



**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**

SILVANIA HELENA BARROSO CAPISTRANO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: visão do cirurgião-dentista

FORTALEZA

2011

SILVANIA HELENA BARROSO CAPISTRANO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: visão do cirurgião-dentista

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

Orientadora: Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

FORTALEZA

2011

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

C242e	Capistrano, Sylvania Helena Barroso Estratégia saúde da família: visão do cirurgião-dentista/ Sylvania Helena Barroso Capistrano. - 2011. 62 f : il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011. Orientação: Profa. MS. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal 1. Saúde da Família 2. Odontologia Comunitária 3. Atenção Primária à Saúde I. Título. CDD 362.1
-------	---

SILVANIA HELENA BARROSO CAPISTRANO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: visão do cirurgião-dentista

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal
Orientadora

Valeska Vieira Camurça

Maria Roselise Bezerra Saraiva

*Dedico este trabalho ao Tiago e à Cintia, meus
filhos e as duas grandes razões da minha vida,
frutos de perpetuação da minha existência.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me deu forças para enfrentar todos os obstáculos e sempre me amparou nos momentos de dificuldade.

À memória de meu pai e à minha mãe por terem me dado a vida e guiado os meus primeiros passos.

Ao meu marido pelo incentivo, solidariedade e apoio em todas as minhas jornadas.

Ao meu filho Tiago pelo braço amigo nos momentos difíceis e por ter sempre acreditado em mim.

À minha filha Cintia, harmônica, companheira e âncora da minha vida, que com sua paciência e dedicação me ajudou e incentivou na construção desse trabalho.

À UFC por me possibilitar realizar o sonho de participar desse curso.

À minha tutora e orientadora Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal desejo manifestar a minha gratidão pelos inúmeros estímulos ao meu crescimento profissional e a sua valiosa orientação para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos meus colegas cursistas pelos momentos de construções compartilhadas.

A todos o meu sincero reconhecimento e agradecimento.

“Quando quiseres saber quem eu sou, pergunta ao riacho que murmura e ao pássaro que canta, a flor que desabrocha e a estrela que cintila, ao moço que espera e ao velho que recorda. Chamo-me AMOR, o remédio para todos os males que te atormentam o Espírito! EU SOU JESUS!”

Autor Desconhecido

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinâmico do Sistema Único de Saúde, que foi implantada no intuito de organizar o sistema de saúde no Brasil. Iniciou como um programa, através da implantação do Programa de Agentes Comunitários no final dos anos 80, no Estado do Ceará, que tinha como objetivo principal ligar a comunidade aos serviços de saúde. Neste contexto, o estudo teve como objetivo refletir a experiência vivenciada na Estratégia de Saúde da Família em um município do Estado do Ceará. Trata-se de estudo qualitativo que se ancora nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas vivências na Estratégia de Saúde da Família. Foi desenvolvido no período abril/2010 a junho/2011. Narra em sua análise a importância do conhecimento da filosofia do SUS para que o profissional de saúde da família reconheça o usuário como merecedor de atenção integral, estabelecendo vínculos de compromisso e co-responsabilidade, estimulando a comunidade para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Ostenta, ainda que, a família é o centro da atenção em saúde, onde a equipe de saúde deve desempenhar o cuidado em saúde, respeitando a cultura popular, procurando promover a saúde, prevenir doenças, recuperar e manter a saúde do usuário. Sendo assim, este conhecimento, ora adquirido, proporcionou a construção de uma profissional como solidificador do sistema, por meio de resultados positivos nos indicadores de saúde e qualidade de vida da população assistida.

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

ABSTRACT

The family health Strategy is a dynamic project of the single health system, which was deployed in order to organize the health system in Brazil. Started as a program, through the deployment of Community Agents program, in the late 80, in the State of Ceará, which had as main goal, connecting the community to health services. Thus, this study had to reorient the model through the deployment of teams caring such multi-professional skills in basic health units, the gateway to the health system. It is a qualitative study TST if ancora in principles and guidelines of the single health system (SUS) and in the experiences in family health Strategy. Was developed in the period April/June/2010 to 2011. Chronicles in its analysis of the importance of knowledge of the philosophy of SUS, to which the family health professional recognizes the user as deserving full attention, establishing links of commitment and co-responsibility, encouraging the community to exert social control of the actions and health services. A bear, though, the family is the center of attention on health, where the health team must play the health care, respecting the popular culture, seeking to promote health, prevent disease, recover, and maintain the health of the user. Presents the professional system solidificador, through positive results on the indicators of health and quality of life of the population assisted.

Keywords: Family Health Program. Community Dentistry. Primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	11
3	METODOLOGIA	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	13
4.1	Disciplina 01 – Processo de Trabalho em Saúde	13
4.2	Disciplina 02 – Saúde Mental e Violência	17
4.3	Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	21
4.4	Disciplina 04 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	24
4.5	Disciplina 05 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	29
4.6	Disciplina 06 – Saúde da Mulher	33
4.7	Disciplina 07 – Participação Social e Promoção da Saúde	39
4.8	Disciplina 08 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	44
4.9	Disciplina 09 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	48
4.10	Disciplina 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

Sou SILVANIA HELENA, cirurgiã-dentista, terminei o curso de Odontologia em dezembro em 1982 pela Universidade Federal do Ceará, portanto há 28 anos.

Trabalhei em Itapiúna durante dois anos, quando casei retornei a Fortaleza, trabalhando somente no consultório. No entanto, surgiu a oportunidade de vir trabalhar em Maranguape, onde desempenho minhas atividades até hoje, realizando a parte de Cirurgia e Periodontia do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Presto serviço neste município há 25 anos.

A minha experiência profissional não se resume somente ao serviço público, trabalhei no plano de saúde do Grupo Jereissati durante 15 anos. Atualmente, faço parte do quadro de plantonistas (finais de semana e feriados) do Hospital Geral Luiza Alcântara e Silva, em São Gonçalo do Amarante.

Partindo do pressuposto que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se constituído em um grande desafio para gestores, profissionais e sociedade podem observar variadas experiências nos diversos aspectos e cenários de construção desse modelo assistencial, centrado na família.

A organização do cuidado na estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser recheada de ações para promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde, devendo a mesma ser desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, em que essas ações de saúde dever ser operadas de modo articulado e integrado, permitindo ampla cobertura e acesso da população, com a maior eficiência econômica e social possível.

A ESF busca diminuir as necessidades em saúde, oferecendo mais, perseguindo fazer o melhor possível, significando um processo produtivo com a melhor utilização dos recursos, estimulando a participação da comunidade na tomada de decisões para dar uma resposta capaz de minimizar os problemas enfrentados.

Sendo assim, sinto-me muito feliz pela oportunidade que me foi concebida ao ser contemplada para participar da Especialização de Saúde da Família, devido ser um propósito que almejava há muito tempo. Participando do Curso de Especialização em Saúde da Família espero somar experiências, subtrair anseios e angústias, multiplicar conquistas e dividir resultados positivos nos indicadores da saúde e na qualidade de vida da população assistida.

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).
- Refletir o processo de trabalho em saúde no Município de Maranguape no Estado do Ceará;

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo tipo relato de experiência. Baseou-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no material didático e complementar do próprio Curso em EAD/UFC-UNASUS e na vivência profissional.

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.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Disciplina 01 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O Curso de Especialização em Saúde da Família apresentou a disciplina “Processo de Trabalho em Saúde”, no dia 22 de Maio de 2010.

O foco da discussão é o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família no contexto da implementação do SUS e da reorganização da atenção básica em saúde, tendo como base a Estratégia de Saúde da Família.

Portanto, a minha expectativa é de que esta unidade possa contribuir para a consolidação de uma mudança real do modelo assistencial em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Figura 1 – Profissionais da Saúde



Fonte: Disponível no site www.funemac.edu.br

Ao estudar a Aula 01, “Introdução à Disciplina”, eu percebi que conforme Santos (2007) a idéia de processo de trabalho em saúde é extremamente abstrata porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde, como por exemplo, ações de saneamento e ações de assistência médica. O processo de trabalho em saúde se restringe a análise das ações desenvolvidas nos (e pelos) serviços de saúde.

Pode-se dizer que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (médico, enfermeiro,) com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral) e o agente consumidor (usuário, paciente). Este encontro torna o usuário objeto da ação do produtor por um lado, e, por outro, protagonista nesse encontro, pois seus conhecimentos e representações são também expressos, como um modo de sentir e elaborar suas necessidades, na qualidade de utilidade para o trabalho em saúde (SANTOS, 2007).

Nessa aula foi apresentada a Equipe Verde, revelando um pouco dos problemas que as Equipes de Saúde da Família, em nosso Estado, enfrenta e também a forma como se trabalha. Sendo assim, observei que o meu cotidiano é similar a Equipe Verde, essa encenação é o retrato vivo da realidade do meu município. Portanto, observei que os problemas apresentados são inerentes à nossa realidade, onde percebemos que existe a necessidade da mudança dos hábitos para despertar o interesse da comunidade na participação sistemática do desenvolvimento do trabalho. Por este motivo, não senti muita dificuldade no decorrer da disciplina.

Assim, foi possível realizar a tarefa que pedia a descrição do município que trabalho, da comunidade, da unidade e da equipe de saúde do meu dia-a-dia. Dando continuidade à tarefa, participei do fórum, que refletia sobre a necessidade primordial da mudança de hábitos para a promoção da saúde.

Em seguida, foi apresentada a Aula 02- “O Processo de Trabalho em Saúde”, que segundo Abrahão (2007) de um modo geral pode se entender que a lógica que orienta a atual produção de saúde na rede básica é devedora do processo hegemônico e de forma organizativa pautada na estrutura funcionalista derivada de uma interpretação política onde os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde/doença são inequivocamente multicausais, mas com preponderância biomédica.

Com o estudo dessa aula, pude realizar as tarefas, preenchendo o quadro sugestivo de atuação do Centro de Especialidades Odontológicas e participando do fórum, que refletia a democratização das idéias.

Figura 2 – Profissional da saúde realizando procedimento em usuário



Disponível no site www.geraldojose.com.br

Posteriormente, foi apresentada a Aula 03- “O processo de trabalho em atenção básica”, e estudando essa aula pude observar que todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores. Para entender um estabelecimento de saúde é preciso debruçar-se sobre seus processos de trabalho e ações, os quais revelam o jogo de intenções nele contidos, para com isso descobrirem as redes protagonistas e modelagens tecnológicas que os realizam. Assim, um serviço de saúde se constitui em um lugar de relações e jogos de poder entre sujeitos concretos (SANTOS, 2007).

O trabalho em saúde produz atos de saúde (os quais) se caracterizam como sendo procedimentos, consultas médicas ou de enfermagem, acolhimento, ações de responsabilização, sempre em atos em relações intercessoras, entre trabalhadores e usuários (SANTOS, 2007).

Com o estudo dessa aula, fiz uma reflexão do município de Maranguape onde foi implantado o projeto “Soro, Raízes e Rezas”, que tem como ponto de atuação, a capacitação permanente de rezadeiras e raizeiros, que são incluídos nas ações para diminuição dos casos de diarreia, controle da dengue, incentivo ao aleitamento materno e outras doenças.

Portanto, o reconhecimento da importância da cultura no processo de comunicação se faz necessário tanto para compreender a essência do projeto desenvolvido pela Prefeitura de Maranguape como do sucesso, pois através da apropriação da cultura popular das rezadeiras e dos raizeiros da cidade, tornou-se possível divulgar conceitos e práticas relativas à saúde, podendo desta forma, ajudar na diminuição das doenças. A

Secretaria de Saúde de Maranguape optou por levar as rezadeiras para dentro da Unidade Básica de Saúde. A saúde é que ganhou a fé como parceira, desta maneira o fluxo inverteu-se, as mães passaram a visitar o posto para ver a rezadeira e depois, passam pelo médico.

Figura 3 – Rezadeira



Disponível no site www.diariodonordeste.globo.com

Com o estudo da Aula 04-“Modelos de Determinação Social”, aprendi que de acordo com Gontijo (2010), os determinantes sociais da saúde são compreendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo que as desigualdades que se manifestam nestas condições também geram as desigualdades, a compreensão e abordagem dos processos de exclusão social, que impedem determinados grupos sociais de participarem totalmente da vida comunitária e social, se caracterizam como um dos focos prioritários na busca da equidade em saúde.

Assim, tive condições de discutir em fórum, as evidências das determinações sociais, e realizar uma atividade na qual descrevi as propostas do município de Maranguape, após a implantação do PSF.

Figura 4 – Agente Comunitário de Saúde realizando visita domiciliar



Disponível no site www.diariodonordeste.globo.com

Ao final da disciplina, concluí que os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, percebendo e respeitando as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável. E que, a unidade de saúde deve ser a porta de entrada do usuário, garantindo acessibilidade, resolvendo de forma eficaz e humanizada, os principais problemas de saúde dos usuários do sistema.

4.2 Disciplina 02 – SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Dando continuidade ao Curso de Especialização em Saúde da Família, no dia 19 de junho de 2010, nos foi apresentada a disciplina “Saúde Mental e Violência”.

Esta disciplina para mim é uma experiência recheada de indagações, na qual espero assimilar conhecimentos sobre o atendimento de pessoas que se apresentam com transtorno mental.

Figura 5 – Saúde Mental



Disponível no site educaofisicaadaptadaeeducacaoespecial.blogspot.com

Na Aula 01- “Construção histórica, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil”, aprendi que de acordo com Rocha (2008) antigamente não se pensava em transtorno mental, o que não quer dizer que não houvesse perturbações. Portanto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo histórico de reformulação do modelo psiquiátrico em suas práticas e saberes, constituindo um movimento por nova ética no cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Em se tratando de saúde mental, a questão da prevenção é complexa, pois não existe uma “vacina” que imunize aos transtornos mentais. O convívio diário com a violência, miséria, injustiça, desemprego, desrespeito à cidadania, é algo que nos agride e muito. Mas, observa-se que a supressão desses fatores não garante a saúde mental da população, pois se percebe que nos países onde esses fatores são mínimos, também ocorrem os transtornos

mentais, porque, além das causas externas, existem os fatores do mundo interior da pessoa (ROCHA, 2008).

Após o estudo dessa aula, realizei uma pesquisa sobre as funções de um serviço criado pela reforma psiquiátrica presente no município que trabalho.

Portanto, no município que trabalho existe três tipos de CAPS: infantil, adulto e AD (álcool e drogas). Os três funcionam de segunda a sexta nos horários da manhã e tarde, com uma equipe multidisciplinar composta por: médico psiquiatra, enfermeira, psicólogo, terapeuta ocupacional. O usuário quando necessário é encaminhado à farmácia do CAPS para receber o medicamento indicado para seu tratamento.

O serviço visitado foi o CAPS adulto, que atende os pacientes com desequilíbrio mental. Portanto, foram notadas poucas semelhanças com o hospital tradicional. A diferença é basicamente a forma de tratamento, que por não ser através de internamento, tenta resgatar o indivíduo para o seu convívio social. Em seguida, nos foi apresentada a Aula 02- “A assistência e a clínica”, e nessa aula, eu aprendi que a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental veio marcar o início da desinstitucionalização, ou seja, da desconstrução do modelo de assistência hospitalar, surgindo como alternativa ao hospital psiquiátrico, a proposta de atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS é um lugar de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e práticas, não há exclusão, medicalização e disciplina, é um ambiente de acolhimento, cuidado e estabelecimento de pontes com a sociedade (ROCHA, 2008).

Portanto, com este estudo foi possível realizar a atividade da disciplina, onde tínhamos que fazer um relato do serviço executor de ações de saúde mental à clientela. Assim, realizei a tarefa do seguinte modo:

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) de Maranguape é composta por psiquiatra, psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeira, técnica de enfermagem.

São realizadas diariamente triagens de pacientes encaminhados de diversos serviços de saúde do município. A triagem é a anamnese, e é feita por qualquer profissional de nível superior da equipe. São encaminhados os pacientes que residem em Maranguape e Palmácia, onde ainda não tem CAPS. Após triados, são encaminhados à consulta médica, psicólogo, ou terapia ocupacional.

São realizados: acompanhamento familiar, atendimento domiciliar, psicoterapia individual e em grupo, terapia ocupacional individual e em grupo, oficinas terapêuticas e oficinas produtivas.

A terapia ocupacional atua nas AVD's, que são os cuidados com higiene, alimentação, deambulação e vestuário; nas AVP's, que são atividades da vida prática; nas AVT's, atividades da vida de trabalho (se, o paciente antes de adoecer tinha um ofício); nas AVL's, atividades da vida de lazer (geralmente, o paciente perde o sentido da vida, ocorre uma quebra com a realidade).

O acompanhamento familiar é feito por um componente da equipe, sendo realizado quinzenalmente, quando são esclarecidas as dúvidas sobre os sintomas, como lidar com o doente, o uso das medicações. Geralmente, a família inteira adoece, por não compreender a situação, há uma geração de conflitos e agravamento da doença.

No atendimento domiciliar é feita uma análise da situação social do paciente, são observados os laços familiares, que posição o paciente ocupa no seio familiar. Nesse atendimento é realizada a consulta médica-psiquiátrica, no caso de paciente cadeirante, ou se estiver impossibilitado de se locomover ao serviço.

A terapia ocupacional individual é realizada em pacientes de primeira vez, com dificuldade de vínculo, assustado, com sintomas paranóicos. Neste momento, se faz a análise da vida cotidiana do paciente, através da terapia ocupacional individual.

A terapia ocupacional em grupo atua com atividades expressivas, dinâmicas, expressão corporal, relaxamento. Estimula ou reforça a socialização, trabalha atenção, concentração, memória, interesse, etc.

A oficina terapêutica é aplicada ao paciente bastante comprometido. É homogênea, de mesma patologia.

E a oficina produtiva é aplicada a pacientes estáveis, são aplicadas atividades mais elaboradas, no nível de produção e geração de renda.

Já o Centro de Atenção Psicossocial infantil do município de Maranguape é um serviço especializado no tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais moderados ou graves, com idade de até 18 anos incompletos.

Os usuários são encaminhados por todas as unidades de atendimento da Secretaria de Saúde, pelo núcleo de educação especial e por programas da Secretaria de Ação Social como CRAS e CREAS.

A clientela é assistida por uma equipe multiprofissional formada por fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional, psiquiatra, assistente social e auxiliar de enfermagem. São realizados 30 atendimentos, em média, por dia, de segunda a sexta-feira. O regime de tratamento varia de acordo com a indicação do quadro: intensivo (diário), semi-intensivo (três vezes por semana) e não intensivo (três vezes ao mês).

Os atendimentos são em grupo e individual. A família é assistida como parte do processo terapêutico dos pacientes.

Depois, foi apresentada a Aula 03- “Casos clínicos na comunidade”.

Foram formados grupos para discutir um tema escolhido, refletindo sobre a conduta adequada a ser tomada, ou seja, quais as alternativas e soluções propostas para amenizar o problema identificado. Assim, participei do fórum, discutindo o caso de uma adolescente em sofrimento mental (Gravidez Indesejada).

Com o estudo da Aula 04- “Estratégias em Saúde Mental”, eu aprendi que conforme Ferigato (2007) pode-se dizer que originalmente a palavra crise está carregada de elementos que trazem um amplo sentido, o de separação, mudança, desequilíbrio transitório, compossível ocasião de crescimento. Pode-se fazer uma relação das formas comumente utilizada no manejo da crise psiquiátrica, exemplificando-as a partir do tratamento farmacológico, psicológico, psiquiátrico.

Ainda, segundo Ferigato (2007) toda relação com o paciente em crise exigirá uma urgência de ação. A angústia que nos mostra um paciente diante de uma situação que ultrapassa o limiar de contenção demanda alguma intervenção de forma iminente. O profissional de saúde mental, ao escutar algo que se manifesta verbalmente ou na linguagem não verbal, não dá razão nem, desaprovação, não emite juízo moral, apenas escuta. Durante anos da atenção à saúde mental, os pacientes portadores de sofrimento psíquico foram tratados como se não fossem possuidores de um corpo que sente, e tiveram suas mentes dissociadas deste mesmo corpo, às vezes por eles mesmos e muitas vezes pelos próprios profissionais da saúde.

Figura 6 – Usuário em sofrimento mental



Disponível no site www.alagoas24horas.com.br

Ao final da disciplina, pude perceber que a minha expectativa foi superada, devido à transmissão de muitas informações esclarecedoras, que me orientaram para um modelo de atenção centrado cada vez menos no hospital psiquiátrico, e que a atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado, proporcionando maior qualidade de vida das pessoas que apresentam algum transtorno mental.

4.3 Disciplina 03 - MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dando prosseguimento ao Curso de Especialização em Saúde da Família, no dia 18 de Agosto de 2010, foi iniciada a disciplina “Modelo Assistencial em Saúde e Atenção Básica à Saúde”.

Espero que esta disciplina seja para mim, um instrumento complementar de aprendizado, somando-se ao curso preparatório para o Concurso Público do PSF de Fortaleza.

Figura 7 – Usuário em atendimento



Disponível no site www.hospitalgeral.com.br

Na Aula 01- “Modelo Assistencial em Saúde”, dessa disciplina, foi possível refletir que o Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários: a universalidade da atenção, a equidade, a integralidade da atenção, a regionalização e hierarquização, o controle social e a descentralização (PEREIRA, 2003).

Com esta aula, foi possível a minha participação no fórum, no qual se fez a reflexão do conceito para modelo assistencial em saúde e que/quais modelo é identificado na cidade em que se trabalha.

Figura 8 – Programa de Saúde da Família



Disponível no site enfermagemgrandedesafio.blogspot.com

Depois, recebemos a Aula 02- “Atenção Básica à Saúde”.

Nessa aula, foi possível observar que segundo Aciole (2006) constituído em 1990, com a aprovação das Leis 8.080 e 8.142, o Sistema Único de Saúde ancora-se na definição da saúde como direito constitucional de cidadania e dever do estado. Sua execução operacional

tem como princípio a descentralização administrativa, assim como a implementação de responsabilidade governamental em todas as esferas de governo.

A atenção primária, pelo leque de ações que abrange e por apresentar uma resolubilidade positiva de grande parte dos problemas de saúde das famílias, assim como por impulsionar a reorganização dos demais níveis de atenção, e a consolidação dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde) ganha espaço privilegiado. Portanto, é bastante estratégico operacionalizar a sua organização como forma de potencializar as intervenções em saúde (ANDRADE, 1998).

Com o aprendizado dessa aula, participei do Chat sobre “Sistemas de Saúde”, onde discutimos a história da Saúde Pública no Brasil e evolução dos diversos modelos de sistema de saúde desenvolvidos no Brasil.

Figura 9 – Profissional realizando atendimento



Disponível no site www.ufpa.br

Em seguida, recebemos a Aula 03- “O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial”.

Com a apresentação desta aula, aprendi que conforme Aciole (2006) um grande feito operacional do SUS tem sido induzir forte rearranjo institucional. Na medida em que tem operado a estruturação de redes municipais de serviços integrados e sob comando do gestor único, cuja ênfase está posta no nível municipal. Vale recordar que até meados da década de 1980, a oferta dos serviços de saúde à população era bastante fragmentada, onde o nível federal responsabilizava-se pela assistência médica custeada pela Previdência Social; os estados eram responsáveis pelas ações coletivas, como imunização, controle de endemias, vigilância epidemiológica e atenção a algumas doenças específicas.

Segundo Andrade (1998) a organização dos serviços assistenciais deve estar adequada ao novo paradigma da produção social da saúde, com base na elaboração e realização de novas práticas sanitárias. O desenho do modelo assistencial deve responder, de forma eficaz, eficiente, equitativa, integral e resolutiva, aos problemas sentidos pela

população, contribuindo com o desenvolvimento de políticas intersetoriais que dêem conta de suas soluções. A rede de serviços de saúde seja em nível local, regional, estadual, deve estar devidamente organizada e hierarquizada. Precisa estar estruturada de modo a contemplar, através de um sistema de referência e contra-referência, atendimentos pertinentes aos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Após o estudo dessa aula, tive a oportunidade de realizar a atividade solicitada, identificando os atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados de saúde no caso mencionado.

A seguir foi apresentada a Aula 04-“A qualidade na prestação do cuidado em saúde”.

Com a apresentação desta aula, pude aprender que de acordo com Fekete (2004) tratar da qualidade do cuidado em saúde constitui-se num grande desafio, na medida em que a compreensão de seu significado depende de um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais.

A qualidade do cuidado é um conceito que agrega muitos componentes, dentre os quais se destacam: acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade (FEKETE, 2004).

Finalizando a disciplina, alcancei a minha expectativa, reforçando que o PSF visa reversão do modelo assistencial vigente através da mudança do objeto de atenção (família), forma de atuação e organização geral dos serviços, e que, o PSF, embora rotulado como Programa, caracteriza-se como estratégia, que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

4.4 Disciplina 04 - PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE

O Curso de Especialização em Saúde da Família prosseguiu no dia 15 de Setembro de 2010, com a apresentação da disciplina “Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde”.

Essa disciplina é para mim, uma experiência nova, pois trabalho em um Centro de Especialidades Odontológicas, e neste, cada profissional desempenha sua função independente da outra especialidade. Não trabalhamos ações, e sim, desenvolvemos procedimentos referenciados pela atenção básica. Planeja-se o atendimento de acordo com a necessidade do usuário.

Figura 10 – Equipe de Saúde da Família realizando visita domiciliar



Fonte: unicruz.edu.br

Na Aula 01– “Planejamento em Saúde”, aprendi que para Pereira (2003) mudança e estratégia são pré-requisitos do planejamento, pois o exercício de planejar pressupõe a busca de situações diversas das inicialmente detectadas e que possam ser construídas mediante estratégias que avaliem os interesses de sustentação ou de oposição a esse processo de mudanças.

Com a apresentação dessa aula, participei da atividade solicitada, um chat, no qual discutimos a realidade vivenciada no local de trabalho, considerando as intervenções que dão respostas às necessidades de saúde da área abrangente e quando é feito o planejamento, se os interesses dos envolvidos e os conflitos são considerados.

Em seguida recebemos a Aula 02 dessa disciplina - “Planejamento Estratégico Situacional”.

Nessa aula, aprendi que de acordo com Miranda (2010) o Planejamento Estratégico Situacional foi desenvolvido na década de 70, pelo Prof. Carlos Matus, sendo um planejamento que se encontra diretamente na arte do governar, partindo do princípio de que se

deve compreender cada situação dentro do ambiente social, econômico e político em que ocorre.

Figura 11 – Ciclo de controle



Fonte: visaestreito.blogspot.com

Assim, tive a oportunidade de participar do fórum, no qual foi discutida a situação de uma comunidade estar necessitando de acesso à água, lidar com o desemprego e a violência, e a equipe de saúde achar que os principais problemas são o diabetes e a hipertensão arterial.

Posteriormente, recebemos a Aula 03- “Diagnóstico Situacional em Saúde”.

Nessa aula, aprendi que a Estimativa Rápida é parte do processo de planejamento, e, portanto, a definição das informações necessárias para subsidiar a elaboração de um plano de ação e o modo de obtê-las é parte crucial desse processo. A decisão sobre quais informações devem ser obtidas e como essas devem ser coletadas cabe à equipe local que está planejando (CARDOSO, 2010).

Em seguida, recebemos a orientação de formarmos grupos, que discutirá em fórum, a elaboração do plano de ação de um problema listado por este grupo, do qual se faz parte.

Figura 12 – Planejar como?



Disponível no site www.controlesocialdesarandi.com.br

Posteriormente foi apresentada a Aula 04: “Elaboração de Plano de Ação”, objetivando um plano de ação, que foi definido como um conjunto de projetos de intervenção, para os problemas diagnosticados em uma determinada área de atuação, e que o diagnóstico situacional é apenas um primeiro passo num processo que busca construir um plano de ação (MIRANDA, 2010).

Assim, com a apresentação dessa aula, construí juntamente com meu grupo, o grupo 03, um plano de ação baseado no consolidado da equipe de Saúde Manuel Guedes, Serra do Lagedo, em Maranguape.

Finalizando a disciplina, recebemos a Aula 05: “Planejamento no SUS”.

Com essa aula, foi possível aprender que o SUS, ao longo desses anos, vem crescendo em meio a diversos desafios, constituindo-se num sistema de saúde complexo, que envolve muitos recursos financeiros e humanos, oferecendo um grande número de ações e serviços. Portanto, são exigidas ações planejadas, junto a um sistema de acompanhamento e avaliação, proporcionando a qualificação da atenção à saúde prestada à população (MIRANDA, 2010).

Figura 13 – Equipe realizando Plano de Ação



Disponível no site www.riocontroledengue.com.br

Ao final da disciplina, elaborei o relato de experiência sobre a construção do Plano de Ação:

A equipe da Unidade de Saúde com área adscrita da Área Verde e Área Seca, da zona urbana de Maranguape, observou que nessas áreas se concentravam muitos casos de Hanseníase.

Essa equipe organizou junto à Secretaria de Saúde uma ação saúde no combate à Hanseníase.

Essa ação de saúde foi realizada com um grande mutirão, para identificar mais casos de Hanseníase, resultando assim no controle de tal doença, fazendo o acompanhamento dos acometidos pela doença. A equipe era constituída de médicos da Família, enfermeiras, dentistas, fisioterapeutas, ACS e dermatologistas.

A comunidade foi mobilizada pela Equipe de Saúde da Família com a distribuição de panfletos, e com a divulgação da ação, através do carro de som.

Nessa ação foram examinadas todas as pessoas com doença de pele. Com isto, foram identificados novos casos, no total do dobro de pacientes já cadastrados nas duas áreas. Estes pacientes tiveram, então, a oportunidade de obter um diagnóstico precoce com tratamento apropriado para tal doença.

Finalizando a disciplina estudada, percebi que tenho condições de elaborar ações para o melhor desempenho de minhas atividades profissionais, pois já que se eu fizer um planejamento de ação, terei uma maior probabilidade de obter sucesso, atingindo os meus objetivos.

4.5 Disciplina 05 -TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE – PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O andamento do Curso de Especialização em Saúde da Família aconteceu com a apresentação da disciplina “Tecnologia para a Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica”, no dia 29 de Outubro de 2010.

Assim, essa disciplina para mim é entendida como uma prática dos profissionais da saúde, junto aos usuários, a partir do conhecimento científico e repassado da maneira mais simples de compreensão, para que obtenha sucesso no objetivo almejado.

Figura 14 – Tecnologia para abordagem do indivíduo



Disponível no site blog.citruz.com.br

Com a apresentação da Aula 01-“Práticas Educativas em Saúde”, eu aprendi que de acordo com Santos (2007) no processo de comunicação, falar e ouvir são igualmente importantes. As pessoas geralmente prestam atenção às informações que possuem um significado pessoal para elas. Escutam o que esperam escutar.

Ainda, conforme Santos (2007) a cultura e a experiência de uma pessoa determinam em grande parte o que ela escuta. Um bom ouvinte presta atenção às mensagens verbais e não-verbais que estão sendo enviadas. Em contrapartida, o ouvido se “fecha” quando a emoção prevalece. Nesse caso, para se ouvir adequadamente um cliente, deve-se diminuir ao máximo as distrações, afinal, depende do nosso grau de interesse, pode nos distrair com o que estiver acontecendo ao redor.

Portanto, ao final da aula, participei do fórum “Fatores Pedagógicos” com a seguinte questão: Como podemos melhorar nossas atividades educativas para uma mudança real da situação de saúde na nossa área?

Em seguida, recebemos a Aula 02- “Bases Teóricas de uma Práxis Educativa”.

Assim, foi possível aprender que segundo Santos (2007) um dos grandes pilares de uma comunicação eficaz, é primeiro entender para depois ser entendido. Todas as estratégias se resumem no princípio de que o ouvir ativamente é um processo, que permite ao outro saber que prestamos atenção e estamos interessados em seus problemas.

A avaliação médica pressupõe que todo paciente deverá ser tratado, tendo em vista a recuperação ou a melhora do seu estado de saúde. É interessante ressaltar que, mesmo que o paciente seja portador de uma doença incurável, a avaliação médica vise sempre “melhorar” a sua condição de vida, nem que seja para minorar o sofrimento. O mesmo não acontece com médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, já que a sua aprendizagem, na prática, muitas vezes inviabiliza a recuperação, devido ao caráter extremamente autoritário e terminal. A ação de cuidar de vidas humanas requer competências profissionais rigorosamente construídas, segundo critérios científicos, éticos e humanos (BRASIL, 2003).

Portanto, assistindo ao vídeo “The Wall”, observei o aspecto pedagógico da transmissão do conhecimento, com estilo autoritário de quem ensina, não permitindo o aprendizado pela descoberta. O videoclipe mostra uma crítica ao professor que impõe a teoria da transmissão, esperando a submissão e o conformismo do aprendiz. Pude notar a presença de um opressor, onde só há a entrega do conhecimento com radicalismo e a passividade do aluno.

E no vídeo “Máquina de Ensinar”, percebi uma máquina que tem por objetivo dar respostas imediatas ao aluno, para que o aprendiz não seja interrompido no seu processo de aprendizagem, já que o professor demora no mínimo um dia para mostrar ao aluno o que ele errou.

Será que podemos entender o professor como uma máquina de ensinar? Não com o significado de objeto, mas no propósito de ensinar, ensinar e ensinar, sem observar e muito menos se preocupar com os sentimentos do aprendiz.

Recebemos, então, a Aula 03: “Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade – Parte I”.

Com a apresentação dessa aula, aprendi que de acordo com Santos (2007) o acolhimento visa à responsabilização pelos usuários dos serviços de saúde por meio do estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população, mediante a reorganização do processo de trabalho em saúde, tendo em vista possibilitar a intervenção de toda a equipe.

Considerando um processo de relações humanas, o acolhimento deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores de atendimento, não se limitando ao

ato de receber. É necessário mudar a postura da equipe, para que esta se sinta co-responsável pela saúde dos usuários. Ao propor a mudança de postura da equipe de saúde não se almeja fazer do acolhimento um ato de bondade, já que o acolhimento deve ser tomado como atitude estruturante ou base das ações desempenhadas pela equipe de saúde (SANTOS, 2007).

Finalizando a disciplina, nos foi apresentada a Aula 04: "Tecnologias para abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade – Parte II".

Com essa aula, aprendi que conforme Santos (2007) a equipe de saúde que atende na atenção primária à saúde precisa conhecer e atender, *in loco*, seu cliente, quando este não tem condições de se locomover à USB ou porque muitas de suas condições mórbidas não podem ser detectadas senão no seu habitat, dada sua relação com estruturas ambientais, condições de vida e hábitos. A visita domiciliar, realizada adequadamente, torna-se um instrumento fundamental na elaboração de estratégias de intervenção no processo saúde-doença, uma vez que propicia ao profissional de saúde um aprofundamento do conhecimento sobre o contexto de vida do indivíduo e de sua família, além de permitir a apreensão de como se dá a interação entre seus membros.

Ainda, de acordo com Santos (2007) a família é uma instituição que possui valores, crenças, normas sociais, entre outros. O tratamento de muitos agravos de saúde exige que o profissional conheça o ambiente de vida do cliente, suas potencialidades terapêuticas e as de seus familiares ou suporte social. Assim, sendo o domicílio um ambiente privativo impregnado de particularidades da vida do cliente e daqueles que com ele residem, exige-se do profissional um cuidado especial quanto ao tipo de vínculo que será estabelecido de modo que sejam preservados os objetivos e limites do trabalho.

Portanto, realizei a atividade que englobava o conteúdo da disciplina, discorrendo a seguinte reflexão:

A prática educativa é uma expressão do cuidado em Saúde Pública. Assim, percebo no meu cotidiano, que o falar de maneira simples e clara facilita a compreensão das orientações necessárias para a conduta pós-operatória do paciente. Assim como, na abordagem ao paciente para que o mesmo adquira novos hábitos e condutas de saúde.

Aprendi que na pedagogia da transmissão, o conhecimento científico é exposto ao aprendiz de maneira autoritária, sem dar chances do mesmo de opinar, criticar, dialogar. Apenas, recebe informações com passividade e submissão diante dos problemas mencionados. O aprendizado é imposto com radicalismo.

Na pedagogia do condicionamento, o aprendiz responde induzido a dar uma resposta que coincide com a resposta esperada. O aprendiz não se preocupa em absorver informações, ele apenas se preocupa no recebimento de uma boa recompensa.

Na pedagogia da transmissão de conhecimentos pela problematização, as informações devem ser transmitidas pelo profissional da saúde capacitando o usuário a entender qualquer situação, resolvendo-a de maneira adequada, expressando sua opinião com o conhecimento de sua realidade, absorvendo novas informações para o seu desenvolvimento pessoal. Percebi, que nesta pedagogia, o respeito à cultura do aprendiz facilita a superação dos conflitos.

Observei na “máquina de escrever” um objeto pronto para dar respostas, sem buscar a percepção do aprendiz, com o propósito apenas de aplicar saberes, sem criar vínculos emocionais, não permitindo o raciocínio do aprendiz através do questionamento.

Entendi as tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade como: acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consulta.

O acolhimento é o receber, atender e ouvir o usuário. Humanizar o atendimento, entender a aflição, oferecer uma resposta positiva, garantindo resolubilidade, viabilizando as ações programadas para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O trabalho com grupos é desenvolvido na atenção básica, sendo organizado a partir de um agravo à saúde (diabetes, hipertensão) ou situação específica (gestante e adolescente). É uma estratégia que busca adesão ao tratamento, já que a troca de experiências é fator motivador para mudança de comportamento, de hábitos de vida, resultando na construção coletiva de soluções para problemas da comunidade.

A visita domiciliar, no meu entender, favorece ao conhecimento de quadro sanitário, as condições e a qualidade de vida das pessoas que estão sob sua responsabilidade. A visita domiciliar permite ao profissional da saúde atuar de forma mais efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para aqueles com menos acesso aos serviços de saúde.

A consulta é um recurso terapêutico, em que há o encontro entre o usuário e o profissional da saúde, no qual o vínculo de confiança é estabelecido a partir da percepção do usuário de que o profissional se preocupa com a sua reabilitação.

Figura 15 – Profissional da saúde realizando procedimento em usuário



Imagem no site www.metalurgico.org.br

Ao final da disciplina, pude perceber que foi possível absorver muitas informações necessárias para o desempenho das minhas atividades profissionais, principalmente no acolhimento, pois mesmo sem fazer parte de uma equipe de SF, sinto que se preciso for, estarei apta ao desenvolvimento das práticas pedagógicas aplicadas às tecnologias de abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

4.6 Disciplina 06 -SAÚDE DA MULHER NO CICLO VITAL

O prosseguimento do Curso de Especialização em Saúde da Família aconteceu no dia 26 de novembro de 2010 com a apresentação da disciplina “Saúde da Mulher no Ciclo Vital”.

A minha expectativa é de que saúde da mulher seja um tema bastante interessante de se estudar, já que se refere ao meu sexo. Aprimorar o conhecimento das funções do meu corpo e dos meus direitos será para mim, momentos de intensa gratificação. Espero que esta disciplina venha me nortear quanto aos cuidados inerentes à minha saúde e do meu tesouro, minha filha Cintia.

Figura 16 – Representação de gravidez



Imagem disponível no site www.desdeabarriga.numclique.net

Com a apresentação da Aula 01- “Ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos” pude aprender que em 1974, durante a realização da Conferência Nacional de Saúde, são estabelecidas as bases para implantação e desenvolvimento de um programa de assistência à mulher e à criança. Mas, somente em 1975, é adotado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) pelo Ministério da Saúde, e que visava a atender a população feminina de 15 a 49 anos, no pré-natal, parto e puerpério, e proteger o recém-nascido (ALVES, 1997).

Ainda segundo Alves (1997) esta preocupação de se ter no país uma população sadia coincide com o milagre brasileiro, cuja assistência ao grupo materno-infantil passa a ser assunto de segurança nacional, pois objetivava preencher os espaços vazios do território brasileiro com os nascidos sob essa doutrina. Observa-se dessa maneira, que a idéia básica do programa era dar prioridade à mulher no ciclo gravídico-puerperal, ressaltando seu papel procriador.

Conforme Galvão (2008) as políticas de saúde da mulher, desenvolvidas no Brasil são orientadas por determinadas representações sociais que associam as mulheres à esfera da reprodução e que as intervenções realizadas nesta área reproduzem tabus, preconceitos e estereótipos de gênero recriando formas de violência e de opressão das mulheres.

Continuando a disciplina em estudo, recebemos a Aula 02: “Assistência durante a Gestação e o Puerpério”.

Portanto, aprendi que conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

Os profissionais da saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001).

Sei que a saúde oral é muito importante durante a gravidez, para evitar inflamações e infecções no meio bucal. Deve-se realizar higiene bucal cuidadosamente com dentifrício que contenha flúor. Devem-se evitar alimentos açucarados, e deve-se visitar o dentista com frequência.

Em seguida, participei do fórum, respondendo a seguinte questão: Por que prestar assistência à mulher que está num estado fisiológico e natural, passando por uma gestação? Para que ela deve ter assistência, consultas, orientações, vacinas e exames?

Depois, recebemos a Aula 03: “Assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério”.

Com a explanação dessa aula, aprendi queo modelo de atenção ao planejamento reprodutivo nas unidades básicas de saúde privilegia as práticas educativas em grupo para que as mulheres possam ter condições de escolher o método contraceptivo que querem utilizar. Estudos já realizados mostram o quanto estas reuniões em grupo são avaliadas positivamente pelas usuárias, pois se configuram como espaços de troca de experiências e aquisição de novos conhecimentos (HEILBORN, 2009).

Prosseguindo o nosso estudo, recebemos a Aula 04: “Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência”.

Percebi que, de acordo com Velloso (2010), na esfera jurídica violência significa uma espécie de coação, ou forma de constrangimento, posto em prática para vencer a capacidade de resistência de outrem, ou a levar a executá-lo, mesmo contra a sua vontade. Existem vários tipos de armas utilizadas na violência contra a mulher, como: a lesão corporal, que é a agressão física; o estupro ou violência carnal; ameaça de morte; abandono material (quando o homem não reconhece a paternidade).

Segundo o autor supracitado, a violência contra a mulher, não está restrita a certo meio, não escolhendo raça, idade ou condição social. A grande diferença é que entre as pessoas de maior poder financeiro, as mulheres acabam se calando contra a violência recebida por elas, talvez por medo, vergonha ou até mesmo por dependência financeira. Só que atualmente, existe a Delegacia de Defesa da Mulher, que recebe todas as queixas de violência contra mulheres, investigando e punindo os agressores, já que toda mulher violentada física ou moralmente, deve ter a coragem para denunciar o agressor, servindo como exemplo para outras mulheres, pois enquanto houver a ocultação do crime sofrido, não vamos encontrar soluções para o problema.

Após o estudo do conteúdo dessa aula, tive a capacidade de participar do fórum, no qual discutimos a possibilidade de implantar atividades de saúde juntamente com outras instituições sociais do município que trabalhamos, no sentido de promover e proteger a saúde das mulheres que se encontram em situação de violência.

Ao final da disciplina, foi pedido um texto sobre o resultado de todas as atividades realizadas nesta disciplina, e minha reflexão foi constituída das seguintes informações:

A população de mulheres do município de Maranguape supera um pouco a população dos homens: 50,17%.

A grande maioria delas nasceu no próprio município, que em como fonte de recursos o bordado, a venda de seus corpos, e empregadas domésticas, que na maioria das vezes não ganham sequer o salário mínimo.

Como em todo Brasil, uma das grandes transformações sociais ocorridas na segunda metade do século XX foi o aumento da participação feminina no mercado de trabalho.

Diante da mulher, vimos que o momento mais sublime na vida dela é a gravidez, que deve ser motivo de grande celebração, por estar gerando um filho. Por isto, as consultas durante a gravidez são extremamente necessárias, norteando o desenvolvimento do feto. Portanto, a equipe de saúde da família deve acompanhar o estado de saúde da gestante e do

bebê. Importante se fazer a visita ao dentista durante a gravidez, evitando-se procedimentos invasivos no 1º e 3º trimestre, acontecendo este atendimento com segurança no 2º trimestre. É muito comum aparecerem doenças periodontais neste período, já que a gestante tende a se alimentar mais vezes, não realizando a higienização adequada, instalando-se assim as periodontites.

No município de Maranguape, a assistência de saúde à gestante é realizada nas unidades básicas de saúde, sendo realizadas 7 consultas com o médico e a enfermeira, e normalmente, as mesmas são encaminhadas ao dentistas no dia do pré-natal, ou ainda, fazendo parte de grupo prioritário.

As ações relacionadas com a prevenção do câncer de colo uterino e mamas são realizadas com coleta de exames citopatológicos semanais em todas as UBASFs do município:

- oferta de colposcopia para as mulheres com resultados de exames alterados, que necessitem de complementação deste exame;
- palestras educativas nas UBASFs;
- avaliação das mamas durante o exame de prevenção do câncer de colo uterino;
- oferta de mamografias e ultrasonografias mamárias;
- acompanhamento com ginecologista das lesões no colo e nódulos na mama;
- referência para o IPCC nos casos mais avançados da doença.

No mês de Novembro de 2010, na equipe do CAIC II, foram atendidas 28 mulheres nas atividades de rastreamento de câncer de mama e cérvico-uterino.

Nesta mesma equipe, a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres observadas foi de 0 (zero).

A qualidade da coleta dos exames realizados pela equipe CAIC II – adequabilidade e monitoramento externo foi 0 (zero), insatisfatória.

O número de exames disponíveis e/ou pactuados pelo município de Maranguape é de 495/mês.

O fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, PAF, biópsias do colo uterino e de nódulos mamários é realizada da seguinte maneira:

- 1) Colposcopia: as mulheres com resultado de exames colposcópicos com ASCUS repetido; ASCUS; NIC I, II, III são encaminhadas com agendamento para o ginecologista do município (atendimento na Policlínica) para realização de colposcopia;

- 2) Mamografia: a mulher com fatores de risco para câncer de mama – é preenchida uma ficha de solicitação de mamografia, sendo a paciente orientada a levar esta ficha para a Central de Regulação do município, juntamente com Xerox do comprovante de residência e RG, e aguardar o agendamento para as unidades de referência, com tempo médio de espera do agendamento de 2 a 4 semanas;
- 3) PAF: após avaliação com ginecologista do município, é feito o encaminhamento para a unidade de referência para realização deste procedimento;
- 4) Biópsia:
 - (4.1) colo uterino: após realização de colposcopia realizada pelo ginecologista, com resultado positivo, faz-se a exérese da lesão, sendo encaminhada para o laboratório;
 - (4.2) nódulos mamários: a paciente é referenciada ao IPCC, onde é realizada a biópsia dos nódulos.

O percentual de mulheres que foram submetidas ao protocolo de atendimento, apresentando resultado positivo para lesões no colo uterino e nódulos mamários, e que estão sendo tratado-acompanhadas é de 0,58%. De 5.265 mulheres examinadas no ano de 2010, 31 estão sendo tratado-acompanhadas.

As estratégias utilizadas para a busca ativa de mulheres que estão sem cobertura das atividades são:

- palestras educativas;
- campanhas de prevenção (nas UBASF e fábricas);
- divulgação na rádio local.

O sistema de monitoramento para todas as mulheres sejam avaliadas com a periodicidade necessária é realizado com a anotação em um livro de registro das mulheres que realizam exames, livro este existente em cada UBASF do município.

A avaliação das atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama desenvolvidas pela equipe do CAIC II é realizada mensalmente com o relatório das prevenções realizadas, explanando-se através de um gráfico, em que consta dados de todas as equipes de SF do município.

Ao final da disciplina, pude perceber que foi muito gratificante o estudo desta disciplina, pois foi possível absorver a essência da vida de uma mulher, e que mulheres agredidas fisicamente e/ou moralmente necessitam de acolhimento e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, capacitada para o enfrentamento da situação, conscientizando a

usuária da importância de fazer o BO, denunciando o agressor, no intuito de contribuir para valer os seus direitos.

4.7 Disciplina 07 - PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para dar prosseguimento ao Curso de Especialização em Saúde da Família, no dia 14 de Janeiro de 2011, foi apresentada a disciplina “Participação Social e Promoção da Saúde”.

Com a apresentação dessa disciplina espero compreender a diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças, reconhecendo os campos de ação para promoção da saúde, identificando as prioridades estabelecidas na Política Nacional da Promoção da Saúde e compreendendo a importância da Atenção Primária para a Promoção da Saúde.

Na apresentação da Aula 01- “Promoção de Saúde- Uma Introdução ao Tema” aprendi que segundo Santos (2007) com a promulgação da Constituição de 1988, a participação social foi regulamentada, valorizada e percebida como um importante instrumento na construção de um novo jeito de fazer saúde, cujos princípios eram a integralização da assistência e a descentralização das ações de saúde.

Ainda de acordo com o autor supracitado a transformação social ocorre quando o sujeito perde sua atitude solipsista para se tornar sujeito coletivo, cuja ação se dá mediante a participação popular. Isto garante o despertar da consciência que por meio de lutas lhes asseguram o exercício da cidadania, cabendo ao gestor atentar para fazer com que a saúde seja construída com a comunidade, potencializando os recursos, a capacidade instalada (seja individual, familiar ou coletiva) acrescentando o “cuidar em saúde responsável”, tanto por parte do indivíduo quanto dos grupos, família e/ou comunidade.

Com o estudo dessa aula pude participar do fórum, no qual discutiríamos que atividades de prevenção de doenças poderiam ser realizadas por uma equipe de Saúde da Família na comunidade “Ilhas das Flores” e que atividades de promoção da saúde poderiam ser realizadas em tal comunidade.

Figura 17 – Equipe de Saúde da Família realizando visita domiciliar



Imagem disponível no site www.ip.usp.br

Em seguida, nos foi apresentada a Aula 02- “Promoção da Saúde: conceitos básicos”.

Estudando essa aula, na qual foram apresentadas as Cartas de Promoção da Saúde, pude perceber que a consolidação do SUS não depende apenas da legislação. Depende do poder de participação e fiscalização dos usuários do sistema de saúde, e também, do aperfeiçoamento da própria democracia brasileira já que o tema envolve vários segmentos (usuários, gestores, prestadores de serviços de saúde e trabalhadores em saúde) num processo de construção e de resgate da cidadania. “[...] Um indivíduo passa a ser saudável na medida em que se torna um cidadão” (ZANARDI, 2004).

Após o estudo das Cartas de Promoção da Saúde, tive condições de identificar os temas de cada carta, a saber:

- ✓ Carta de Ottawa: reorientação dos serviços de saúde com a criação de políticas públicas saudáveis para a promoção da saúde esperando atingir “saúde para todos no ano 2000”, clamando a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública;
- ✓ Declaração de Adelaide: destaca as políticas públicas, identificando quatro áreas prioritárias: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, criação de ambientes favoráveis;
- ✓ Declaração de Sundsvall: criação de ambiente favorável para a saúde, reconhecendo que ambiente e saúde são inseparáveis;

- ✓ Declaração de Santa Fé de Bogotá: incentivo de políticas públicas que garantam equidade e favoreçam a criação de ambientes saudáveis, com fortalecimento da capacidade da população na tomada de decisões que afetam sua vida;
- ✓ Declaração de Jacarta: redução das iniquidades em questão da saúde, para assegurar os direitos humanos, incentivando a ação comunitária;
- ✓ Declaração do México: reconhece que a promoção da saúde e o desenvolvimento social são um dever e responsabilidade central dos governos.

Os campos de atuação da Promoção da Saúde são:

- ✓ Educação: escola para todos, na construção de pessoas capacitadas a desenvolverem funções que resultem em bons profissionais;
- ✓ Habitação: moradia adequada;
- ✓ Renda: emprego para as pessoas, resultando em menor violência;
- ✓ Ambiente: a Vigilância Sanitária atuando de maneira eficaz, permitindo à formação de ambientes favoráveis à saúde;
- ✓ Paz: tranquilidade das pessoas, resultante da não violência, consequência de pessoas com renda;
- ✓ Alimentação: orientação de alimentação saudável, resultando pessoas isenta de doenças.

E, quanto às cartas que melhor se relacionam aos problemas enfrentados pelos moradores da “Ilha das Flores”, acredito ser a Carta de Ottawa, pois é a carta que procura atingir saúde para todos, reconhecendo como pré-requisitos para a saúde: educação, habitação, paz, alimentação, renda, ecossistema, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Na Declaração de Jacarta observa-se que a pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.

Enfim, se formos analisar em detalhes, podemos observar que todas as cartas abordam todos os problemas enfrentados na “Ilha das Flores”.

Figura 18 – Catador em Lixão



Imagem disponível em saudedafamilia.blogspot.com

Posteriormente, nos foi apresentada a Aula 03: “Política Nacional de Promoção da Saúde”.

Nessa aula foi apresentado um documento do Ministério da Saúde, que destaca as estratégias preconizadas para implementação da Política Nacional de Programa da Saúde, de acordo com as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS: federal, estadual e municipal.

Com o estudo deste assunto tive condições de participar do fórum, respondendo como profissional da Estratégia de Saúde da Família, eu posso contribuir nas atribuições do gestor municipal para a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Finalizando a disciplina, foi apresentada a Aula 04- “Educação popular, empowerment e autocuidado em saúde”.

Assim aprendi nesta aula que segundo Carvalho (2007) o conceito “empowerment” comunitário, elemento axial ao pensamento progressista na Promoção da Saúde canadense, contribui para consolidar em nosso país práticas sanitárias que procuram concretizar a saúde como um direito e privilegiar a capacidade dos sujeitos de viverem com autonomia. A utilização dessa categoria é útil em diversas áreas: na educação à saúde, na gestão das instituições e em estratégias voltadas para a participação comunitária.

Ainda conforme Carvalho (2007) este conceito, que talvez devesse ser denominado, com maior propriedade de “empowerment social” com intuito de sinalizar que a esfera comunitária é apenas uma, e nem sempre a mais importante, de múltiplas dimensões (pessoais, intersubjetivas, coletivas e macro-políticas), pode também contribuir para superar grandes debilidades do movimento de Promoção de Saúde: a fragilidade das propostas de reorganização dos serviços assistenciais e a falta de alternativa para a prática clínica.

O “empowerment” comunitário (social) pode nos instrumentalizar para o delineamento de ações que tenham por objetivo a superação de desigualdades de poder que predomina na relação entre profissionais e usuários. Sugere-se trabalhar com uma noção de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica que confunde o trabalhador com o provedor de serviços e o usuário com o cliente (CARVALHO, 2007).

Figura 18 – Participação social



Imagem disponível em blogemacao.com

Depois de estudar o conteúdo apresentado realizei a atividade que pedia a elaboração do plano de atividades a ser desenvolvido para a execução de ações específicas selecionadas da Política Nacional de Promoção de Saúde durante o biênio 2006-2007, buscando empoderamento da população e o envolvimento de redes sociais de apoio, no período de três meses.

Quadro 1 – Plano de Atividades

Ação específica	Atividades	Resultado	Atores envolvidos	Recursos	Prazo
Alimentação saudável	Formação de grupos	Diminuir obesidade	Equipe NASF Comunidade	Secretaria de Saúde Instituições não governamentais	3 meses a iniciar
Prática corporal/ atividade física	Formação de grupos	Diminuir sedentarismo	Equipe NASF Comunidade	Secretaria de Saúde Instituições não governamentais	3 meses a iniciar
Prevenção e controle do tabagismo	Formação de grupos antitabagista	Pessoas não fumantes	Equipe CAPS Comunidade	Secretaria de Saúde Instituições não governamentais	3 meses a iniciar
Prevenção e controle do álcool	Formação de grupos anti-etilista	Pessoas não etilistas	Equipe CAPS Comunidade	Secretaria de Saúde Instituições não governamentais	3 meses a iniciar
Práticas de habilidades pessoais	Formação de grupos (artesanato, culinária, informática)	Pessoas com renda	Equipe CAPS Comunidade	Secretaria de Saúde Instituições não governamentais	3 meses a iniciar

Finalizando a disciplina pude alcançar as minhas expectativas percebendo que a promoção da saúde busca o fortalecimento de uma política que abrange o indivíduo como um todo, e que a participação social é uma ação coletiva para a realização das atividades junto aos serviços de saúde.

4.8 Disciplina 08 - SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

O Curso de Especialização de Saúde da Família prosseguiu no dia 11 de Fevereiro de 2011, com a apresentação da disciplina “Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família”.

Estudar esta disciplina é refletir a relação trabalho, saúde e ambiente. Assim, espero entender a saúde ambiental na saúde pública com a incorporação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, que identificarão os principais problemas de saúde ambiental do seu território, e a busca de soluções para esses problemas por meio de ações realizadas por estas equipes.

Portanto, foi apresentada a Aula 01- “As Interfases entre Trabalho, Ambiente e Saúde”, e nela aprendi que segundo Ferreira Júnior (2000) a preocupação com o meio ambiente tem crescido, ocupando as agendas técnicas e políticas em nível nacional e internacional. A maior consciência dos limites da capacidade regenerativa e de absorção de resíduos do ecossistema natural, quanto à poluição do ar e da água, chuva ácida, lixo tóxico e nuclear, e limites dos recursos naturais, pesca, florestas, impõe a necessidade de repensar as atividades humanas. A ameaça à sobrevivência do planeta, resultante de questões como a dinâmica populacional, crescimento da miséria, desperdício resultante de um estilo de vida consumista tem mobilizado inúmeros e distintos setores sociais.

A Conferência da Terra (ECO 92), realizada no Rio de Janeiro, endossou a Agenda 21, um programa de ação mundial para a promoção do desenvolvimento sustentável, que envolve modificação de conceitos e práticas referente ao desenvolvimento econômico e social, mas sua efetiva implementação permanece indefinida. Neste contexto, cresce a consciência de que as questões ambientais devem ser consideradas como problemas de saúde Pública, ao mesmo tempo em que se constata a precariedade existente no âmbito da sociedade

e governo, em seus distintos níveis, para promover políticas e ações integradas (FERREIRA JÚNIOR, 2000).

Figura 19 – Saúde Ambiental

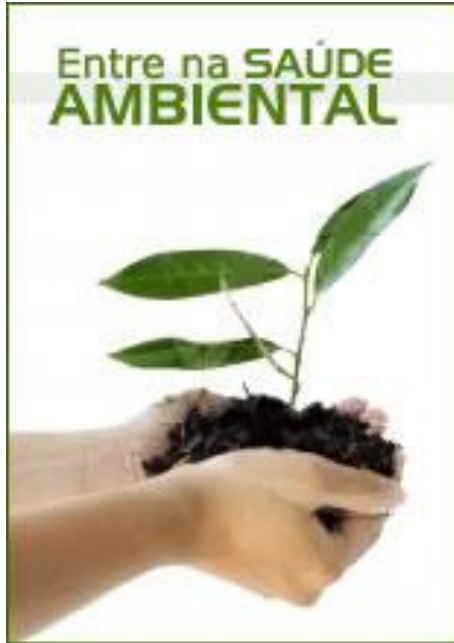


Imagem disponível em teessea.blogspot.com

Portanto, assistindo ao vídeo “Tempos Modernos” pude perceber uma crítica da busca pelo lucro caracterizado pelo aumento da produção, onde observei homens trabalhando sistematicamente, ao ponto de chegar o intervalo para descanso e o operário continuar realizando os movimentos desempenhados diante da esteira. O trabalhador é explorado para aumentar a produção, fato percebido quando outro operário recebe ordem para aumentar a velocidade da esteira.

Assim, com o estudo dessa aula tive condições de realizar a tarefa que refletia as questões ambientais que estamos vivenciando, observando algumas transformações em relação ao assunto da aula. Com isto, elaborei o seguinte texto:

Partindo do princípio de que toda ação humana tem impacto sobre a natureza, positivo ou negativo, não podemos deixar de perceber que os problemas divulgados na mídia são conseqüências do extrapolamento de ações humanas com impacto negativo. Somos participantes ativos na falta de proteção da integralidade da terra, nos esquivamos da proteção das reservas naturais, nos esquecemos de conservar os produtos não renováveis, somos negligentes no uso das águas... Enfim, achamos que não corremos o risco de mendigar por todas as riquezas que nos proporcionam a natureza.

Figura 20 – Saúde Ambiental



Imagem disponível em chavesantiga.blogspot.sapo.pt

Observando os aspectos relevantes do capital, percebemos a descartabilidade como um vício, até os sentimentos são descartáveis, analisemos as relações, vivenciamos relações inconseqüentes, é como se pensar em produzir mercadorias, vejamos, pois, que é natural uma mãe ser produção independente, e o referencial masculino, tão importante na formação do caráter de uma criança, onde fica? É descartável... Os valores são distorcidos pelo aspecto da contradição. Não importa a qualidade de vida, o importante é consumir. Deparamo-nos com a falta de limites. As notícias de desabamento de morros, deslizamentos de terra, soterramento de casas, fatos resultantes de moradias construídas em áreas de risco, conseqüentes do desmatamento desenfreado, sem limites. Quantas praias estão sendo engolidas pelos mares... É desolador vivenciar tal realidade!

Vivenciamos a modernidade, resultado da chegada do progresso. Reflito assim a condição de quando comecei a freqüentar a praia da Taíba. Há vinte anos, tudo muito pouco explorado, poucas casas, muita tranqüilidade. A casaque me hospedava, nem muro tinha, não precisava. Hoje, com o progresso, com a instalação do Porto do Pecém, chegaram os estrangeiros, invadiram todo o vilarejo, construíram muitas pousadas, forma que eles encontraram de fugir do inverno na Europa, não se pode mais usufruir do descanso, sem se tomar precauções diante da violência, imposta pelo desenvolvimento que trouxe a permanência de moeda estrangeira na vila. Não podemos fugir do desenvolvimento, mas podemos sentir que a mudança de hábitos, trouxe trabalho para as pessoas, mas como já mencionei, percebemos a ruptura da paz que a vila oferecia.

Recebemos a Aula 02- “Evolução de conceitos e de políticas em saúde ambiental e saúde do trabalhador”.

Estudando essa aula aprendi que segundo Ferreira Júnior (2000) na compreensão de que inúmeras situações de risco ambiental têm sua origem nos ambientes e em processos de trabalho, que constituem, também, condições de risco para a saúde dos trabalhadores é que se entrecruzam as questões de Saúde Ambiental e Saúde dos Trabalhadores. Assim, as intervenções para a prevenção e controle das condições de risco serão essencialmente as mesmas e a solução mais definitiva está, sem dúvida, vinculada à reorientação do modelo de desenvolvimento.

A seguir, recebemos a Aula 03 – “Importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil – Parte 1”, e com o estudo dessa aula observei que de acordo com Bretas (2006) os trabalhadores são pessoas de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias, etnias e classes sociais inseridas no mundo e no mercado de trabalho. É importante destacar que o lugar que ocupam na sociedade exerce influências significativas no processo de vida e na qualidade de saúde. Atualmente, em decorrência da desigualdade social, presenciamos no Brasil um processo de desassalariamento da parcela crescente da população economicamente ativa, a expansão das ocupações nos segmentos não organizados e desemprego. Vivemos um período de precarização do trabalho, gerando terceirização dos serviços, surgimento de relações informais, desregulamentação dos direitos do trabalho, colocando em risco a saúde dos trabalhadores.

Dessa forma, a assistência à saúde do trabalhador não deve ser visualizada apenas na perspectiva do emprego formal, no qual o indivíduo contribui para a Previdência Social e, portanto, está coberto pelo Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT). Deve-se pensar, sobretudo, na saúde do alto contingente de trabalhadores inseridos no mercado informal, pois cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de seus equipamentos de saúde, prever e prover programas de vigilância à saúde do trabalhador (BRETAS, 2006).

Figura 21 – Saúde do Trabalhador



Fonte: bibliotecademedicina.com.br

Com o estudo dessa aula foi possível participar do fórum onde tínhamos que selecionar uma notícia atual em mídia impressa ou eletrônica sobre acidentes de trabalho no Brasil, fazendo uma análise crítica da mesma, situando o contexto social em que tal acidente

acontece como poderiam ser evitados e como as políticas públicas têm se posicionado diante dessa realidade de crescimento dos acidentes de trabalho no Brasil.

Depois, recebemos a Aula 04 – “Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia de Saúde da Família”.

Ao estudar essa aula, pude observar que conforme Radicchi (2009) a Saúde da Família é apresentada como uma estratégia de reversão do modelo assistencial vigente centrado na cura de doenças e no hospital. A complexidade de um quadro nosológico, no qual doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente adquirem crescente importância, justificaria um novo olhar do setor saúde sobre a população, cuja sistematização, do ponto de vista físico e social, permitiria propor intervenções para além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção da saúde. A Saúde da Família é um “modelo de atenção” estruturado na ação localizada e, conseqüentemente, as formas de condução e gerência das ações são, também, localizadas, o que significa que toda a estratégia de mudança encontra-se assentada nas equipes de Saúde da Família.

Assim, com o estudo dessa disciplina pude perceber a Saúde Ambiental e a Saúde do Trabalhador como partes da Saúde Pública que nos permite refletir a construção de políticas públicas de qualidade de vida, reconhecendo o direito de se viver em ambiente saudável e adequado. E que se deve destacar questões que precisam ser valorizadas e discutidas na agenda dos técnicos, gestores e controle social, ao se propor o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador e de saúde ambiental na atenção básica à saúde.

4.9 Disciplina 09- ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve continuidade no dia 18 de Março de 2011 com a apresentação da disciplina “Atenção Básica no contexto da Saúde Bucal”.

Espero que a disciplina de Saúde Bucal me permita reviver as inúmeras experiências, observando as mudanças ocorridas na execução da profissão, possibilitando-me vivenciar uma Odontologia mais melhorada, com expectativa de modificação no cenário atual dos serviços de saúde. Espero compreender a reorganização da atenção básica baseada nos princípios e diretrizes do SUS, tornando-me capaz de responder às necessidades da população por mim assistida.

Assim, foi apresentada a Aula 1 – “Políticas de Saúde Bucal” em que segundo Nickel (2008) anteriormente à criação do SUS, a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado. Somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente.

Acredita-se que as falhas dos modelos analisados são semelhantes quanto à universalidade e integralidade de atenção. Os modelos foram concebidos para atuar em clientela específica e existiram como principal ou única forma de acesso aos serviços odontológicos. Portanto, é imprescindível a programação na implantação dos modelos para evitar a exclusão de usuários (NICKEL, 2008).

A seguir, foi apresentada a Aula 2 – “Políticas de Saúde Bucal – Ações em Saúde Bucal” que de acordo com Antunes (2010) expandir o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, pois os recursos destinados para essa finalidade, apesar de crescentes, não são suficientes para atender imediatamente todas as potenciais necessidades da população. Para fazer frente a esse desafio, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias. O primeiro alvo proposto foi o atendimento de crianças, gestantes e urgência odontológica nas unidades básicas de saúde. A incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, em 2000 e o estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas, em 2004, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico.

A Estratégia de Saúde da Família possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, e os Centros de Especialidades Odontológicas (no âmbito do programa Brasil Sorridente) ampliaram a oferta de atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica. Ademais, o serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas inclui a atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, serviços para grupos com necessidades diferenciadas, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal (ANTUNES, 2010).

Figura 22 – Profissional da Saúde Bucal realizando procedimento em gestante



Fonte: melhoramiga.com.br

A seguir, foi apresentada a Aula 03 – “Políticas de Saúde Bucal – Atenção à saúde bucal das gestantes e atenção à saúde bucal dos bebês (0 a 24 meses)”, que segundo Leal (2006) muitos fatores condicionam o processo de assistência odontológica à gestante: a ausência de incorporação da questão da saúde bucal à gestante nas políticas e programas de existência de instalações físicas adequadas; a pouca capacitação dos profissionais obstetras e dentistas para abordar essa questão; as dificuldades de efetivar o princípio da integralidade e do trabalho multiprofissional na área da atenção à gestante; uma cultura geral que ainda prioriza pouco a saúde bucal e, especificamente, a saúde bucal da gestante. Além disso, não podemos esquecer que em nossa cultura as representações do tratamento odontológico envolvem imagens muito negativas e geram medos e ansiedades. Nas gestantes, esse medo pode ser potencializado. É muito comum entre elas e suas famílias, a crença que esse tratamento pode influenciar no curso da gestação e pode provocar danos ao bebê.

Figura 22 – Profissional da Saúde Bucal realizando procedimento em bebê



Disponível em ufjf.br

Com o estudo dessa aula tive a oportunidade de participar do fórum no qual haveria a troca de experiências, relatando a experiência da equipe de saúde da família, trabalhando a atenção à saúde bucal das gestantes e bebês. Assim, realizei a tarefa da seguinte maneira:

Mesmo não trabalhando na Atenção Básica, tenho muito contato com meus colegas dentistas trabalhadores nesta área, e sei que o atendimento das gestantes é realizado no mesmo dia do pré-natal, facilitando assim o acompanhamento pela equipe. Anteriormente, as gestantes faziam parte do grupo prioritário, mas notou-se que era muito grande o número de faltas. Por isto, para estimular a visita ao dentista, vinculou-se o atendimento ao pré-natal. Quando necessário, as gestantes são referenciadas ao CEO, para realização de tratamento endodôntico (tratamento de canal), tratamento periodontal (tratamento na gengiva pela presença de doença periodontal, causada pelo número maior de refeições, sem a devida higienização) ou ainda, necessidade de cirurgia menor, principalmente para retirada do 3º molar (dente siso).

Já a saúde bucal do bebê, de 0 a 3 anos, é um atendimento realizado na Unidade Básica, mas somente a parte preventiva: estimulação da higiene bucal. Se o profissional observar a presença da doença cárie, normalmente ocasionada pela mamada noturna, o bebê é referenciado ao CEO para ser atendido pela profissional que atende pacientes com necessidades especiais. Não que estes sejam necessariamente portadores de deficiências, mas é devido à profissional ter bastante sensibilidade e poder de encantamento perante os bebês, realizando todos os procedimentos que eles necessitam através de um perfeito condicionamento. Mas, o maior número de encaminhamentos é realizado devido a traumas sofridos pelos bebês, principalmente as quedas.

Depois, nos foi apresentada a Aula 4 – “Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: crianças, adolescentes e adultos”.

Nessa aula aprendi que segundo Costa (2004) a saúde integral de cada indivíduo representa um fator para o desenvolvimento da nação em seu processo histórico. É impossível haver uma nação forte, se os indivíduos estão enfraquecidos. Portanto, há a necessidade do Estado assumir uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, garantindo os meios que permitam efetivá-las.

Estudando esse conteúdo, participei do fórum, relatando as dificuldades encontradas pela equipe de saúde da família ao organizar a atenção à saúde bucal das crianças, adolescentes e adultos.

Posteriormente foi apresentada a Aula 05 – “Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida – Atenção à Saúde Bucal do Idoso”.

Figura 23 – Saúde bucal do idoso



Fonte: dentes-brancos.com

Estudando essa aula, pude observar que conforme Goldenberg (2008) existe uma tendência cultural arraigada na sociedade de que não vale mais a pena prevenir alguns sofrimentos na área da saúde bucal, com o argumento de que “já estamos envelhecendo, as coisas são assim mesmo”. O conformismo passa a dominar a nossa mente e formamos decisões equivocadas, como só buscar a solução depois que os problemas já aconteceram, ou seja, quando já é tarde demais. Entretanto, os males bucais na 3ª idade fazem parte das várias alterações decorrentes do processo de envelhecimento, que incluem múltiplas doenças. Nessa faixa etária, não podemos nos esquecer que os indivíduos podem apresentar uma resposta imunológica insatisfatória, com maior risco de desenvolverem doenças que afetam a saúde bucal.

Portanto, após o estudo dessa aula, pude realizar a tarefa da aula, fazendo uma análise crítica em que relatava a condição dentária dos idosos com total mutilação, que fatores contribuíram para essa situação, e se no Nordeste esta situação está pior. Participei, então, do seguinte modo:

Segundo Gaião (2005) atualmente, os países desenvolvidos e em desenvolvimento estão apresentando um aumento contínuo na população de idosos. Até o ano 2025, o Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, correspondendo quase 15% da população idosa total brasileira. Contudo, alguns problemas ligados à saúde surgem em decorrência do processo de envelhecimento. Parte dos idosos com saúde fragilizada e dependente funcionalmente residem em instituições de longa permanência, onde a prioridade está focalizada no tratamento de doenças sistêmicas. Dessa forma, a saúde bucal é negligenciada nessas populações. É notória a precariedade de assistência odontológica no serviço público a esse grupo, visto que a média do CPO-D detectado no último levantamento epidemiológico nacional foi de 27,79. Estudos epidemiológicos em saúde bucal nas instituições do Nordeste ainda são escassos.

Ainda de acordo com Gaião (2005) em Fortaleza foi realizado um estudo na Instituição Filantrópica Lar Torres de Melo, maior asilo de idosos da cidade. Tratou-se de um estudo transversal consistindo de exame clínico e consulta a prontuários. O exame clínico bucal foi realizado seguindo os critérios utilizados para a faixa etária de 65-74 anos do último levantamento epidemiológico nacional conhecido como SB-Brasil. Foram analisados a cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese. O índice CPO-D médio foi de 29,73, onde o maior componente foi o dente perdido com índice de 28,41. A média de dentes hígidos foi de apenas 2,27. Portanto, os dados revelaram um índice de CPO-D elevado e uma precariedade da situação da saúde bucal dos idosos. Diante disso, conclui-se que se faz necessária a aplicação de uma política de saúde bucal intervencional e conscientizadora em busca da melhora da saúde bucal dos idosos.

Finalizando a disciplina, foi apresentada a Aula 06 – “Promoção da Saúde Bucal”.

O estudo dessa aula me fez refletir que conforme Pinto (1992) a resolução dos problemas de saúde bucal depende parcialmente das ações diretamente desenvolvidas pela Odontologia, a qual tem em mãos apenas uma parcela dos meios e do poder necessários para influenciar e manter sob controle o seu campo de trabalho. Não desperdiçar esforços e explorar ao máximo suas limitadas possibilidades torna-se, assim, compromissos de fundamental importância para cada um dos profissionais com atuação neste setor.

Ainda de acordo com Pinto (1992) a dieta de cada indivíduo é função do seu poder aquisitivo e também dos costumes e tradições da comunidade em que vive. Num país como o Brasil, de economia açucareira, a população de baixa renda consome produtos a base de hidratos de carbono em proporções elevadas, porque essa é uma fonte de energia muito mais acessível aos seus salários, enquanto as pessoas de renda elevada têm recursos para comprar artigos mais bem elaborados que lhes são oferecidos pelo mercado.

Assim, estudar essa disciplina foi adquirir conteúdo teórico, aplicando o mesmo no cotidiano, observando os aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças, analisando o cenário atual dos serviços de saúde em função da incorporação da Odontologia no modelo de assistência à família.

4.10 Disciplina 10 - ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve prosseguimento no dia 29 de Abril de 2011 com a apresentação da disciplina “Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência”.

Com essa disciplina espero conhecer a política nacional da pessoa com deficiência, enfocando os direitos dos mesmos, assim como me instrumentalizar para assistir a pessoa com deficiência.

Estudando a Aula 01 – “A magnitude da PcD na sociedade, dados epidemiológicos, legislação e direitos focados na saúde” pude aprender que conforme Gotti (1992) deficiência é uma desvantagem de um indivíduo, resultado de um déficit ou uma inabilidade que, juntos ao seu potencial de saúde, podem limitar e até impedir o seu desenvolvimento completo. Abrange alguns aspectos psicológicos e sociais. Há, assim, uma discordância entre as capacidades individuais, as expectativas do indivíduo e aquelas do ambiente em que ele vive.

Com o estudo desse conteúdo tive condições de participar, no dia 30 de Abril de 2011, do fórum onde discutiríamos as conquistas legais da PcD nas questões de saúde e atendimento implementando na unidade de trabalho.

Depois, nos foi apresentada a Aula 02- “Deficiência Visual”.

Figura 24 – Deficiente visual



Fonte: igualmentediferentes.zip.net

Portanto, pode aprender que conforme França (2000) interagir com o meio social requer do ser com deficiência uma reação de ajustamento à perda, às barreiras atitudinais e físicas com que se depara em seu cotidiano; aos seus direitos constitucionais e legais que, via de regra, desconhece; às crenças, valores sociais, morais e espirituais que influenciam seu comportamento, principalmente se sua deficiência tiver evoluído para uma incapacidade ou desvantagem, apresentar características de permanência em longo prazo, e tiver-se instalado em uma época avançada da vida.

Em seguida, foi apresentada a Aula 03- “Deficiência Auditiva”.

Com esse estudo pode perceber que segundo Gotti (1992) uma das deficiências que o indivíduo pode ter é a surdez, que representa uma ineficiência parcial ou total do órgão da audição. Pode-se nascer ou tornar-se surdo por causas diversas. O surdo é portador de uma falha sensorial que influi sobre a sua percepção, sobre os contatos sociais, e por isso, sua organização interna é “diferente”, uma vez que sua personalidade se forma sobre quatro canais sensoriais e não cinco, e com o agravante- o canal que lhe falta desenvolve um papel primário superior aos outros.

Figura 25 – Direito de Acesso aos deficientes



Disponível em blogln.ning.com

O andamento da disciplina aconteceu com o fornecimento da Aula 04- “Deficiência Física”, onde aprendi que conforme França (2000) o conhecimento da existência do elevado número de pessoas com alguma deficiência, nos remete ao mundo da socialização, mundo esse que se apóia na crença de que uma nação representada por corpos saudáveis é de fato uma nação desenvolvida.

É baseando-se nessa ótica, que os profissionais, que se dedicam à cultura do corpo, direcionam suas atividades para as pessoas saudáveis, excluindo de suas atividades aquelas com algum grau de deficiência. Considerando-se que a socialização é um processo dinâmico, resultante da interação das pessoas com o meio ambiente físico e social em que está inserida, a deficiência física, especialmente quando adquirida, pode ser vista como um fator que altera essa interação, fragmenta a identidade pessoal/social e demanda uma re(socialização) da pessoa (FRANÇA, 2000, p.19).

Após o estudo de todo o conteúdo da disciplina pude refletir que atenção integral à saúde voltada para a pessoa com deficiência, compreende uma assistência específica à sua condição. O atendimento deve ser prestado pelos profissionais que compõem a equipe, e que estes devem receber capacitação, durante a sua formação, para esse atendimento. Portanto, com a apresentação das dicas para o estabelecimento da relação interpessoal com o cego durante a consulta consegui senti-lo como uma pessoa capaz de fazer sozinho, evitando dirigir-me somente ao acompanhante. E, ao realizar uma tomada radiográfica de uma surda, pude praticar o que aprendi, não me dirigindo à acompanhante, e com sinais consegui me

comunicar com a mesma, que no início se sentiu insegura, mas por insistência minha, aceitou o atendimento, agradecendo-me ao final, com um largo sorriso.

Figura 25 – Acesso do deficiente físico ao transporte coletivo



Disponível em existempessoascomdeficiencia.blogspot.com

Ao responder o roteiro de observação, tive a convicção de que o município em que trabalho está muito atrasado em relação à realidade de uma pessoa com deficiência, seja ela, visual, auditiva ou física. Passei a observar melhor, e percebi que não temos ruas com semáforos com dispositivo sonoro, não temos semáforos com tempo para passagem de cegos, as unidades de saúde estão totalmente despreparadas para pessoas com deficiência, sem rampa, sem sanitários apropriados e nem mobiliários. Enfim, o que tenho observado é a falta de sensibilidade dos gestores com relação à PcD, pois se nenhuma medida foi tomada, nota-se o descaso aos cuidados em saúde desses pacientes. Entretanto, eu, como profissional da saúde, me pergunto como fomentar gestores, quando estes são escravos dos seus gabinetes, e não oportunizam os profissionais de buscar um consenso para formatar uma política de inclusão das pessoas portadoras de deficiência, já que não temos nenhuma adaptação as necessidades especiais.

Finalizando a disciplina, pude me tornar uma profissional da saúde mais amadurecida e sensível ao atendimento de pessoas com necessidades especiais, tratando-os como seres iguais a qualquer pessoa humana; estimulando-os a realizar o que sabe sozinho; falando em tom normal; evitando dirigir-me ao acompanhante. Portanto, o aprendizado do conteúdo me permitiu ver, que não tem mistério algum atender uma pessoa com deficiência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender o quadro atual da saúde no Brasil é refletir de como são estabelecidas as relações entre Estado e sociedade.

A saúde pode ser entendida como uma das formas de expressão das políticas públicas, portanto, pode-se concluir que saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão.

Pode-se considerar a 8ª Conferência como um marco no Movimento Sanitário, já que se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação da saúde, servindo, assim de orientação para a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Estudei o SUS como um sistema único, ou seja, apresenta a mesma doutrina, mesma filosofia de atuação em todo Brasil, assim como é organizado com a mesma sistemática.

Evidenciei que o sistema de serviço de saúde deve otimizar a saúde da população, minimizando a disparidade em relação ao acesso e nível de saúde.

Percebi que a atenção básica é a porta de entrada do usuário no sistema para todas as necessidades e problemas, devendo fornecer atenção sobre o usuário, coordenando e integrando aos outros níveis, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos direcionados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde.

Conclui que o PSF, antes rotulado como Programa, é caracterizado como uma estratégia, que viabiliza a integração e promove a organização das atividades em um território adscrito, propiciando o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Portanto, é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, partindo da atenção básica conforme os princípios estabelecidos pelo SUS: universalidade, descentralização, integralidade, com a participação da comunidade, facilitando e estimulando a população a exercer o seu direito de participar, acompanhando e fiscalizando a execução das políticas públicas.

Assim, pode-se concluir que o objetivo fundamental da ESF é diminuir os índices epidemiológicos de saúde, ampliando o acesso da população brasileira às ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde.

Ao finalizar o Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, eu percebi o extrapolamento de todas as minhas expectativas. Com o desejo de somar experiências, participei efetivamente do curso, pesquisando, procurando participar

de tudo o que era solicitado, e a cada disciplina tornava-me mais entusiasmada, à medida que compreendia a filosofia do SUS. Vislumbrei subtração de receios e angústias, e neste processo, tive o discernimento de que com a somatização de conhecimentos, tornava-me mais capacitada para enfrentar os desafios enfrentados pela população assistida.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1–3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 02 jun. 2010.
- ACIOLE, Giovani Gurgel. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. Campinas, SP: Hucitec, 2006.
- ALVES, Maria Dalva Santos. **Mulher e Saúde: representações sociais no Ciclo Vital**. Fortaleza: Pós-graduação/DEF/UFC/FCPC, Fundação Cearense de Pesquisas E Cultura, 1997.
- ANDRADE, Francisca Maria. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora LTDA, 1998.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2010nahead/CO1239.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na Área de Saúde: enfermagem: núcleo integrador: vivenciando uma ação docente autônoma na educação profissional em enfermagem**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso de instrumentos do Planeja SUS**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v8.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2010.
- BRETAS, Ana Cristina Passarella; GAMBÁ, Monica Antar (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André dos Santos. **Planejamento a avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2010.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

COSTA, Humberto. Por uma política de saúde bucal. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 38, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/038/38ccosta.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2011.

FEKETE, Maria Christina. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.luciafreitas.com.br/cuidado_em_saude.pdf>. Acesso em: 02 set. 2010.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luiza G. S.. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. **Revista da UNESP**, v. 6, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/atendimento_crise_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

FERREIRA JÚNIOR, Mário. **Saúde no Trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2000.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de. **(Re) socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras**. João Pessoa: Idéia, 2000.

GAIÃO, Luciene Ribeiro; ALMEIDA, Maria Eneide Leitão de; HEUKELBACH, Jorge. Precariedade da situação de saúde Bucal dos Idosos Institucionalizados na cidade de Fortaleza-Ce. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 57., 2005, Fortaleza. Anais... Fortaleza, 2005. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/senior/RESUMOS/resumo_1391.html>. Acesso em: 22 abr. 2010.

GALVÃO, Elaine Ferreira. **Gênero e Saúde: representações e práticas na luta pela saúde da mulher**. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST57/Elaine_Galvao_57.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2010.

GOLDENBERG, José. **Promoção da saúde na terceira idade: dicas para viver melhor**. São Paulo: Atenheu, 2008.

GONTIJO, Daniela Tavares. **Determinantes sociais de saúde: uma perspectiva para a compreensão das relações entre processos de exclusão social e equidade em saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a01.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

GOTTI, Marlene de Oliveira. **Português para deficiente auditivo**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1992.

HEILBORN, Maria Luiza; PORTELLA, Ana Paula; BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuários de três unidades do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, supl., p. S269-S278, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/09.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2010.

LEAL, Neide Pires. **Saúde Bucal da Gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente.** Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <http://www.bvsam.icict.fiocruz.br/doc/neide_pires.pdf>. Acesso em: 29 abr. 11

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/01.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

PEREIRA, Antonio Carlos *et al.* **A Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal: Odontologia social e preventiva.** 3. ed. São Paulo: Livraria Santos, 1992.

RADICCHI, Antonio Leite Alves; LEMOS, Alysson Feliciano. **Saúde Ambiental.** Belo Horizonte: Ed. Coopmed- Nescon UFMG, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2162.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental.** 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC, 2008.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sonia Maria Rezende Camargo de. **A Enfermagem na gestão em Atenção Primária à Saúde.** Barueri- SP: Manolo, 2007.

VELLOSO, Renato Ribeiro. Violência Contra a Mulher. **Portal da Família.** Disponível em: <<http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo323.shtml>>. Acesso em: 18 dez. 2010.

ZANARDI, Reinaldo César; CORDONI JUNIOR, Luiz. A participação social na construção do modelo assistencial de saúde de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 7-15, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.uel/espacoparasaude/v6n1/partsocial.pdf>>. Acesso em 17 dez. 2010.