam com o ambiente e saúde e se expressão na vida e na morte dos trabalhadores e da população e na degradação ambiental.

4.6- Disciplina: Atenção Básica no Contexto de Saúde Bucal

Introdução

A atenção à Saúde Bucal (SB) no Brasil tem uma história ainda pequena, pois seu surgimento e os primeiros modelos desta forma de atenção surgiram apenas após a criação do Sistema único de Saúde (SUS) e só foi colocada em prática apenas após a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos anos noventa. Apesar da Política de Saúde Bucal atual está estruturada nos princípios e diretrizes do SUS, ainda convive com modelos obsoletos que são incapazes de responder às necessidades da população.

Assim, a SB com o passar dos anos, obteve diversas denominações, todas precárias no sentido de atender os brasileiros. Foi chamada de Odontologia Sanitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Social, Odontologia Comunitária, Odontologia Integral e Odontologia em Saúde Bucal Coletiva, demorando o governo a adotar uma medida que realmente oferecesse impacto nos problemas bucais dos usuários. Muitos anos se passaram para que houvesse uma mudança no modelo assistencial voltado para cura, passando a investir também na prevenção das doenças.

A Saúde Bucal Na Estratégia Saúde da Família

Um marco importante para a SB foi a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada no ano de 1986, que definiu a saúde bucal como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio- ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”.

Outra conferência, realizada em setembro de 1993, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, representou um dos mais importantes fóruns de discussão da saúde bucal, permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país.

Entretanto, a saúde bucal, apesar de ser componente da saúde geral, ficou fora do PSF e, somente em 2000, essa foi inserida, quando o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à SB prestadas nos municípios por meio do PSF. Mas apenas em 2003 o MS estabeleceu a equiparação das ESB ao número de Equipe de Saúde da Família (ESF) implantado, ou seja, o município poderá ter quantas ESB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF e considerem a lógica de organização da Atenção Básica.

Embora, na última década, o Brasil tenha avançado muito na prevenção e no controle da cárie em crianças, a situação de adolescentes, adultos e idosos está entre as piores do mundo. E mesmo entre as crianças, problemas gengivais e dificuldades para conseguir atendimento odontológico persistem. Para mudar esse quadro, em 2004, foram criadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecido popularmente como “Brasil Sorridente” em Sobral/Ce, visando um melhor atendimento à saúde bucal (BRASIL, 2006).

Para haver uma melhoria na cobertura da atenção aos pacientes, a ESF deve trabalhar integrada com a Equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo que esta última também deve atender as gestantes de forma rotineira no pré-natal, deve fazer atendimentos de

puericultura, orientando os pais sobre a importância da higiene bucal mesmo antes do nascimento dos primeiros dentinhos, deve procurar realizar atendimentos voltados para adolescentes, grupos de risco para doença bucal e prestar atendimento voltados para prevenção de patologias bucais e saúde bucal dos idosos.

A equipe de saúde da família que deve encaminhar ao cirurgião-dentista, os pacientes que apresentarem algum sinal de alarme para presença de doença bucal, como sangramento gengival, dor ou dificuldade para se alimentar, preferência por ingerir apenas alimentos líquidos e pastosos, presença de ferida bucal, entre outras queixas.

Processo de Trabalho e Organização da Saúde Bucal na Atenção Básica

Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige e o campo de atuação é o território-família-comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para atender os usuários em parceria com a ESF, foi formada a ESB, composta de um cirurgião-dentista (CD), um técnico em saúde bucal (TSB) e um auxiliar em saúde bucal (ASB), profissionais regulamentados em 2008.

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde:

- 1) por linhas de cuidado;
- 2) por condição de vida.

No primeiro caso, trabalha-se no reconhecimento de especificidades próprias da idade, com atenção voltada à saúde da criança, saúde do adolescente, do adulto e saúde do idoso, sendo o trabalho em equipe e a humanização das práticas os fundamentos mais importantes desse conceito.

Na segunda proposta pode-se trabalhar com atenção voltada a grupos especiais, como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, saúde dos portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, entre outras.

Para facilitar o acesso do usuário, deve organizar a demanda com o restante dos profissionais da atenção básica, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde.

Os casos de maior complexidade devem ser encaminhados para atenção secundária, serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que realizam diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, cirurgia oral menor, endodontia, periodontia especializada e atendimento a portadores de necessidades.

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

A- Saúde bucal das Gestantes

As ações de cuidado à saúde bucal de gestantes e crianças, na atenção primária, devem ser realizadas no contexto de toda a equipe de saúde, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal que excluam a área médico-enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê. Esta fase fisiológica da vida é um momento propício para incorporação de bons hábitos, sendo o momento ideal inclusive para já se discutir sobre a saúde bucal do bebê.

É importante que a equipe de saúde bucal trabalhe de forma integrada com os demais profissionais da ESF, procurando fazer busca ativa das gestantes de sua área de abrangência para realização do pré-natal e cuidados odontológicos.

As gestantes, devido às alterações hormonais sofridas, apresentam fatores que podem contribuir para o aumento de doenças bucais. Há um aumento da acidez bucal, que pode favorecer ao surgimento de cárie dentária. Existe um aumento da vascularização da gengiva, que favorece surgimento de gengivite. Além disso, pode haver aumento da mobilidade dentária devido a maior taxa hormonal, e tumores gengivais também podem aparecer, produzindo uma zona localizada de vasos sanguíneos e reação inflamatória mais intensa.

Mas vale salientar que essas alterações são apenas exacerbações que podem ocorrer no período gravídico, sendo que a maioria dos problemas bucais que ocorre durante a gestação, é devido a mudanças nos hábitos alimentares e de higiene por parte das gestantes.

Devido ao que foi exposto, é de suma importância que todos os profissionais da área da saúde orientem as gestantes a realizarem o pré-natal odontológico.

B- Saúde Bucal dos Bebês (0 a 24 meses)

É muito importante já nos primeiros meses de vida, juntamente com as consultas médicas e de enfermagem, que os bebês visitem o dentista. Os profissionais dos programas de puericultura devem orientar o cuidador sobre a cronologia da erupção dos dentes, a terapêutica do flúor, a importância do aleitamento materno para a formação dos dentes e do trabalho muscular para o desenvolvimento das estruturas faciais. Devem incentivar o uso progressivo de alimentos em colheres e copos após o desmame, além de orientar sobre a higiene bucal e também informar sobre a relação da dieta com a saúde bucal.

A limpeza da cavidade oral deve ser iniciada antes do surgimento dos dentes, para retirada do leite estagnado na boca. Ao aparecerem os primeiros dentinhos, estes devem ser escovados por um adulto e com pouco dentífrício (tamanho de um grão de arroz),

devendo ficar atento para não haver ingestão excessiva deste, já que a criança nesta faixa etária ainda não apresenta boa coordenação motora para realizar a escovação, podendo ingerir muito flúor, o que pode trazer complicações. Hoje não se recomenda mais o uso do creme dental sem flúor.

C- Saúde Bucal das Crianças

Esta faixa etária é o momento propício para iniciar trabalhos de prevenção e educação em saúde bucal, pois é o momento ideal para o desenvolvimento de bons hábitos. Esses trabalhos, que normalmente são realizados em creches e escolas, devem ter a participação da família para que os mesmos possam ser perpetuados em casa.

D- Saúde Bucal dos Adolescentes

O atendimento na faixa etária da adolescência deve ser estimulado por todos os profissionais da saúde, já que os jovens não costumam procurar os postos de saúde para seu próprio atendimento. Como já fazem suas atividades de higiene sozinhos, devem receber orientações diretamente do dentista e receber tratamento quando necessário.

E- Saúde Bucal dos Adultos

Historicamente, a organização das ações de saúde bucal no país excluiu os adultos, o que causou uma demanda reprimida para essa faixa etária.

Estes normalmente procuram o serviço em situações de urgência que o impossibilita de permanecer no trabalho, gerando consequentes perdas dentárias. Alguns municípios já têm adotado o atendimento odontológico no turno da noite e priorizado a saúde do trabalhador.

F- Saúde Bucal dos Idosos

Os pacientes da terceira idade também precisam de uma atenção especial, pois como veremos a seguir, muitos idosos acreditam, que por terem perdidos muitos dentes e usarem prótese, nem precisam de atendimento odontológico, o que deve ser desmistificado.

A demanda da UBS deve ser organizada de modo a receber estes pacientes, com dias determinados para o atendimento individualizado, além de ter agendamento para atendimento coletivo e visita domiciliar para os pacientes acamados e com dificuldade de locomoção.

Epidemiologia em Saúde Bucal

Assim como na saúde geral, a saúde bucal também possui índices epidemiológicos que medem o nível de saúde bucal da população. O mais importante é o CPOD, que é a

média do número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O), podendo ser usado em todas as faixas etárias. O Ceo-d é o seu equivalente para a dentição decídua.

O CPOD aos 12 anos é o índice usado mundialmente para avaliar a saúde bucal da população. Em 2003 este número era de 2,78, significando dizer que em média as crianças de 12 anos possuem quase três dentes cariados, perdidos ou obturados. Os dados de 2010 mostram que o CPOD tem sofrido redução em todas as idades. Mostra também que mais de 45% das crianças estão totalmente livres da cárie. Os dados também apontam para um maior acesso de adultos e idosos ao atendimento odontológico.

Por todas estas ações, pela a aplicação de flúor e por os trabalhos realizados pelo programa de SB, houve uma “economia” de 300 mil dentes que deixaram de ser extraídos. Esta melhoria dos dados de 2010 deu-se em quase todas as regiões, sendo que o estado do Norte ainda merece uma atenção especial devido ao menor avanço na área da saúde bucal.

Infelizmente não há muitos trabalhos de epidemiologia realizados por município, para que se possa ter uma melhor avaliação local.

Conclusão

O Sistema Único de Saúde, em 2008, completou vinte anos, mas ainda ficamos perplexos em face dos desafios a serem enfrentados. Em relação à Saúde Bucal dos brasileiros, há muito pouco tempo foi dado o primeiro passo, estando o governo devendo muito ao sorriso dos brasileiros.

Cabe a nós, profissionais de todas as áreas da saúde trabalhar, juntamente com a Equipe de Saúde Bucal, para que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços odontológicos, orientado, encaminhando quando necessário, mostrando que a saúde da boca é fundamental e que todos temos direito a mesma para gozarmos de uma saúde plena.

4.7- Disciplina: Atenção aos Portadores de Deficiência

Introdução

O conceito de deficiência, para fins de proteção legal, é descrito como uma limitação física, mental, sensorial ou múltipla, que incapacite a pessoa para o exercício de atividades normais da vida e que, em razão dessa incapacitação, a pessoa tenha

dificuldades de inserção social. Ou seja, é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Breve história da luta pelos direitos dos Portadores de Deficiência

No Brasil há duas normas internacionais devidamente ratificadas, o que lhes confere status de leis nacionais, que são a Convenção nº 159/83 da Organização Internacional do Trabalho e a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, também conhecida como Convenção da Guatemala, que foi promulgada pelo Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Ambas apresentam o conceito acima para tentar minimizar o sofrimento das pessoas que vivem com determinada limitação, precisando de acessibilidade.

Em 2006, a ONU realizou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que é composta por cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas com deficiência.

Para que essas leis fossem promulgadas, houve uma luta árdua dos deficientes e seus parentes e amigos para mudar a realidade daqueles que apresentam alguma forma de limitação e, apesar destas leis, vemos diariamente que elas estão mais no papel que na prática.

Devido as muitas dificuldades ainda enfrentadas pelos PcD em todos os serviços do país, vemos que ainda há muito para lutar em busca da acessibilidade, em todos os seus sentidos.

Muitos profissionais de saúde não tem habilidade de lidar com portadores de deficiência mental ou com surdos, não sabendo com abordá-los. Muitos dos nossos postos de saúde nem há rampas para receber um deficiente físico. Na estrutura do posto de saúde onde trabalho há inclusive batentes, mas não ha uma rampa para cadeirantes, nem banheiro adaptado com mais espaço. Devemos lembrar que todos os deficientes devem ter acesso aos serviços médico e de enfermagem, atendimento odontológico, acompanhamento pelos ACS, além de remédios e exames disponíveis pelo SUS, como todos os cidadãos têm direito. Eles também devem ter atendimento digno, feito por todos nós profissionais.

Deficiência Visual e as implicações no Atendimento em Saúde

Deficiência visual é uma categoria que inclui pessoas cegas e pessoas com visão reduzida, de forma irreversível, causada por patologias congênitas ou hereditárias. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o indivíduo com baixa visão ou visão subnormal é aquele que apresenta diminuição das suas respostas visuais, mesmo após tratamento e/ ou correção óptica convencional, mas que usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ ou execução de uma tarefa (Bangkok, 1992).

A diminuição da resposta visual pode ser leve, moderada, severa, profunda (que compõem o grupo de visão subnormal ou baixa visão) e ausência total da resposta visual (cegueira).

Ainda segundo a OMS, do ponto-de-vista médico-educacional, é considerado um indivíduo cego aquele que apresenta acuidade visual de 0 a 20/200, isto é, enxerga a 20 pés (6 metros) de distância, aquilo que um sujeito de visão normal enxerga a 200 pés (60 metros), no melhor olho, após correção máxima, ou que tenha um ângulo visual restrito a 20 graus de amplitude. Neste contexto, o indivíduo é considerado com visão subnormal quando possui acuidade visual de 6/60 e 18/60 (escala métrica) e/ou campo visual entre 20 e 50 graus. Pedagogicamente, delimita-se como cego aquele que, mesmo possuindo visão subnormal, necessita de instrução em Braille (sistema de escrita por pontos em relevo), e como portador de visão subnormal, aquele que lê tipos impressos ampliados ou com auxílio de potentes recursos ópticos.

Atualmente, estima-se que existam 180 milhões de deficientes visuais em todo o mundo, dentre os quais 45 milhões são cegas e 135 milhões apresentam algum tipo de baixa visão. A grande maioria dos casos de cegueira está presente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Previsões atuais estimam que o número de pessoas cegas dobrará até o ano 2020. Isto se deve a fatores como o crescimento populacional mundial, com um aumento do número de pessoas acima dos 65 anos, além da falta de diagnóstico de algumas doenças crônicas como o glaucoma e de uma maior sobrevivência de bebês prematuros que podem vir a ter a retinopatia pediátrica, a segunda maior causa de cegueira infantil.

Segundo estudo feito pela OMS em 2002, as principais causas de cegueira no mundo são:

CATARATA - 47,80%

GLAUCOMA - 12,30%

DEGENERAÇÃO MACULAR - 8,70%

OPACIDADES DE Córnea - 5,10%

RETINOPATIA DIABÉTICA - 4,80%

CEGUEIRA INFANTIL - 3,90%

TRACOMA - 3,60%

ONCOCERQUÍASE - 0,80%

OUTRAS - 13,00%

No Brasil é muito difícil um cego ter acesso à educação ou a locais que facilitem seu acesso, assim como sofrem todas outras pessoas que apresentam alguma deficiência física.

Para que saibamos uma melhor forma de assistir a um deficiente visual, devemos seguir orientações sobre como abordá-los:

- A - tratá-los como seres iguais a qualquer pessoa humana;
- B - se dirigir a uma pessoa cega chamando-a de pelo nome;
- C - falar em tom de voz normal;
- D - indicar a localização da porta, dos objetos por onde deseja passar;
- E - evite se dirigir à pessoa cega através do seu guia;
- F - Para guiar uma pessoa cega, ela deve segurar-lhe pelo braço, de preferência no cotovelo ou no ombro. À medida que encontrar degraus, meios fios e outros obstáculos, vá orientando-a. Em lugares muito estreitos para duas pessoas caminharem lado a lado, ponha seu braço para trás de modo que a pessoa cega possa lhe seguir;
- G - Ao guiar um(a) cego(a) para uma cadeira, guie a sua mão para o encosto da cadeira, e informe se a cadeira tem braços ou não;
- H - Quando são pessoas com visão subnormal (alguém com sérias dificuldades visuais), proceda com o mesmo respeito, perguntando-lhe se precisa de ajuda, quando notar que ela está em dificuldade;
- I - ao se ausentar do ambiente avise a pessoa cega.

Todas as ações de nós profissionais da saúde devem ser para ajudar a diminuir as limitações impostas por a deficiência, fazendo que estes pacientes desenvolvam autonomia e confiança para seguir em frente.

Deficiência Auditiva e as Implicações no Atendimento em Saúde

Deficiência auditiva , também conhecida como hipoacusia ou surdez, é a incapacidade parcial ou total de audição. Pode ser congênita ou hereditária, podendo ser causada posteriormente por doenças. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 1,5% da população dos países em desenvolvimento têm problemas relativos à audição.

O deficiente auditivo é classificado como *surdo*, quando sua audição não é funcional na vida comum e *hipoacústico* aquele cuja audição, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva. Como já foi citado, a deficiência auditiva pode ser de origem congênita, causada por viroses materna, doenças tóxicas desenvolvidas

durante a gravidez ou adquirida, causada por ingestão de remédios que lesam o nervo auditivo, exposição a sons impactantes, viroses, predisposição genética, meningite, etc.

Ela pode ser classificada de acordo com a localização da lesão que leva à surdez em:

-Deficiência de condução ou transmissão: quando a lesão localiza-se no ouvido externo ou no médio;

-Deficiência sensorineural ou interna: quando se localiza no ouvido interno ou no nervo auditivo ou ainda por lesão no córtex cerebral.

Mas o conceito de perda auditiva nem sempre é suficientemente claro para quem se depara com o problema da surdez. O grau de perda auditiva é calculado em função da intensidade necessária para amplificar um som de modo a que seja percebido pela pessoa surda. Esta amplificação mede-se habitualmente em decibéis.

Para o caso do ouvido humano, a intensidade padrão ou de referência correspondem à mínima potência de som que pode ser distinguida do silêncio, sendo essa intensidade tomada como 0 dB. Uma pessoa com audição normal pode captar como limiar inferior, desde -10 dB até + 10 dB. Verifica-se essa progressão se dá de forma exponencial ou seja multiplicando-a por dez. Logo, pressupõem-se que 10 dB tenha uma intensidade dez vezes superior a 0 dB e 30 dB são de uma intensidade cem vezes superior a 10 dB. A frequência de um som é medida em ciclos por segundo ou Hertz(Hz). O ouvido humano percebe sons nas frequências entre 20Hz e 20.000Hz responde à habilidade para detecção de sons até 20 dB.

Contudo a medida da perda auditiva não é suficiente para medir o real problema de audição que uma pessoa apresenta. Faz-se necessário mensurar também qual o espectro de frequência que está afetado pela surdez. Considera-se que as perdas auditivas nas frequências baixas são mais prejudiciais do que as perdas nas frequências altas.

É extremamente importante que a deficiência auditiva seja reconhecida o mais precocemente possível. Para tanto, os pais ou responsáveis devem observar as reações auditivas da criança. Os especialistas da área são enfáticos quanto à necessidade de tratamento o mais cedo possível.

Nos primeiros meses o bebê reage a sons como o de vozes ou de batidas de portas, piscando, assustando-se ou cessando seus movimentos. Se o bebê não reage a sons de fala, os pais devem ficar atentos e procurar aconselhamento com o pediatra, pois desde cedo o bebê distingue, pela voz, as pessoas que convivem com ele diariamente.

Deve-se também estar atento à criança que:

A - assiste à televisão muito próxima do aparelho e que pede sempre para que o volume seja aumentado;

B - só responde quando a pessoa fala de frente para ela; não reage a sons que não pode ver;

C - pede que repitam várias vezes o que lhe foi dito, perguntando "o quê?", "como?" ou

D -tem problemas de concentração na escola.

Crianças com problemas comportamentais também podem estar apresentando dificuldades auditivas. Até uma ligeira perda na capacidade de percepção auditiva pode influenciar o comportamento e o desenvolvimento da criança.

Outro tópico importante é sobre a comunicação com o surdo, que poderá ser feita pela língua brasileira de sinais (LIBRAS), com gestos e mímica; pelo alfabeto manual, principalmente quando se quer dizer um nome próprio ou não se entende um gesto; pela leitura labial, onde o surdo observa a pessoa falar devendo esta ficar a frente do surdo em ambiente claro e pela escrita.

Sendo a audição um sentido de grande importância e como vemos que muitas causas podem ser evitadas, devemos, como profissionais da saúde realizar ações de prevenção em diversas situações.

- 1- Prevenção primária: refere-se a ações que antecedem a surdez, como atendimento pré-natal de qualidade, campanhas de vacinação, orientação de trabalhadores de risco para uso de equipamentos de segurança, evitar uso de medicações ototóxicas, etc.
- 2- Prevenção secundária: refere-se às ações que minimizam as consequências da surdez, através de diagnóstico e tratamento precoce de patologias, através do teste da orelhinha, utilização do aparelho auditivo e do atendimento fonoaudiológico.
- 3- Prevenção terciária: refere-se a reabilitação destes pacientes, ajudando a superarem a deficiência, aumentando o nível de desempenho da pessoa.

Conclusão

Diante do exposto, concluímos que temos a obrigação e o dever de prevenir, diagnosticar e educar para mais tarde termos pessoas adultas que possam vencer as barreiras enfrentadas pelos deficientes auditivos, tornar-se cidadãos úteis, independentes, integrados e se possível mais felizes.

4.8- Disciplina: Interdisciplinaridade e Bioética

Introdução

A interdisciplinaridade e a bioética, assuntos de grandes interesses no processo de trabalho em saúde dos dias atuais, devem ser tópicos de discussão, uma vez que há cada vez mais tecnologias a disposição dos profissionais e a cada dia cresce a relação entre profissionais de saúde e pacientes.

A primeira, que pressupõe um trabalho coordenado e com um objetivo comum, compartilhado por vários ramos do conhecimento de forma integrada, veio para reduzir as formas de atendimentos extremamente especializadas, superando a visão fragmentada que temos de nós mesmos.

Já a bioética é uma ética aplicada, chamada também de ética prática e refere-se, normalmente, a questões éticas que vêm aparecendo com o avançar das ciências da vida.

A Interdisciplinaridade e Equipes Multiprofissionais

Uma característica dos dias atuais é a proliferação do conhecimento, que se transforma rapidamente e se encontra dividido em áreas isoladas, fenômeno esse conhecido por “disciplinaridade”.

O exagero das especializações conduz a uma situação patológica em que a inteligência é fragmentada, extremamente dividida, vista de forma isolada e sem interação, como se isso fosse possível.

Então, diante disso, surgiu o interesse na Interdisciplinaridade, que é a integração de dois ou mais componentes curriculares na construção do conhecimento. Em outras palavras, são necessários duas ou mais pessoas com seus diferentes saberes querendo interagir.

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 pelo Ministério da Saúde, procurou-se uma forma de atender a comunidade trazendo os profissionais de vários setores da saúde para bem próximos da família, ou seja, tentou-se reunir uma equipe multiprofissional, com diferentes ramos de conhecimento, para que pudessem interagir seus saberes e ofertar assim melhor atendimento à população.

O PSF é uma estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo os seus princípios de universalidade, descentralização, equidade e integralidade com participação da comunidade.

A universalidade foi um grande passo dado pelo SUS, uma vez que antes de sua criação, apenas os funcionários vinculados ao extinto Instituto Nacional da Assistência Médica e Seguridade Social (INAMPS), tinham acessos aos serviços de saúde. Ou seja, era necessária a contribuição previdenciária, onde os cidadãos excluídos eram atendidos em casas de misericórdia ou beneficência.

Hoje, sabemos que todos os cidadãos podem ter acesso à rede pública de saúde, sendo a porta de entrada a Unidade Básica de Saúde (UBS), serviço atrelado a um sistema de maior complexidade para garantir referência e atendimento especializado quando conveniente.

A Descentralização substituiu a antiga lógica de atendimento onde havia concentração de poder, passando os municípios a serem os responsáveis pela saúde de sua população.

O objetivo da Equidade é diminuir desigualdades. Mas, isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.

Ao mesmo tempo, o princípio da Integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Recentemente, o PSF foi denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que passou a considerar a família como unidade de intervenção e firmou como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. No ano de 2000 houve oficialmente a inserção de profissionais de Saúde Bucal.

Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma iniciativa do governo federal para ampliar o número de profissionais às ESF. Os núcleos reúnem profissionais das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de Educação Física, nutricionista, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuam em parceria e em conjunto com as Equipes de Saúde da Família.

Desta forma, o Ministério da Saúde enfatiza a importância da interdisciplinaridade nas equipes multiprofissionais da ESF e NASF, que se configura como um novo vínculo entre os membros de uma equipe, proporcionando melhoria nas ações de saúde.

O Papel da Bioética nas Intervenções Profissionais

No conceito de Bioética, *bios* representa o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos; enquanto *ética*, representa o conhecimento dos sistemas dos valores humanos. Com o surgimento da Bioética, na década de 70, era necessário estabelecer uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que emergiam da prática da assistência à saúde.

Em outras palavras, a bioética tem sido descrita enquanto o “estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais” (CLOTET).

Ela atua em uma área comum a diversas disciplinas tratando de problemas que são “situações-dilema”. Engloba questões que se referem ao início e fim da vida humana e outras intermediárias, tais como contracepção, esterilização, aborto, concepção assistida, doação de sêmen ou de óvulo, morte e o morrer, paciente terminal, eutanásia, suicídio, transplantes, códigos de ética das diversas profissões, experimentação em seres humanos, pena de morte, entre outros.

Não há consenso sobre qual foi o acontecimento fundador da bioética, mas não há dúvidas de que muitos estudos realizados sem a ética devida trouxe danos a muitos indivíduos, por não levarem em consideração os efeitos danosos para as pessoas usadas em experimentações.

Por isso, foi criado o código de Norenberg, para que as pesquisas realizadas em prol dos conhecimentos científicos não trouxessem mais malefícios que benefícios, sendo que todos os participantes de pesquisas tinham que assinar um termo de consentimento informado, podendo desistir da participação a qualquer momento.

Em seguida, foi criada a declaração de Helsinque, em que o bem-estar do homem deve ter prioridade sobre os interesses da ciência e da sociedade. Tudo para garantir ética e bem-estar dos envolvidos nos estudos.

Há o que se conveniu chamar de Modelo Principlista, que é o modelo hegemônico da bioética que é adotado no Brasil. O Principlismo é um conjunto de postulados básicos que, mesmo não possuindo um caráter de princípios absolutos, serve para ordenar as discussões bioéticas.

Este modelo estabelece como princípios de não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. Assim, o ponto de partida para orientar qualquer discussão ética deve ser a análise destas quatro condições, de como elas podem ser mais bem respeitadas em cada caso.

De acordo com o princípio da não-maleficência, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente. Considerado por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, que é socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos. Trata-se, portanto, de um mínimo ético, um dever profissional, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má-prática ou prática negligente da medicina ou das demais profissões da área biomédica.

Beneficência quer dizer fazer o bem. Ele obriga o profissional de saúde a ir além da não-maleficência (não causar dano intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem estar dos pacientes, atuando para prevenir danos, tratar quando possível e atuar na recuperação do paciente.

Já a autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Respeitar a autonomia é, em última análise,

preservar os direitos fundamentais do homem, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade.

O princípio da justiça está associado preferencialmente com as relações entre grupos sociais, preocupando-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens.

Enfim, a bioética veio enfatizar o respeito que deve ser dado aos seres humanos no tocando ao desenvolvimento científico- tecnológico, enfatizando que o mais importante é o bem-estar da população.

Conclusão

Interdisciplinaridade e bioética, temas de destaque e importância no contexto de trabalho atual, servem de base para repensarmos melhor nossas condições de atuação, da importância de todos os membros de uma equipe fazerem parte dela de forma unificada e atuante, em que todos os conhecimentos são compartilhados em busca de um bem comum.

Trabalhando de forma integrada e com respeito ao nosso semelhante, atuando com os princípios da bioética e colocando em prática todo potencial técnico-científico que temos disponível, ajudamos a construir um SUS melhor, com todos os seus princípios.

4.9- Disciplina: Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família E da Comunidade

Introdução

No dia a dia de todos os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF), devemos arduamente mudar as práticas de saúde que focam apenas a consulta com diagnóstico e tratamento de enfermidades, para trabalharmos prioritariamente, com ações voltadas para a prevenção de agravos.

Para conseguirmos esse objetivo, teremos que por em prática ações pedagógicas por meio da educação, para que se dê a transmissão de informações e a assimilação de conhecimento por parte dos usuários. Só com uma prática pedagógica adequada a cada situação poderemos gerar resultado no trabalho de orientação em saúde. Discutiremos assim o papel de educador desempenhado pelo profissional de saúde, principalmente os que atuam na atenção básica.

Práticas Educativas e Pedagógicas em Saúde

Para melhorar nossas práticas educativas temos primeiro que conhecer a realidade do nosso território de atuação, saber em que contexto social, econômico e cultural está inserido a comunidade, para podermos colocar em ação uma prática pedagógica. É preciso conhecer a linguagem própria de determinada coletividade, compartilhando e possibilitando a construção de novos conhecimentos (Vasconcelos, 2009).

Todos os processos educativos, assim como suas respectivas metodologias e meios, têm por base uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, modifiquem seu comportamento (Bordenave, 1983).

Ainda segundo Bordenave, a pedagogia pode ser classificada em Pedagogia de Transmissão, do Condicionamento e da Problematização.

Na primeira, o aluno recebe o que o professor e livro os oferecem, o que possivelmente leva a passividade do aluno e falta de atitude crítica.

Na Pedagogia do condicionamento, literalmente condiciona o aluno a dar as respostas desejadas pelo professor, sem problematizar a realidade, não tendo oportunidade de criticar o conteúdo do programa.

Na Pedagogia da Problematização, por sua vez, há um aumento da capacidade do aluno detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. Essa é a prática pedagógica que nos interessa atualmente.

A Prática Educativa em Saúde se insere em um projeto político que busca intervir na realidade para contribuir para a transformação social, política e econômica do país, buscando melhoria na qualidade de vida dos brasileiros.

Ela pressupõe o desenvolvimento de atitudes que foquem a resolução dos problemas, procurando alternativas para transformar o processo de trabalho em resultados mais satisfatórios.

Na educação em saúde, objetiva-se formar o pensamento crítico das pessoas para reconhecer seus problemas e atuar de forma individual e coletivamente para solucioná-los. Um bom diálogo entre os profissionais de saúde e comunidade melhoram a qualidade do atendimento e socializam as informações.

Para isso, é de suma importância nos colocar no lugar do outro, escutando atentamente, compreender e nos fazer compreendido, ser altruísta e amável com as pessoas, atuar de forma democrática e solidária.

Nos filmes *The Wall* e *Máquinas de Ensinar*, apresentados pela disciplina, tivemos a oportunidade de ver estudantes serem submetidos a uma educação inadequada. No primeiro filme, em que o professor reprime e humilha os alunos em sala de aula,

impondo-lhes a castigos físicos, sem deixá-los abertos ao diálogo e a buscar de seus próprios conhecimentos. No segundo filme, assistimos a apresentação de uma máquina de ensinar, em que um professor tenta convencer o expectador sobre os benefícios de uma máquina que leva a um tipo de pedagogia de condicionamento, onde os estudantes não têm a oportunidade de compartilharem seus conhecimentos entre eles e entre estes e o professor, em busca de um aprendizado mais com mais benefícios, gerando um problematização.

Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade

Com a criação do Sistema único de Saúde (SUS) houve, como já mencionado, uma mudança no modo de promover saúde, procurando atuar mais na prevenção que nos agravos à saúde já instalados.

Para que o SUS pudesse atuar de forma mais acessível à comunidade, foi criada a ESF, em que o foco de atuação por um equipe multidisciplinar é a família, numa forma em que todos os cidadãos podem ter acesso de forma universal, integral, com equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, sendo estes princípios do sistema de saúde.

Essa aproximação profissional de saúde e população trouxe, como consequência, expressivo aumento da demanda espontânea, termo dado aos atendimentos voltados para os casos agudos e de urgência. Então, como proporcionar tempo para que as ações estratégicas prioritárias de promoção de saúde e prevenção de doenças pudessem ser realizadas?

Diante deste contexto, foram criadas algumas tecnologias ou estratégias de atendimento voltadas para cada necessidade, que discutiremos mais adiante.

a- Acolhimento:

É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pelo atendimento. Acolher é garantir a resolubilidade, oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário.

Todavia, diante do modelo biomédico prevalente e com uma enorme quantidade de pacientes oriundos da livre-demanda, é um grande desafio conciliar o atendimento a todos que buscam o serviço e priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Devemos, para isso, traçar alternativas de abordagem, como consultas agendadas por agentes comunitários de saúde, visitas domiciliares, atendimento a portadores de cuidados especiais, reuniões educativas, desenvolvimento de atividades em parceria com as escolas, entre outras.

b- Espaço Adequado para Atendimento:

O atendimento deve ser feito em local que preserve a privacidade do diálogo, onde poderemos demonstrar nosso interesse em escutar e resolver o problema que motivou a procura pelo serviço.

c- O Trabalho com Grupos:

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado numa forma de atender um conjunto de pessoas que se apresentam em situações ou problemas semelhantes, como, por exemplo, é realizada em muitas UBS por enfermeiros a pacientes com hipertensão ou diabetes mellitus. Muitos destes pacientes precisam no momento apenas de orientação e um trabalho em grupo, além de diminuir a procura por consulta médica, principalmente, favorece a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações).

d- Visita Domiciliar:

A ESF pressupõe a visita domiciliar (VD) como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes como meio de conhecimento da realidade de vida da população, identificar as situações de risco às quais está exposta, conhecer os problemas de saúde prevalentes em um território, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

A VD foi reintroduzida no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), devendo ser explorada por todos os membros da equipe. Ela deve ser tecnologia de acesso a todos os que dela necessitarem, como os usuários da UBS em situações especiais, assim como os “não-usuários”, ou seja, aqueles que não têm condições físicas para ir até a Unidade de Saúde.

e- Consulta:

A consulta é uma estratégia de atendimento secular, sendo por muito tempo instrumento de trabalho quase exclusivo dos médicos. Hoje, apesar de outras formas de abordagem, ela ainda é uma das principais formas de acesso aos profissionais de saúde em suas diversas áreas de atuação.

Nela é possível um momento importante de acolhimento, da escuta dedicada, com privacidade. A capacidade de ouvir o usuário com atenção é fundamental para o estabelecimento de laços de confiança e vínculo.

Conclusão

Para todos nós que trabalhamos na área da saúde, as diversas formas pedagógicas e estratégias para abordagem do indivíduo e da família por nós assistidas, devem ser voltadas a gerar maior adesão dos pacientes ao tratamento e aumentar o vínculo de relação entre os diversos profissionais e os clientes que buscam nosso apoio.

4.10- Disciplina: Planejamento e Avaliações em Saúde

Introdução

Um dos grandes desafios referentes à implantação de qualquer serviço é a utilização de ferramentas e modos de identificar os principais problemas a serem enfrentados. No SUS isto não é diferente. Desta forma, para que se identifiquem os obstáculos e que se busque alternativas eficazes de resolução, torna-se imperativo a elaboração de um Planejamento em Saúde, com forma eficiente de abordagem dos problemas apresentados.

Relato da Experiência de Construção do Plano de Ação em Saúde

É de grande valor o encontro de membros de uma equipe para avaliar os principais problemas e os nós críticos a serem discutidos para que se possa também elaborar um plano de ação para resolução ou amenização dos obstáculos enfrentados por determinada comunidade.

Como a equipe compreende diferentes classes de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico em enfermagem e agentes de saúde), fica mais fácil descrever quais problemas são mais prevalentes e ver, sob diversos aspectos, o grau de importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento destes.

Reflexões Sobre o Planejamento Estratégico Situacional

Como discutido na disciplina apresentada ao longo da pós-graduação, planejamento deve fazer parte do cotidiano de todas as equipes. E planejar significa o processo de elaborar uma estratégia para resolução de uma demanda ou problema, com base na análise do ambiente interno. Primeiro, deve-se fazer um estudo das causas de um determinado problema, para que se possa entender a situação atual e buscar estratégias para resolução dos obstáculos. Ou seja, devem-se analisar as necessidades da comunidade adscrita para lançar estratégias e soluções para as dificuldades.

Nas Equipes de Saúde da Família, as ações devem ser planejadas para gerar estratégias em curto prazo, onde se busca a resolução de problemas mais urgentes, por exemplo, como devemos resolver a questão do excesso da livre demanda na atenção básica. Também deve ser planejadas estratégias em longo prazo, para que se possam alcançar objetivos indispensáveis no futuro.

Mas, ao fazer um planejamento das ações em saúde, muitas variáveis devem ser analisadas, os interesses dos atores envolvidos estudados, bem como os conflitos que muitas ações podem gerar.

Para que haja planejamento tem que haver a elaboração de um Plano de Ação visando à intervenção sobre os problemas identificados e selecionados a partir do diagnóstico situacional proposto.

E na elaboração deste plano, algumas etapas devem ser elaboradas para que se possa ter resultados, conforme será exemplificado no Plano de Ação elaborado adiante:

- 1- Definição dos problemas
- 2- priorização dos problemas
- 3- Descrição do problema selecionado
- 4- Explicação do problema
- 5- Seleção dos nós críticos
- 6- Desenho das operações
- 7- Identificação dos recursos críticos
- 8- Análise da viabilidade do plano
- 9- Elaboração do plano operativo
- 10- Gestão do plano

Elaboração de um Plano de Ação na Comunidade da Equipe 1 de PSF no município de Potengi

Definição dos Principais Problemas:

- Gravidez na adolescência
- Altos índices de cárie entre escolares
- Planejamento familiar deficiente
- Deficiência na puericultura
- Obesidade na infância e adolescência

Priorização de Problemas

Comunidade do Bairro Vermelho- Equipe 1

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Gravidez na adolescência 1	alta	10	parcial
Altos índices de cárie entre escolares 2	alta	9	parcial
Planejamento familiar deficiente 2	alta	9	parcial
Déficit na puericultura 3	alta	4	parcial
Obesidade na infância e adolescência 3	alta	3	parcial

Descrição do Problema Priorizado

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, com sérias consequências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias.

A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. É por isso que alguns autores considerem a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual.

Apesar dos dados do Ministério da Saúde mostrar para uma queda de 34% no número de partos na adolescência na última década, sabemos que este ainda é um problema alarmante em praticamente todos os municípios brasileiros, necessitado de intervenção. No município de Potengi-CE, 32% das gestantes cadastradas no SIS-Pré-natal têm menos de 20 anos (julho 2011).

Explicação do Problema

Estudos mostram que a gravidez na adolescência não seria consequência da falta de informação sobre métodos anticoncepcionais ou a negligência. Um estudo em andamento da Unicamp mostra que praticamente todas as meninas na faixa etária de 11 a 19 anos de idade conhecem muito bem as formas de prevenção, como camisinha e pílula. A pesquisa faz parte da tese de mestrado do ginecologista e obstetra Márcio Belo.

Na década de 80, 91% das adolescentes conheciam a pílula anticoncepcional e apenas 12%, o preservativo. Hoje, 98% das adolescentes sabem da pílula e 99,4%, do chamado “condom”.

Equívocos – O autor deste estudo, alerta que as campanhas para evitar a gravidez precoce estão no rumo errado. “O enfoque deve ser menor na informação sobre os métodos de prevenção e maior na importância quanto ao uso”, diz o diretor do Departamento de Tocoginecologia. Na pesquisa, 17,9% das adolescentes opinaram que os métodos anticoncepcionais são inconvenientes.

Há escassez de campanhas institucionais voltadas exclusivamente para o combate à gravidez na adolescência. Os caminhos para reduzir a incidência são principalmente o diálogo franco e aberto entre pais e filhos e programas de educação sexual adequados nas escolas. Quando o tema é sexo, ainda existe muita dificuldade de comunicação dentro da família e por parte dos próprios professores em abordar o assunto. Mesmo nos consultórios médicos, ainda se percebe esta dificuldade.

Seleção dos Nós Críticos (Causas)

- 1- Início precoce da atividade sexual
- 2- Falta do uso de anticoncepcionais

- 3- Uso inadequado dos anticoncepcionais
- 4- Dificuldade de acreditar na própria capacidade de reproduzir (“isso não acontecerá comigo”)
- 5- Falta de dinheiro para adquirir o método
- 6- Falta dos métodos nas UBS
- 7- Falta de um programa eficaz para atrair os adolescentes para as UBS
- 8- Medo de ser repreendido por iniciar a atividade sexual
- 9- Falta de confiança no SUS
- 10- Falta de diálogo sobre a sexualidade com os familiares

Desenho das Operações

O principal nó crítico é a falta de uso de um método contraceptivo. Então, deveremos atrair os jovens para as UBS, com o apoio do projeto saúde nas escolas (PSE), garantir com o gestor os métodos mais aceitos por os adolescentes, explicar sobre a importância do uso regular e correto do método em questão, e orientar os pais para discutirem mais abertamente sobre a sexualidade com seus filhos. Devemos lançar mão de campanhas institucionais voltadas exclusivamente para o combate à gravidez na adolescência.

Identificação dos Recursos Críticos

-Financeiros: material didático ilustrando sobre os métodos anticoncepcionais, posse de diversos métodos anticoncepcionais.

-Organizacionais: sala reservada para diálogo, profissionais para orientação e prescrição, equipamentos visuais para ilustração, formação de grupos de adolescentes.

-Recursos políticos: articulação intersetorial (saúde, educação, ação social)

Elaboração do Plano Operativo

A equipe 1, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu a divisão de responsabilidades por cada operação para a realização de cada produto conforme abaixo elaborado.

Operação / Projeto.

- 1-Capacitar adolescentes que tenham interesse para serem promotores de saúde;
- 2-Educação permanente, através do PSE, munido de material educativo.
- 3-Apoiar e implementar as atividades conjuntas com a família, através do diálogo e orientá-los sobre as etapas normais do desenvolvimento de seus filhos.
- 4-Elaborar temas relevantes para trabalho em grupo como: cidadania-direito e deveres; projeto de vida, sonhos, auto-estima, relacionamentos sociais: família, escola, grupos de amigos; corpo, autocuidado e autoconhecimento; uso de álcool, tabaco e drogas, violência doméstica e social, suporte e nutrição; saúde bucal e outros temas de interesse dos adolescentes.
- 5-Assistência a saúde bucal, desenvolvendo ações coletivas, orientar e sistematizar medidas de prevenção, aplicação de flúor.
- 6- Aumentar os recursos materiais (métodos contraceptivos) para que possam ficar disponíveis os adolescentes.
- 7- Organizar palestras com profissionais da saúde e elaborar um projeto para atrair mais adolescentes para as unidades básicas de saúde.

Gestão do Plano

<u>PRODUTOS</u>	<u>RESPONSÁVEL</u>	<u>PRAZO</u>	<u>SITUAÇÃO ATUAL</u>	<u>JUSTIFICATIVA</u>	<u>NOVO PRAZO</u>
Educação para jovens apoio do PSE	Zilma*	1 mês	implantado		
Aumentar oferta de contraceptivos nos posto	Verônica*	3 meses	atrasado	Falta de recursos financeiros	1 mês
Formação do grupo de jovens	Andréia*	1 mês	implantado		
Campanha voltada exclusivamente para evitar gravidez na adolescência	Ana*	3 meses	implantado		

**Nomes fictícios*

Conclusão

Trabalhar em equipe é uma tarefa gratificante, pois se pode reunir com diferentes profissionais de diversos setores da saúde para resolução de obstáculos surgidos diariamente no cotidiano de todos os serviços. Deve-se respeitar a opinião dos colegas, seus conhecimentos e também suas limitações. Mas tudo se tornará fácil se objetivo final for o benefício dos usuários do sistema de saúde vigente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família constitui marco operacional rumo à transformação do modelo assistencial brasileiro, impondo a necessidade de rever as atuais práticas. Este trabalho mostrou como funciona a base de operação do SUS, em que pilares está amparado e procurou dimensionar a importância da atenção básica em saúde para toda os cidadãos, o que foi descrito ao longo das disciplinas abordadas e que muito contribuiu para meu aperfeiçoamento como médica da Estratégia Saúde da Família.

Existiram pequenos obstáculos ao longo do curso, como conciliar estudo diário e trabalho, buscar outras referências para complementar os textos apresentados, ter internet de qualidade para acessar o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), mas nada desmotivou ou impediu que eu seguisse em busca desta conquista.

Todas as informações passadas e os conhecimentos adquiridos pela especialização, fizeram com que meu interesse em atuar na saúde coletiva aumentasse, que eu e minha equipe passasse a avaliar e planejar melhor todas as nossas ações.

A população está crescendo, envelhecendo e com isso necessitando ainda mais de assistência em saúde, e essa atenção inicial deve ocorrer através da assistência básica, garantindo todos os direitos à saúde a que cada brasileiro deve usufruir. E para que esta atenção se preste com mais qualidade, é de grande importância a permanência destes cursos oferecidos pela UFC/NUTEDS, para que todos atuantes na ESF também tenham a oportunidade de usufruir desta forma de aprimoramento e atualização.

REFERÊNCIAS

- 1- ALBUQUERQUE, A. B. B.,; BOSI, M. L. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai. 2009.
- 2- AZAMBUJA L. J. **Princípios da Bioética**. Temas de Pediatria Nestlé. n.73, 2002. p. 12-19.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Reforma **Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**, Brasília, novembro, 2005.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher**. Brasília, 2003.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher**. Brasília, 2004.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios ara construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde de Trabalhador para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 9- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2008.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – **SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 11- BRASIL Ministério da Saúde do Brasil. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- 12- CEARÁ. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal no Estado do Ceará-SB** Ceará: resultados finais. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2004. 47p.

- 13- CLOTET, J. O Consentimento Informado: uma questão do interesse de todos. In: **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, n. 122/123, 2000.
- 14- COELHO, M. R. S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. In: Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- 15- DIAS, E.C.; RIGOTTO, R.M.; CANJIO, J. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na APS no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, v. 6, p. 2061-2070, 2009.
- 16- FERNANDES, M. T. O. Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. 179f.
- 17- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. n. 17, 92p.
- 18- SECRETARIA DA SAÚDE DE CURITIBA. Protocolo Integrado de atenção à saúde bucal. Curitiba: Centro de informação em saúde, 2004. 100 p.
- 19- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_04>. Acesso em: 25 jul. 2011.
- 20- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Interdisciplinaridade Parte I. 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/int_bio/aula_01>. Acesso em: 26 jun. 2011.