

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
TURMA ITAPIPOCA - 01
TUTOR A DISTÂNCIA: LORENA PICAÑO DE LIMA

DANIELA ANDERSON CARVALHO COSTA

PORTFÓLIO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA

2011

DANIELA ANDERSON CARVALHO COSTA

PORTFÓLIO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientador: Prof^ª. Lorena Picanço de Lima

FORTALEZA

2011

DANIELA ANDERSON CARVALHO COSTA

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Lorena Picanço de Lima (Orientadora)

Prof. (1^º Avaliador)

Prof. (2^º Avaliador)

À professora e amiga Lorena Picanço de Lima que com esmero e dedicação me orientou este trabalho, prestando-me o apoio necessário para que eu alcançasse os meus objetivos. Pela paciência e sincera amizade que me dedicaste durante essa caminhada. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Aila Maria Carvalho Costa pelo carinho, amor e dedicação durante toda a minha caminhada.

Ao meu pai, Antonio Alves Costa Neto, que apesar da distância, nunca mediu esforços para me ajudar.

Aos meus irmãos Thiago e Vanessa, pela amizade, carinho, e todo o apoio que precisei nos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao meu grande amigo Giovanni Orlando, por seu companheirismo constante, carinho, amizade, confiança e apoio em todos esses momentos da minha vida.

À minha amiga e irmã Gardênia Lima, por sua amizade, confiança, apoio e pelos belos ensinamentos sobre a vida.

À minha grande amiga Luciana Sampaio pelo apoio nos bons e maus momentos e por fazer eu acreditar em mim mesma.

À grande amiga Anusca Silva que sempre torceu por mim e foi uma das grandes incentivadoras para que eu chegasse até aqui.

À eterna amiga Francimone Lucas pela amizade, companheirismo e conquistas durante toda essa jornada que passamos juntas.

À mestre e amiga Silvana Morais pelas oportunidades e belos momentos de aprendizagem em uma Unidade Básica de Saúde.

A todos os colegas e companheiros do Curso de Especialização em Saúde da Família, pelos ótimos momentos, com certeza, inesquecíveis.

A Deus, por sua presença silenciosa e constante, em todas as horas de minha vida, dos momentos mais simples e delicados aos mais angustiantes, vivenciados no decorrer desta pesquisa.

RESUMO

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde para atender às necessidades de formação e educação permanente no âmbito da Saúde Coletiva e Atenção Básica nos municípios brasileiros, visando capacitar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS, através de uma metodologia que permita a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de educação à distância, utilizando-se de ferramentas como a internet como uma forma de trocar informações, adquirir conhecimentos num ambiente virtual de aprendizagem (AVA). Para avaliar o desempenho do aluno foi proposta a construção de um portfólio, cujos objetivos foram: apostilar as atividades, experiências vivenciadas, impressões pessoais, em todas as disciplinas do curso de Especialização em Saúde da Família, sendo o mesmo, o Trabalho de Conclusão de Curso; elucidar uma reflexão sobre os conteúdos ministrados e a relação destes com a realidade da equipe de saúde da qual o aluno é integrante; além de proporcionar o desenvolvimento do senso crítico e aprendizagem em relação ao conteúdo apresentado. A construção do portfólio no decorrer do curso foi um processo inovador, pois a maioria dos cursistas ainda não tinha passado por essa experiência, porém bastante enriquecedor, pois permitiu o compartilhamento das experiências vivenciadas, reflexão sobre os conteúdos ministrados e a relação destes com a realidade da equipe de saúde da qual o aluno faz parte, além de permitir ao aluno o acompanhamento do seu próprio desenvolvimento para que este possa atuar na sua realidade de forma eficaz e efetiva, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do Município, avançando na superação das desigualdades. Dessa forma, o Curso de Especialização em Saúde da Família abriu espaço para que os profissionais de saúde da atenção primária tivessem a oportunidade de se capacitar e aprimorar seus conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS, permitindo a criação de vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade, proporcionando uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país.

Palavras-chave: Saúde da Família. Violência Doméstica. Atenção Básica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS	09
3. PORTFÓLIOS	10
3.1 Processo de Trabalho em Saúde	10
3.2 Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	22
3.3 Saúde Mental e Violência	25
3.4 Saúde da Mulher	28
3.5 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	31
3.6 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	34
3.7 ABS Pessoas com Deficiência	40
3.8 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	42
3.9 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde	44
3.10 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	46
4. CONCLUSÕES	49
5. REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde para atender às necessidades de formação e educação permanente no âmbito da Saúde Coletiva e Atenção Básica nos municípios brasileiros através de uma metodologia que permita a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de educação a distância, ao mesmo tempo em que visa manter a qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a).

A educação a distância é uma modalidade de ensino-aprendizagem que vem crescendo atualmente em todo o mundo, onde aprendizes e tutores se utilizam de ferramentas como a internet como uma forma de trocar informações, adquirir conhecimentos num ambiente virtual de aprendizagem (AVA), existindo prazos a serem cumpridos, ou seja, datas pré-estabelecidas para entrega de atividades apesar da liberdade do aluno de acessar a internet no horário mais conveniente a ele. Isso implica que essa delimitação é necessária para que uma disciplina ou curso transcorra de forma organizada, viabilizando tempos mínimos ideais de respostas para colegas e professores às perguntas, aos questionamentos e análises de trabalhos postados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010b).

O Programa Saúde da Família é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, sendo estas, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, além de atuarem com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2004a).

Contudo, algumas equipes de saúde da família ainda enfrentam problemas relacionados à organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, devido à crescente demanda populacional na procura da assistência promovida por estes grupos, bem como problemas relacionados à estrutura física, escassez de materiais, deixando de lado as ações preventivas e retornando ao antigo modelo assistencialista, o que foge das especificidades e objetivos para o qual o Programa Saúde da Família foi criado (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, o Curso de Especialização em Saúde da Família visa capacitar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de práticas sanitárias e que, mediante ações de educação em saúde, gerem mobilização social que favoreçam o desenvolvimento da intersetorialidade na política municipal, contribuindo para a redução desses entraves da assistência na Atenção Básica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a).

2. OBJETIVOS

Do portfólio:

- Apostilar as atividades, experiências vivenciadas, impressões pessoais, em todas as disciplinas do curso de Especialização em Saúde da Família, sendo o mesmo, meu Trabalho de Conclusão de Curso;
- Elucidar uma reflexão sobre os conteúdos ministrados e a relação destes com a realidade da equipe de saúde da qual sou integrante;
- Proporcionar o desenvolvimento do senso crítico e aprendizagem em relação ao conteúdo apresentado.

3 PORTFÓLIOS

3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

- **Essa disciplina traz reflexões críticas sobre a organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, fornecendo elementos para possível aprimoramento no processo de trabalho. Esse material traz também uma breve apresentação do município onde atuamos, da comunidade/área de abrangência da equipe de saúde e da unidade, suas dificuldades e conquistas no dia-a-dia e experiência como campo de estágio.**

Primeiramente, gostaria de ressaltar que trabalho na área hospitalar e a única experiência que tenho em PSF foi durante o Curso de Graduação em Enfermagem. Dessa forma, vou relatar a minha experiência durante o estágio supervisionado na UBS Maria dos Passos Matias Gomes, situada no Município de Caucaia, durante o qual passei seis meses.

I - Município de Caucaia

Caucaia é um município brasileiro do estado do Ceará. Faz parte da região metropolitana da cidade de Fortaleza. Seus distritos são Bom Princípio, Catuana, Guararu, Jurema, Mirambé, Sítios Novos e Tucunduba. Tem uma área de aproximadamente 1.227,895km² e uma população de 326.811 habitantes. A distância do município para a capital do Ceará, Fortaleza, é de 16,5km e as vias de acesso são a BR-020 e CE-085.

O atual nome foi dado em homenagem aos primeiros habitantes da região, os índios Caucaias, da Aldeia Caucaia. E significa “Mato Queimado”. Esses índios foram descobertos no Século XVIII, sendo os jesuítas Luís Figueiras e Francisco Pinto os responsáveis pela catequização dos mesmos.

Inicialmente chamou-se “Aldeia de Nossa Senhora dos Prazeres”. O povoado tornou-se vila e foi desmembrado da Vila de Fortaleza, conforme a Provisão Régia, em 14 de Janeiro de 1755. Os atos inaugurais da Vila dos Caucaias foram efetivados em 15 de outubro de 1759 (comemorada como data de criação da cidade), com o nome de Vila Nova de Soure (BRASIL, 2011).

Posteriormente sofreu diversas alterações em sua condição política, até tornar-se município com o nome atual em 20 de dezembro de 1938, através do decreto-lei nº 448. Em 1943, passa a chamar-se de Caucaia.

O município de Caucaia tem como atrativos naturais o Parque Botânico do Ceará, além das famosas praias do Cumbuco, Icaraí, Pacheco, Iparana, Dois Coqueiros e Tabuba, contemplando ainda a Lagoa do Banana e a Barra do Cauípe. Como atrativos histórico-culturais, tem-se a Cadeia (metade do século XVIII); a Casa da Câmara, pela sua arquitetura antiga e peculiar e o Centro de Produção Cultural Tapeba, um local no qual se pode conhecer a história e a cultura dos índios Tapeba (BRASIL, 2011).

A religiosidade é um dos pontos fortes da comunidade de Caucaia, principalmente por conta do santuário de Santa Edwiges no bairro do Garrote, considerado um dos maiores santuários da santa no Brasil.

II – Perfil da Unidade de Saúde

A Unidade Básica do Programa Saúde da Família, Maria dos Passos Matias Gomes, situado à Rua da consolação S/N, Novo Pabussu, foi implantada e inaugurada na administração “Nosso compromisso é com você”, no dia 06 de dezembro de 2001, fruto de muitas lutas dos agentes comunitários de saúde (ACS) e sociedade civil na busca por melhorias na qualidade de vida e efetivação das políticas públicas de saúde.

O PSF Maria dos Passos Matias Gomes atende uma população de classe média baixa perfazendo um total de 2.146 famílias, aproximadamente 8 mil pessoas, em cinco comunidades circunvizinhas: Novo Pabussu, Pabussu, Conjunto Cabatan, Vila Goes e Grilo (com uma área de risco: favela). Atualmente, duas áreas encontram-se descobertas.

O atendimento é feito de segunda-feira à sexta-feira das 07:30 às 12:00hs e das 13:00 às 16:00hs e a comunidade também recebe informações de consultas através do telefone comunitário (85)33421967 localizado nas dependências externas do posto. Além disso, a UBS também constitui-se como campo de estágio, disponibilizando as suas dependências e materiais, bem como a colaboração dos seus profissionais para o aperfeiçoamento técnico e científico dos acadêmicos de enfermagem.

Maria dos Passos Matias Gomes era uma moradora da comunidade muito querida e conhecida da população. Era extremamente religiosa, organizava quermesses e trabalhava na catequização das crianças da comunidade. Foi indicada pelas lideranças comunitárias para ser homenageada, tendo o seu nome sido escolhido para o primeiro posto de saúde implantado na comunidade.

O terreno do Posto de Saúde foi cedido pela Prefeitura de Caucaia, através de uma ação comunitária dos moradores junto à Prefeitura, por meio de um orçamento participativo, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população. Antes, tratava-se de um terreno baldio, desabitado, que posteriormente foi transformado em loteamento.

A atual supervisora do PSF, Silvana Moraes (enfermeira), foi catequizada por Maria dos Passos Matias Gomes, antes da mesma falecer por insuficiência respiratória. Hoje, suas filhas e netas continuam com seu trabalho na comunidade, além de serem assistidas no PSF no qual sua matriarca foi homenageada.

III – Estrutura da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde conta apenas com uma equipe para a prestação de consultas e serviços à comunidade. A equipe é composta por uma enfermeira, um médico, uma dentista, uma agente de consultório dentário (ACD), três auxiliares de enfermagem, uma agente administrativa, um servidor geral e oito agentes comunitários de saúde (ACS), ficando duas áreas descobertas.

As dependências da Unidade constam de uma recepção; um consultório médico; um consultório odontológico; um consultório de enfermagem; uma sala de vacina; uma sala de procedimentos (curativos, aerossol, retirada de pontos e medicações endovenosas); uma farmácia; dois banheiros (funcionários e clientes) e uma cozinha.

Os programas atendidos na Unidade em questão são: hipertenso e diabético; tuberculose e hanseníase; pré-natal; planejamento familiar; prevenção; atendimento ao adulto/idoso; atendimento à criança, além das visitas domiciliares.

As consultas às crianças e adultos são realizadas nas segundas, quintas e sextas-feiras, na qual, crianças são atendidas pela manhã e adultos à tarde, sendo 16 fichas para cada categoria, ficando 4 extras para urgências. As consultas odontológicas são marcadas pelo agente de saúde, tendo prioridade gestantes, hipertensos, diabéticos e alguma urgência. Essas são marcadas no próprio consultório. Nas escolas da área de abrangência são feitas aplicações de flúor, palestras educativas e exames epidemiológicos.

As consultas de hipertenso, diabético, tuberculose, hanseníase, pré-natal, planejamento familiar, prevenção, puericultura e bolsa família são agendadas, sendo hipertenso e diabético (terça e quarta-feira); pré-natal (segunda-feira); planejamento familiar (terça e quinta-feira); prevenção (quarta-feira), puericultura e bolsa família (sexta-feira); tuberculose e hanseníase, de acordo com a medicação usada.

Regularmente são feitas palestras na Unidade de Saúde e nas escolas. Os casos mais sérios são encaminhados ao Hospital Municipal Abelardo Gadelha da rocha, ao Centro de Especialidades Médicas e ao Centro de Especialidades Odontológicas.

A unidade de saúde necessita de reforma com ampliação do espaço físico. Falta uma sala para educação em saúde, sala de aerossol, sala de esterilização, expurgo e same. Foram verificados problemas de infiltração na maioria dos cômodos, além de problemas na instalação hidráulica (pias com vazamento ou falta de água); instalação elétrica (ausência de iluminação adequada ou lâmpadas queimadas) dificultando o atendimento à população.

Há necessidade de fazer um novo reboco para as paredes e teto, já que estes estão caindo devido às infiltrações. A sala de vacina e a farmácia não são climatizadas ficando bastante quentes durante o período de trabalho, podendo haver até um comprometimento na qualidade das vacinas (desnaturação) já que as caixas térmicas não têm termômetros para indicar se a temperatura está adequada dentro das mesmas.

Outro ponto a ser revisado é a demora no repasse dos materiais, principalmente os da dentista e os de prevenção. Além da demora no recebimento dos resultados.

IV – Análise Teórica do Campo de Estágio

A Unidade Básica de Saúde Maria dos Passos Matias Gomes é uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF). Trata-se de uma estratégia para consolidar o SUS (Sistema Único de Saúde) e de reorganização da Atenção Primária à Saúde, na qual a população é atendida através dos modelos propostos pelo Ministério da Saúde.

Trata-se do primeiro nível de contato do paciente, da família e da comunidade com o sistema de saúde, onde o profissional deve trabalhar em regime integral, perfazendo uma carga horária de 40 horas semanais e os ACS devem residir na área da sua respectiva atuação.

O Programa de Saúde da Família deve estar em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo principalmente os seus princípios: **Universalidade**, com garantia de atenção à saúde, a todo e qualquer cidadão; **Equidade**, oferecendo mais serviços aos lugares e pessoas que menos têm e mais precisam; **Integralidade**, com enfoque nas atividades de promoção e prevenção da saúde, atendendo as pessoas de forma integral na UBS ou encaminhando para unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Municipal de Saúde; **Acessibilidade**, oferecendo os serviços de forma facilitada (o mais próximo de suas moradias); além da **Participação Comunitária**, envolvendo as pessoas da comunidade na identificação e solução dos problemas de saúde e nas ações de promoção da saúde.

Portanto, a Unidade Básica de Saúde Maria dos Passos Matias Gomes, responde às necessidades de saúde da população, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando há mais de um problema, lidando com o contexto no qual existe a enfermidade e influenciando a resposta das pessoas aos seus problemas de saúde.

V – Atividades do Estágio (Explicitando a Experiência)

A Unidade de Saúde Maria dos Passos Matias Gomes é um campo de estágio riquíssimo, propiciando muitas oportunidades ao aprendizado e ao aperfeiçoamento técnico e científico dos futuros profissionais de saúde, apesar de algumas dificuldades encontradas na estrutura física e repasse de recursos materiais.

Durante o estágio, foram desenvolvidas atividades de educação em saúde, atividades lúdicas para os idosos, além de palestras proferidas na própria unidade. Dentre elas: Aleitamento Materno; Cuidados com o Recém-Nascido; Câncer de Colo do Útero e de Mama, com orientações para o auto-exame; DSTs e Métodos Contraceptivos. Além de orientações aos diabéticos e hipertensos antes da consulta médica.

Para as orientações do auto-exame da mama, foi utilizada uma prótese elaborada pelas próprias acadêmicas de enfermagem, na qual as clientes podiam verificar a diferença de uma mama sadia para uma doente. A mesma prótese foi utilizada na palestra sobre aleitamento materno, na qual as clientes receberam orientações quanto à pega correta e os cuidados com a mama no período de amamentação exclusiva. Nas outras palestras, foram utilizados como recursos materiais álbuns seriados da própria unidade.

A enfermeira preceptora, de caráter íntegro e agindo sempre dentro da ética, abriu espaço para que as acadêmicas de enfermagem assumissem as consultas, após demonstrarem segurança e conhecimento do assunto. Dentre as consultas realizadas, destacam-se: Pré-Natal; Planejamento Familiar; Prevenção; Puericultura; Bolsa Família; Tuberculose e Hanseníase. Além de passarem pela sala de vacina e pela farmácia, permitindo um melhor conhecimento do seu contexto.

As acadêmicas tiveram também a oportunidade de fazer fechamento de mapas com prestação de contas com os agentes comunitários de saúde (ACS), além de visitas domiciliares à puérpera e idosos acamados.

As principais dificuldades encontradas na UBS é a escassez de recursos materiais, principalmente nas consultas de prevenção, onde faltam luvas, máscaras, gorros, além do material necessário para a realização do procedimento. A demora no recebimento do resultado dos exames de prevenção também é outro impasse, chegando a demorar cerca de dois a três meses para chegar à UBS.

Apesar das dificuldades encontradas, a equipe trabalha com bastante profissionalismo e acolhimento para com a comunidade atendida, sendo realizado um trabalho multidisciplinar, onde não se mede esforços para resolver os casos de atendimento básico.

VI – Conclusão

A unidade Básica de Saúde da Família Maria dos Passos Matias Gomes é um excelente campo de estágio que oferece oportunidades únicas para a prática de atuação do acadêmico de enfermagem no universo da saúde coletiva.

A equipe trabalha de forma integrada e dentro dos preceitos éticos, no atendimento à população. A falta de recursos não intimida a equipe que sempre arranja recursos para continuar com o atendimento.

A enfermeira preceptora é bastante acessível e sempre está disposta a ensinar, tirar dúvidas, além da oportunidade que dá aos acadêmicos de enfermagem de assumir as consultas, onde estes ganham autonomia e têm a oportunidade de conquistar o respeito e o apoio da população.

Portanto, a experiência de atuar em um campo rico como esse, me fez amadurecer mais e conhecer um pouco da realidade no atendimento em um Programa de Saúde da Família.

VII – Anexos

➤ Palestra sobre Métodos Contraceptivos



➤ **Palestra sobre o auto-exame da mama**



➤ **Palestra sobre o exame de prevenção (Papanicolaou)**



Reflexões Críticas sobre a Organização do Trabalho das Equipes de Saúde da Família

Atualmente, o que se percebe no sistema de saúde pública não condiz com o que está na constituição, principalmente quando se refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, já que o acesso aos serviços de saúde é precário, não tem leitos suficientes, nem especialistas para atender no local, superlotando os hospitais de níveis terciários. Problemas comuns que poderiam ser tratados na atenção primária ou secundária são encaminhados para as grandes emergências causando a superlotação dos corredores que, de fato, não eram para existir. Existem simplesmente pela falta de leitos. Por a demanda ser grande não se tem profissionais suficientes para suprir toda a clientela, gerando um atendimento de baixa qualidade. Nem todas as pessoas conseguem atendimento, causando indignação nos usuários. Dessa forma, percebe-se que o sistema de referência e contra-referência preconizado pelo SUS não funciona como deveria, como está no papel, causando certa angústia nos profissionais.

A realidade percebida na maioria dos municípios é a falta de participação do Conselho de Saúde, onde seus representantes pouco mobilizam-se com os problemas enfrentados pela população na busca de um atendimento qualificado. O que se vê é a precariedade no atendimento, pouco investimento em saúde, falta de compromisso dos profissionais, principalmente médicos, estes faltam demais e quando estão em atendimento, reduzem ao máximo o tempo da consulta, gerando um atendimento de baixa qualidade, contradizendo o princípio da integralidade, já que os pacientes não são vistos de forma holística. Existe também a falta de incentivo por parte do profissional como co-participante do seu processo de saúde, os baixos salários, estruturas precárias, além da falta de profissionais, medicações, materiais, gerando desânimo nos profissionais e descontentamento por parte da população.

Outro ponto a ser colocado, é com relação à comunicação entre os diversos profissionais e entre estes e os pacientes, já que a comunicação é considerada uma ferramenta importante de educação em saúde, sendo também parte integrante do processo que envolve seres humanos. Cada profissional, independente da sua área de atuação, tem que saber se comunicar com seus clientes quanto com outros profissionais visando oferecer um atendimento de qualidade, de forma holística, na sua integralidade. “Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 444).

Dessa forma, percebe-se que a comunicação é fundamental para que se consiga um atendimento humanizado e completo, que possa suprir todas as necessidades daquele paciente. Muitas vezes, o cliente procura atendimento e àquele profissional que o atendeu, nem sempre percebe a necessidade de encaminhá-lo para outros profissionais quando detectado um problema que só o outro profissional pode resolver. A comunicação multiprofissional é de fundamental importância para evitar situações como esta e para que o cliente seja assistido como um todo, de forma humanizada.

A comunicação entre profissional/paciente deve ser estimulada. O profissional deve ser capaz de perceber quando algo não vai bem com o paciente. As próprias expressões do paciente se tornam diferentes, o olhar, o comportamento, e o profissional precisa estar atento para perceber e intervir, informando-lhes sobre os procedimentos que vão ser feitos, sobre o seu estado de saúde, não deixando de respeitar as culturas e crenças daquele paciente. Estabelecer empatia, confiança, utilizando uma linguagem clara que os usuários compreendam, além de saber escutar, são ferramentas essenciais para a criação de um vínculo com o cliente e para que se possa ajudá-lo a superar os obstáculos.

A comunicação também é um elemento essencial a ser utilizado na educação em saúde, na qual visa criar condições para reproduzir mudanças de comportamento desejadas do cliente em relação à saúde, o que diminuiria as incidências de doenças, e ele passaria a ser co-responsável pela sua saúde também.

Diante do que foi exposto, vamos fazer uma breve reflexão: sabemos que a constituição diz uma coisa, mas a realidade é outra. O que podemos fazer para mudar essa situação? Será que estamos fazendo a nossa parte de forma coerente, mesmo com as dificuldades? Será que estamos sabendo nos comunicar com nossos clientes? Será que estamos realmente seguindo os princípios do SUS?

3.2 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- **A disciplina em questão traz o caso de Dona Maria, uma idosa de 65 anos, na qual deve-se identificar os atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados a mesma, relacionando-os aos conceitos aprendidos na disciplina.**

CASO

Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos.

Anteriormente, morava na zona rural de onde saiu juntamente com várias outras famílias em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há cerca de oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaléia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então, vem fazendo uso irregular de anti-hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos

Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela microárea onde Dona Maria reside tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um dos membros da Equipe.

Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar. O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade de saúde, comunicou o caso à enfermeira, que decide realizar uma visita na segunda feira pela manhã com o auxiliar de enfermagem.

Em sua visita, a Enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação, o uso correto da medicação. Realizou o curativo das escaras, aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito.

Os atributos eficácia e eficiência e, conseqüentemente, efetividade, não estão presentes no caso de Dona Maria, uma vez que a mesma foi diagnosticada com Hipertensão Arterial há oito anos e, desde então, fazia uso irregular dos anti-hipertensivos, chegando a apresentar um AVC. Isso poderia ter sido evitado se houvesse um acompanhamento de Dona Maria com visitas domiciliares freqüentes, com ações de promoção de saúde e melhores orientações aos cuidadores e/ou familiares, além da avaliação constante de que as ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde estariam dando bons resultados ou não, a fim de evitar o ocorrido, com implementação de novas ações. Dessa forma, a equipe terá que dispor mais tempo e agendar visitas freqüentes à Dona Maria a fim de resgatar o prejuízo.

O momento em que foi oferecido o cuidado também não foi oportuno, já que a Equipe de Saúde foi comunicada pelo ACS que Dona Maria havia saído do hospital com três dias de alta e que foi preciso a filha ir agendar uma visita domiciliar quinze dias após a mesma ter recebido a alta, já havendo um comprometimento em relação aos cuidados necessários e à sua saúde, uma vez que é considerada como parte do grupo de risco e já ser acompanhada com Hipertensão Arterial. Se a visita tivesse sido realizada no momento em que a mesma saiu do hospital para receber as orientações necessárias quanto aos cuidados, talvez a sua saúde não estivesse tão debilitada e comprometida.

A cliente teve acessibilidade às ações de saúde, porém em momentos inoportunos, tardios, chegando a haver um maior comprometimento da sua saúde. Os cuidados e orientações prestados após a alta também não foram eficazes, já que as ações desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem não resultou na solução e nem na melhoria do problema, uma vez que a cliente continuava debilitada, com a pressão arterial elevada e ainda fazendo uso incorreto das medicações, além de apresentar sinais de infecção nas escaras. O ideal é que a primeira visita tivesse sido planejada imediatamente após a alta e que tivesse sido realizada não só pelo auxiliar de enfermagem como pela enfermeira e/ou médico, já que ambos têm mais conhecimento em relação ao auxiliar de enfermagem. Só o fato de fazer o curativo das escaras utilizando a técnica adequada, poderia ter-se evitado as infecções, principalmente com demonstrações à família, como fez a enfermeira.

No caso de Dona Maria houve continuidade da assistência, só que de forma tardia, o que resultou num atendimento ineficaz e inoportuno. A otimidade e a ética também se encaixam nas ações prestadas à Dona Maria, já que a enfermeira não mediu esforços e recursos para investir na saúde de Dona Maria e nos cuidados prestados a mesma, mesmo sabendo que os cuidados prestados pelo auxiliar durante a visita não tinham sido satisfatórios, o que foi constatado na sua visita à cliente. Dessa forma, a enfermeira enfatizou novamente sobre os cuidados com a família e também com o auxiliar, demonstrando aos mesmos a técnica correta quanto aos cuidados, investindo para que Dona Maria tivesse uma melhor qualidade de vida.

A aceitabilidade e a legitimidade também são atributos que estão presentes no caso de Dona Maria, já que a família não só aceitou as ações de saúde prestadas na visita domiciliar como também foi quem correu atrás para que a mesma pudesse ser realizada, entendendo que esses cuidados iriam trazer benefícios à Dona Maria e ajudá-la a melhorar sua qualidade de vida. A equidade se fez presente, à medida que, os profissionais identificaram a situação de risco de Dona Maria e passaram a distribuir ações em função do seu diagnóstico mesmo que isso tenha acontecido de forma tardia.

3.3 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

- **A disciplina em questão aborda o contexto da saúde mental no Brasil, envolvendo a equipe de Saúde da Família nas discussões sobre o tema como uma forma de reorganizar a atenção em saúde mental na comunidade, com vistas a garantir o cuidado efetivo e com qualidade, sustentado na autonomia e na habilidade do portador de sofrimento mental. Enfoca também um dos serviços públicos de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial, como uma forma de substituir o hospital psiquiátrico e promover a reinserção social dos portadores de transtornos mentais.**

Atualmente, pode-se dizer que a doença mental é uma condição que impacta de forma adversa os processos individuais de pensamento, as emoções, comportamentos e / ou interações com outras pessoas, e interfere negativamente com a sua capacidade de gerir eficazmente a vida (ACCIOLY, 2011).

Com a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária brasileiras, houve uma desinstitucionalização do atendimento aos portadores de sofrimento psíquico, com vistas a promover a inclusão social dos mesmos. A partir daí começaram a surgir serviços públicos de saúde mental destinados a atender os indivíduos com transtornos mentais, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este serviço bem como o hospital dia, uma nova modalidade com o intuito de substituir o hospital psiquiátrico. Seu maior objetivo é tratar a saúde mental de forma adequada, tendo como principais funções o acompanhamento clínico, além de promover a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços sociais e comunitários, sendo referência para pessoas com transtornos severos, persistentes ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Enfim, é um recurso importante na construção da cidadania, já que promove ações visando a reabilitação psicossocial, a busca da autonomia e de cidadania, ressaltando a integridade e as influências biopsicossociais no tratamento a ser executado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c).

Brasil (2004b, p. 25) ressalta:

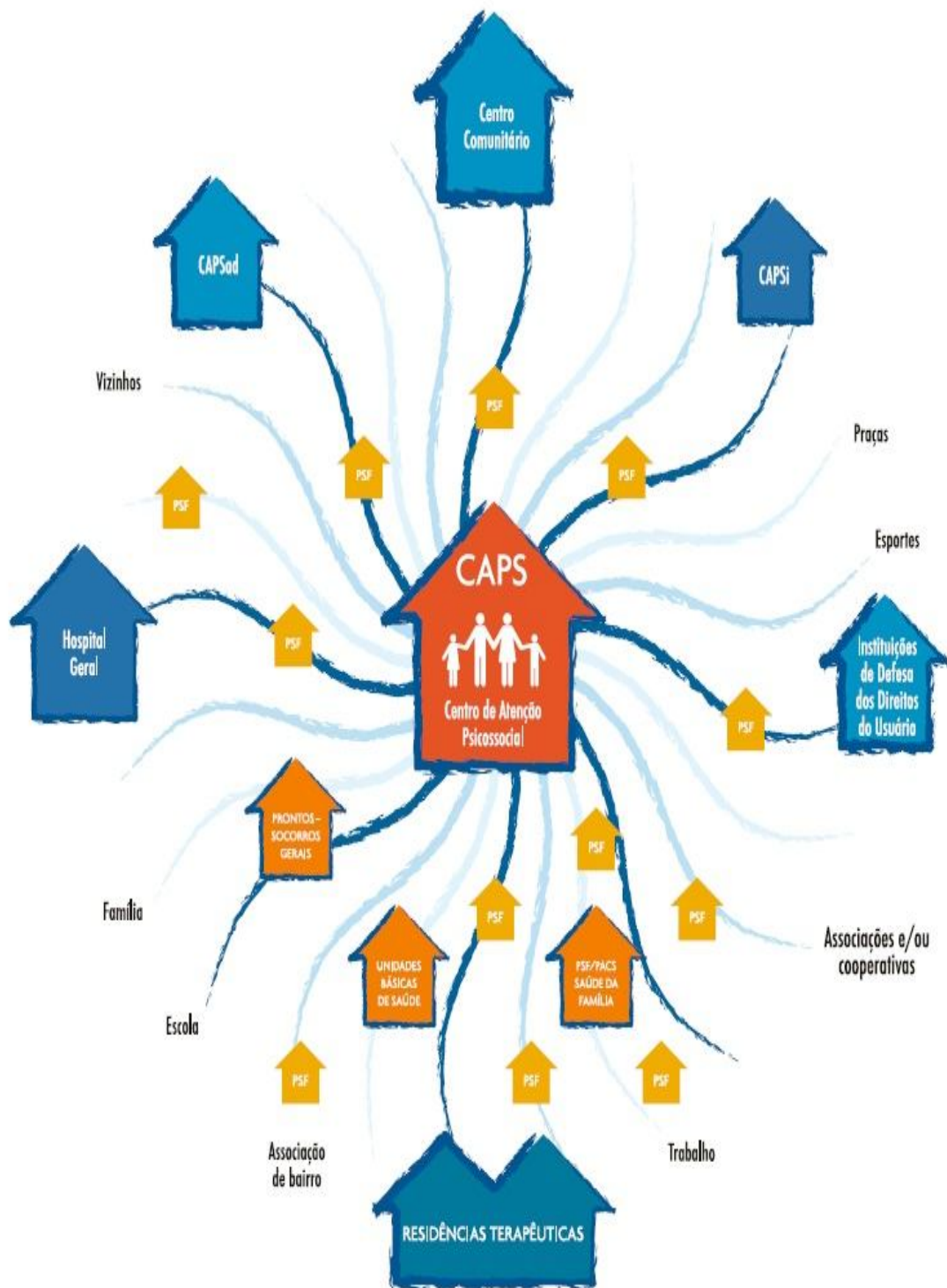
[...] os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Portanto, pode-se dizer que o CAPS é um instrumento que viabiliza a relação entre a família e usuário e entre o usuário e a instituição, incentivando a participação dos familiares, profissionais e da comunidade nos projetos propostos a fim de gerar uma parceria.

No CAPS o cliente é atendido por uma equipe multiprofissional, assim como no hospital psiquiátrico, sendo a equipe do CAPS bem mais completa. Porém, no CAPS o cliente permanece o dia e depois volta para casa. Já no hospital psiquiátrico há uma desvalorização ao paciente, que passa a valer menos na convivência em sociedade e ao sair a pessoa fica marcada pelo estigma e preconceito. Existe rotina com horários pré-estabelecidos que devem ser cumpridos, enquanto que no CAPS, o usuário é convidado à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

As crises (mudanças de papéis que nós vivenciamos) são desencadeadas por problemas do dia-a-dia, tais como, o alcoolismo, agressões físicas, gravidez indesejada, perda de alguém importante, nascimento de um filho, entre outros fatores. O que diferencia é a percepção do problema e a forma de encará-lo por parte das pessoas que estão vivenciando-o, já que a maioria delas age de maneira diferente. Em todas as situações de crise, o ideal é que haja uma identificação precoce dos casos, o rastreamento e o tratamento imediato e eficaz por parte dos profissionais de saúde. Enfim, identificar o estressor biopsicossocial e as pessoas que estão passando por essa experiência, bem como, lançar e avaliar programas de intervenção preventiva, como uma forma de auxiliar as pessoas a enfrentar adaptativamente os eventos estressantes. Uma das intervenções mais importantes é o estabelecimento de uma psicoterapia individual e com a família, além da psicofarmacologia para que este indivíduo possa ser reinserido na sociedade e possa viver junto com a família (BRASIL, 2005).

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



FONTE: BRASIL, 2004

3.4 SAÚDE DA MULHER

- **A disciplina em questão enfatiza a assistência à mulher no seu período gravídico, abordando também a assistência ginecológica no período reprodutivo e no climatério. Além de focar também a questão da violência contra a mulher e os principais entraves encontrados pelos profissionais da Atenção Básica em relação a esse problema.**

A saúde da mulher é prioridade no contexto da gestão federal do SUS especialmente nas ações referentes à redução da mortalidade materna, ao planejamento reprodutivo, humanização e qualificação da atenção obstétrica. A melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional que atua por meio do atendimento individual ou em grupo e, adequado às necessidades da mulher, da família e da comunidade (BRASIL, 2011a).

A assistência pré-natal deve ser assegurada desde o início da gravidez, mesmo que esta seja considerada normal, sem riscos para o bebê e a mãe, a fim de garantir, no final da gestação, o nascimento de uma criança saudável, além do bem-estar materno. A assistência precoce à gestante, principalmente com ações educativas, orientações, consultas de qualidade, reduz a morbimortalidade materna, além de melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor, uma vez que, a maioria das causas de morte materna e neonatal ocorre por causas evitáveis como as infecções, eclâmpsia, etc. Dessa forma, os profissionais podem diagnosticar eventuais fatores de risco e conseqüentemente, garantir uma gestação saudável. A assistência, consultas, orientações, vacinas e exames são indispensáveis durante uma gestação uma vez que, através deles é possível identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta, o que permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez, além de benefícios como a imunização, evitando-se o tétano neonatal. O ideal é que a gestante tenha pelo menos seis consultas de pré-natal durante a gestação, a fim de ser avaliada para que possa compreender esse processo de forma tranquila e saudável. Porém, ainda existem algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde dentro das unidades básicas, como a carência de pessoal; a ausência de rotinas e protocolos definidos;

falta de insumos; além da demora no retorno de exames de pré-natal e de citopatologia, o que prejudica a qualidade do atendimento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

Outro ponto a ser discutido é a questão da violência contra a mulher que vem crescendo em todo o mundo, afetando não só a vítima direta, mas também a família e a sociedade em geral. Além disso, o combate à violência contra a mulher requer a ação conjunta de vários órgãos governamentais e não-governamentais, além da sociedade como um todo, somando-se esforços para a elaboração e implementação de ações que busquem resgatar a cidadania das vítimas. Nesse sentido, é relevante a criação de instituições sociais como fontes de apoio às vítimas que se encontram em situação de violência.

Aqui no Ceará, existem três Centros Especializados de Referência para oferecer suporte às vítimas de violência: 1) Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher (CERAM); 2) Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica e Sexual Francisca Clotilde, vinculado ao município; 3) Centro de Referência Especializado de Assistência Social de Sobral. Além disso, existem também as Casas-abrigo, como uma forma de garantir a integridade física das vítimas e de seus filhos menores de idade. Porém, a maioria dos profissionais, principalmente na Atenção Básica, não tem conhecimento desses centros especializados em violência e não sabe lidar com o problema. Geralmente, encaminham a vítima para a Delegacia da Mulher, faltando então o suporte emocional oferecidos por esses centros de referência. Falta uma maior divulgação das instituições que lidam com esse problema, um maior preparo dos profissionais, principalmente na atenção primária, para identificação dos casos que, muitas vezes, é mascarado pelas vítimas, além da implantação de centros sociais em cada município para oferecer suporte as mesmas (COSTA, 2009).

Aqui em Fortaleza, a maioria dos casos é encaminhado ao CERAM, que é referência no Estado. Trata-se de uma instituição que presta atendimento a mulheres em situação de violência ou testemunha que deseje e necessite de orientação sobre como proceder no caso, além de incorporar ações em saúde sexual, acolhimento interdisciplinar, assistência ginecológica, assistência individual e de grupo na área psicossocial, suporte à saúde especializada, assistência social e jurídica.

Por tratar-se de um fenômeno que deteriora a integridade física e emocional da mulher, resultando em uma saúde deficiente e baixa qualidade de vida, a resposta à violência exige o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais, setores sociais e comunitários e dos governos nacional e local, sendo de grande relevância a criação de instituições sociais em municípios que não tenham esse suporte para os casos de violência contra a mulher (COSTA, 2009).

Diga NÃO
à violência Contra
a
mulher!!!



3.5 SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

- **Essa disciplina traz para discussão as experiências que tivemos no tocante às questões ambientais que estamos vivenciando, bem como o enfoque dos acidentes de trabalho no Brasil.**

Atualmente, o elevado consumismo humano, assim como a larga escala na produção de bens de consumo gerado pelo capitalismo financeiro, visando principalmente o lucro, tem afetado bastante o meio ambiente, gerando impactos relevantes sobre a natureza, sendo causados principalmente pelas ações humanas. Entre esses impactos pode-se destacar: o aquecimento global, a diminuição da camada de ozônio, enchentes, poluição, entre outros.

As conseqüências da relação conflituosa entre desenvolvimento capitalista e proteção do meio ambiente aparecem sob a forma de catástrofes e impactos ambientais exacerbados motivados pelo uso demasiado dos recursos disponíveis, bem como de técnicas poluentes que agredem sobremaneira a natureza (ESPÍNDOLA, ARRUDA, 2008).

É comum observar-se a exploração abusiva dos recursos naturais, gerando situações de risco para a sociedade. Muitas vezes, observa-se a construção demasiada de prédios/casas de veraneio no litoral, causando erosão, e muitas vezes, destruição, pelo próprio avanço do mar. O desmatamento é outra realidade, com destruição de grande parte das florestas, visando o lucro, gerado pela madeira das árvores para construção de móveis. Para o homem não existe mais limite, o que importa é gerar lucro.

Muitas vezes, a própria falta de saneamento, córregos a céu aberto são causadores de inúmeras doenças, principalmente nas populações ribeirinhas. É comum ver-se, principalmente entre as pessoas de classe baixa, onde as condições de moradia são precárias, o lixo sendo jogado em terrenos baldios, até mesmo em córregos, contribuindo não só para gerar doenças como também enchentes pelo acúmulo do lixo, causando entupimento de bueiros.

Autores como Souza (2008) afirmam:

A sociedade moderna tem sua parcela de culpa, com o uso desenfreado dos recursos naturais como o aumento da produção de papel que vem ameaçando as florestas, a exploração excessiva de algumas espécies para fins medicinais, sendo essa uma ameaça a espécie podendo levá-la a extinção.

Nesse sentido, Gioda (2010) enfatiza:

A adoção de uma política ambiental mais eficiente com leis mais rigorosas, monitoramento ambiental adequado e permanente, fiscalização, maiores investimentos em pesquisas de solução ecologicamente sustentável para os problemas ambientais e incentivos fiscais a empresas será a única alternativa viável para conter os danos ao meio ambiente.

O ideal seria a implementação de políticas voltadas para a detecção precoce das situações de risco, além de ações envolvendo o Estado, o Município, os profissionais de saúde e da educação, bem como a sociedade civil organizada, visando à promoção e à proteção da saúde, atuando não só na identificação dos problemas e situações de risco, como também fornecendo subsídios para que os mesmos sejam sanados. É importante que as pessoas tenham consciência de que a natureza faz parte da nossa existência e que a destruição da mesma também causa impactos relevantes na vida do ser humano.

Outro problema muito comum no Brasil é a subnotificação dos acidentes de trabalho, primeiramente, porque a maior parte dos trabalhadores não tem carteira assinada, como os autônomos, os terceirizados, fazendo com que as estatísticas oficiais não apresentem dados reais. “Uma das consequências do desconhecimento do impacto do trabalho sobre a saúde é a inexistência de respostas organizadas por parte do SUS em relação à sua prevenção e ao seu controle” (BRASIL, 2006a, p. 8).

O ideal é que houvesse um incentivo maior por parte dos profissionais de saúde para realizar a notificação após constatado o fato, já que a notificação é responsabilidade dos mesmos e a maioria das empresas oculta esses acidentes para não pagar indenização que é direito do trabalhador, está na lei.

A falta de fiscalização por parte dos órgãos competentes também contribui para a omissão das empresas quanto às suas obrigações para com o trabalhador em caso de acidente, já que o objetivo das mesmas é livrar-se do prejuízo. A maior parte dos acidentes ocorre pela falta de treinamento e capacitação dos trabalhadores, ambientes inadequados, falta de EPI's, além do desrespeito aos limites legais de jornada de trabalho. Faltam políticas públicas para fiscalizar, treinar e punir os descasos. Isso faz com que as empresas passem a se omitir em caso de acidentes de trabalho, já que a mesma não quer ter prejuízo com indenizações (GARCIA, 2006).



3.6 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

➤ **A disciplina em questão aborda o contexto da saúde bucal no Brasil envolvendo as diferentes faixas etárias, principalmente gestantes, crianças e idosos, além de relatar as principais dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional em organizar a atenção à saúde bucal nos diferentes grupos etários, enfatizando principalmente a condição dentária de total mutilação do idoso brasileiro, a fim de fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de caráter interdisciplinar na Atenção Básica. Além disso, traz experiências do nosso cotidiano em relação à condição dentária da população adscrita em nosso território de atuação.**

1) Relato da experiência que tive na UBS de Caucaia enfocando a realidade da atenção à Saúde Bucal da população, principalmente, gestantes e bebês.

Na UBS Maria dos Passos Matias Gomes, situada no município de Caucaia, na qual passei seis meses, as consultas odontológicas são marcadas pelo agente de saúde tendo prioridade gestantes, hipertensos, diabéticos e alguma urgência. Essas são marcadas no próprio consultório. As gestantes são encaminhadas para consulta odontológica logo no primeiro dia do pré-natal pela enfermeira, ou até mesmo pelo médico, sendo acompanhadas em toda a gestação. Em casos mais complexos, as gestantes são encaminhadas ao CEO. As consultas odontológicas ocorrem todos os dias da semana e são destinadas 16 fichas por dia, sendo 4 para urgências. As consultas comumente são agendadas no mesmo dia das consultas de pré-natal, a fim de proporcionar uma maior adesão das gestantes. Também são realizadas palestras de educação em saúde com as gestantes a fim de se evitar a evasão durante o tratamento odontológico e pré-natal.

Com relação ao atendimento odontológico para bebês, não existe rotina e nem padronização. O que se vê é o atendimento a crianças acima de três anos. O ideal é que fossem realizadas consultas de odontopediatria nos dias de consulta de puericultura, mas isso não é comum. Também são realizadas ações de saúde bucal nas escolas da área de abrangência sendo feitas aplicações de flúor, palestras educativas e exames epidemiológicos. Uma dificuldade que a dentista encontra é com relação à falta de

materiais e demora no repasse dos mesmos comprometendo a qualidade da assistência. Acredito que para melhorar esse quadro, o ponto-chave é a educação em saúde, através de palestras dos vários profissionais que atuam no PSF enfatizando à gestante quanto aos cuidados da saúde bucal não só dela, mas também do bebê. Queiroz (2005), sugere que projetos de educação para saúde de gestantes devem ser iniciados com o levantamento de tabus para que possam ser desmistificados pelos profissionais envolvidos no cuidado da gestante. Desta forma, melhoraria a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico. Por outro lado, a participação dos pais nas sessões de discussão sobre hábitos de higiene bucal/alimentação saudável é de suma importância para a saúde do bebê, uma vez que a educação durante o pré-natal torna-se a chave para o desenvolvimento de cuidados com a saúde bucal da criança.

A ESF trabalha de forma bastante integrada. Uma das principais dificuldades encontradas com relação à atenção à saúde bucal é a demora no repasse dos materiais odontológicos por parte da Secretaria Municipal de Saúde, ficando a população muitas vezes sem atendimento por causa disso, além dos problemas de infiltração em alguns consultórios, inclusive o da dentista. Porém, nos dias em que não há material odontológico, a ESB, juntamente com a enfermeira, realiza atividades de educação em saúde nas escolas abordando vários temas de saúde bucal, com aplicação de flúor e ações coletivas de escovação dental supervisionada, abordando as crianças e adolescentes, assim como os pais e professores. Nessas atividades, também são realizados levantamentos epidemiológicos para conhecer melhor o perfil de distribuição das principais doenças bucais, a fim de implementar ações e, posteriormente, avaliar o impacto das medidas adotadas. Os principais grupos etários que procuram atendimento odontológico na referida UBS são os adultos e as crianças, onde estas são acompanhadas periodicamente, devido ao trabalho de informação e educação com os pais. Já os adolescentes são mais omissos, mesmo com os trabalhos preventivos realizados pelos profissionais. Só procuram atendimento em último caso. Porém, a equipe continua investindo esforços com essa faixa etária com relação à saúde como um todo.

Em relação às crianças, Brasil (2008) relata que as ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar, com um trabalho de prevenção direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança. Reforçar sempre junto aos pais, responsáveis, professores, cuidadores de creches e membros das equipes de saúde, a importância da escovação como um hábito fundamental na rotina de higiene do corpo, assim como a promoção da alimentação saudável nessa faixa etária. O mesmo autor aponta que os adolescentes, geralmente, não procuram a unidade de saúde para resolver seus problemas, sendo essa uma das dificuldades da assistência nessa faixa etária, principalmente por se tratar de um período em que aumenta-se o uso de piercings na boca, podendo causar complicações de ordem inflamatória e até infecciosa, além de outros problemas como obesidade, gravidez, depressão, entre outros.

Em relação aos adultos, Brasil (2008) informa que a doença periodontal é um dos principais problemas, onde as diferenças clínicas na severidade e prevalência da periodontite crônica podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tais como, fumo, as condições sistêmicas e pelo componente genético da doença. Afirma também que, a faixa etária dos idosos requer uma avaliação global, envolvendo a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas.

Dessa forma, percebe-se que a educação em saúde nas escolas, creches, na comunidade, durante as visitas domiciliares, é uma forte aliada para o sucesso da saúde não só bucal, mas de uma forma holística. A integração da equipe também é essencial, trabalhando-se de forma multidisciplinar e interdisciplinar. A epidemiologia é de grande relevância para se conhecer e estabelecer ações de saúde e posteriormente, avaliar o impacto dessas ações. O ideal é que a equipe conheça a distribuição das doenças bucais da sua comunidade para que possa agir na faixa etária mais comprometida. Seria de grande relevância a confecção de um cartão odontológico dos clientes cadastrados e atendidos na UBS permitindo que os outros profissionais, além da dentista, pudessem conhecer a história da saúde bucal da comunidade.

2) Análise crítica da condição dentária dos idosos brasileiros.

Atualmente, vários estudos epidemiológicos realizados no Brasil apontam condições bastante precárias com relação à saúde bucal do idoso, condições estas que tendem a se agravar caso não sejam implementadas medidas preventivas, educativas e de reabilitação, destinadas a essa parcela da população que é considerada crescente no País.

De acordo com Motti (2007), dados fornecidos pela Fio Cruz em pesquisa mundial de Saúde Bucal no Brasil revelam que o País concentra 15,5 milhões de brasileiros totalmente sem dentes (edentualismo). O problema é agravado na população idosa, onde cerca de três em cada quatro pessoas acima de 65 anos já não possuem mais os dentes.

O aumento do edentualismo é resultante das precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, além do alto grau de mutilação dentária nessa faixa etária, o que justifica o número de indivíduos que usam ou necessitam de próteses em relação aos demais procedimentos odontológicos e se constitui numa realidade observada no Brasil, sendo as regiões Norte e Nordeste as que detêm uma maior necessidade de prótese dentária (BRASIL, 2006b).

A esse respeito, Pucca Jr. (2000) relata que:

[...] A perda total de dentes (edentualismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

Colussi e Freitas (2002) afirmam que a baixa renda da população dificulta o acesso aos serviços privados e, nos serviços públicos essa forma de atenção não é prioritária, resultando no aumento da quantidade de problemas bucais, tais como, perda dental, sextantes com doença periodontal, lesões da mucosa bucal e necessidade de próteses.

Embora grande parte desse quadro seja originário da situação financeira que inviabiliza a visita e tratamento com dentista, outra parcela de responsabilidade está na falta de conhecimento de informação da população, que desconhece cuidados mínimos para manter a boa higienização da boca e assim evitar o desenvolvimento de doenças (MOTTI, 2007).

Em pesquisa realizada no Ceará em 2004, o CPO-D médio para a faixa etária de 65 a 74 anos foi de 28,35, sendo considerado maior que a média nacional, o que exigirá grandes desafios das instituições de saúde e seus profissionais para melhorar o quadro epidemiológico da saúde bucal no Ceará (CEARÁ, 2004). Além disso, em outro estudo realizado em uma instituição filantrópica de Fortaleza sobre a condição dentária em idosos asilados, foi constatado que 88,8% dos idosos já não tinham mais dentes e que o CPO-D desse grupo foi de 29,73, considerado bastante elevado, o que se faz necessário adotar medidas preventivas, curativas, educativas e reabilitadoras permanentes em idosos institucionalizados, por parte do governo e/ou instituições filantrópicas (GAIÃO; ALMEIDA; HEUKELBACH, 2005).

Autores como Colussi e Freitas (2002) relatam que o serviço público de saúde necessita de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade e que, além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso do edentualismo. Os mesmos autores também chamam a atenção para a implementação de um serviço de prótese dentária no setor público como uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira.

Saliba *et al* (1999) ainda afirmam que:

[...] é necessário conhecer o estado de saúde bucal desse grupo etário, como também obter dados epidemiológicos que sirvam de subsídios para o desenvolvimento de programas direcionados à essa população, que ainda são praticamente inexistentes no Brasil.

Dessa forma, pode-se constatar que a condição de saúde bucal do idoso brasileiro ainda encontra-se muito debilitada, sendo intensificada mais ainda no nordeste brasileiro, principalmente no Ceará, onde se observa um elevado número de edêntulos com necessidade de prótese parcial ou total, além de prejuízos relacionados à capacidade de mastigação, alimentação, comunicação e a interação social gerando um impacto negativo na qualidade de vida dos mesmos, o que requer a atenção de diversas especialidades com ampliação do olhar para o idoso, de forma holística, incluindo a saúde bucal, além de medidas educativas, preventivas e reabilitadoras, visando o bem-estar e a saúde geral dessa população e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida.

Outra questão a se pensar é com relação à implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária nos municípios brasileiros, além da atenção à saúde do adulto hoje para se ter um idoso sadio amanhã. É importante que os profissionais conheçam a condição dentária dos idosos do município no qual estão inseridos, além de realizar pesquisas epidemiológicas com o propósito de planejar ações para melhorar o bem-estar dessa população, bem como identificar a interferência da condição de saúde bucal sobre a vida social e afetiva dos mesmos.

3.7 ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- **A disciplina em questão aborda as conquistas legais da pessoa com deficiência nas questões de saúde e atendimento implementado na unidade de trabalho, bem como as condições de acessibilidade dos serviços de saúde, principalmente das Unidades Básicas de Saúde.**

No Brasil, a situação da assistência à pessoa portadora de deficiência ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. Ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde dessas pessoas e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos. Entre eles: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas. Apesar de algumas conquistas, tais como, a reserva de um percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência, a maior delas foi o resgate à dignidade e à cidadania, garantindo-lhes o direito ao trabalho, a saúde, educação, transporte e o direito de poder atuar como uma pessoa "normal" e não excluída da sociedade. Além disso, os portadores de deficiência têm direito garantido às mesmas atividades inerentes a qualquer cidadão comum, inclusive o direito de ir e vir, locomovendo-se para onde desejar. Porém, esse direito, muitas vezes, é barrado por um simples degrau ou mesmo pela largura inadequada de portas nos serviços de saúde.

Atualmente são poucas as Unidades Básicas de Saúde que têm uma estrutura física adequada para os portadores de deficiência, já que na maioria não existe rampa, nem corrimão. A falta de cadeira de roda é considerado um outro problema, bem como a falta de adaptação nos banheiros e na largura das portas, onde os cadeirantes muitas vezes não conseguem entrar. Os profissionais têm dificuldade de comunicação com as pessoas portadoras de deficiência auditiva, o que proporciona um atendimento de baixa qualidade. O que se observa também é com relação ao transporte até as Unidades Básicas de Saúde, principalmente de cadeirantes, já que a maioria dos ônibus não têm adaptação para esse tipo de passageiro, fora o percurso do ponto do ônibus até o serviço de saúde, na qual apresenta vários obstáculos, além de necessitar da ajuda de uma outra pessoa para concluir esse percurso. Enfim, apesar de algumas conquistas, ainda existe muito a ser feito para esse público.

De acordo com Peixoto *et al*, o cuidado integral aos portadores de deficiência é fundamental, já que os mesmos devem ser inseridos na comunidade e serem assistidos na sua totalidade, havendo a necessidade de ações conjuntas entre equipes de PSF e comunidade, a fim de se conhecer melhor a sua dinâmica, caracterizando as situações de saúde, bem como o estabelecimento do meio no qual o portador de deficiência está inserido.

Para melhorar o quadro atual do portador de deficiência, devem-se preparar melhor os profissionais da área da saúde e educação a fim de se atender as peculiaridades dessa parcela da população de forma humanizada, integral e sem preconceitos, além da instituição de programas de prevenção, habilitação e reabilitação que correspondam às necessidades reais desse grupo populacional, incentivando o autocuidado e o maior engajamento da família na questão da deficiência. Uma outra medida é a adaptação dos serviços de atendimento ao deficiente às suas necessidades, como a construção de rampas, padronizar as larguras das portas de acordo com a lei, construção de banheiros adaptados, corrimões nas escadas, entre outras. O trabalho mais difícil, muitas vezes, não é com o deficiente, mas com a conscientização da sociedade e com a quebra de preconceitos e receios de pessoas e empresas.

3.8 INTERDISCIPLINARIDADE, BIOÉTICA E ABORDAGEM INTEGRAL DOS PROCESSOS DE SAÚDE

- **A disciplina em questão traz uma reflexão sobre o papel da Bioética nas intervenções profissionais, enfocando a integralidade da assistência, bem como a importância da interdisciplinaridade durante a prática das ações de saúde fortalecidas pela diversidade do conhecimento, atitude e habilidade de competência entre as diferenças profissionais da área de saúde.**

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil trouxe um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde consolidadas através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (universalidade, com acesso garantido às ações e serviços de saúde a todas as pessoas; equidade, investindo-se mais onde as necessidades são maiores; integralidade, olhando o indivíduo como um todo; regionalização; hierarquização; descentralização e participação da comunidade). Para atender o princípio da integralidade da atenção, o trabalho na ESF impõe a todos os atores envolvidos uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, o que requer uma alta complexidade de saberes, de desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes por parte de toda a equipe, constituindo-se um desafio.

A interdisciplinaridade surge enquanto uma necessidade de transcender e transformar o conhecimento fragmentado, que impede a troca de saberes e uma ação coordenada. Atualmente, é imprescindível a interdisciplinaridade no contexto da ESF como uma forma de atender holisticamente a população, não só no aspecto físico, mas também no aspecto mental e emocional. Porém, o que se vê são profissionais agindo de maneira isolada, cada um dentro da sua especificidade, sem manter contato com os demais e quem perde são os clientes, o que torna o serviço desorganizado e de baixa qualidade, ferindo um dos princípios do SUS: a integralidade. Um fator que influencia diretamente nesse tipo de situação é, sem dúvida, a formação acadêmica tradicional que esses profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseado em modelos flexnerianos e estáticos, com currículo rígido e pouco conectado as reais necessidades da população (SANTOS; CULOTO, 2004, p.66). Os mesmos autores apontam que o trabalho em equipe multiprofissional da ESF tem exigido dos componentes das equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção a interdisciplinaridade (p.

31). Isso requer ética, respeito, confiança, humildade, empatia, aceitar as diferenças por parte dos profissionais. Enfim, ter a capacidade de dividir poder e somar conhecimento e experiência profissional é o grande desafio para se alcançar a interdisciplinaridade.

Para que o paciente seja visto de forma holística, a relação profissional de saúde-usuário deve ser baseada no respeito mútuo, no respeito às diferentes culturas, religiões, além de permitir que o paciente participe ativamente nas decisões sobre condutas e tratamentos. Enfim, agir de forma ética, onde o bem-estar do ser humano deve estar acima dos interesses da ciência e da sociedade.

3.9 TECNOLOGIA PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE – PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

- **A disciplina em questão enfoca as práticas pedagógicas em atenção básica em saúde, visando melhorar as atividades educativas na área de abrangência de um determinado território, utilizando-se de algumas estratégias ou tecnologias como o acolhimento, a visita domiciliar, o trabalho com grupos e a consulta como uma forma de estabelecer vínculos com a comunidade e contribuir para uma mudança real da situação de saúde da população.**

Para melhorar o quadro de saúde da população adscrita em determinado território, deve-se investir na qualidade das atividades educativas como uma forma de intervir na realidade, buscando resultados positivos e que dêem respostas efetivas e eficazes à comunidade, ou seja, visar uma educação que permita a troca de conhecimentos entre profissionais e a comunidade, mantendo o respeito pela cultura, religião e autonomia das pessoas, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população e não apenas transmitir conhecimentos, já que estes, nem sempre, produzem mudanças de comportamentos, hábitos.

É importante que os profissionais de saúde conheçam as reais necessidades da população, a fim de se estabelecer as melhores estratégias de ação, bem como saber como as pessoas percebem àquele problema vivenciado pela comunidade. Os profissionais devem usar uma linguagem que as pessoas compreendam, colocando-se no lugar do outro, além de saber ouvir. Enfim, estabelecer a prática da educação em saúde na comunidade como uma forma de desenvolver nas pessoas um senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertence, de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva, evitando-se críticas e procurando corrigir e informar o que pode ser melhorado.

Uma das estratégias utilizadas na abordagem à comunidade é a visita domiciliar, a qual permite conhecer a real situação da população em seus diferentes aspectos (econômicos, religiosos, culturais), identificar áreas de risco, conhecer as doenças prevalentes naquele território, além de permitir o estabelecimento de vínculos afetivos com a comunidade. Outras estratégias utilizadas são o acolhimento, que também permite a formação de vínculos com a população; o trabalho com grupos; e a consulta, através de uma escuta ativa, estabelecendo empatia e confiança e permitindo que o mesmo participe nas tomadas de decisão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010e).

A luta é difícil, devido às dificuldades, como a falta de espaço nas próprias Unidades Básicas de Saúde, assim como o desinteresse da população, mas não se deve desanimar, buscando sempre alternativas para que a comunidade passe a atuar como co-responsável e co-participante do processo.

3.10 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

- **A disciplina em questão enfoca os aspectos gerais do planejamento em saúde considerando intervenções que dêem respostas efetivas e eficazes às necessidades de saúde da população, os interesses dos envolvidos e os possíveis conflitos considerados. Além disso, traz também um relato de experiência sobre a construção de um Plano de Ação a partir de um diagnóstico situacional vivenciado pela Equipe de Saúde da Família em seu cotidiano.**

A elaboração de um planejamento em saúde requer conhecimento do território de abrangência em que se está atuando, seus pontos críticos, sua população, os principais agravos, podendo-se utilizar os indicadores de saúde existentes, além de contar com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já que estes têm um contato mais direto com a população e áreas críticas, podendo-se identificar com mais facilidade as principais vulnerabilidades e doenças prevalentes, ou seja, para se fazer um planejamento, deve-se ter um diagnóstico da situação, fazer um levantamento dos problemas existentes, além de se ter em mente as suas limitações para resolvê-lo, selecionando as prioridades.

De acordo com Universidade Federal do Ceará (2010f), o ponto de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, deve ser considerado, já que o planejamento é visto como um processo participativo, criando-se uma co-responsabilidade entre os atores envolvidos. Isso faz com que os diferentes protagonistas envolvidos explicitem suas opiniões, pontos de vista e estabeleçam estratégias relevantes para se chegar a uma situação desejável de forma que todos contribuam para tal finalidade.

O plano de ação desenvolvido pela nossa equipe enfoca um problema cotidiano e relevante em nossa realidade, porém, muito difícil de trabalhar, pois envolve diferentes pessoas e setores, e nem sempre o resultado é como almejamos, que é o problema das drogas na adolescência, uma vez que, acaba repercutindo na família, na escola e na comunidade, muitas vezes, gerando violência e desestruturação familiar.

PLANO DE AÇÃO

PROBLEMA: “DROGAS NA ADOLESCÊNCIA”

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Atualmente, o uso de drogas é um dos principais problemas de Saúde Pública e traz sérias conseqüências para os envolvidos diretos, bem como para a família e para a sociedade. A adolescência é o período de maior vulnerabilidade porque é nessa fase que os adolescentes começam a ter contato com as drogas, na maioria das vezes, por influência de amigos, por achar que ao experimentar uma vez não vão desenvolver dependência, entre outras causas.

No Brasil, até o início da década de 80, os estudos epidemiológicos não encontravam taxas de consumo alarmantes entre adolescentes. No entanto, levantamentos realizados a partir de 1987 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID) têm documentado uma tendência ao crescimento do consumo, principalmente entre adolescentes (MARQUES; CRUZ, 2000, p. 32).

Hoje, dentro do Programa Saúde da Família, percebe-se a necessidade de intervir nesse grave problema com implementação de ações que visem à redução do mesmo e que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida desses adolescentes, bem como das pessoas que convivem com eles, principalmente a família.

PUBLICO ALVO

- Adolescentes dos colégios Públicos e Particulares do município de Caucaia na faixa etária de 12 a 19 anos de idade.

SUJEITOS DA AÇÃO

- Profissionais do PSF (Médicos, Enfermeiros, ACS, Dentistas, Auxiliares de Enfermagem); Líderes Comunitários; Professores e Diretores; Secretarias de Educação e Saúde; População em geral.

COMO?

- Palestras escolares;
- Educação em saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde e Escolas;
- Capacitação de profissionais para que os mesmos sejam facilitadores dentro da comunidade;
- Criação de um grupo de apoio para os adolescentes usuários de drogas e para família do mesmo na própria comunidade, através do estabelecimento de parcerias com instituições sociais e do Governo;
- Mobilizações sobre o tema;
- Promover cursos profissionalizantes para retirar os adolescentes da ociosidade e garantir inserção social;
- Sensibilizar os adolescentes para a prática de atividades esportivas;
- Divulgação do tema em rádio local.

ONDE?

- Postos de saúde;
- Escolas;
- Praças Públicas;
- Instituições Sociais;
- Rádio local.

QUANDO?

- 01/01/12 à 31/07/12

P.S: Podendo ser prorrogado pelo tempo que a equipe e população acharem necessário.

4 CONCLUSÕES

O Programa Saúde da Família se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde já que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção, o SUS, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da comunidade.

O Curso de Especialização em Saúde da Família abriu espaço para que os profissionais de saúde da atenção primária tivessem a oportunidade de se capacitar e aprimorar seus conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS, permitindo a criação de vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade, proporcionando uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país.

A educação à distância, modalidade de ensino-aprendizagem utilizada no curso em questão, propiciou o desenvolvimento do senso crítico e aprendizagem em relação ao conteúdo apresentado, além de proporcionar a troca de informações e uma maior interação entre os participantes através do ambiente virtual de aprendizagem (AVA), contribuindo para a troca de experiências entre os participantes, o esclarecimento de dúvidas, bem como o enriquecimento do conhecimento já estruturado.

A construção do portfólio no decorrer do curso foi um processo inovador, pois a maioria dos cursistas ainda não tinha passado por essa experiência, porém bastante enriquecedor, pois permitiu o compartilhamento das experiências vivenciadas, reflexão sobre os conteúdos ministrados e a relação destes com a realidade da equipe de saúde da qual fazemos parte, além de permitir ao aluno o acompanhamento do seu próprio desenvolvimento para que este possa atuar na sua realidade de forma eficaz e efetiva, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do Município, avançando na superação das desigualdades.

5. REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Beatriz. Doença Mental e Insuficiência Mental. **Net**, São Paulo, abril, 2011. Disponível em: <http://www.blogspot.com/2011/04/10352-doenca-mental-e-insuficiencia.html>. Acesso em: 19 maio 2011.

BELLONI, Maria Luiza. **Educação a distância**. Campinas: Autores Associados, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2004a. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 27 setembro 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: MS, 2004b. 86p.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>. Acesso em: 19 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de Acidentes do Trabalho: Fatais, Graves e com Crianças e adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Saúde do Trabalhador; 2. Protocolos de Complexidade Diferenciada. Brasília: MS, 2006a. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Caderno de Atenção Básica nº 17. Brasília: MS, 2006b, 92p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Série A - Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Brasília, 2008. 92p.

_____. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Campanha de prevenção de Câncer de colo de útero**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6805. Acesso em: 23 junho 2011.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Educação. **1º CREDE – Maracanaú**, 2011b. Disponível em: http://www.crede01.seduc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=164&Itemid=160. Acesso em: 16 setembro 2010.

CEARÁ. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SB Ceará: resultados finais**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2004, 47p.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos Epidemiológicos da Saúde Bucal do Idoso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, 2002.

COSTA, Daniela Carvalho, 2009. Assistência Multiprofissional à Mulher Vítima de Violência Doméstica em Centro Especializado de Referência. 2009. 65f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado) – Faculdade Metropolitana de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

ESPÍNDOLA, M. A. J.; ARRUDA, D. O. Desenvolvimento sustentável no modo de produção capitalista. **Revista Visões**, 4. ed. v. 1, n. 4, jan./jun. 2008. Disponível em: http://www.fsma.edu.br/visoes/ed04_Desenvolvimento_sustentavel_no_modos_de_producao_capitalista_Michely.pdf. Acesso em: 11 março 2011.

GAIÃO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 316-323, 2005.

GARCIA, Antonio Carlos. **Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores na Indústria do Vestuário em Colatina – ES**. 2006. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

GIODA, Adriana. **Problemas Ambientais: Temos consciência da influência dos mesmos em nossa vida?** 2010. Disponível em: http://www.terrabrasil.org.br/noticias/materias/pnt_Problemasamb.htm. Acesso em: 12 março 2011.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 32-36, 2000.

MOTTI, Mônica Cristine Joye. **Saúde Bucal dos Idosos**, 2007. Disponível em: <http://www.medicinageriátrica.com.br/2007/01/27/saude-bucal-dos-idosos/>. Acesso em: 23 abril 2011.

PEIXOTO, A. C. *et al.* **Cuidado integral aos portadores de deficiência visual no Programa Saúde da Família de Monsenhor Tabosa – CE**. Disponível em: <http://voticsxs1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE1007-1.pdf>. Acesso em: 02 junho 2011.

PUCCA Jr., G. A. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter**. 2000. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5>. Acesso em: 23 abril 2011.

QUEIROZ, Silvia Maria Prado Lopes. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos de vida: gestante e bebê. **Revista CRO Paraná**, v. 11, n. 51, p. 8-9, 2005.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

SALIBA, C. A. *et al.* Saúde Bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v. 53, p. 279-282, 1999.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 31-74, 2004.

SOUZA, Meyrizangela Francisco (2008). **O Homem e a Natureza**: uma relação desarmônica. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/12994/1/O-Homem-e-a-Natureza-Uma-Relacao-Desarmonica/pagina1.html>. Acesso em: 11 março 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família. **O Curso**. Fortaleza, 2010a. Disponível em: <http://www.nuteds.ufc.br/cesf/index.php/o-curso>. Acesso em: 22 outubro 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **O que é educação a distância?** Fortaleza, 2010b. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_01/. Acesso em: 20 agosto 2010.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Construções históricas, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil**. Fortaleza, 2010c. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_ment/aula_01/. Acesso em: 17 dezembro 2010.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Assistência durante a gestação e o puerpério**. Fortaleza, 2010d. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_02/. Acesso em: 29 janeiro 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Tecnologias para a Abordagem ao Indivíduo, família e comunidade**. Fortaleza, 2010e. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_3/. Acesso em: 25 outubro 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Planejamento no SUS**. Fortaleza, 2010f. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_05/. Acesso em: 30 outubro 2011.