



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

CINTHIA NARA GADELHA TEIXEIRA

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA APRENDIZAGEM DE
UMA CIRURGIÃ-DENTISTA

FORTALEZA

2011

CINTHIA NARA GADELHA TEIXEIRA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA DA APRENDIZAGEM DE UMA CIRURGIÃ-
DENTISTA**

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

Orientadora: Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

FORTALEZA

2011

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

-
- T265e Teixeira, Cinthia Nara Gadelha.
Educação permanente na estratégia de saúde da família: relato de experiência da aprendizagem de uma cirurgiã-dentista / Cinthia Nara Gadelha Teixeira. – 2011.
50 f.
- Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde-NUTEDS, Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal.
1. Programa Saúde da Família. 2. Odontologia Comunitária. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 362.1

CINTHIA NARA GADELHA TEIXEIRA

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO
DE EXPERIÊNCIA DA APRENDIZAGEM DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal
(Orientadora)

Valeska Vieira Camurça
(Membro Efetivo)

Maria Roselise Bezerra Saraiva
(Membro Efetivo)

*Aos meus pais, irmão, família e amigos, pela
eterna ajuda e compreensão.*

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pela força contínua e por nunca desistir de mim.

Aos meus pais, pela oportunidade a mim fornecida de uma educação de qualidade e pelo exemplo de coragem e determinação.

Ao meu irmão, Osmar Luís, pela incansável ajuda e companheirismo.

A toda minha família.

À Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida, pela confiança depositada e por todo o ensinamento prestado.

À tutora e amiga compreensiva, Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal, pelo acompanhamento e pelos inúmeros conselhos e ensinamentos.

À Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade de fornecer aos incansáveis lutadores que compõem o Programa Saúde da Família um curso de especialização de qualidade, contribuindo, assim, para a construção e efetivação de uma Saúde Pública de qualidade.

RESUMO

Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, apresentando como foco fundamental reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. Neste contexto, este estudo teve como objetivo relatar a experiência de uma cirurgiã-dentista durante sua formação no curso de especialização em Saúde da Família. Trata-se de estudo qualitativo, tendo como bases teóricas os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), material didático e complementar do curso Especialização em Saúde da Família, promovido pelo Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS) da Universidade Federal do Ceará (UFC) no período de abril/2010 a junho/2011. Apresentou em sua análise assuntos que foram vivenciados ao longo de nossa prática na Saúde Pública, desde o estudo sobre modelos assistenciais em saúde, passando pela atenção primária, caracterizada por ser a atenção primeira; o poder e a importância da participação social na promoção da saúde; os cuidados que devemos ter com a saúde da mulher; a importância do estudo da saúde mental; as tecnologias de abordagem da saúde do indivíduo; a importância da saúde ambiental e da saúde do trabalhador; a visão que os profissionais devem ter com a saúde bucal, sendo esta parte integrante da saúde geral do indivíduo e que as pessoas com deficiência têm os direitos iguais a todos os cidadãos, promovendo uma capacitação quanto às ações e estratégias de promoção e prevenção desenvolvidas na Saúde da Família, além de uma afirmação que o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar é essencial para uma abordagem integral dos problemas de saúde das famílias. A oportunidade de cursar uma especialização em saúde no modelo de Educação a Distância (EaD) me fez crer que não há barreiras para o conhecimento, somando conteúdos e trocas de experiências que refletirão no meu cotidiano no PSF. O referido curso contribuiu para a formação de uma profissional mais humanizada e disposta a desenvolver uma saúde pública universal, equânime e integral.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Odontologia Comunitária. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Family Health Program (FHP) is a strategy to meet individual and family fully and continuously developing the promotion, protection and recovery of health, with key focus on reorganizing the healthcare practice, centered in the hospital, going to focus on family in their physical and social environment. In this context, this study aimed at reporting the experience of a surgeon-dentist during their coursework specializing in Family Health. It is a qualitative study, with the theoretical fundamentals of the Unified Health System (SUS), courseware and complementary Specialization Course in Family Health, sponsored by the Center for Technology and Distance Education (NUTEDS) of the Federal University Ceara (UFC) in the period April/2010 to June/2011. Issues presented in his analysis that were experienced throughout our practice in Public Health from the study of healthcare models, through primary care, characterized by being the first attention, the power and importance of social participation in health promotion; the care that we have with women's health, the importance of studying mental health technologies to address the health of the individual, the importance of environmental health and occupational health; the view that professionals should have on oral health , which is part of the overall health of the individual and that people with disabilities have equal rights to all citizens, promoting a training regarding the actions and strategies for promotion and prevention in developed Family Health, and an affirmation that the work multidisciplinary and interdisciplinary approach is essential to a full health problems of families. The opportunity to attend a health specialization in the model of distance education (DE) made me believe that there are barriers to understanding, adding content and exchanges that reflected in my daily life in the PSF. This course contributed to the formation of a more humane professional and willing to develop a universal public health, equitable and comprehensive.

Keywords: Family Health Program. Community Dentistry. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. PORTFÓLIOS.....	13
4.1 Capítulo 1 – Processo de Trabalho em Saúde.....	13
4.2 Capítulo 2 – Saúde Mental e Violência.....	16
4.3 Capítulo 3 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde.....	19
4.4 Capítulo 4 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.....	22
4.5 Capítulo 5 – Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade – práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.....	25
4.5.1 Tecnologia para abordagem ao indivíduo, família e comunidade – parte 1.....	25
4.5.2 Tecnologia para abordagem ao indivíduo, família e comunidade – parte 2.....	26
4.6 Capítulo 6 – Saúde da Mulher.....	28
4.7 Capítulo 7 – Participação Social e Promoção da Saúde.....	31
4.8 Capítulo 8 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família.....	34
4.8.1 Evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador.....	34
4.8.2 Saúde do trabalhador e saúde ambiental na estratégia saúde da família.....	35
4.9 Capítulo 9 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.....	38
4.9.1 Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida: gestantes e bebês.....	39
4.9.2 Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida: crianças, adolescentes e adultos.....	40
4.9.3 Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida.....	40
4.10 Capítulo 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência.....	42
4.10.1 Deficiência visual.....	42

4.10.2 Deficiência auditiva.....	43
4.10.3 Deficiência física.....	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
6. REFERÊNCIAS.....	47

ANEXO

ANEXO I - MITOS E VERDADES SOBRE A GRAVIDEZ E ODONTOLOGIA

1 INTRODUÇÃO

A Educação a Distância (EaD), no mundo inteiro, é uma modalidade voltada à aprendizagem de adultos. Ela está vinculada a vários princípios educacionais, entre os quais o de aprendizagem aberta, aprendizagem ao longo de toda vida ou educação permanente. No Brasil, a EaD está sendo adotada na educação, em programas de qualificação e formação profissional, e em educação corporativa (ABBAD, 2007).

Há alguns elementos que, embora não tão centrais, condicionam a oferta da EaD. O entendimento, por exemplo, sobre a autonomia do aluno, a finalidade dos encontros presenciais e a maneira pela qual seriam organizadas as equipes multiprofissionais para atuarem na modalidade são elementos que enfatizam as especificidades da educação à distância, bem como as funcionalidades a ela relacionadas (ALONSO, 2010).

Oliveira (2007) relata que, considerando as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde que atuam em diversas áreas do saber, com relação ao acesso à formação continuada, vemos a Educação à Distância (EAD) como uma estratégia para a educação permanente frente às novas tecnologias e como uma inovação pedagógica na educação.

Dessa forma, a EAD passa a ser uma ferramenta estratégica e importante de sobrevivência dos profissionais. Além disso, a EAD tem impulsionado as organizações que lutam por manter-se e ganhar espaços em seus mercados.

Sou dentista, formada há seis anos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e já realizei Aperfeiçoamento em Gestão dos Serviços de Atenção em Saúde Bucal, promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará e especialização em Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, realizado na Associação Brasileira de Odontologia.

Porém, um curso promovido à distância veio exatamente de encontro à realidade na qual os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família se encontram, ou seja, nos forneceu a flexibilidade e a autonomia para desenvolvê-lo, não deixando de lado o foco de atuação do nosso trabalho, que é a família.

Com isso, a EaD é uma modalidade de ensino de relevante importância para que muitos profissionais, dentre eles àqueles que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), médicos, dentistas e enfermeiros em especial, tenham a oportunidade de realizar um curso de educação continuada, promovendo uma troca de experiências única e uma capacitação adequada.

Sendo assim, acreditamos que a partir da realização deste curso haverá uma maior possibilidade de formação de profissionais mais humanizados e dispostos a seguir os

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde para uma melhor qualidade de vida da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

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

2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC);
- Relatar o paralelo feito entre as atividades realizadas ao longo do citado curso e a vivência da aluna na Estratégia de Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo tipo relato de experiência. Relatou a forma como se desenvolveu o processo de construção do portfólio, o qual tem característica dinâmica. Baseou-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no material do próprio Curso em EAD/UFC-UNASUS e material complementar, somado a vivência na Estratégia de Saúde da Família.

O curso foi desenvolvido em um período mínimo de 18 e máximo de 24 meses, com funcionamento previsto durante todos os dias da semana, para o atendimento à distância, e em períodos programados com antecedência, para atendimento presencial e avaliações. Foram cursadas disciplinas que integralizaram 24 créditos, o que significou 384 horas.

A matriz curricular do curso foi composta por disciplinas apresentadas sob a forma de Módulos, que compuseram as Unidades Didáticas do Curso: Educação a Distância- EaD; Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e Atenção Básica em Saúde às Pessoas com Deficiência.

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

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO - PORTFÓLIOS

4.1 Capítulo 01: Processo de Trabalho em Saúde

A primeira disciplina foi Processo de Trabalho em Saúde (PTS), onde, ainda nos ambientando com o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), participamos de fóruns, tarefas e discussões que nos fizeram vivenciar o cotidiano dos demais colegas e reafirmar a importância do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar no desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF), propiciando uma melhor qualidade no atendimento ao paciente, além de um ambiente de trabalho cordial.

Os estudos de Pires (1994, 1998, 2000) contribuem para o entendimento do processo de trabalho em saúde como parte do setor de serviços com o qual tem identidade, mas também tem especificidades que estimulam estudos em profundidade.

Estudos de autores ligados à saúde coletiva, tais como Campos (1997) e Pires (2000), entre outros, têm possibilitado o diálogo, que vem sendo desenvolvido no PSF, entre a teorização sobre “processo de trabalho em saúde” e realidade do trabalho.

Segundo Pires (2000, p. 85):

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

Esse início do curso nos alertou sobre a importância do planejamento entre toda a equipe de trabalho, para que possamos atingir o objetivo: levar saúde às famílias. Também nos remediou sobre o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família (ESF), ressaltando que qualquer mudança de hábitos deve começar com os próprios profissionais, para que, posteriormente, isso aconteça na população.

O primeiro Fórum proposto nessa disciplina, chamado Artefato da Sensibilidade Humana nos fez repensar que, qualquer mudança de hábitos exige vontade de querer mudar e muita dedicação. Quando falamos de mudança de hábitos, sabe-se que o público infantil, por estar numa fase de constante aquisição de novos hábitos, é bem mais fácil de conquistar. Porém, quando se trata da mudança de adultos, esta requer muita paciência por parte do educador e a vontade de querer mudar deve ser redobrada por parte do educando, pois tal público já vem de hábitos "viciosos" que estão incumbidos no seu cotidiano.

A Promoção da Saúde caminha junto com a aquisição de novos hábitos por parte da população que está sendo educada, porém o educador tem que levar em consideração algumas questões, tais como: realidade cultural daquela população, cotidiano na qual a mesma está inserida, valores e condições sócio-econômicas. Tal educador tem a obrigação de, antes de iniciar o processo educativo/de mudança, fazer um levantamento prévio dos itens acima relacionados e também educar-se, para que seu papel seja realizado com maestria e sucesso.

Aqui, cabe lembrar que o nosso Sistema Único de Saúde é regido por diretrizes e princípios que norteiam, tanto pacientes como profissionais, às práticas de saúde ditas "ideais", porém, de fato, a realidade é bem diferente do que está preconizado no papel.

Os setores públicos sejam eles municípios, estados ou federação, não realizam um diagnóstico/planejamento das reais necessidades da população. Com isso, os profissionais são "jogados" na Unidade Básica de Saúde e, sem o prognóstico do que irão encontrar, ficam "tapando buracos", ou seja, resolvendo os problemas à medida que estes vão surgindo, e a questão saúde transforma-se numa questão de tentativa imediata de resolução daquele problema. Assim, torna-se uma "bola de neve" de problemas sem fim!

A comunicação é um dos fatores primordiais para que o processo de educação, promoção e prevenção dos agravos da saúde tenha sucesso! A educação em saúde se dá com o *feedback* da comunicação entre profissionais e usuários. Os profissionais necessitam adequar-se aos costumes e linguagens da comunidade para que esta consiga absorver o que está sendo repassado. Caso não haja essa adequação de ambos, ou seja, a adequação da realidade da comunidade por parte dos profissionais e nem a vontade de querer aprender coisas novas e mudar os hábitos pela comunidade, o processo de comunicação não terá êxito.

A Disciplina de Processo de Trabalho em Saúde foi primordial e enriquecedora, pois deu início ao curso e nos alertou da importância que é o planejamento no trabalho, para que ele se torne eficaz. Além disso, ela nos fez enxergar o quanto o trabalho em equipe é indispensável, principalmente para os profissionais que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família, cujos objetivos são comuns e sempre a família será o foco da atenção.

Trabalho na ESF há exatos seis anos, e PTS me fez refletir sobre minha prática de trabalho no PSF.

Observei que a comunicação entre a odontologia, setor que atuo, pois sou cirurgiã-dentista, e os demais profissionais que compõem o PSF, não existia! Concluí que caso essa prática não fosse resgatada, não poderíamos atingir o nosso objetivo, inicialmente já citado. Muitos estudos comprovam que a referência e contra-referência nos serviços de saúde, quando existente, tornam a prática em saúde eficaz.

Assim, conversando com enfermeiros e médicos que comigo trabalham, comecei a participar das reuniões que já existiam, me inteirar da realidade que estávamos inseridos no trabalho, realizar visitas domiciliares, dentre outras, contribuindo, assim, para uma Saúde Pública eficaz.

4.2 Capítulo 02: Saúde Mental e Violência

A partir do século XIX a loucura passou a ser definida, explicada e tratada pela medicina e adquiriu o estatuto de *doença mental*, doença adjetivada, portanto específica, que requer um saber médico específico, técnica e métodos também específicos (SILVA, 1994).

Machado (1978) relata que como importante aspecto no tocante à relação da sociedade com os “loucos”, no Brasil, o projeto de medicina social propôs a reformulação das instituições que deles se ocupavam - enfermarias das Santas Casas e demais asilos de caridade - com o objetivo de transformação desses locais de produção de doença e morte em instituições de cura/reeducação - o hospício moderno. Visava, entretanto, muito mais do que a reordenação do espaço de exclusão dos considerados loucos. Buscava interferir na sociedade “sadia” com o objetivo de reduzir as causas de alienação, através da aplicação de princípios científicos à vida social e política, portanto, uma higiene social, além da higiene física.

Nove anos depois de ser implementada, a Reforma Psiquiátrica brasileira ganhou novo fôlego após a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), em Brasília. As propostas aprovadas pelos participantes reforçam o modelo de serviço aberto e humanizado, adotado pelo Ministério da Saúde, para atender pessoas com transtornos mentais. Ao todo, 1.235 sugestões foram analisadas por mais de mil pessoas, entre especialistas, pacientes e familiares. A votação terminou na madrugada desta sexta-feira (IRAHETA, 2010).

O referido autor ainda afirma que a criação de grupos de ajuda mútua de doentes mentais foi uma das decisões de destaque. Inspirada em experiências internacionais bem-sucedidas, a proposta baseia-se em encontros de até 20 usuários do serviço de saúde mental para discutir sobre as adversidades do dia a dia e como enfrentá-las.

Ao integrar um grupo de apoio, a pessoa com transtorno mental começa a estabelecer vínculos e fortalece as amizades. “Esse suporte emocional rompe com o autoisolamento do paciente e contribui com a reabilitação dele. É um dos dispositivos mais eficazes no acompanhamento contínuo de casos graves”, avalia o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado.

Em uma das atividades do Curso nos foi solicitado visitar um serviço de saúde mental, onde optei por visitar o Hospital Mental de Messejana. Verifiquei a vontade dos profissionais que lá trabalham em fazer jus à reforma psiquiátrica na qual o Brasil está constantemente passando. É verdade que muito se têm a avançar e, além disso, a mentalidade das famílias dos pacientes em surto psicótico, sejam por quais motivos forem, tem que evoluir. Observei uma plena organização no atendimento, com unidades de internamento separadas por gênero e/ou por motivos no qual o paciente deu entrada no hospital. Porém, a luta ainda para a reintegração dos pacientes com surtos psiquiátricos e para que as famílias destes não os abandonem e acreditem na recuperação destes, ainda é árdua e se tem muito que avançar.

Diferentemente de muitos de nossos colegas, que talvez visitem Hospitais Psiquiátricos ou CAPS municipais, e como sou cirurgiã-dentista (CD) e apaixonada pela minha profissão, também visitei outras duas instituições que prestam serviços odontológicos para pacientes especiais, dentre estes, pacientes com transtornos mentais, que foram o Centro de Especialidades Odontológicas de São Gonçalo do Amarante/CE e o Núcleo de Estudos de Pacientes Especiais (NEPE), grupo de pesquisa e estudos para pacientes especiais da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Outra atividade proposta na disciplina Saúde Mental e Violência foi a realização de uma entrevista com algum profissional que atuasse na área de Saúde Mental. Optei por entrevistar uma odontóloga que atua no citado serviço, pois a Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais foi recentemente reconhecida pelo Ministério da Educação e Conselho Regional de Odontologia.

Entrevistei a CD L.B.M., formada pela UFC e especialista em Odontologia para Pacientes Especiais pela Associação Brasileira de Odontologia/CE, que trabalha nas duas instituições. De acordo com a profissional, pacientes com transtornos mentais geralmente tem atendimento prioritário, dependendo do grau do transtorno. Inicialmente é feita uma entrevista com o principal cuidador do paciente, que vai fornecer informações sobre os medicamentos que tal paciente faz uso, história médica atual e pregressa, dados sobre o comportamento (músicas e personagens com quem o paciente se identifica, etc), ou seja, informações que irão ajudar na abordagem ao paciente. O primeiro contato com o paciente geralmente é bem rápido e, na maioria das vezes, o paciente nem chega a sentar na cadeira odontológica. Tal atitude se dá mais para que o paciente conheça o ambiente e o profissional. Se o CD conseguir abrir a boca do paciente e realizar o odontograma (exame da cavidade bucal do paciente, onde se lista todos os procedimentos que são necessários serem realizados), ótimo! As visitas seguintes vão acontecendo sem intervalo de tempo muito longo. Os procedimentos mais

simples são realizados primeiro para paciente criar confiança no profissional. Na maioria das vezes usam-se abridores de boca e algumas vezes contenção física, sempre com a ajuda e supervisão dos cuidadores. Existe um termo de consentimento para contenção física, que muitas vezes pede-se que os cuidadores assinem. No caso de não colaboração do paciente, parte-se para cirurgia geral, que na maioria dos serviços é bem difícil, devido a dificuldade em conseguir centro cirúrgico e anestesista.

A disciplina Saúde Mental e Violência (SMV) além de nos reafirmar a importância do trabalho em equipe, visto na disciplina de PTS, veio para enfatizarmos a partir de então a saúde mental, e não mais a doença mental. Ou seja, aprendemos a lição que o paciente com algum transtorno mental, seja por qual motivo for, antes de uma medicação ou contenção, ele e sua família precisam ser escutados, e o tratamento multidisciplinar oferecido a todos.

4.3 Capítulo 03: Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde

Chegamos agora à disciplina Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, que busca enfatizar os diversos modelos assistenciais vigentes e nos faz refletir sobre qual seria o modelo ideal e qual o usado nos serviços de saúde no qual atuamos. Além disso, reafirma que a Atenção Primária é a Atenção Primeira, e não a de baixa qualidade, e esta, quando bem executada, reflete num “desafogamento” da atenção secundária e terciária.

Modelo assistencial em saúde consiste na organização das ações, sempre levando em consideração a realidade na qual aquela população está inserida e a cultura local, a fim de promover ações que busquem fornecer qualidade de vida àquela população.

As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Durante a Primeira República, as metas eram o saneamento de portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para implementar as relações comerciais com o exterior (LUZ, 1982).

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais (GIL, 2006).

Nos relatórios finais das CNS (1986, 1992, 1996, 2000, 2003, FIOCRUZ, 2011) percebe-se que nas duas últimas conferências a discussão sobre modelo assistencial esteve

mais presente e, em ambas, na perspectiva da Atenção Básica. Observa-se que na 12ª CNS, o PSF ganha um espaço maior nas discussões, embora perdurando questionamentos em não torná-lo uma proposta minimalista de atenção à saúde.

Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005).

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

Eugênio Vilaça Mendes (2002), retratando sobre o PSF, afirma que:

Uma atitude prudente, frente à implantação do PSF – a mais importante mudança introduzida pelo SUS na política nacional de saúde –, implica valorizar o que foi feito, mas reconhecer que há muito o que fazer ainda, não se justificando uma atitude de "obaoba" prevalecente no discurso de muitos gestores do SUS, nos três âmbitos de governo.

No município no qual trabalho, infelizmente ainda prevalece o modelo médico-curativo, onde tais intervenções ainda se sobressaem sobre àquelas de natureza preventiva. Claro que há ações desenvolvidas pelos profissionais de natureza preventiva, mas pacientes, profissionais e gestores ainda têm que acreditar que as ações de promoção e prevenção são fundamentais para que futuramente possam diminuir as ações curativas!

Hoje, no Brasil, ainda prevalece o modelo de assistência à saúde onde os governantes precisam da doença para que suas políticas assistencialistas ainda estejam em vigor, trocando a assistência à saúde por um punhado de votos.

Sei que essa crítica acima que fiz é muito dura, mas infelizmente isso é corriqueiro no Brasil e, talvez por isso, que os gestores querem ainda que prevaleça um sistema de saúde puramente curativista.

É claro que sei e acredito nas ações de promoção e prevenção em saúde, mas tais ações ainda são pouco frequentes no meu dia a dia. Assim, pouquíssimas são as estratégias

utilizadas pela ESF que compoem para a modificação dessa realidade! Não porque não acreditamos e queiramos tal mudança, mas pelo simples fato de estarmos assoladas num modelo de saúde assistencialista e curativista, onde ainda se trabalha com demanda espontânea, sendo este um reflexo da ausência de uma reterritorialização, e conseqüentemente, mais Equipes de Saúde da Família implantadas, desafogando, assim, nossa enorme demanda.

A partir desta disciplina (Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde) envolvem uma discussão ampla e sempre atual, pois o Brasil e o mundo encontram-se em constante mudança, principalmente quanto às práticas de saúde. Deve-se haver mais seriedade quanto tais questões, pois a saúde é item indispensável para que o indivíduo consiga conquistar tudo o que lhe é de direito. Além disso, deve-se dar mais ênfase às ações de promoção e prevenção, considerando sempre como foco a família e nunca deixando de lado o contexto em que essa se encontra inserida.

Tal disciplina contribuiu demasiadamente para a reafirmação do quanto o modelo assistencial ainda empregado na maioria dos municípios é deficiente, necessitando de avanços imediatos, além da reafirmação da importância da atenção primária como porta de entrada na busca pela saúde dos indivíduos. Assim, a comunidade adscrita na minha área de atuação do PSF foi beneficiada com uma profissional disposta a realizar o modelo assistencial que enfatiza a promoção de saúde e a prevenção de doenças, contribuindo para uma atenção primária justa e adequada, onde os princípios e as diretrizes do SUS não são esquecidos.

4.4 Capítulo 04: Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

A implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm desafiando profissionais e gestores na condução e aperfeiçoamento do sistema como um todo. Os preceitos básicos incluem a universalidade e equidade no acesso à atenção em saúde, modelo assistencial com ênfase na integralidade das ações, direito à informação, controle social, regionalização e hierarquização das ações (NEMES FILHO, 2000).

Com o crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde no Brasil, o setor vem experimentando uma significativa expansão dos serviços de saúde, acompanhada da oferta de novas tecnologias e do desenvolvimento de modelos assistenciais diversos, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Durante o desenvolvimento do curso, os profissionais que têm o hábito de planejamento em suas equipes, e que contam com uma equipe de trabalho multiprofissional, com o planejamento executado, a Atenção Básica tornam-se mais resolutiva, passando a

atender a maioria das necessidades da população adstrita. Porém, infelizmente muito ainda não contam com o planejamento em seu trabalho no PSF, assim como eu.

Todos também foram unânimes ao relatarem que o planejamento para ser efetivo, todos os envolvidos devem ser escutados e suas necessidades e conflitos considerados, para que população, profissionais e gestores, busquem soluções práticas para a resolução dos problemas da comunidade.

Para minimizar tal distanciamento com a comunidade, inicialmente a Equipe de Saúde deveria convocar todos os líderes da comunidade, bem como a própria comunidade, a fim de escutá-los e sentir deles qual a real necessidade que os assola. Em seguida, traçar estratégias, também junto com eles, para, de acordo com a realidade na qual estão inseridos e também levando em consideração seus hábitos e costumes, construam-se estratégias a fim de solucionar o problema do acesso à água, violência, desemprego, etc. Conseqüentemente, paralelamente a tais estratégias, todos iriam gerar uma confiança mútua e a população, à medida que percebesse que os problemas imediatos estavam sendo "melhorados", iam também sendo engajados em grupos nas Unidades de Saúde (diabéticos, hipertensos, de idosos, de ginástica), e obtendo, assim, uma qualidade de vida.

Ao longo do curso de Especialização em Saúde da Família, as experiências vivenciadas, aprendidas e trocadas entre os participantes, incluindo corpo docente e discente, ensinaram-me muito a trabalhar em grupo.

Mas, as contribuições existentes ao longo da discussão do “plano de ação” proposto como tarefa no curso de especialização, mas infelizmente não elaborado por motivo de força maior, foram enriquecedoras, pois mostraram que doenças como *Diabetes e Hipertensão*, onde as causas, dentre outras, se dá pelo estilo de vida que muitas pessoas têm hoje, assola muitos, sendo doenças silenciosas e de risco. Observou-se também que a *Gravidez na Adolescência* cresce a cada instante assustadoramente, incluindo jovens cada vez mais jovens, apesar da informação em massa existente em todos os meios de informação, nos serviços de saúde, educação e nos demais.

Porém, as informações repassadas às pessoas, para que se tornem efetivas, devem, antes de tudo, ser repassadas com prazer e motivação. Esses dois elementos transmitidos aos expectadores os tornam ouvintes também empolgados e motivados. Tal motivação é fator fundamental para que se tenha uma mudança de hábitos efetiva.

Todavia, essa mudança de hábitos esperada não pode/deve ser “jogada”, sem um planejamento prévio, assim como um reconhecimento do território e hábitos e costumes da população a ser motivada. Com isso, o Planejamento deve ser construído por todos aqueles

envolvidos nesse processo de mudança, sejam eles os profissionais de saúde, educação e a população em si, evoluindo também os líderes comunitários, religiosos e sociais locais.

E somado com esse planejamento existem as práticas pedagógicas existentes para que essa proposta de mudança se concretize e seja efetiva. Dessa maneira, conseguiremos fornecer um serviço de saúde equânime, universal e integral.

Com todas as considerações acima listadas, nos deparamos com a constante Avaliação dos Serviços de Saúde que nós, profissionais da área, estamos ofertando à população. Essa avaliação deve ser constante e ser iniciada pelos próprios profissionais formadores do sistema de saúde. Por tais motivos, foi tão enfatizada a questão da escuta dos profissionais da saúde para com a população, pois estes são contribuintes fundamentais e indispensáveis da formação do sistema de saúde.

Fatores como planejamento, motivação, educação em saúde, reunião de grupos, tais como adolescentes, adultos, diabéticos, hipertensos, líderes religiosos, comunitários, gestores e profissionais enfermeiros, médicos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, auxiliares em geral, dentre outros, são importantíssimos para a construção, efetivação e manutenção de um Sistema Único de Saúde.

Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde foi a disciplina em questão, e a considero um elo importantíssimo para que todos os assuntos já abordados em nosso curso, assim como os demais que ainda serão relatados, possam, efetivamente, funcionarem no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Planejar é, acima de tudo, saber quais as reais necessidades da população, sua cultura e o contexto que ela está inserida, para que juntos, profissionais, comunidade e gestores, possam solucionar tais questões, sendo a avaliação dos serviços de saúde realizada por todos constantemente.

4.5 Capítulo 05: Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde

Inicialmente, para que possamos intervir numa mudança real na saúde da população das áreas na qual atuamos, temos que conhecer a real necessidade que assola aquela população, ou seja, fazermos uma busca, um estudo detalhado das necessidades daquele povo.

Em seguida, não devemos usar uma linguagem rebuscada, mas sim uma linguagem simples, que envolva a população para o real aprendizado, ou seja, precisamos falar a linguagem deles.

Assumindo essas duas posturas iniciais, as nossas atividades educativas, na medida em que forem abordadas, serão absorvidas pela população adscrita e assim, conseguiremos começar a mudar a situação de saúde da área na qual atuamos.

As várias abordagens ou concepções pedagógicas que perpassam a prática educativa dos profissionais a partir do pensamento de estudiosos da área da educação, foram também ressaltadas.

Os profissionais de saúde têm que deixar a ingenuidade de lado, absorvendo um pensamento crítico, não deixando a eticidade de lado. Paulo Freire (2004) relata muito bem esse pensamento quando fala “a necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ou não deve ser feita à distância de uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estética. Decência e boniteza andam de mãos dadas”.

4.5.1 Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade - parte 1:

Nessa aula, abordaram-se muito duas estratégias: o acolhimento e o trabalho em grupo. Tais práticas são propostas pelo Ministério da Saúde, como essencialidade do SUS, para que os usuários tenham um primeiro contato ao chegarem na Unidade de Saúde – acolhimento – e que o trabalho em grupo, através da Educação em Saúde, seja efetivo.

O acolhimento vem como proposta do Ministério de Saúde para que o usuário seja prontamente recebido por um profissional da Unidade de Saúde, para que este seja ouvido e direcionado para a resolução do seu problema. Deve ser o primeiro contato do usuário ao chegar à Unidade de Saúde.

Já o Trabalho em Grupo sempre deve ser desenvolvido na atenção básica, tendo como passo inicial a escuta da comunidade, observando o meio de vida daquele povo, seus costumes, cultura e condições de vida. Após esse diagnóstico inicial, deve-se abordar os temas relevantes para a aquela comunidade, sempre usando de linguagens fáceis e objetivas, para que o que se quer transmitir seja entendido pela população.

Não vejo a Educação em Saúde como a prática de educação antiga onde apenas aquele que está transmitindo a informação seja detentor de todo o saber, mas sim como uma troca de experiências e informações, resultando em constante aprendizagem e ensinamento entre todos.

4.5.2 Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade - parte 2

Finalizando essa disciplina, e dando continuidade à aula anterior, temos a abordagem aqui da Visita Domiciliar e da Consulta Clínica.

A Visita Domiciliar é imprescindível num trabalho de uma Equipe de Programa Saúde da Família, para que todos os indivíduos da área de abrangência dessa equipe sejam assistidos, inclusive àquelas pessoas impossibilitadas de se deslocarem à Unidade de Saúde.

Como proposta de reestruturação da Saúde Bucal no Brasil, foi lançada nos últimos dias do ano 2000, pelo então ministro da saúde da época, José Serra, a portaria 1444. Dentre as ações que devem ser desenvolvidas pelos Cirurgiões-dentistas, encontra-se a visita domiciliar. Porém, infelizmente muitos gestores não entendem a importância de tal prática na Odontologia, e não permitem a visita domiciliar como inclusão da prática do dentista inserido no PSF, pois acreditam que quando tal profissional ausenta-se do confinamento do consultório, perde em produção. Difícil de acreditar, não é mesmo?!

Enfim, chegamos à consulta! A Humanização no atendimento também é uma proposta do Ministério da Saúde, onde pequenas ações na consulta em si, podem fazer toda a diferença na recuperação daquele paciente.

Chamar o paciente pelo nome, não sendo este apenas um número na fila, olhar para o paciente, escutar o que o mesmo tem a dizer sobre seu problema e conhecer um pouco de sua vida, são ações simples que refletem na Humanização do atendimento.

Não esqueçamos tudo o que já aprendemos até hoje nesse curso: temos que ser conhecedores do meio que aquele paciente está inserido, pois com ações simples, como a inserção de frutas e verduras na alimentação, pode-se fazer toda a diferença. Não esqueçamos também que a saúde está diretamente relacionada com o estilo de vida que o indivíduo leva, e que uma abordagem multiprofissional é essencial para a manutenção dessa saúde.

Assim, Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde foi uma disciplina que nos fez repensar sobre nossa prática de transmissão das informações de saúde para a população!

Será que a Educação em Saúde que pregamos é a correta?! Será que nós, profissionais de saúde e formadores de opinião, estamos atingindo o objetivo proposto? Tal disciplina nos faz refletir sobre tais perguntas e é objetiva em afirmar que precisamos escutar as reais necessidades da população, investigar o meio em que esta se encontra inserida, levando em consideração seus costumes, práticas, seu cotidiano, enfim, todos os costumes, para que possamos utilizar de meios e práticas pedagógicas corretas para a adequada abordagem desse indivíduo.

4.6 Capítulo 06: Saúde da Mulher

Iniciamos a disciplina com a aula que enfatiza quais os cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ela relata passo a passo como poderemos fazer um levantamento da situação de vida das mulheres na comunidade em que trabalhamos e retrata também a situação demográfica do Brasil, que se encontra em constante modificação, ou seja, onde cresce o número de mulheres no Brasil, sendo muitas destas responsáveis pela sua família.

Devido ao pouco acesso aos dados da Unidade Básica de Saúde que atuo, não pude fazer um levantamento das reais necessidades das mulheres que lá frequentam, mas posso afirmar que a maioria da nossa clientela no PSF é composta de mulheres, e que muitas delas foram abandonadas por seus esposos, sendo as principais responsáveis pela renda familiar.

A segunda aula dessa disciplina nos fez um desafio, nos questionando o porquê prestar assistência à mulher que está num estado fisiológico e natural, passando por uma gestação e para que ela deve ter assistência, consultas, orientações, vacinas e exames?!

Após uma troca de experiências com os demais membros da equipe do PSF, concluí que a mulher no período gestacional, precisa, além de cuidados, ser acompanhada e orientada por uma equipe multiprofissional, pois a gestação é um período especial, onde ela é ungida por Deus para gerar um novo ser vivo.

Assistência, consultas, orientações, vacinas e exames são de suma importância, pois todos juntos irão fornecer subsídios para que a gravidez seja tranquila, e que a criança venha ao mundo com saúde, fornecendo saúde também para a futura mamãe.

Não podemos deixar de frisar que a orientação quanto à saúde bucal também deve ser prestada, "caindo por terra" muitos mitos que envolvem a gravidez e a saúde bucal das gestantes. Segue no ANEXO I alguns mitos e verdades sobre gravidez e odontologia.

A terceira aula veio com a proposta de fazermos um levantamento de como as mulheres no município que trabalhamos vêm sendo acompanhadas quanto aos cuidados com o câncer de colo de útero e de mama, e também da assistência à gestante no período do pré-natal, climatério, até o puerpério.

No município que trabalho, localizado na região metropolitana de Fortaleza, rotineiramente as mulheres realizam o exame de prevenção, para se prevenirem contra doenças como o câncer de colo de útero e o câncer de mama. Lá na Unidade de Saúde que trabalho, há também a disponibilidade de Ginecologista/Obstetra uma vez por semana, realizando, inclusive, exames de ultrassonografias.

É também feito um acompanhamento rigoroso com as gestantes, havendo inclusive a referência das mesmas para o serviço odontológico, para que todas as dúvidas e os cuidados com a saúde bucal sejam tomados.

Segundo os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), no município que trabalho, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, em janeiro de 2011, foram cadastradas 365 gestantes, onde 363 foram acompanhadas pelo Programa Saúde da Família. Destas acompanhadas, 73 eram menores de 20 anos, e todas se encontravam com o esquema vacinal em dia (BRASIL, 2010).

As mulheres que se encontram no climatério, são acompanhadas pelo médico, e quando há a necessidade de reposição hormonal, o município fornece esse hormônio para as mulheres.

Quanto à violência contra a mulher, esforços têm sido realizados desde o início da década de 70, com crescente atenção e mobilização. O problema inclui diferentes manifestações, como: assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial, por causa de dote ou por opção sexual. A violência pode ser cometida por diversos perpetradores: parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (SCHRAIBER, 2002).

Expressando um pouco questões sobre a violência contra a mulher, acredito que os profissionais de saúde, assim como todos os líderes sociais, são formadores de opinião. É necessário sim que todas essas pessoas unam-se e trabalhem em conjunto a fim de que possam servir de apoio para essas mulheres que sofrem de alguma forma de violência.

O trabalho que envolve uma equipe multidisciplinar, amparado pelas instituições sociais daquele município, e sempre apoiado pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que estão no interior das casas da população, pode ser fator decisivo até mesmo na prevenção de qualquer tipo de violência contra a mulher.

Os dentistas também podem e devem ser ouvintes desse público feminino, pois muitas mulheres acabam revelando muito de sua vida para aquele profissional que a acolhe muito bem.

O profissional odontólogo está apto a, junto com os demais profissionais que compõem o PSF, detectar algum problema em todos os indivíduos que a ele procuram, incluindo as pacientes mulheres, desde crianças à idosas, orientando-os quanto aos seus direitos e deveres.

Outro fator importante são os traumas faciais, onde muitas mulheres são acometidas, e quando o paciente está deitado na cadeira, o cirurgião-dentista tem a visão geral do corpo do paciente, momento esse que pode ser constatado algo diferente no corpo daquela pessoa.

Schraiber (2002) informa que no Brasil, nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a questão, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso.

Hoje, no Brasil vigoram as leis 11.340/2006 de 07/08/2006 – Lei “Maria da Penha”, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e a Lei 10.778, de 24 de 23/11/2003, que estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privada.

Tais iniciativas fizeram com que o nosso país evoluísse quanto às questões da violência contra as mulheres, algo muito corriqueiro num passado muito próximo. Hoje, as mulheres violentadas por seus parceiros ou terceiros, podem e devem denunciá-los

Chegamos ao fim da disciplina Saúde da Mulher, fundamental aos profissionais de Saúde, para que estes pudessem conhecer os direitos, deveres, necessidades e situações enfrentadas no cotidiano das mulheres. Ela fez um retrospecto de todo o ciclo de vida das mulheres, indo desde a assistência ginecológica no período reprodutivo, passando pela assistência durante a gestação e o puerpério, chegando até o climatério, enfatizando também seus direitos e a violência contra elas.

Saúde da Mulher me fez refletir, como profissional e como pessoa, o quanto nossa contribuição como ouvinte da situação na qual àquele paciente está inserido é de suma importância para a manutenção da saúde destes, bem como para a reafirmação dos direitos dos mesmos.

4.7 Capítulo 07: Participação Social e Promoção da Saúde

As políticas que promovem a participação social foram introduzidas nos sistemas de saúde ao longo do tempo de formas diversas, em momentos diferentes e com distintas filosofias, portanto, não se pode dizer que sejam uma concepção nova. As diversas definições de participação nestas políticas podem-se agrupar em dois tipos (VAZQUEZ, 2003):

participação como *meio* ou perspectiva utilitária e participação como *fim*, ou perspectiva de *empowerment*.

No Brasil, nas últimas duas décadas, na construção do Sistema Único de Saúde – pautada por diretrizes contidas na Constituição de 1988 (Brasil, 1988), nas leis 8.080/90 (Brasil, 1990a) e 8.142/90 (Brasil, 1990b) e nas Normas Operacionais Básicas (01/91, 01/93, 01/96) (MS, 1991, 1993, 1996) – instituíram-se modificações nas relações entre as três esferas de governo, determinando-se novas funções e transferência de competências aos municípios. Estas instruções legais prevêem a organização do SUS baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, bem como da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo.

Abaixo, segue uma breve retrospectiva sobre os históricos das Conferências de Promoção da Saúde já ocorridas por todo o mundo, que deram origem às Cartas de Promoção da Saúde. Tais cartas foram descritas por Westphal, 2007.

A Carta de Ottawa, originária da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, teve suas discussões baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

A Declaração de Adelaide foi originária da 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, mas destacou que as políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis.

Já a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em Sundsvall, na Suécia, em 1991, conclamando que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde e reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis.

A Conferência Internacional de Promoção e Saúde para a América Latina tratou da promoção da saúde na América Latina e afirmou que esta buscava a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento.

A 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em Jacarta, na Indonésia, em 1997, teve como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI, sendo a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde.

Por fim, na Cidade do México, em 2000, acontece a 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde os Ministros da Saúde de diversos países assinaram um conjunto de ideias para ampliar as questões da Promoção da Saúde.

Dentre os campos de atuação de promoção da saúde, destacam-se:

- Acesso aos serviços de saúde dignos;
- Acesso à educação de qualidade;
- Moradia;
- Emprego;
- Saneamento Básico;
- Organização da comunidade local;
- Lazer, etc.

Como membro da Equipe de Saúde da Família, tenho o dever de contribuir com a Gestão Municipal para ampliar e colocar em prática a divulgação do Plano Nacional de Promoção da Saúde e de ações para a Promoção de Saúde dos indivíduos.

No âmbito da Saúde Bucal, pudemos ofertar oficinas multiprofissionais onde a comunidade construirá peças de artesanato e para seu uso pessoal através do reaproveitamento e da reciclagem do lixo; ministrar oficinas de educação em saúde bucal aos escolares, agentes comunitários de saúde, atuando como agentes multiplicadores, associações de moradores, igrejas, e grupos de jovens, adultos e idosos; distribuir Kits de Saúde Bucal (Escova de Dente, Creme dental e Fio dental), fornecidos pelas três esferas de governos, aos diversos grupos etários, ensinando-os como realizar a escovação adequada dos dentes e língua, bem como o uso correto e contínuo do fio dental, etc.

Até o presente momento discutimos várias formas de promovermos saúde aos indivíduos de uma determinada comunidade, sempre enfatizando que deveríamos ser conhecedores da realidade na qual eles estão inseridos, e nada mais justo do que escutarmos o que essa população tem a nos informar, sobre seu estilo de vida, hábitos, costumes, etc. Assim, chegamos até a disciplina que nos ensinou sobre como promover saúde aos indivíduos e sobre a participação destes na esfera saúde: Participação Social e Promoção da Saúde.

Então, por tudo o que vimos, pudemos constatar que a participação social torna-se imprescindível para a elaboração de políticas públicas eficazes, estando sempre associada à promoção de saúde. Uma não pode ser estudada isolada da outra, pois a escuta do que a comunidade tem a nos dizer, reflete diretamente na promoção de saúde que esta busca.

4.8 Capítulo 08: Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

Ao longo dos anos, o mundo vem sofrendo transformações bruscas e rápidas, que refletem diretamente ou indiretamente na vida das pessoas. Dentre tais transformações, destacam-se o aquecimento global, tendo como consequência a mudança constante da temperatura, bem como os constantes eventos climáticos que assolam o planeta.

Porém tais eventos, somados aos hábitos da população, como o não condicionamento adequado do lixo, o não hábito da reciclagem e outros, evidenciam mais ainda as consequências dessa mudança citada. As chuvas tornam-se mais intensas e conseqüentemente mais perigosas, pois geram alagamentos, enchentes e outros desastres naturais.

A pouca preocupação dos governantes e a ausência de uma política pública eficaz de saneamento básico e esgotamento sanitário, somado à falta de planejamento da malha viária, também somatizam os fatores já citados.

Sou cirurgiã-dentista e trabalho numa área muito carente, tanto de atenção quanto de assistência. Quando ocorrem fortes chuvas, efeitos também do que já foi citado, a população sofre com constantes doenças respiratórias, viroses e gripes, dengue, etc. Isso se dá, pois como em alguns lugares, lá não confere estrutura adequada, ocasionando alagamentos, pois os bueiros entopem, originando tais mazelas.

Assim, necessita-se uma união de população e governantes, para que se possa haver educação da população em geral aliada à estratégia de política pública eficaz quanto aos fatores essenciais como saneamento e esgotamento sanitário, para que assim, sejam diminuídas as doenças em geral, fornecendo, assim, mais qualidade de vida a todos.

4.8.1 Evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador

Foi descrita, pela primeira vez, no século XVII, a relação entre trabalho e os agravos à saúde, em 1700, na obra *De Morbis Artificum Diatriba*, do médico italiano Bernardino Ramazzini, apesar da preocupação com o tema ser percebida desde a Antiguidade (GOMEZ; THEDIM, 1997).

No Brasil não foi tão simples inserir a Saúde do Trabalhador no SUS (MAEMO; CARMO, 2005). Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde é definida pela Lei 8080/90 no seu Art. 5º.

Através da Portaria nº 1679 do Ministério da Saúde, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Trabalhadores (RENAST). A RENAST é regulamentada pela Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009.

Infelizmente, nos dias de hoje no Brasil, os acidentes de trabalho são mais comuns do que se sabe, podendo ser evitados com uma política de segurança de trabalho simples, direta e eficaz.

Não há políticas públicas concretas e eficazes para se evitar e/ou diminuir os acidentes de trabalho, bem como normas contendo instruções de como se pode proceder. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que já possui em algumas cidades, começa a ser um aliado para o trabalhador, porém ainda com um serviço muito aquém daquele que o trabalhador precisa.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, com ampla participação popular, foi considerada o ponto forte para o Movimento da Reforma Sanitária e Movimento dos Trabalhadores. As discussões eram sobre saúde enquanto direito e sobre a construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime. Sendo tudo isto acrescentado ao texto da Constituição Brasileira de 1988, base legal do SUS. No mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, de caráter mobilizador e propositivo com vistas ao processo constituinte (DIAS; HOEFEL, 2005).

Em nosso país, a Saúde do Trabalhador representa um campo da Saúde Pública, cujo foco é a relação entre trabalho e o processo saúde-doença. É importante ressaltar que muitos caminhos foram percorridos ao longo da história para se chegar a este campo.

4.8.2 Saúde do trabalhador e saúde ambiental na estratégia saúde da família

A Saúde Ambiental é a área da Saúde Pública destinada a formular políticas públicas referentes à relação dos fatores do ambiente e a saúde humana, com objetivo de melhorar a qualidade de vida do ser humano, em relação ao ponto de vista da sustentabilidade (BRASIL, 2005).

Em 2003, houve a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, passando a se denominar “vigilância em saúde ambiental”, sendo definida como:

A vigilância em saúde ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle

dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2007).

Portanto, para aprimorar um modelo de atuação no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde vem constituindo competências com finalidade de implementar ações em que é constatada a relação entre saúde humana, degradação e contaminação ambiental.

Os vídeos da aula também nos trazem reflexões muito importantes. A “carta a Terra” nos chama a atenção para medidas relevantes para a manutenção da vida no nosso planeta hoje e nas gerações futuras. Já o vídeo “tempos modernos” mostra a tendência de se robotizar a vida e esquecemos a importância da natureza.

As mais diversas situações de risco presentes no ambiente de trabalho modificam o estado de saúde - doença da população. Assim, os processos de produção podem alterar as condições ambientais, ou seja, a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ambiental são campos indissociáveis.

A Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Trabalhadores (RENAST) foi criada em 2002, através da Portaria nº 1.679 do Ministério da Saúde, sendo hoje regulamentada pela Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. A partir daí, as ações de Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação.

Portanto, a RENAST tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS nos três níveis de Governo e tem como eixo os CEREST.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem suas diretrizes descritas na Portaria nº 1.125 de 06 de julho de 2005, tem como objetivos a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos. A RENAST é então enfatizada como a principal estratégia de organização da Saúde do Trabalhador no SUS.

A disciplina de Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, que nos fez pensar sobre o papel da Equipe de Saúde para orientar e mobilizar a população em busca de alternativas que minimizem os aspectos negativos e prejudiciais ao meio ambiente, fazendo com que essa comunidade tenha uma melhor qualidade de vida. Medidas simples como o incentivo à coleta seletiva, a conscientização de

que as nossas águas e solos não devem ser poluídos e os animais não devem ser explorados são temas de importância imensurável para abordagem nos grupos que participamos.

Assim, conclui-se que a temática da Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador é essencial para o trabalho na Estratégia Saúde da Família, pois esta é a reorientação da atenção básica, através de equipes multiprofissionais.

4.9 Capítulo 09: Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

A disciplina Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal vem informar e reafirmar aos profissionais da saúde da importância da saúde bucal dos indivíduos e que esta não pode e nem deve ser dissociada do restante do corpo, sendo fator indispensável no processo de prevenção e promoção da saúde destes.

Após a exploração indígena, quando os negros pra cá vieram, estes foram esquecidos e entregues à própria sorte. Até que surgiram as primeiras doenças e muitas epidemias apareceram. A partir daí foi dada uma certa importância à saúde dos trabalhadores, pois tais doenças passaram a intervir na saúde dos trabalhadores.

Surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Assistência Social (INAMPS).

Até que, após o regime militar, começou a ter uma forte mobilização social, e população e Sanitaristas começaram a cobrar uma reformulação na Saúde do Brasil, surgindo o movimento da Reforma Sanitária.

Em 1986, acontece em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde Bucal, sendo a primeira Conferência de Saúde a ser realizada com a participação popular, saindo de lá as diretrizes para a Constituição de 1988, que vigora até hoje.

Surge com a atual constituição o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde que vigora até os dias atuais. Em 1994, após resultados exitosos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) quanto à redução dos índices de mortalidade infantil, surge o Programa de Saúde da Família (PSF).

A Equipe de PSF inicialmente era composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliares de Enfermagem e Agente Comunitários de Saúde (ACS). Mas onde se encontrava o Dentista?

A Odontologia ficou esquecida por muitos anos, não sendo considerada a Saúde Bucal como parte da Saúde Geral do indivíduo. Até que, no início do século XXI, na gestão do então ministro da saúde da época, José Serra, é lançada a portaria 1444, que institui o

financiamento para a reformulação da Saúde Bucal no Brasil, havendo a inclusão, também, do Dentista na Equipe de Saúde da Família.

Desde então, a Odontologia vem alcançando vãos bem mais altos, principalmente com a implantação do Programa Brasil Sorridente, pelo ex-presidente da república, Luís Inácio Lula da Silva.

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social.

Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente. Nas duas últimas décadas, apenas algumas experiências isoladas e pontuais ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional efetiva para a Saúde Bucal.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

4.9.1 Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida: gestantes e bebês

O desenvolvimento do trabalho do cirurgião-dentista na Unidade de Saúde muitas vezes torna-se difícil, por motivos que vão desde a deficiência na formação de profissionais

odontólogos em trabalharem multiprofissionalmente até mesmo a falta de comunicação entre os profissionais inseridos no PSF, pela eterna busca de “apagar incêndios” proposta por muitos gestores.

Porém, essa realidade já começa a mudar, pois já estamos conseguindo trabalhar com a Equipe Multiprofissional com diabéticos e hipertensos.

Todavia, nós que compomos a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Unidade de Saúde na qual eu trabalho, já trabalhamos sim com a saúde bucal de gestantes, puérperas e bebês.

Esse trabalho se dá desde o início da gestação, com orientações quanto à Higiene Bucal da Gestante, e realizando todo o tratamento que for necessário na mesma. Durante a gestação, a futura mamãe também recebe orientação quanto aos cuidados que esta deverá ter com a higiene da criança desde os primeiros dias de vida, até o nascimento dos dentes. Muitas dessas gestantes quando não nos procuram em caso de dor, são encaminhadas pelos ACS.

Ao atingir 6 meses do novo bebê, a ex-gestante volta ao consultório a fim de concluir o tratamento, caso não o fizesse até o nascimento da criança, recebendo sempre orientação quanto sua saúde bucal e a do recém-nascido.

4.9.2 Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida: crianças, adolescentes e adultos

A Inserção da Equipe da Família na Atenção Básica veio para, além de ter a família como foco da atenção, começar um trabalho multiprofissional junto à estes. Porém, isso esporadicamente acontece, fato justificado tanto pela falta de sensibilização de gestores, individualidade das outras categorias profissionais, e descrença da população em programas educativos/preventivos.

Diante do que foi relatado acima, a minha realidade é difícil quando trata-se do trabalho multiprofissional em saúde. Assim, crianças, adolescentes e adultos são atendidos através de demanda espontânea, havendo a referência e contra-referência com equipe médica e de enfermagem apenas os diabéticos e hipertensos.

Tal superação dessa fragmentação na minha realidade ainda encontra-se difícil de ser superada, apesar de muitos avanços já terem surgido, tais como: reuniões com toda a equipe; referência e contra-referência de diabéticos e hipertensos; acolhimento feito por todos os profissionais na sala de espera, etc.

4.9.3 Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida

Infelizmente hoje, no Brasil, os idosos encontram-se numa situação de total mutilação por diversos fatores, indo desde o cultural, pois antigamente acreditava-se que a “lagarta” que se encontrava no dente só era banida se houvesse a extração dentária, até fatores de extrema falta de cuidados com a saúde bucal durante anos, acumulando, assim, doenças como a cárie e a doença periodontal, comprometendo e muito as estruturas dentais.

Como mostra o último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde a cerca das condições da saúde bucal da população brasileira e divulgado os resultados preliminares no final de 2010, as regiões Norte e Nordeste ainda possuem os piores índices do indicador CPO-D, que verificam os dentes cariados, perdidos e obturados da população.

Alguns municípios cearenses participaram de tal estudo, mas não sei informar se os dados lá coletados foram representativos para tais municípios ou se já foram divulgados alguns resultados preliminares. Quanto ao município que trabalho, creio que nunca foi realizando um levantamento epidemiológico representativo quanto à saúde bucal da população e infelizmente nem há previsão da realização.

Saúde Bucal foi a disciplina estudada! Sou cirurgiã-dentista e tinha convicção de que quando chegasse tal disciplina eu “tiraria de letra”. Me enganei! Aprendi muito nas disciplinas passadas, mas também aprendi nessa disciplina. Aprendi que a participação social é importantíssima em todas as áreas, que o trabalho multiprofissional é de suma importância e que preciso sim contribuir para que os gestores, comunidade e todos os profissionais entendam de uma vez por todas que a Saúde Bucal faz parte da Saúde Geral do indivíduo.

4.10 Capítulo 10: ABS Pessoas com Deficiência

Estou super feliz como as discussões sobre o atendimento das Pessoas com Deficiência (PcD)! Na Unidade na qual trabalho, o acesso aos serviços lá oferecidos às PcD acontece com frequência e elas comparecem bem ativas e são bem colaboradoras. A saúde bucal oferece acesso dos seus serviços às PcD, fazendo todos os tipos de tratamentos básicos lá oferecidos, e trabalhos em conjunto com enfermeiros, médicos e ACS.

O prontuário médico/odontológico do usuário é bem detalhado, onde consta o tipo de deficiência e toda medicação que já forma administradas para esses pacientes! Eles são na maioria bem colaboradoras e são agendadas mensalmente, sempre comparecem com o acompanhante, e seja qual for o procedimento realizado, é sempre feita a profilaxia (limpeza/escovação) nos dentes para que eles não tenham gengivite e/ou periodontite! Os PcD

só precisam de atenção e cuidados, pois eles têm direitos como nós, inclusive de acesso aos bens e serviços essenciais, como a saúde!

Seguem abaixo, algumas deficiências mais comuns que nos deparamos no cotidiano, e um breve relato sobre cada uma delas.

4.10.1 Deficiência visual

É considerada deficiente visual a pessoa que é privada, em parte (segundo critérios pré-estabelecidos) ou totalmente da capacidade de ver.

A perda da visão pode ser decorrente de ferimentos, traumatismos, perfurações e vazamentos nos olhos. Durante a gestação, doenças como rubéola, toxoplasmose e sífilis podem causar a deficiência na criança (USP, 2011).

Infecções em recém-nascidos também podem vir a provocar déficit visuais. Algumas doenças que ocorrem, na maioria das vezes, em adultos, se não forem tratadas, propiciam a ocorrência da deficiência.

Fale diretamente com a pessoa, espere para ajudá-la, pergunte que ajuda ela precisa!

Abaixo seguem algumas dicas de como se comportar com um portador de deficiência visual.

- ✓ Evite expressões que relacionem-se diretamente com a deficiência, como ceguinho, quatro-olhos e zarolho, elas são pejorativas;
- ✓ Não é necessário evitar termos como "ver" e "olhar". Mesmo sem ter fisicamente a capacidade de fazer isso, os deficientes visuais podem entender a expressão metaforicamente sem se sentirem ofendidos. Não é necessário dizer "toque", "apalpe", "ouça só !";
- ✓ Toque no braço dele antes de começar a falar com ele para que o deficiente visual entenda que é o destinatário de suas palavras. Quando for deixar o ambiente avise a ele; é desconfortável saber que continua falando sem ter um ouvinte;
- ✓ Não se dirija ao portador de deficiência visual através de seu acompanhante, supondo que ele não pode compreendê-lo;
- ✓ Em um local estreito, onde só passa uma pessoa, coloque o seu braço para trás, de modo que ele possa continuar a seguir você;
- ✓ Algumas pessoas, sem perceber, falam em tom de voz mais alto quando conversam com pessoas cegas. A menos que a pessoa tenha também uma deficiência auditiva que justifique isso, não faz nenhum sentido gritar. Fale em tom de voz normal;

- ✓ Por mais tentador que seja acariciar um cão-guia, lembre-se de que esses cães têm a responsabilidade de guiar um dono que não enxerga. O cão nunca deve ser distraído do seu trabalho;
- ✓ No convívio social ou profissional, não exclua as pessoas com deficiência visual das atividades normais. Deixe que elas decidam como podem ou querem participar.

4.10.2 Deficiência auditiva

A audição, tal como os restantes sentidos, é muito importante para o nosso desenvolvimento como indivíduo, como parte da sociedade. Já antes do nosso nascimento, a audição é o primeiro sentido a ser apurado, através do diálogo da mãe com o seu bebê, dos novos sons, do conhecimento do mundo que nos rodeia.

É através desta que comunicamos com o mundo e este se comunica conosco, desenvolvendo assim a nossa identidade, os nossos sentimentos, a compreensão do mundo que está à nossa volta, os vínculos sociais, as interações intra e inter – pessoais e, não esquecendo, o modo como manifestamos os nossos anseios e necessidades.

A deficiência auditiva, trivialmente conhecida como surdez, consiste na perda parcial ou total da capacidade de ouvir, isto é, um indivíduo que apresente um problema auditivo.

É considerado surdo todo o indivíduo cuja audição não é funcional no dia-a-dia, e considerado parcialmente surdo todo aquele cuja capacidade de ouvir, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva.

A deficiência auditiva é uma das deficiências contempladas e integradas nas necessidades educativas especiais (n.e.e.); necessidades pelas quais a Escola tanto proclama.

Por vezes, as pessoas confundem surdez com deficiência auditiva. Porém, estas duas noções não devem ser encaradas como sinônimos. A surdez, sendo de origem congênita, é quando se nasce surdo, isto é, não se tem a capacidade de ouvir nenhum som. Por consequência, surge uma série de dificuldades na aquisição da linguagem, bem como no desenvolvimento da comunicação.

Por sua vez, a deficiência auditiva é um déficit adquirido, ou seja, é quando se nasce com uma audição perfeita e que, devido a lesões ou doenças, a perde. Nestas situações, na maior parte dos casos, a pessoa já aprendeu a se comunicar oralmente. Porém, ao adquirir esta deficiência, vai ter de aprender a comunicar-se de outra forma. Em certos casos, pode-se recorrer ao uso de aparelhos auditivos ou a intervenções cirúrgicas (dependendo do grau da deficiência auditiva) a fim de minimizar ou corrigir o problema.

4.10.3 Deficiência física

A deficiência física é definida como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho motor de determinada pessoa (USP, 2011).

As causas são diversas, podendo estar ligadas a problemas genéticos, complicações na gestação ou gravidez, doenças infantis e acidentes (USP, 2011).

Dentre as causas que mais ocasionam a deficiência física, destacam-se:

- ✓ Causas pré-natais: problemas durante a gestação (remédios tomados pela mãe, tentativas de aborto malsucedidas, perdas de sangue durante a gestação, crises maternas de hipertensão, problemas genéticos e outras);
- ✓ Causas perinatais: problema respiratório na hora do nascimento, prematuridade, bebê que entra em sofrimento na hora do nascimento por ter passado da hora, cordão umbilical enrolado no pescoço e outras;
- ✓ Causas pós natais: parada cardíaca, infecção hospitalar, meningite ou outra doença infecto-contagiosa ou quando o sangue do bebê não combina com o da mãe (se esta for Rh negativo), traumatismo craniano ocasionado por uma queda muito forte e outras.

Porém, não podemos deixar de ressaltar que as deficiências não são limitadas apenas as citadas acima, mas existem outros tipos de deficiências que não devem ser esquecidas, como a deficiência mental, a cultural, dentre outras.

Chegando ao fim do nosso curso, e para fecharmos com “chave de ouro” essa intensa jornada, ABS Pessoas com Deficiência foi nossa última disciplina. Estudar pessoas com deficiência separadamente é explicável, porém um pouco difícil, pois a discriminação é uma realidade ainda bem presente. Cabe a todos nós que compomos a rede pública dizer não a discriminação e “olhar” para todas as pessoas com os mesmos olhos, alencando as prioridades e respeitando as limitações de cada um.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de toda a vivência do curso de Especialização em Saúde da Família pude constatar o quanto nós, seres humanos, somos desprovidos do saber, pois após tudo o que foi vivenciado e relatado e após todas as trocas de experiências, percebi o quanto aprendi.

Fizemos uma verdadeira retrospectiva sobre assuntos que desde a nossa formação universitária começamos a vivenciar. Lembramos os modelos assistenciais em saúde, que a atenção primária não é a menor atenção, mas sim a atenção primeira; o poder e a importância da participação social na promoção da saúde; os cuidados que devemos ter com a saúde da mulher; as tecnologias de abordagem da saúde do indivíduo; a importância da saúde ambiental e da saúde do trabalhador; a visão que os profissionais devem ter que com a saúde bucal é parte integrante da saúde geral do indivíduo e que, acima de tudo, as pessoas com deficiência têm os direitos iguais a todos os cidadãos.

Os ensinamentos foram constantes e representativos, contudo, o maior deles, sem dúvida alguma, foi que a saúde é composta por nós, indivíduos, e que devemos compô-la, participar, reivindicar e vivenciar todo o processo de construção do nosso sistema de saúde, que deve ser único, universal, integral e equânime.

Realizar um Curso de Especialização a Distância foi enriquecedor e desafiador, pois este nos forneceu uma autonomia tamanha, que nos tornou mais responsáveis e curiosos para que outros desafios fossem laçados, mais conteúdo fosse transmitido e mais troca de experiências fossem realizadas.

Confesso que minhas expectativas não eram grandes, assim como minha crença no referido sistema adotado pelo curso também não, pois a EaD é algo inovador na minha vida. Porém, as expectativas foram além das esperadas, pois me fez acreditar que a capacidade do ser humano pela busca de conhecimento vai além da sala de aula e de encontros presenciais, me moldando uma profissional mais inteirada nos princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde, passando a observar o usuário e sua família como um todo.

A contribuição não foi dada apenas aos profissionais que tiveram a oportunidade de realizar tal curso, mas principalmente aos usuários dos serviços de saúde, que se depararão com dentistas, médicos e enfermeiros mais completos, humanos e inteirados com a assistência a ser prestada.

Assim, o trabalho acima desenvolvido visou formar cidadãos responsáveis com o papel no setor saúde, buscando no trabalho em equipe e junto com gestores e comunidade, construir um mundo melhor.

6 REFERÊNCIAS

ABBAD, G. S. Educação a distância: o estado da arte e o futuro necessário. Revista do Serviço Público (Brasília), 58, 100-110. 2007.

ALONSO, K. M. **A Expansão do Ensino Superior no Brasil e a EaD: Dinâmicas e Lugares.** Educ. Soc [online]. 2010, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1319-1335, out.-dez. 2010. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 08 Set. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 182, de 20 set., pp. 18055-18059. 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 249, de 31 dez., pp. 25694-25695. 1990b.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSCE.def>>. Acesso em: 20 Set. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T., organizadores. **Agir em saúde um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 229-66.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **8a Conferência Nacional de Saúde.** Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. (Relatório final).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **9a Conferência Nacional de Saúde.** Saúde: municipalização é o caminho. Brasília: Ministério da Saúde; 1992. (Relatório final).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **10a Conferência Nacional de Saúde**. SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. (Relatório final).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **11a Conferência Nacional de Saúde**. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **12a Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sergio Arouca. Saúde: um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Relatório final).

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out/dez, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2004.148p. (ColeçãoLeitura).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **História da 7a Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/setima.html>> Acesso em: 10 Set. 2011.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (6):1171-1181, jun, 2006.

GOMEZ, M. C. & THEDIM, C. S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, 13 (supl. 2): 21-32. 1997.

IRAHETA, D. **Propostas aprovadas na conferência reforçam modelo do Brasil na atenção psiquiátrica**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11511> Acesso em: 04 Jul. 2010.

LUZ, M. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

MACHADO, R. et al.. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1978.

MAENO, M.; CARMO, J. C. **Saúde do Trabalhador no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MENDES, E. V. Os Obstáculos a Implantação do PSF no Brasil e Estratégias de Superação. In: MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Ceará. Ceará, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Resolução no 273/91**. Norma Operacional Básica. INAMPS no 1/91. Brasília: MS. 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93**. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: MS. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 2.203 de 1996**. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: MS. 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Programa de Saúde da Família** [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: 10 Set. 2011.

NEMES FILHO, A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES- GONÇALVES, R. B., orgs. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 276-86.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. **Rev Bras Enferm** 2007 set-out; 60(5): 585-9.

PIRES, D. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: AnnaBlume; 1998.

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem** 2000; 53:251-63.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher e atenção primária. **Rev Saúde Pública**, 2002; 36(4):470-7.

SILVA, J. F. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R., organizadores. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1994. p. 86.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Rede Saci**. USP Legal para Pessoas com Deficiência. Disponível em: <<http://saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=1668>>. Acesso em: 04 Jul. 2011.

VAZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(2):579-591, mar-abr, 2003.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2a ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-FIOCRUZ; 2007. p. 635-67.

ANEXO

ANEXO I - MITOS E VERDADES SOBRE A GRAVIDEZ E ODONTOLOGIA

A perda de um dente é uma ocorrência natural da gestação, já que nesta fase os dentes estragam com mais facilidade... A gravidez não é responsável pela perda de elementos dentários. Na maioria dessas ocorrências, o fator determinante está relacionado com a higiene bucal inadequada e hábitos alimentares prejudiciais.

Na gravidez há um aumento na incidência de cáries e há necessidade de cuidados especiais. A literatura mostra que a incidência de cáries em mulheres grávidas é a mesma que em mulheres não grávidas e os cuidados são os mesmos: escovação, uso do fio dental, visitas ao dentista, limpeza profissional e aplicações de flúor.

A mulher perde cálcio dos dentes para formar as estruturas mineralizadas do bebê. A gravidez não é responsável pela perda de minerais dos dentes da mãe para formar as estruturas calcificadas do bebê. Já está comprovado que os dentes não participam do metabolismo sistêmico do cálcio. O cálcio provém da sua alimentação e, quando esta for inadequada, virá de estruturas nos seus ossos.

Na gravidez, o tratamento odontológico pode ser prejudicial à mãe e ao feto. Os riscos durante o tratamento odontológico são menores que os riscos que os problemas bucais podem causar à mãe e ao bebê. Antes de tudo, a gestante precisa ter saúde. O nível de saúde da mãe tem relação com a saúde bucal das crianças. Dá-se prioridade à realização de exodontias (extrações) no segundo trimestre da gestação, período que já tem passado a embriogênese.

Na gravidez o exame radiográfico pode prejudicar o feto. Estudos têm mostrado que respeitando-se o uso do avental e colar de chumbo, a quantidade de radiação nas gônadas e no conceito é tão insignificante que não permite qualquer tipo de mensuração. Portanto, se realmente necessário, o raio X pode ser realizado, preferencialmente no 2º e 3º trimestre de gestação.

No tratamento odontológico da gestante não se deve utilizar anestésico local com vasoconstritor. É seguro realizar procedimentos odontológicos sob anestesia local em gestantes. Quanto ao uso do vasoconstritor ele pode ser indicado, a menos que a gestante apresente alguma contra-indicação individual. Dentro do nosso protocolo, evitamos o seu uso.

Disponível em: <http://www.clearodontologia.com.br/dica_12.asp>. Acesso em: 09 Dez. 2010.