

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

MARIANA DE SANTANA COSTA

A ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DA
ATENÇÃO BÁSICA: INFLUÊNCIA NA MELHORIA DO SERVIÇO

FORTALEZA

2011

MARIANA DE SANTANA COSTA

**A ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO
BÁSICA: INFLUÊNCIA NA MELHORIA DO SERVIÇO**

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

Orientador: Prof. Renata Candida Lopes Rodrigues

FORTALEZA

2011

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

-
- C874e Costa, Mariana de Santana.
A Especialização em saúde da família e o profissional da atenção básica:
influência na melhoria do serviço / Mariana de Santana Costa. – 2011.
55 f.: enc.; 30 cm.
- Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade
Aberta do SUS, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária,
Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde (NUTEDS),
Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profa. Renata Cândida Lopes Rodrigues.
1. Saúde da Família. 2. Educação a Distância. 3. Atenção Primária à Saúde.
I. Título.

MARIANA DE SANTANA COSTA

**A ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO
BÁSICA: INFLUÊNCIA NA MELHORIA DO SERVIÇO**

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

Aprovada em 09 / 12 / 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Renata Candida Lopes Rodrigues – Orientadora

Prof. Risolinda Rodolfo de Sá Batista (1º Avaliador)

Prof. Cleandro Souza Vieira (2º Avaliador)

Dedicatória
Ao meu filho

AGRADECIMENTOS

À Deus e a todos que colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm priorizado o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, como forma de reverter o modelo assistencial que tem por base a cura das doenças através de uma assistência especializada, centrada em hospitais. Um dos maiores desafios à implantação desse novo modelo é a carência de profissionais com o perfil exigido para o seu desenvolvimento. Dessa forma o Ministério da Saúde junto com o Pólo de Capacitação Permanente para o SUS, através da Universidade Aberta do SUS e o Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância da Universidade Federal do Ceará, disponibilizam o Curso de Especialização em Saúde da Família com o objetivo Formar Especialistas em Saúde da Família com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência do referido curso por meio da elaboração de portfólios que foram construídos ao final de cada disciplina cursada. Após a conclusão do curso os cursistas tem a capacidade de encarar o saúde da família de forma mais competente, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde.

Palavras-chaves: Saúde da Família. Atenção Básica. Educação a Distância.

ABSTRACT

The Ministry of Health, the State Department of Health and the Municipal Department of Health have been prioritizing the development of the Health of Family Strategy, as means to revert the current assistance model, which it has for base the cure of the diseases through a specialized attendance, centered at hospitals. One of the largest challenges to the implantation of that new model, it is lack of professionals with the demanded profile for the development. In that way the Ministry with the Pole of Permanent Training for SUS, through the SUS Open University, the Nucleus of Technologies and Distance Education and the Federal University of Ceará, arrange a Health Specialization Course in Health of Family with the objective to graduate experts in health family with knowledge, abilities and necessary attitudes for the competent performance in the basic attention in SUS system. This work is a practice report through a portfolio presentation. After the conclusion of this course the participants have the capacity to face the health of family in a more competent way, in agreement with the Ministry of Health proposal.

Key Words: Health of Family, basic attention, distance education

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
3	METODOLOGIA	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	15
4.1	Disciplina 01 – Educação à Distância	15
4.2	Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde	17
4.3	Disciplina 03 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	19
4.4	Disciplina 04 – Saúde Mental e Violência	22
4.5	Disciplina 05 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde da Mulher	26
4.6	Disciplina 06 -Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	31
4.7	Disciplina 07 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	35
4.8	Disciplina 08 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	38
4.9	Disciplina 09 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	41
4.10	Disciplina 10 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	48
4.11	Disciplina 11 – Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O atual modelo de saúde do Brasil, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS), é resultado de um processo histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro, intensificado a partir das décadas de 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira. O SUS vem com uma proposta de maior equidade, eficácia, e eficiência, caracterizada por atenção integral, universal, baseada na promoção de saúde, estabelecendo um paradoxo em relação aos modelos anteriores que se caracterizavam por uma assistência hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil, dicotômica e pouco resolutiva. (PEREIRA, 2003).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, em que se trabalhava tendo a família como unidade de ação programática, conseguiu alcançar bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, a partir daí buscou-se uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de saúde da Família. (Viana e dal Poz, 1999). A Equipe de Saúde da Família tem como objetivo maior a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade (UFC, 2011). O PSF estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. Integra-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurado-se a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica. (BRASIL, 2004)

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/

SUS), documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema (Ministério da Saúde, 1986, 1998, 2002). Neste sentido, o Ministério da Saúde, junto com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), que contemplava em uma de suas modalidades o incentivo à expansão do PSF, criou, ainda em 1998, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), um projeto dinamizador para a implementação da saúde da família — os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família — cuja concepção orientadora foi a de fortalecer a articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes (GIL, 2005).

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm priorizado o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, como forma de reverter o modelo assistencial atual, que tem por base a cura das doenças através de uma assistência especializada, centrada em hospitais, que tem se mostrado oneroso e ineficaz para a resolução dos problemas de saúde mais prevalentes. Um dos maiores desafios à implantação desse novo modelo é a carência de profissionais com o perfil exigido para o seu desenvolvimento. Dessa forma, o Ministério da Saúde vem estimulando a revisão dos currículos de graduação para aproximar o ensino da realidade vivenciada na rede de atenção primária e a implantação de residências e cursos de especialização multiprofissionais em Saúde da Família. Nesse contexto o Pólo de Capacitação Permanente para o SUS, propõe a criação dos cursos de especialização Multiprofissional em Saúde da família, acreditando que, além de adequar o perfil dos profissionais egressos às necessidades de saúde da população, tal iniciativa otimiza os recursos do SUS, redirecionando o ensino na área de saúde, de forma a adequá-lo ao que hoje corresponde à tendência internacional, abrangendo, inclusive, os serviços privados de saúde (GIL, 2005).

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que criou, em 2008, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Trata-se, portanto, de programa que estabelece condições para o funcionamento de rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS para atender às necessidades de formação e educação permanente no âmbito da Saúde Coletiva e Atenção Básica nos municípios brasileiros. No Ceará, o referido curso integra-se ao Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS), da Universidade Federal do Ceará (UFC), mediante parceria com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, integrando o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros. O convênio foi firmado entre essas instituições para construir um complexo formador de profissionais em saúde com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na atenção básica dentro da rede do SUS (UFC, 2011).

Atuo na atenção básica como cirurgiã-dentista desde julho de 2008, mês e ano de formatura. A equipe de saúde bucal foi minha primeira experiência como cirurgiã-dentista pois. Embora venha de uma formação recente, o saúde da família requer muito mais da gente do que é oferecido na graduação. Logo senti a necessidade de me aprofundar nessa questão, fiquei muito feliz quando nosso município (Chaval-CE) foi contemplado com um Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Básica oferecido pela Escola de Saúde Pública do Ceará, em agosto de 2008. Essa foi minha primeira experiência em Ead e eu gostei do resultado. Terminado o curso ainda senti necessidade de mais conhecimento. Fiz um curso de Odontologia em PSF em março de 2009 pela internet e quando surgiu a possibilidade de uma especialização em Saúde da Família fiquei muito feliz, pois já esperava formar uma turma na minha cidade (Parnaíba-PI) para iniciar o curso.

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 sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional.

3 METODOLOGIA

Este trabalho é baseado em um relato de experiência ao longo do curso de especialização em saúde da família por meio de portfólios.

O curso é composto por disciplinas apresentadas sob a forma de módulos, que compõem as Unidades Didáticas, conforme apresentado a seguir: Educação a Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde; Saúde Mental e Violência; Saúde da Mulher; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde. Durante o curso, várias foram as atividades propostas, como fóruns, chats, leituras complementares, e ao final de cada disciplina, a sistematização do conhecimento adquirido foi mediante a produção de portfólio.

Os portfólios foram apresentados em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada. Para construção dos portfólios que foram produzidos ao final de cada disciplina cursada, foram utilizados relatos da prática profissional, reflexões produzidas nos fóruns, leituras complementares disponibilizadas no ambiente AVA, além de pesquisas pessoais.

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Educação a distância

4.1.1 O que é Educação à Distância

De acordo com o decreto 2.494 de 10/02/1998, Educação à Distância, EAD, é uma modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempo diversos. EaD online, é aquela que se pratica empregando as denominadas ferramentas da internet. É necessário que o aluno, para garantir sucesso, domine habilidades novas, ou **seja, o** aluno online deve forçosamente saber utilizar um computador, acessar a internet, manusear um processador de texto, uma planilha, receber e enviar mensagens eletrônicas. (UFC, 2011)

Explicar o que é Educação a Distância (Ead), na atualidade, talvez não seja tão complicado quanto mostrar como a subversão de alguns de seus paradigmas mais básicos dificulta bastante a obtenção dos bons resultados esperados. É muito provável que isso ocorra, inicialmente, como consequência de três fatores:

- (1) uma aparente facilidade proporcionada pelo indiscutível avanço tecnológico das últimas décadas (algumas ferramentas têm seu uso tão banalizado que ninguém pensa em utilizá-las com fins educacionais, que elas possam ter aplicações pedagógicas);
- (2) a exclusão digital ainda elevada e o baixo letramento digital, como faces perversas de uma mesma moeda;
- (3) uma grande carência de profissionais com formação adequada para trabalhar dentro dos novos paradigmas que a EaD *online* propõe, e entre eles os professores merecem singular destaque. (UFC,2011)

4.1.2 Autonomia e autodidatismo

A autonomia pressupõe que o aprendiz estabeleça uma agenda pessoal que guiará/reorganizará seus estudos, tome iniciativas “moldando” sua própria aprendizagem e tenha a capacidade de avaliar o sucesso deste processo. De acordo com esta definição, “a autonomia do aprendiz requer não só a aprendizagem, mas aprender a aprender”(WISSSMAN, 2006). O fato de se colocar o docente “distante” fisicamente do aluno ou de disponibilizar todos os recursos didáticos em meios digitais ou eletrônicos

não é garantia de um processo de autonomia na aprendizagem e não assegura um processo de autodidatismo (SALDANHA, 2008).

Ser autodidata é pesquisar tomando a iniciativa de fazê-lo e sem esperar comandos, ou ordens, ou determinações de quem quer que seja, ou do que quer que seja. É uma espécie de instinto. Tem suas origens, possivelmente, numa das mais básicas características do ser humano, a curiosidade.(UFC, 2011)

4.1.3 Interação na Ead online

A interação é definida como uma ação de reciprocidade entre dois ou mais atores onde há intersubjetividade, isto é, há o encontro de sujeitos, mais do que somente partilha de idéias, o que pode ocorrer direta ou indiretamente, com a mediação de recursos tecnológicos (interação mediatizada). (BELONNI, 2003)

4.1.4 Avaliação na Ead online

Um dos aspectos fundamentais para qualquer modalidade de ensino, programa ou curso é a avaliação da aprendizagem. (UFC,2011)

O *Moodle*, ambiente de aprendizagem que é adotado no curso, é um sistema para criação e administração de cursos a distância, gratuito, projetado a partir de princípios pedagógicos que permitem a criação de comunidades virtuais de aprendizagem efetivas. (UFC, 2011)

Dentre as muitas formas de avaliação utilizadas na EaD online, temos: Testes e provas; Auto-avaliação; Avaliação colaborativa; Reflexões críticas sobre o curso, as tarefas e a aprendizagem como um todo; Projetos, artigos e tarefas colaborativas de grupo; Avaliação crítica das contribuições para o fórum de discussão; Diários e portfólios.(UFC, 2011)

4.1.5 Impactos da disciplina

A disciplina foi de extrema importância para o andamento do curso, pois nela se pode aprofundar o conhecimento de como funciona o sistema de Educação à Distância e assim podemos lidar com as ferramentas que constituem este sistema, ambiente moodle, AVA, TIC.

4.2 Processo de trabalho em saúde

4.2.1 Introdução à disciplina

O foco dessa discussão é o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (SF) no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reorganização da atenção básica em saúde (ABS) tendo como base a estratégia de Saúde da Família (UFC, 2011).

4.2.2 Processo de trabalho em saúde no Brasil

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercialização no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. (PIRES, 2000)

O Brasil vem apresentando uma história com objetivos crescentes como fator de desenvolvimento orgânico nacional. Somente por volta dos anos trinta do século passado, o país assume o processo de trabalho em saúde como, setor orgânico do aparelho ideológico do Estado Brasileiro. O aparelho ideológico do Estado/União inicia as ações de políticas públicas do setor saúde, seguindo as recomendações de órgãos internacionais como Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Os determinantes sociais de saúde da época centravam na atenção de saúde no indivíduo. O homem como ser biológico do processo saúde/doença. A visão holística apenas era recomendada no campo teórico (UFC, 2011).

Diante de questionamentos surgidos na conjuntura atual, considera-se da maior importância a criação de um clima organizacional no ambiente de trabalho, capaz de estimular a sensibilidade para os princípios da família, seu desenvolvimento na busca da paz e do amor em um mundo de tantas mensagens de caos (UFC, 2011)

4.2.3 O Processo de trabalho em Atenção Básica de Saúde

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizado do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO et al, 2004).

O processo de trabalho em saúde pode ser compreendido pelas suas especificidades filosóficas das ações em tempos e movimentos em uma temporalidade e território definido em seu contexto social. Tomando-se como base a consistência das atenções básicas de saúde, pode-se dizer que algo é mais importante quando mensurado em um quadro do planejamento formal e funcional para um objetivo definido (UFC, 2011).

Estratégia fundamental na construção do SUS, a descentralização visa a melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país. Além disso, tem por objetivo, em cada local, conferir mais autonomia aos dirigentes e trabalhadores da saúde para, junto com a população, conhecer a realidade e, a partir deste conhecimento, planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, com eficiência e eficácia, aos problemas e às demandas ali identificados. Assim, a partir da descentralização, desencadeiam-se os processos de regionalização e de municipalização da saúde (UFC, 2011).

A comunicação bem feita junto ao usuário cuida da formação de uma cultura de conhecimentos sobre as referências organizacionais do atendimento nos vários níveis de atenção do processo de trabalho em saúde (UFC, 2011).

4.2.4 Impactos da disciplina

Em nosso cotidiano - da vida e do trabalho – temos dificuldades para refletir sobre o modo como estamos agindo. Às vezes fazemos as coisas de forma mais ou menos automática, guiados pela nossa intuição ou pelo senso comum. Assim sendo, nossas atitudes podem não ser as mais adequadas, podem não ser as mais eficazes e, conseqüentemente, não conduzir aos resultados que desejamos. Mas também podemos dizer que o treinamento é uma ferramenta que proporciona o aperfeiçoamento ou a inclusão de conhecimentos, habilidades e atitudes.

O Saúde da Família tem como proposta a promoção de saúde a toda a população, dessa forma, a gente se depara com as mais variadas culturas.

Ao atuar no Saúde da família o profissional deve ter um conhecimento prévio a respeito da cultura local, e a partir vai poder desenvolver suas ações com mais segurança, focando na estrutura familiar. O mais difícil é quando em algumas situações é preciso mudar essa cultura local, ai é onde a comunicação, a educação em saúde, e a mudança no processo de trabalho em saúde têm importância fundamental que, embora às vezes atuando de forma lenta, alcança resultados positivos.

Não há dúvidas da importância da comunicação no sucesso do processo de trabalho entre profissionais de saúde e sua clientela, de forma que para conseguir avanço no processo de cura de qualquer doença tem que se estabelecer vínculo de confiança com a clientela para que esta acredite nas informações prestadas, e isso só é conseguido através de um eficiente processo de comunicação.

Outro fator determinante no Processo de Trabalho em Saúde são os determinantes sociais, visto que dependendo da forma como aquela sociedade está organizada é que se pode trabalhar em cima da sua transformação o que resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica.

4.4 Modelo assistencial e atenção primária à saúde

4.3.1 Modelo Assistencial

Os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que utilizamos para abordá-los. Isso também ocorre com o trabalho das diversas corporações de trabalhadores e sua valoração social(UFC, 2011). Modelos assistenciais em saúde devem ser compreendidos como um conjunto de atividades técnicas e tecnologias que têm o objetivo de atender as necessidades de saúde de uma população (SILVA, 2010).

No Brasil, diversos modelos de saúde se desenvolveram em diferentes momentos da história. Assim, no início da República, a organização de campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil transformou-se em uma política de saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora daquela época e se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às endemias e epidemias (UFC, 2011).

Historicamente marcado por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica, o sistema de saúde brasileiro carecia de mudanças profundas e radicais. Esse aspecto sofreu rupturas com o desenvolvimento da atenção primária, através de equipes multiprofissionais, estratégica e prioritariamente implantadas nas áreas de maior vulnerabilidade das cidades. Reafirmando os princípios do SUS, o PSF se expandiu rapidamente e passou a assumir o *status* de "estratégia"(SILVA, 2010).

4.3.2 Atenção Básica a Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A ESF pressupõe o trabalho em equipe como uma forma de consolidar a proposta de mudança do modelo. No modelo tradicional, o trabalho ocorria, quase exclusivamente, por meio de consultas individuais, em número fixo, desagregadas por área de conhecimento – medicina, enfermagem, odontologia, tendo o corpo doente como objeto e a cura como objetivo (BRASIL, 2006)

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2006).

A Equipe de Saúde da Família tem como objetivo maior a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade. Como objetivos específicos pretende reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da

população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários (UFC, 2011).

4.3.3 O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial

A mudança do modelo assistencial é um processo gradativo no qual o peso de cada grupo de ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde vai mudando, sempre no sentido de aumentar o tempo destinado às atividades que busquem a melhoria da qualidade de vida da população, diminuindo, por outro lado, o tempo destinado às ações curativas (UFC, 2011).

Discutindo a substituição do modelo tradicional pela Estratégia Saúde da Família (ESF), Teixeira (2002), destaca que além da dimensão técnico-assistencial, relacionada às práticas de trabalho, outras dimensões devem ser envolvidas no processo de mudança. A autora aponta que os aspectos gerenciais ou político-institucionais e organizativos são também fundamentais no processo de mudança e afirma que a transformação do modelo exige a sinergia entre as três dimensões apresentadas.

Para a mudança de modelo assistencial preconizada pelo Sistema Único de Saúde é necessário que todas as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde se façam na perspectiva de concretizar, na prática, os princípios e diretrizes constitucionais: universalidade, equidade, integralidade e controle social (UFC, 2011).

4.3.4 A qualidade na prestação do cuidado em saúde

Além dos princípios e diretrizes constitucionais que devem reger os processos de atenção à saúde, alguns atributos dizem respeito à qualidade do cuidado, são eles: eficácia, eficiência, efetividade, equidade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, aceitabilidade, otimismo (UFC, 2011).

Os serviços de saúde são organizações bastante complexas, e um de seus maiores desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde. No caso da Estratégia de Saúde da Família, na maior parte das situações, é a própria Equipe que tem a responsabilidade de gerir seu processo de trabalho. Nesse modelo de organização é exigido que a Equipe tenha competência, não somente técnica e política, mas também gerencial. Dessa forma, é da maior importância a discussão de um modelo de gestão que dê a essas Equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia (UFC, 2011).

O desafio que se tem é promover uma mudança de cultura, o que demora certo tempo. Se fosse possível uma mudança no nível das regras, isso determinaria uma mudança no processo de gestão local. A Estratégia da Saúde da Família, ao definir uma área de abrangência e vincular a Equipe a uma dada população, aumenta o grau de responsabilidade da Equipe com sua clientela. Isso, aliado à clareza da missão e ao aumento da autonomia da Equipe, pode propiciar um aprimoramento do processo de gestão local e a obtenção de melhores resultados e satisfação com o trabalho (UFC, 2011).

4.3.5 Impactos da disciplina

A disciplina foi de fundamental importância para aumentar meu embasamento teórico a respeito do SUS e reforçar a importância da mudança do modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico para o modelo atual que visa a promoção de saúde.

O módulo retratou a Estratégia Saúde da Família como fator primordial no sucesso desta mudança, e como profissional inserido nesse programa, o estudo ajudou na tomada de medidas para a realização de tal mudança.

4.4 Saúde mental e violência

4.4.1 Construções histórica, política e cultural da psiquiatria e saúde mental no Brasil

Para compreensão do título da disciplina “Saúde Mental e Violência” podemos observar que estamos em muitas situações diante da “violência na psiquiatria” quando essa violência está perpetrada pelo conhecimento científico e se mantém nas instituições psiquiátricas, pois a existência destas é feita por muitos de nós profissionais com nossos “muros” internos os quais segregamos e separamos a pessoa em sofrimento mental de sua cidadania e comunidade (UFC, 2011).

Durante a segunda metade do século XX, a assistência psiquiátrica passou e vem passando por profundas mudanças nos países ocidentais, inclusive o Brasil. Tais mudanças culminaram na reforma psiquiátrica, que determinou o surgimento de um novo paradigma científico e novas práticas de assistência em saúde mental (ANTUNES, 2007).

Nos anos 1960, inicia-se o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e a incorporação de propostas desenvolvidas na Europa, como a *psiquiatria preventiva e comunitária* – expandindo serviços intermediários; e as *comunidades terapêuticas* – buscando a humanização dos hospitais (BORGES, 2003).

O modelo assistencial era calcado no tratamento em instituições de perfil totalitário e a forma de abordar o binômio saúde–doença mental gerou, ao longo de um século e meio, a exclusão social de uma parcela significativa dos portadores de transtornos mentais. Verificamos também que, nos últimos 30 anos, o Brasil tem construído um novo modelo assistencial focado na desinstitucionalização dos pacientes asilados e na promoção da inclusão social (UFC, 2011).

Só em 1978 começa a ser constituído o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, ganhando expressão o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que, num primeiro momento, incorpora críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, marcando sua entrada no aparelho público (BORGES, 2008).

Em aliança com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), articulador político-ideológico da reforma sanitária, o MTSM fortaleceu seu discurso técnico e desenvolveu sua postura política. No final da década de 1980 ocorre uma inflexão em sua trajetória com a incorporação da noção de desinstitucionalização na tradição Basagliana, ou seja, uma ruptura com o paradigma psiquiátrico, denunciando seu fracasso em agir na cura, sua aparente neutralidade científica, sua função normalizadora e excludente, e a irrecuperabilidade do hospital como dispositivo assistencial. O MTSM passa a apostar na desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico etc., que lhe confere sustentação, e em 1987, adota o lema "*por uma sociedade sem manicômios*", que alimenta novas propostas de cuidado na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) (BORGES, 2008).

Das importantes experiências desenvolvidas nesse processo, uma delas ganha destaque pela aproximação com a experiência Basagliana: em 1989 o Município de Santos, São Paulo, implanta uma rede essencialmente pública de atenção territorial, de caráter substitutivo ao hospital e composto de uma estrutura complexa, capaz de responder a qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológica e de caráter social. No mesmo ano é apresentado pelo Dep. Paulo Delgado, o *Projeto de Lei nº. 3.657/89*, dispondo "*sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória*" (BORGES, 2008).

4.4.2 A assistência e a clínica

A assistência à doença mental, em toda a sua história, sempre registrou a impossibilidade da família estar junto, conviver e cuidar do doente mental. Tratar a pessoa em sofrimento mental significou, durante décadas, o afastamento do convívio social e familiar (UFC, 2011).

Segundo Saraceno (1999), passar de uma atenção biomédica a uma abordagem psicossocial obriga à adoção de mudanças importantes:

- na formulação das políticas de saúde mental;
- na formulação e no financiamento de programas de saúde mental;
- na prática cotidiana dos serviços;
- no status social dos médicos.

Essa passagem é norteada por uma forte resistência cultural, social e econômica à transformação da assistência em saúde mental. A abordagem psicossocial acentua o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental (SARACENO, 1999).

Roteiro de indicadores para auxiliar o diagnóstico em saúde mental:

1. Internações psiquiátricas por ano.
2. Tentativas de suicídio atendidas por ano (registrar proporção que evoluiu para óbito).
3. Número de pessoas acompanhadas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas por mês.
4. Número de pessoas acompanhadas com transtornos psicóticos por mês.
5. Número de pessoas acompanhadas em uso de benzodiazepínicos por mês.
6. Número de encaminhamentos para os serviços de saúde mental por mês.
7. Presença de matriciamento regular da saúde mental (pelo menos uma supervisão a cada dois meses por profissional de saúde mental, nas unidades básicas de saúde) (UFC, 2011).

A relação entre os profissionais de saúde mental e da atenção primária deve ser pautada pela assistência junto ao portador de transtorno mental. O plano terapêutico deve ser definido de acordo com o grau de complexidade do caso e não pela conduta burocratizada da referência e da contrarreferência, quando quem encaminha “se sente aliviado” e quem recebe “arca com o ônus” do encaminhamento. Lembre-se de que o usuário não pertence a este ou àquele serviço da rede de saúde, mas que o local e a

definição do atendimento irão depender da situação específica de cada caso, respeitando-se os parâmetros de acessibilidade, equidade e resolubilidade (UFC, 2011).

4.4.3 Estratégias em saúde mental

O conhecimento de nossas potencialidades e limites, tanto em nossos aspectos pessoal, existencial, profissional e social, possibilita o assistir ao outro a cada dia de forma integral e holística. Nossas escolhas diárias e pensamentos a cada momento são determinantes para que cada célula em nosso corpo físico seja ativada e continue sua função de mantermos nossa auto-regulação para nossa vida (UFC, 2011).

No cotidiano de nossa sociedade estamos diante com situações que nos causam dificuldade o que pode nos deixar vulneráveis a crises, como por exemplo, perdas de pessoas significativas, luto, nascimento de um filho. Alguns eventos podem causar crise que terão reações diferenciadas em cada ser humano, assim a percepção de cada situação estressante irá depender da extensão da ameaça de quem está vivenciando. Crise é um estado de manifestação aguda ou agravamento de doença física, mental ou emocional. Manifestação de desequilíbrio emocional evidenciado pela inabilidade para resolver o problema perante a situação ou o evento real percebido que envolve mudança, perda ou ameaça biológica, psicológica, social, cultural, espiritual (UFC, 2011).

Para que sejam implementadas estratégias eficazes de resolução de problemas com o cliente e/ou família é necessário estarmos atentos à assistência prestada na compreensão quanto à crise, dividir nos seus problemas e componentes e ajudá-lo a corrigir as percepções errôneas relativamente à crise, promovendo expressão de sentimentos; apoiar mecanismos adaptativos. Utilizar a “escuta sensível” e a reflexão como recurso para apoio o cliente na identificação de opções para a resolução (UFC, 2011).

4.4.4 Impactos da disciplina

Esse módulo de saúde mental foi de fundamental importância para desmistificar antigos conceitos em relação a saúde mental para nós dentistas.

Embora, como profissionais atualizados e recém-formados, já saibamos lidar com certos problemas referentes a saúde mental de maneira mais humanizada, esse módulo, como foi proposto na unidade 1, foi importante para sabermos identificar com um pouco mais de segurança as principais síndromes e como lidar com elas, enfatizando sempre o trabalho interdisciplinar com o médico e enfermeiro da equipe e ainda com as

equipes de apoio, como o NASF, CAPES e o CRAS, atuando desde a assistência até a reinclusão deste paciente à vida social.

Esse módulo contribui ainda para nos reiteirar de conceitos básicos relacionados a saúde mental, o histórico da evolução da psiquiatria, e principalmente, a forma como podemos organizar grupos e trabalhar esses grupos de maneira interdisciplinar, com atuações positivas e programadas.

4.5 Saúde da mulher

4.5.1 Ser mulher e cuidados necessários para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos

A atenção à saúde da mulher na perspectiva da estratégia Saúde da Família, implica pensar na mulher para além das suas dimensões biológicas. Trata-se de vê-la como um ser social que, ao percorrer sua trajetória neste mundo, encontra uma série de dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição de mulher, mãe, trabalhadora que sofre discriminações e violências e que ama e luta por sua felicidade e para ser reconhecida (UFC, 2011).

Em 2007, as mulheres representavam 51,2% da população – havia 97,195 milhões de mulheres para 92,625 milhões de homens, numa população total de 189,820 milhões de brasileiros. As projeções estatísticas apontam para a manutenção dessa diferença, pelo menos para os próximos 30 anos. Portanto as mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde (UFC, 2011).

Saúde materna, saúde reprodutiva e saúde da mulher são expressões que apontam para discussões conceituais. Da primeira à terceira pode-se perceber um avanço no que diz respeito à condição feminina. Falar da saúde da mulher significa atentar para todo o contexto psicossocial em que esta se insere. Isto inclui aspectos relativos à enfermidade, doença, bem-estar, assim como às atividades de prevenção, diagnóstico, cuidados e cura. A referência canadense, em relação à saúde da mulher, é representativa de um conceito integral e amplo: *"A saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais e seu bem-estar físico e é determinada por um contexto político, cultural e econômico da vida das mulheres, assim como biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde e suas experiências de saúde. Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter sua saúde, tal*

como definida por ela própria, no seu mais alto potencial" (Women's Health Interschool Curriculum Committee, 1995, *apud* MORI, 2002).

A *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes* representa um grande avanço. A *Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: considera, "num enfoque de gênero, a evolução das políticas, a situação sócio-demográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil"*. Incorporam-se a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. A melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento, o controle à violência doméstica e sexual, a prevenção e tratamento das DST/HIV/ AIDS, de doenças crônico-degenerativas e do câncer ginecológico são alvos dessa política (MORI et al, 2006).

Apesar de a população feminina ser mais elevada em termos percentuais, ao verificar os dados relativos a trabalho e rendimento, observa-se uma inserção diferenciada das mulheres no mercado de trabalho, ressaltando aspectos de desigualdade entre homens e mulheres em todas as faixas etárias (UFC, 2011).

4.5.2 Assistência Durante a Gestação e o Puerpério

Em torno de 75% das gestantes não desenvolvem complicações. Entretanto, 25% delas apresentam alto risco envolvendo duas vidas: a da gestante e de seu futuro recém nascido. O cuidado básico no período pré-natal pode contar com ações que variam do simples ao complexo. A morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias. Todas preveníveis! (UFC, 2011).

A gravidez é um período que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas. Assim, torna-se uma etapa favorável para a promoção de saúde, pela possibilidade de estabelecimento, incorporação e mudanças de hábitos, pois esse período remete a uma série de dúvidas que podem estimular a gestante a buscar informações e, com isso, adquirir novas e melhores práticas de saúde. Dessa forma, é possível que se obtenham melhorias no autocuidado da gestante em relação à saúde bucal e consequente diminuição do aparecimento de cáries dentárias e da doença periodontal durante a gravidez (CODATO, 2011).

Nesse sentido, o profissional de saúde, dependendo do grau de informação e da capacidade de transmiti-la, pode estimular ou não o autocuidado do binômio mãe-

filho. Espera-se que tal profissional atue como importante agente em educação em saúde e, dessa forma, contribua com a desmistificação de medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante o pré-natal e também a alterações bucodentais atribuídas ao fato de se estar grávida. No entanto, a saúde bucal e a atenção odontológica de gestantes são alvos de diferentes posições e condutas, não só das próprias gestantes como também dos profissionais envolvidos no cuidado dessa parcela da população (CODATO, 2011).

A atenção odontológica à gestante pode ser realizada em qualquer período gestacional, inclusive intervenções cirúrgicas em caso de urgência. É muito mais nociva para a saúde da futura mãe a omissão do que a resolução das necessidades odontológicas da gestante (CODATO, 2008).

Atores psicológicos como a emotividade, o medo e a crença, transmitidos de geração a geração, interferem negativamente na resolutividade de necessidades odontológicas, muitas delas emergenciais e, portanto, com indicação de intervenção imediata (CODATO, 2008).

4.5.3 Assistência Ginecológica no período reprodutivo e no climatério

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos constituem uma extensão dos direitos humanos e já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais (UFC, 2011).

A informação sobre saúde reprodutiva é fundamental para que as pessoas possam fazer suas escolhas sobre contracepção e concepção. Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em:

- Práticas educativas permeando as ações de saúde;
- garantia de acesso aos usuários;
- equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.);
- livre escolha do método contraceptivo; - disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos;
- consultas e acompanhamento médico para os usuários;
- assistência nos casos de infertilidade conjugal (UFC, 2011).

Outro fator importante quando se fala em mulher é a prevenção do câncer de mama e de colo uterino. Embora as ações de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama tenham aumentado nos últimos anos, elas têm sido insuficientes para reduzir a

tendência à mortalidade das mulheres por esses cânceres. Em algumas regiões do país, o diagnóstico tardio está relacionado a fatores como a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e ações de saúde e a baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio portes. Existe, ainda, a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir um fluxo assistencial que permita o manejo e o encaminhamento adequado dos casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema (UFC, 2011).

A possibilidade de detecção precoce do câncer na população feminina coloca a prevenção em evidência como uma questão importante em relação à saúde da mulher. Assim, a detecção precoce por meio da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, as recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas para a detecção precoce do câncer de mama são as seguintes: exame clínico das mamas e mamografia (UFC, 2011).

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se ao exame preventivo até os 69 anos de idade. Inicialmente, a coleta deve ser feita anualmente e após dois exames negativos para displasia ou neoplasia, pode ser repetida a intervalos de três anos. Mulheres portadoras do vírus HIV, mesmo após dois exames negativos, deverão realizar o exame anualmente (UFC, 2011).

O período do climatério é a fase de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher. Começa por volta dos 40 anos, podendo estender-se até os 55 anos ou mais. Durante esses anos acontece a última menstruação, conhecida como menopausa. A Equipe de Saúde da Família (ESF) buscará desenvolver também, estratégias no sentido de motivar as usuárias que estão no período do climatério para as mudanças no estilo de vida, em especial o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a busca de novos objetivos e afetos que motivem o seu viver (UFC, 2011).

Fisiologicamente, menopausa se refere à cessação definitiva da ovulação. No entanto, a OMS recomenda que o termo seja utilizado para designar o processo como um todo, e não apenas o cessar do fluxo menstrual. Fenômeno natural na vida da mulher, a menopausa tem sido frequentemente tratada como doença, reduzindo-se sua complexidade à queda dos níveis hormonais. Ondas de calor, sudorese, secura vaginal, insônia, irritabilidade, dor de cabeça, ansiedade e sintomas depressivos, entre outras queixas, podem estar presentes. Entretanto, as mulheres vivenciam estas mudanças de

maneira diversificada, o que é reafirmado por estudos sociais e transculturais (MORI et al, 2002)

4.5.4 Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência

É importante que a equipe de Saúde da Família esteja preparada para:

- Identificar as situações de violência e acolher as vítimas;
- garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento;
- prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima;
- incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritário na unidade básica de saúde;
- incluir o tema violência nas ações educativas da unidade;
- registrar informações colhidas sobre o fato: quando, onde, como e, se informado, quem foi o agressor;
- identificar rede de apoio (social e familiar) à mulher;
- informar e encaminhar a vítima e o agressor para aos programas de atendimento de saúde mental;
- informar e encaminhar a vítima para os serviços de apoio social e jurídico, se necessário;
- informar e orientar a vítima para que registre a ocorrência na Delegacia de Mulheres;
- agendar retorno e/ou visita domiciliar para continuidade do atendimento (UFC, 2011).

4.5.5 Impactos da disciplina

Esse módulo além de proveitoso, foi prazeroso. Estudar o universo da mulher é bastante interessante, embora a gente ache que já sabe de muita coisa, sempre tem mais a tomarmos conhecimento.

Como profissional de saúde esse módulo ajudou a melhorar a prática clínica, no sentido de aprendermos a lidar melhor com certas situações como a violência, o climatério, a gestação e assim como profissional da família interagir melhor com outros membros da equipe e até mesmo com a própria mulher.

4.6 Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e os riscos para a saúde da família

4.6.1 Saúde Ambiental

“Toda ação humana tem impacto sobre a natureza, positivo ou negativo” (UFC, 2011).

Fundamental para o nosso estudo é entender que os processos produtivos (produção/consumo) representam o elo entre os dois campos de práticas apresentados ao longo dessa disciplina, saúde ambiental e saúde do trabalhador, pois as situações de risco presentes no ambiente de trabalho modificam o padrão de saúde da população em geral, os processos de produção podem alterar as condições ambientais, ou seja, são campos indissociáveis (UFC, 2011).

Santos (2002), tem nosso tempo como um tempo paradoxal, que consegue avanços, transformações e revoluções em campos diversos, seja na comunicação, na informação e na genética, ao passo que reaparecem em nossa história males sociais aparentemente superados, o trabalho servil tão ultrapassado, assim como doenças que se pensava estarem erradicadas.

O foco apenas na economia e busca de lucro, renegando as demais dimensões da vida humana, tem sido a causa de muitos dos problemas sociais que hoje a humanidade enfrenta. A nossa história é decorrente de um pensamento globalizante, em que a idéia de crescimento e expansão está associada à exploração abusiva dos recursos naturais (UFC, 2011).

A pressão advinda da necessidade de produção em massa tem como consequência o uso desenfreado dos recursos naturais, gerando alterações irreversíveis ao meio ambiente. A vida em risco, o ambiente desrespeitado, o consumo ganhando verdadeiros fiéis, como uma religião de adeptos fervorosos, servindo a um deus mercado. Podemos ver assim a deslocação dos princípios que regem a vida. O ambiente visto apenas como insumo/recurso para a produção por uma imposição do mercado gera a extinção de milhares de espécies vegetais e animais (UFC, 2011).

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

No Brasil, a Saúde do Trabalhador constitui um campo da Saúde Pública, cujo objeto é a relação entre trabalho e o processo saúde-doença. Entretanto, é importante

sabermos que para se chegar a este campo, muitos caminhos foram percorridos ao longo da história, tanto no que concerne aos aspectos teórico-conceituais, quanto às políticas e práticas. Os modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional têm como característica ocorrer no setor privado, em grandes empresas, sob a ótica da produtividade a todo custo. Como ficam então os trabalhadores do setor informal, os autônomos, os desempregados? O campo da Saúde do Trabalhador traz esta como responsabilidade do Estado, do setor público abrangendo todo e qualquer trabalhador (UFC, 2011).

O processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast – definida na Portaria Nº1.679/02 – representou o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, reunindo as condições para estabelecer uma política de estado e os meios para sua execução. A Renast tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. A Portaria 2.437 determina a ampliação da Renast de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por meio da:

- adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest
- inclusão das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica
- implementação das ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador
- instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela
- caracterização de municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006b).

Tambellini e Câmara (1998) também defendem que a questão da saúde aponta para o plano das relações entre produção e ambiente: a lógica da sociedade penetra na natureza, através dos processos produtivos, e a “naturaliza”, distribuindo possibilidades diferentes de exposição dos indivíduos e seus coletivos a agentes, cargas e riscos que podem conduzir a processos de doença.

O documento “Subsídios para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental” trabalha o conceito de saúde ambiental de forma ampliada e pensado a partir

da Reforma Sanitária, sendo entendido como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional em um panorama de democratização. Tal processo se dá em prol da promoção e da proteção à saúde dos cidadãos, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e de um ambiente ecologicamente equilibrado, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Nacional de Meio Ambiente (SISNAMA), do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (SINGREH) e de outros afins (UFC, 2011).

4.6.3 Importantes questões de trabalho, ambiente e saúde no Brasil

As estatísticas brasileiras de acidentes de trabalho são elaboradas a partir dos registros de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) realizados junto à Previdência Social (INSS). Essas estatísticas dizem respeito, portanto, apenas aos trabalhadores com carteira assinada, vinculados a empresas, trabalhadores rurais e avulsos para os quais a lei exige a emissão desse documento. Estão excluídos dos dados oficiais os acidentes que ocorrem com trabalhadores domésticos, autônomos, servidores públicos, trabalhadores informais, ou seja, "a maior parte dos trabalhadores brasileiros" (UFC, 2011).

Mudanças como a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais nos processos de trabalho modificam o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores se expressam no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT), além de cânceres e formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental, entre outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Essas "novas" formas de adoecimento convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, entre outras (BRASIL, 2006b).

Para subsidiar as ações de diagnóstico, tratamento e vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho, bem como as medidas daí decorrentes, o Ministério da Saúde, cumprindo a determinação contida no Art. 6º, §3º, inciso VII, da Lei 8.080/90, elaborou, para uso clínico e epidemiológico, a **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho** (Portaria MS N.º1.339 de 18 de novembro de 1999) Nela estão relacionadas 198 entidades nosológicas, denominadas e codificadas segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além das doenças assim

codificadas, são também relacionados os agentes de risco e as situações de exposição ocupacional a elas relacionadas (BRASIL, 2006b).

4.6.4 Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Estratégia Saúde da Família.

A Saúde da Família é apresentada como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial vigente centrado na cura de doenças e no hospital. A complexidade de um quadro nosológico, no qual problemas relacionados ao trabalho e ao 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 (UFC, 2011).

As ações voltadas para as questões de saúde ambiental e de saúde do trabalhador devem buscar prioritariamente ações de promoção e prevenção, realçando, desta forma, o controle dos riscos ambientais e a melhoria das condições do meio ambiente e da saúde das pessoas. Isso significa, ao mesmo tempo, um dilema e um desafio permanente da saúde pública desde a sua criação: o fato de que a saúde se realiza, fundamentalmente, fora do setor saúde. O complexo processo saúde/doença que culmina por levar determinada população à rede assistencial, seja ela pública ou privada, é revestido de inúmeros condicionantes “externos” que moldam o ambiente ao redor das pessoas (UFC, 2011).

A maioria das ações de promoção e prevenção não é de responsabilidade e competência exclusiva do setor saúde e envolve muitos outros setores do governo e da sociedade como um todo para a sua implementação. Por isso, o tema das ações intersetoriais vem ganhando importância crescente à medida que novas estratégias de promoção são desenvolvidas (UFC, 2011).

4.6.5 Impactos da disciplina

A leitura do texto serviu para que se pudesse dar mais atenção e importância às questões ambientais que estamos vivenciando, mudando a forma de ver e de lidar com algumas questões ambientais como enchentes, falta de saneamento, a existências de lixões a céu aberto, entre outros, dando a devida importância a esses fatores e o risco deles para a população, entendendo isso como um problema de saúde pública que deve ser resolvido pelos gestores e por cada cidadão. Continuando a leitura das outras aulas e tomando por referência a questão de acidentes de trabalho sabemos que em todo trabalho

existe seus riscos! A quantidade de acidentes relacionados ao trabalho postados no fórum exemplifica essa afirmativa! Profissionais da saúde enfrentam riscos, tanto por trabalharem com materiais perfuro-cortantes, como pelo fato de que entrarem em contato direto com fluidos contaminados e pessoas doentes: vírus, bactérias, etc; além de outros. Nós temos que saber lidar com esses potenciais riscos de contaminação e as autoridades tem que reconhecer esses riscos para que possamos exercer nossa profissão com mais tranquilidade.

4.7 Planejamento e avaliação de ações de saúde

4.7.1 Planejamento em saúde

O desafio relativo à implementação do SUS exige a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Dessa forma, uma importante ferramenta é, sem dúvida alguma, o planejamento (UFC, 2011).

Conforme Matus (1985), planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir, de conduzir. Ele é tão enfático a este respeito que a terceira das oito considerações apresentadas sobre planejamento situacional em um de seus trabalhos é a de que *La planificación es inseparable de la gerencia – o planejamento é inseparável de quem gerencia*. Para ele, a única forma para que o planejamento funcione é respondendo às necessidades de quem gerencia. Assim, o planejamento situacional é compreendido como uma forma de organização para a ação, e esta seria sua diferença fundamental em relação ao planejamento tradicional.

O planejamento cotidiano, na maioria das vezes, é feito de forma intuitiva ou pouco sistematizada. Quando se pretende alcançar objetivos complexos e fazê-lo coletivamente, torna-se evidente não só o quanto é importante planejar, como também imprescindível contar com um método de planejamento (UFC, 2011).

Além da compreensão do “por que” planejar, é preciso saber “como” planejar. Não se planeja individualmente, de forma intuitiva e pouco sistematizada, sem socializar institucionalmente os projetos elaborados. O planejamento necessita ser realizado em linguagem compreendida e compartilhada por todos, objetivando a parceria em todos os momentos (BRASIL, 2004).

4.7.2 Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Carlos Matus, com base em sua experiência como ministro do governo, rompeu com as regras do planejamento dito “normativo”, adotado pela América Latina e responsável por sucessivos erros na condução de sua política econômica, criando um novo modelo, denominado “Planejamento Estratégico Situacional” (PES). Este novo modelo é centralizado na análise dos problemas existentes, em especial daqueles mal estruturados e complexos, em que o ator principal não tem controle sobre as variáveis intervenientes. Podem-se aqui citar o projeto de governo (propostas de ação), a capacidade de governo (capacidade de fazer cumprir o projeto de governo) e a governabilidade (capacidade de exercer controle sobre os atores envolvidos no processo). Esse sistema fica centrado na identificação dos problemas, dos atores envolvidos, da situação existente e da capacidade de produção social. Assim, a metodologia utilizada pelo autor é definida em quatro etapas:

- a) *Momento explicativo*: análise e seleção dos problemas considerados relevantes para o gestor o gestor sobre os quais se pretende intervir;
- b) *Momento normativo*: é o momento de desenhar a situação almejada e definir o plano de intervenção, tomando como referência as causas críticas selecionadas, anteriormente definidas como problema;
- c) *Momento estratégico*: é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas dimensões política, econômica, cognitiva e organizativa, bem como a identificação dos possíveis fatores de impedimento;
- d) *Momento tático-operacional*: é o momento de colocar o plano em funcionamento, o momento da ação, da implantação do plano, visando alcançar os resultados e impactos propostos por este (BITTAR et al, 2009).

4.7.3 Diagnóstico Situacional em Saúde

A palavra “diagnóstico” quer dizer “através do conhecimento”. Ou seja, busca-se levantar dados e transformá-los em informação para produzir um conhecimento que subsidie o planejamento. O planejamento então seria um mediador entre o conhecimento e a ação (UFC, 2011).

Um modo de se obter essas informações é fazendo uma estimativa rápida, com uma equipe composta por técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições de vida desses grupos populacionais (UFC, 2011).

O diagnóstico situacional é apenas um primeiro passo num processo que busca construir um plano de ação (UFC, 2011).

4.7.4 Planejamento no SUS

O SUS, nestes 20 anos de sua criação, vem crescendo em meio a desafios diversos. Se pararmos para pensar, o SUS constitui-se em um sistema de saúde complexo que envolve uma grande quantidade de recursos financeiros e humanos, além de oferecer um grande número de ações e serviços. Diante deste fato, percebe-se a exigência de ações planejadas, junto a um sistema de acompanhamento e avaliação, que proporcione a qualificação da atenção à saúde prestada ao usuário (UFC, 2011).

O planejamento no setor saúde adquire grande relevância à medida que se configura como um importante mecanismo de gestão. Em 2006 surge o Sistema de Planejamento do SUS, o PlanejaSUS. Cujo instrumentos básicos são: plano de saúde, programação anual de saúde, relatório anual de gestão. Podemos definir o PlanejaSUS como: a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009).

4.7.5 Impactos da disciplina

De acordo com o conteúdo estudado e após a ajuda do texto para a elaboração do plano de ação ficou mais clara ainda a importância do planejamento para se obter resultados concretos e positivos na nossa prática. Foi desmistificada a impressão de como seria complicado elaborar um plano de ação para o enfrentamento dos principais problemas da área onde atuo.

4.7.5.1 Plano de Ação

1º passo - Definição dos problemas: prevalência da doença periodontal nos adultos, cárie dental nos escolares de 0 a 6 anos, carie dental nos escolares de 6 a 14 anos, doença periodontal em gestantes.

2º passo – priorização do problemas: Cárie dental nos escolares de 0 a 6 anos.

3º passo – descrição do problema: crianças com cárie aguda, o que resultará em um adolescente com perdas dentárias e em um adulto desdentado.

4º passo – explicação do problema: a cárie está se manifestando nessas crianças pela falta de conhecimento e falta de cuidado dos pais, nesta idade é de fundamental importância que os pais realizem a higiene bucal de seus filhos.

5º passo – seleção dos nós críticos: falta de conhecimento acerca de higiene em saúde bucal, utilização constante de sacarose por meio de uma alimentação inadequada, falta de acompanhamento dos pais durante a escovação.

6º passo – desenho das operações: realizar palestras nos colégios, com a presença dos pais das crianças, estimulando discussões sobre a cárie, demonstrando as principais ações de higiene bucal, realizar atividade supervisionando a forma como cada responsável escova os dentes do filho, mostrar os principais alimentos causadores de cárie e mostrar uma dieta mais saudável, menos cariogênica, desta forma os pais terão informação e treinamento a respeito de como realizar a higiene bucal dos filhos.

7º passo – recursos críticos: obtenção de kits de higiene bucal, frutas, verduras, legumes, queijo, balas, chocolates, biscoito recheado, comunicado aos pais pedindo a sua presença, contato com a secretaria de educação para organização dos horários.

8º passo – análise da viabilidade do plano: articulação com a Secretaria de educação para programar a ação e pedir a presença dos pais. Após a atividade teremos tanto pais, quanto crianças informados e motivados, o que resultará em adolescentes e adultos mais preocupados com a saúde bucal.

9º passo – operacionalização do plano: fazer reunião com a equipe de saúde bucal para delegar funções.

10º passo – gestão do plano: Planejar uma nova avaliação a cada ano para detectar a melhoria dessa ação. A ação deve ser executada a cada seis meses.

4.8 Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde

4.8.1 Práticas Educativas em Saúde

É evidente que educação e saúde interagem nos espaços de produção de ações voltadas para a qualidade de vida da população. Contudo, o aprendizado sobre essa interação e a compreensão das consequências geradas por uma ou outra concepção pedagógica utilizada, predominantemente e ao longo do tempo, não tem o enfoque desejável na maior parte dos processos de formação dos profissionais de saúde (UFC, 2011).

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita,

identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (ALVES, 2005).

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços (ALVES, 2005).

Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida (ALVES, 2005).

4.8.2 Bases teóricas para uma práxis educativa

“Tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”(UFC, 2011).

São dominantes no sistema educacional brasileiro as seguintes tendências pedagógicas: a tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas marcadas centralmente por preocupações sociais e políticas. As tendências pedagógicas, forma pela qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem, norteiam as concepções de práticas educativas (MEC, 1997).

As concepções tradicionais podem ser: pedagogia por transmissão de conhecimentos, onde o processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe; e, pedagogia por condicionamento, uma prática pedagógica controlada e rígida, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida (UFC, 2011).

Concepção que tem o aprendiz como foco, pode ser: pedagogia nova, que preconiza o aprender fazendo e o aprender a aprender; construtivismo-interacionista, linha de abordagem que tem o aprendiz como referência; sociointeracionista, tem o aprendiz como referência, ressaltando a importância do estímulo externo, do educador; histórico-social e a pedagogia da problematização (UFC, 2011).

4.8.3 Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade

Qualquer metodologia educacional a ser empregada no SUS deverá estar baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente, que considere os profissionais da saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e, portanto, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação do projeto político, tecnoassistencial e pedagógico da equipe (UFC, 2011).

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto (UFC, 2011).

No serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo (SOUZA et al, 2008).

O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, ele é um processo contínuo de construção de vínculo com usuários, famílias e comunidade (UFC, 2011).

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde. O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar (SOUZA et al, 2008).

Com a implantação da estratégia de saúde da família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. O trabalho com grupos exige planejamento e referencial teórico (UFC, 2011).

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população,

favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE, 2009).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (ALBUQUERQUE, 2009).

A consulta deve ser considerada um momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade: recebê-lo com o seu mundo-vida integral no consultório, a capacidade de escutar o usuário deve ser considerada elemento fundamental para o estabelecimento de laços de confiança e de vínculo (UFC, 2011).

4.8.4 Impactos da disciplina

O processo de educação é essencial para a promoção da saúde e o módulo ajudou bastante na melhoria desse processo. Como profissional da área de saúde bucal, tenho dificuldades na realização do acolhimento, visita domiciliar, e até na consulta, devido a demanda reprimida muita grande que existe em nossa área. Tento realizar trabalho com grupos: gestantes, crianças, bebês, hipertensos e diabéticos, mas encontro uma certa uma certa dificuldade com relação principalmente às gestantes e hipertensos em aderir a esses grupos. Creio que com a ajuda dos outros profissionais da equipe, principalmente médicos e enfermeiros para conscientização da saúde bucal nesses grupos, melhore a frequência dos pacientes.

4.9 Atenção básica de saúde no contexto da saúde bucal

4.9.1 Políticas de Saúde Bucal

A trajetória da assistência em Odontologia no Brasil foi desenvolvida historicamente através de modelo tecnicista e excludente, marcada pela comercialização (economia de mercado) e somente com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é que surgiu uma nova prática de atenção destinada à promoção de saúde. Na década de 90, o Programa Saúde da Família (PSF) veio reorganizar a prática da atenção à saúde e levá-la até a família. Entretanto, apesar da Política de Saúde Bucal

(PSB) atual estar estruturada nos princípios e diretrizes do SUS, ainda convive com modelos obsoletos que são incapazes de responder às necessidades da população (UFC,2011).

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica – PAB. É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços. Em 1990, as leis 8080 e 8142 foram publicadas, importantes para a instrumentalização prática dos princípios do SUS (BRASIL, 2004).

Em 2004, foram criadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecido popularmente como “Brasil Sorridente” que tem como pressupostos: a qualificação da atenção básica, articulação, integralidade nas ações de saúde bucal, utilizar a epidemiologia para o planejamento, fazer registros para a construção de indicadores, centrar a atuação na vigilância em saúde, incorporar a SF como estratégia de organização da atenção básica, definir uma política de educação permanente em saúde bucal, estabelecer uma política de financiamento para o desenvolvimento das ações, definir uma agenda de pesquisa científica (BRASIL, 2004).

4.9.2 Processo de trabalho e organização da saúde bucal na Atenção Básica

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sócio-cultural da população e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe. A proposição pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do BRASIL SORRIDENTE, tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que

sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (BRASIL, 2004).

A organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige e o campo de atuação é o território-família-comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A ESB é formada por um cirurgião-dentista (CD), um técnico em saúde bucal (TSB) e um auxiliar de saúde bucal (ASB). Elas podem ser modalidade I: CD + ASB ou modalidade II: CD + TSB + ASB (BRASIL, 2004).

As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada da equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde. As ações compreendem ações de promoção (fluoretação das águas, educação em saúde bucal, atividades de escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor), recuperação (diagnóstico e tratamento de doenças). e reabilitação em saúde (BRASIL, 2004).

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

A gestação é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê. É importante que a equipe de saúde bucal trabalhe de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde da família, procurando fazer busca ativa das gestantes de sua área de abrangência para realização do pré-natal e cuidados odontológicos (UFC, 2011).

Há ainda muitos mitos com relação ao atendimento odontológico de gestantes e à sua condição de saúde bucal, mas que devem ser esclarecidos por toda a equipe de saúde da família (CODATO, 2010).

Você já deve ter escutado, no âmbito popular, que a gravidez “estraga” ou “enfraquece” os dentes, entretanto, não é bem isso que ocorre, pesquisas tem demonstrado que alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação são

freqüentes e que o próprio creme dental pode causar ânsia e enjôo na gestante, o que compromete a escovação (UFC, 2011).

É importante que toda a equipe de saúde estimule a gestante a realizar seu pré-natal odontológico, pois, evidências apontam para a relação entre doença periodontal e o nascimento de bebês de baixo peso (inferior a 2500g), partos prematuros (menos de 37 semanas de gestação) e com quadros de pré-eclampsia (UFC, 2011).

Os cuidados com a higiene bucal da gestante são os mesmos de uma mulher não grávida: escovar os dentes sempre após as refeições, com uso adequado da escova dental, que deverá apresentar cerdas macias, não se esquecer de usar o fio dental e fazer a higiene da língua. A qualidade dessas escovações é muito importante e a freqüência ajuda a regularizar a acidez, evitando a ação das bactérias causadoras das doenças bucais (UFC, 2011).

Toda a equipe de saúde deve estimular a participação das gestantes em ações programadas de saúde bucal nas unidades de saúde, incentive o auto-cuidado e o desenvolvimento de hábitos de vida saudável que melhorem não só a saúde bucal, mas também a saúde geral das gestantes e dos bebês, além de desmistificar o tratamento odontológico durante a gestação (UFC, 2011).

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem. O trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança. No período da erupção dos dentes, é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É fundamental que os profissionais dos programas de puericultura saibam e forneçam informações sobre:

- A cronologia de erupção dos dentes;
- a terapêutica do flúor;
- a importância do aleitamento materno para a formação dos dentes e do trabalho muscular para o desenvolvimento das estruturas faciais;

- incentivem o uso progressivo de alimentos em colheres e copos após o desmame que é fator de prevenção da má-oclusão dentária;
- orientem sobre a higiene bucal e também saibam informar sobre a relação da dieta com a saúde bucal.(UFC, 2011)

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

Assim como na saúde geral, a saúde bucal também possui índices epidemiológicos que medem o nível de saúde bucal da população: o principal índice para a cárie dentária é o CPOD (UFC, 2011).

O CPOD é uma média do número de dentes cariados (C), perdidos(P) e obturados (O), avalia a cárie na dentição permanente e pode ser usado em todas as faixas etárias. O ceo-d é o seu equivalente para a dentição decídua. O CPOD aos 12 anos é um indicador utilizado mundialmente para medir a saúde bucal de uma população. Na década de 1980 o CPOD aos 12 anos no Brasil era 6,6, ou seja, em média as crianças de 12 anos possuíam 6 dentes cariados, perdidos (extraídos) ou obturados, em 1996 esse número caiu para 3,06, em 2003 chegou a 2,78 e resultados preliminares do levantamento epidemiológico realizado em 2010 apontam para um CPOD aos 12 anos de 2,1, índice considerado baixo segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (UFC, 2011).

Com relação a saúde bucal da criança, esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área adscrita, por ocasião do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares entre outros. O enfoque familiar é importante uma vez que o aprendizado se dá também por meio da observação do comportamento dos pais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A adolescência é um período da vida que começa aos 10 e vai até os 19 anos, onde acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais. Normalmente, o adolescente não procura a unidade de saúde, devendo a equipe de saúde da família propiciar meios para captá-lo, desenvolver atividades educativas, com linguagem adequada, respeitando sua individualidade, sem tratar o adolescente como uma criança, mas abordando temas de interesse dessa faixa etária, é uma ótima estratégia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente, com a faixa etária escolar (06 a 14 anos). A criação do SUS, por meio dos princípios de universalização do acesso, integralidade e equidade, possibilitou o

início de uma reorganização das ações de saúde bucal, favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias. A doença periodontal é um dos principais problemas que acometem o paciente adulto. As diferenças clínicas na severidade e prevalência da periodontite crônica podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tais como: o fumo, as condições sistêmicas e pelo componente genético da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

4.9.5 Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do ciclo de vida: idosos.

Sabe-se que o aumento relativo e absoluto da população idosa está fazendo com que a questão da velhice e do envelhecimento ganhe projeção como objeto de reflexão por parte da sociedade e da estrutura governamental, em particular, do setor saúde em função do aumento dos gastos com a mesma. A saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) 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 (PUCCA Jr., 2000).

No estudo realizado em 2010, o SB BRASIL 2010 verificou-se a condição da população idosa com relação a cárie dentária, doença periodontal e edentulismo. O índice CPOD, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e restaurados, foi de 27,8 para essa faixa etária, com 90% de participação dos dentes extraídos. Tornando evidente que o procedimento mais realizado foi a extração (UFC, 2011).

A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante a placa bacteriana, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro (UFC, 2011).

Não é mais considerada apenas como de progressão lenta e contínua, mas pode ter padrões variáveis de progressão. É entendida como uma doença infecciosa, onde as alterações de forma e função são consideradas sinais. A doença periodontal se constitui, atualmente, em um importante fator de risco para parto prematuro de baixo peso, diabetes e doenças vasculares e cardíacas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na doença periodontal severa (bolsas periodontais), a percentagem de pessoas com bolsas periodontais maiores que 4mm foi de 4,45%. A presença de cálculo

foi a condição mais encontrada com 21,74% entre os idosos brasileiros, sendo que a região nordeste obteve uma média de 27, 73%, maior portanto, do que a média nacional (UFC, 2011)

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada. O índice mais utilizado para estimar o edentulismo é a avaliação do uso e necessidade de próteses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Considerando o cuidado integral ao paciente idoso como uma questão importante a ser enfrentada na saúde, é necessário observar a boca como o lugar do corpo que reflete na velhice, as condições de vida e trabalho que as pessoas perpassaram durante toda uma vida, assim como as desigualdades sociais, a cultura, as condições socioeconômicas e sanitárias deixam também marcas no corpo. Nesse contexto, o retrato da saúde bucal do idoso no Brasil revela condições de mutilação dentária e da falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal destinada a essa parcela da população (UFC, 2011).

4.9.5 Promoção de saúde bucal

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2004)

A redução da cárie dentária no Brasil tem sido associada ao uso de fluoretos, principalmente através da fluoretação das águas de abastecimento público e da incorporação do flúor ao creme dental (UFC, 2011)

Os principais métodos de utilização do flúor sejam eles de uso coletivo ou individual são: fluoretação das águas de abastecimento público, dentifrícios fluoretados, escovação dental supervisionada, flúor-gel, bochecho fluoretado, suplementos de flúor (BRASIL, 2009)

4.9.6 Impactos da disciplina

Dessa forma como profissional de Saúde bucal, inserida nesse modelo assistencial, ainda sinto reflexos do modelo tecnicista, e embora exista uma ótima relação dos profissionais envolvidos na equipe de saúde da família que estou inserida, percebo uma certa distancia entre equipe de saúde da família com a equipe de saúde bucal, como se fossem duas equipes diferentes. Os profissionais de saúde da família se preocupam muito com seus programas e esquecem a saúde bucal, deixando ela apenas para o dentista. O que se pode fazer para minimizar esses efeitos é justamente uma política de educação permanente para a conscientização dos profissionais da atenção básica para trabalharem de forma coordenada, levando em consideração os grupos, proporcionando a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado, que prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso; e, 2) por condição de vida a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras; ambas centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, sendo o trabalho em equipe e a humanização das práticas os fundamentos mais importantes.

E ainda, utilizar da educação permanente para que os demais profissionais da equipe se informem dos principais meios de promoção de saúde bucal, além de proporcionar conhecimento comum de toda a equipe de saúde da família e, assim, fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de caráter interdisciplinar na atenção básica.

4. 10 Atenção básica à saúde das pessoas com deficiência

4.10.1 A magnitude da PcD na sociedade

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (PcD) é composta por cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas com deficiência, e que as definem, em seu artigo 1º, como: aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2008).

As pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo em situações especiais. A sociedade e os governos têm a obrigação de considerar no sentido de igualar as oportunidades de convivência, modificando os ambientes e adaptando-os, para que permitam o livre acesso de todos. Baseada nessa afirmativa, o texto desse módulo proporcionou um conhecimento a mais para uma melhoria da assistência do paciente portador de deficiência (PcD). De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional do PcD é resultado de vários movimentos e mobilização nacional e internacional. Voltada para a inclusão das PcD em toda a rede do SUS, caracteriza-se por reconhecer a necessidade de responder às complexas questões que envolvem a Atenção Básica das pessoas com deficiência (UFC, 2011)

4.10.2 Impactos da disciplina

Mesmo com a ajuda do texto desse módulo, ainda sinto dificuldades no atendimento de PcD, e sinto a necessidade de mais capacitações com relação a esse assunto. Estamos na era da inclusão, porém quando me deparo com certos tipos de deficiência me sinto insegura em lidar com essa situação.

Ficaria muito satisfeita que viessem mais cursos abordando de uma maneira mais profunda essa situação.

4.11 Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde

4.11.1 Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade não apresenta um sentido único e imutável, devendo-se atribuí-la um sentido de “postura”. Tem sido considerada uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano (VILELA, 2003).

A interdisciplinaridade, a princípio não possuía um significado único, havendo uma certa amplitude no seu conceito, além de diversas modalidades, tais como:

disciplinaridade cruzada, interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade (UFC, 2011).

A interdisciplinaridade pressupõe uma abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente estabelecem nexos e vínculos entre si para alcançar um conhecimento mais abrangente, ao mesmo tempo diversificado e unificado, verificando-se nesses casos a busca de um entendimento comum e o envolvimento direto dos interlocutores, o que nos remete imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação na ESF (UFC, 2011).

A interdisciplinaridade em saúde constitui-se como elemento fundamental para que ocorra uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais de saúde os quais baseavam-se no modelo organicista e tecnicista, centrado na fragmentação dos saberes. Com essa mudança de concepção, acredita-se na melhor compreensão dos profissionais de saúde sobre os parâmetros que norteiam a política de saúde do SUS tais como a integralidade à saúde, a participação popular e a descentralização da gestão (OLIVEIRA, 2007).

4.11.2 Intervenções profissionais e o papel da bioética

Bios, do grego quer dizer “vida”, e éthicos quer dizer “comportamento conforme o bom costume”. Portanto, etimologicamente falando, a Bioética é a disciplina que estuda as condutas relacionadas à vida, fazendo juízo, de acordo com o costume da sociedade, se tal ação é correta ou não (UFC, 2011).

Bioética é considerada a parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana, incluindo saúde e morte. É a análise e o estudo do limite entre a ciência e a ética. Por sua vez, ética é uma palavra originada do grego “ethos”, significando o modo de ser, o caráter (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2002).

4.11.3 A Bioética no contexto da Estratégia Saúde da Família

A Bioética está relacionada a questões que colocam em risco a integridade humana, ou melhor, aplica-se a todo e qualquer ser vivo, onde é respeitado o direito e a preservação da vida, através de princípios (beneficência, autonomia e justiça) norteadores, estabelecidos pelo modelo principialista (UFC, 2011).

No âmbito da saúde, e em específico da Saúde Pública, esta necessita estar presente em todas as situações que envolvem questões éticas, como por exemplo: o sigilo profissional acerca de um paciente com uma determinada patologia. Entendemos que as

intervenções dirigidas ao paciente visam promover o restabelecimento da saúde do indivíduo em qualquer circunstância, sem ocasionar-lhe danos à sua integridade física e mental. Porém, em muitas ocasiões, necessita-se do consentimento informado do mesmo, em caso de paciente que necessite submeter-se a um tratamento e este possa ocasionar-lhe algum risco, por menor que seja. Isto representa um direito que o mesmo possui de decidir acerca da sua condição de vida, além de uma maneira de respaldar o profissional no exercício de sua profissão (UFC, 2011).

11.4 Impactos da disciplina para a atuação

A interdisciplinaridade é de fundamental importância quando se trata das ações da ESF, pois seus princípios preveem integralidade da atenção, porém o difícil é de se trabalhar com uma equipe multiprofissional em algumas situações, pois a existência de profissionais que não se esforçam para que isto ocorra ainda é marcante. A disciplina enfatizou ainda mais a importância da interdisciplinaridade e vai me ajudar a enfrentar melhor o desafio de trabalhar cada vez mais dessa forma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O conhecimento adquirido ao longo do curso pode ser constatado através da construção de portfólios relatados neste trabalho.
- Através das reflexões relatadas nos portfólios pode-se constatar que o curso influenciou na melhoria da qualidade do serviço.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, S. M. M. de O.; QUEIROZ, M. de S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.1, pp. 207-215. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100022>.

ALBUQUERQUE, A. B. B. e BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 1103-1112. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AZEVEDO, Creuza da S.. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1992, vol.8, n.2, pp. 129-133. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200003>.

BELLONI, M. L. Educação à distância. Campinas. SP: Autores Associados, 2003.

BITTAR T. O. et al, O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *RFO*, v. 14, n. 1, p. 71-76, janeiro/abril 2009. Disponível em: http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/71_76.pdf

BORGES, C. F. ; VALE, L. G. do; TÓFFOLI, M. de C. Serviços Públicos de Saúde Mental da Grande Vitória. , 2003. 56 p.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.2, pp. 456-468. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento / Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura (MEC), 1997. A tradição pedagógica brasileira. In: Parâmetros Curriculares Nacionais (MEC, org.), pp. 30-33, Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, MEC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed.– Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura (MEC), 1997. A tradição pedagógica brasileira. In: Parâmetros Curriculares Nacionais (MEC, org.), pp. 30-33, Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, MEC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2008. Disponível em: <http://assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; CORDONI JUNIOR, L.; HIGASI, M. S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online].

2011, vol.16, n.4, pp. 2297-2301. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400029>.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.3, pp. 1075-1080. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300030>.

GIL C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:490-8.

MATUS, C., 1985. *Planificación, Libertad y Conflicto*. Caracas: Ediciones IVEPLAN.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop and ESTRELLA, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.9, pp. 1825-1833. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900013>.

OLIVEIRA, T. R.B. de. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à Saúde. *Rev. Saúde. Com* 2007; 3(1):20-27.

PEREIRA, A. C. et al. Odontologia em saúde coletiva-Planejando ações e promovendo saúde. *Artmed*, 2003.

PESSINI L., BARCHIFONTAINE, C.P. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 2002.

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

PUCCA Jr., G. A., 2000. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. *Medcenter*, 7 abril 2000. Maio 2001 Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5>

RIBEIRO, M. E.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G.; A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004.

SALDANHA, L. C. D. . Concepções e desafios na educação a distância. *Revista @mbienteeducação*, v. 1, p. 1, 2008.

SANTOS, Boaventura de Souza e RODRIGUES, César. Introdução: para ampliar o cânone da produção. In: SANTOS, Boaventura de Souza (org.). *Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. *In: Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999. cap. 5, p.111-142.

SILVA, J. M. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1187-1193, jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

TAMBELLINI, A.T; CÂMARA, V.M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 3, n.2, Rio de Janeiro, 1998.

TEIXEIRA CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:153-62.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/>

VILELA E.M., MENDES I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 11, n. 4, p.525-531, 2003.

WISSMANN, Liane Dal Molin. Autonomia em EaD – uma construção coletiva. In: POMMER, Arnildo; SILVA, Enio Waldir de; WIELEWCKI, Hamilton de Godoy; WISSMANN, Liane Dal Molin; VERZA, Severino. Educação Superior na Modalidade a Distância – construindo novas relações professor-aluno. Serie Textos Didáticos. Ijuí: Editora Unijui, 2006