

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

MARIGELBIO RODRIGUES DE LUCENA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM TREINAMENTO
E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA EM AÇÕES
DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E CUIDADOS, COM DESTAQUE PARA A
ABORDAGEM SÓCIO-COMUNITÁRIA**

FORTALEZA
2011

MARIGELBIO RODRIGUES DE LUCENA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, COM TREINAMENTO
E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA, EM AÇÕES DE
PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E CUIDADOS, COM DESTAQUE PARA A
ABORDAGEM SÓCIO-COMUNITÁRIA**

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

Orientadora: Prof^a. Dra Lidia Eugenia Cavalcante
Coorientadora: Profa. Esp. Delma Mary Pimenta de
Souza

**Fortaleza
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

-
- L968c Lucena, Marigelbio Rodrigues de
Curso de especialização em saúde da família, com treinamento e capacitação de profissionais da área, em ações de prevenção, promoção e cuidados, com destaque para a abordagem sócio-comunitária/ Marigelbio Rodrigues de Lucena. – 2011.
70 f.; il. color
- Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profa. Dra Lídia Eugenia Cavalcante
Esp. Delma Mary Pimenta de Souza
- Coorientação: Profa.
1. Saúde da Família 2. Atenção a Saúde. 3. População.

CDD 362.1

MARIGELBIO RODRIGUES DE LUCENA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, COM TREINAMENTO E
CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA, EM AÇÕES DE
PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E CUIDADOS, COM DESTAQUE PARA A ABORDAGEM
SÓCIO-COMUNITÁRIA**

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Lidia Eugenia Cavalcante – Orientadora

Prof^a. Esp. Delma Mary Pimenta (1º Avaliador)

Prof^a. Me. Sylvania Maria Maia (2º Avaliador)

AGRADECIMENTOS

À minha esposa e meus filhos, pela compreensão no aceitar as horas múltiplas passadas em atividades laborais em informática, estudando e elaborando tarefas e portfólios.

As minhas professoras tutoras: Joyce Mazza e Delma Mary pelo apoio técnico eivado de compreensão a carinho.

Aos colegas de turma pelas abalizadas sugestões e pelos “frenesis” e “frissons” dos múltiplos debates.

Ao Professor Luis Roberto Oliveira.

*A Internet então veio
Parece que restaurar
De maneira a deixar
Informações por mais meios
Constituindo um esteio
Sólido, forte, a lapidar
Para o futuro formar
Destas civilizações
Pasma com suas ações
De demonstrar, informar.*

RESUMO

Foram visados principalmente, os modos por parte dos profissionais de saúde, as maneiras instrutivas de como eles poderiam conquistar atitudes necessárias, conhecimentos e habilidades, na consecução final da atuação dos mesmos, na atenção básica em saúde da família, na rede do SUS. Orientações normativas da essência da origem no Brasil dos princípios e diretrizes, desde os primórdios da atenção em saúde. O teor principal referiu-se a ações e programas, que levassem a uma atitude básica em cuidados, prevenção e promoção, a serem inculcados no pensar em uma nova atitude, por parte dos profissionais envolvidos, de passarem a ter uma nova visão de abordagem nos tratamentos sócio-comunitários. A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade no conluio entre as equipes de saúde, na abordagem e no cuidado com as populações, também foi a tônica dos ensinamentos. No decorrer do curso que foi composto por 11(onze) módulos com temas variados e por 11(onze) portfólios, com nossas opiniões, respostas, conhecimentos, manifestações, participações em fóruns e chats, como emolduramento final dos conhecimentos assimilados e a nossa maneira mais fidedigna em pensar um novo projeto no cuidar da saúde da família. Como se tratava de um curso de EaD, um dos maiores problemas foi causado pelas dificuldades geradas pelo iletramento digital de alguns dos participantes, que inclusive culminou com certo grau de evasão de parte dos especializandos.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção a Saúde . População.

ABSTRACT

It has been mainly targeted the ways by health professionals, the instructive manners of how they could conquer necessities attitudes, knowledge and skills in their final act in the basic family health care in SUS network. Normative guidance of the essence of the source in Brazil of the principles and guidelines from the beginning of health care. The main subject refers to actions and programs that would take a basic attitude in care, prevention and health promotion to be instilled in the thought in a new attitude by the involved professionals so they can have a new vision about the approach in community treatment. The interdisciplinarity and multidisciplinary in the gathering between the health teams in the approach and care of the populations was also the tonic of the teaching. Our course was formed by eleven modules with various topics and by eleven portfolios with our opinions, answers, knowledge, manifestations, shares in chats and forums as final framing of what we learned and most fine way of thinking in a new project about family health care. Since it was a distance education course, one the of biggest problem was caused by the digital illiterate in some of the graduates, which could be responsible for the evasion of some students.

Keywords: Family Health Care. Health Attention. Population.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AVA - Ambiente de Aprendizagem Virtual

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

A.V.C – Acidente Vascular Cerebral

A C S – Agente Comunitário de Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

DST s- Doenças Sexualmente Transmissíveis

DORT- Doença Osteo-articular Relacionada ao Trabalho

EaD - Educação a Distância

ESF - Equipe de Saúde da Família

LER - Lesões do Esforço Repetitivo

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

MAO4 – Maracanaú Quatro

PSF - Programa de Saúde da Família

PCD - Pessoa Com Deficiência

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBASF- Unidade Básica de Atenção a Saúde da Família

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
2 METODOLOGIA.....	9
3 PORTFÓLIOS.....	10
3.1 Portfólio da Disciplina 1: Educação a Distância (EaD)	10
3.1.1 Descrição da comunidade/área de minha abrangência	11
3.1.2 Pacatuba – Ceará	12
3.2 Portfólio da Disciplina 2: Processos do Trabalho em Saúde.....	16
3.3 Portfólio da Disciplina 3: Saúde Mental e Violência	21
3.3.1 Apresentação do Autor	21
3.4 Portfólio da Disciplina 4: Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde	24
3.4.1 Atividade	24
3.4.2 Relatório das Atividades	25
3.5 Portfólio da Disciplina 5: Planejamento e Avaliações de Ações em Saúde.....	26
3.5.1 Relatório de atividades	27
3.6 Portfólio da Disciplina 6: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica.....	28
3.6.1 Aula 4: Tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade	28
3.6.2 Aula 3. Tecnologias ou Estratégias: Acolhimento e Trabalho com Grupos.....	30
3.6.2.1 Acolhimento	30
3.6.2.2 Trabalho com Grupos	30
3.6.2.3 Visita Domiciliar	31
3.6.2.4 Consulta	32
3.7 Portfólio da Disciplina 7: Saúde da Mulher	33
3.7.1 Fórum 01 – aula 2	33
3.7.2 Fórum 02 - aula 04	34
3.8 Portfólio da Disciplina 8: Participação Social e Promoção da Saúde	36
3.8.1 Atividade 1	36
3.8.2 Atividade 2.....	37
3.8.3 Atividade 3	39
3.8.4 Atividade 4	39
3.9 Portfólio da Disciplina 9: Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	44
3.9.1 Aula 01.....	45
3.9.2 Tarefa: Condições de saúde bucal dos idosos.....	46

3.9.3 Reflexões finais sobre as aulas	48
3.10 Portfólio da Disciplina 10: Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais, e os Riscos para a Saúde da Família.....	49
3.11 Portfólio da Disciplina 11: Pessoas com Deficiência.....	52
3.11.1 Atividade 01.....	52
3.11.2 Atividade 02	53
3.11.3 Atividade 03	53
3.11.4 Atividade 04.....	54
4. REFLEXÕES FINAIS SOBRE AS AULAS	55
REFERÊNCIAS	57

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A capacitação em EaD, tem como seu grande calcanhar de Aquiles, a dificuldade no letramento digital, que em um país como o nosso, impera e reina soberanamente, sendo este o motivo inclusive, da evasão antes do término do curso, de parte do alunato. Este curso teve uma carga horária de 384 horas, tendo iniciado em 21 de abril de 2010 e estendendo-se até outubro de 2011, mês limite para apresentação presencial do T.CC. e o seu conseqüente envio para o ambiente AVA, o que totalizou 18 (dezoito) meses.

Os participantes do curso eram enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos, trabalhadores dos municípios que compõem 17 pólos de apoio presencial e pontos de Tele-Saúde, no Estado do Ceará. Por trabalharmos em Pacatuba, cidade pertencente a Grande Fortaleza, ficamos no pólo Maracanaú, Turma 04 (MA04) e apesar da projeção feita que teríamos sala-laboratório de apoio específica para a cidade, tal fato não se concretizou.

A capacitação pretendida era formar especialistas em Saúde da Família, com uma abordagem nova mais humanizada, mais compreensiva e ao mesmo tempo dentro de normas e parâmetros técnicos do Ministério da Saúde, no cuidado com as populações usuárias do Sistema de Saúde, focando mais em uma temática de promoção/prevenção, fugindo aos velhos conceitos de “queixa-consulta-receita”. A verdadeira intenção seria melhorar a qualidade e resolutividade dos serviços em saúde na atenção básica, assim como buscar qualificação no atendimento da população e ainda estimular o desenvolvimento de pesquisas e produções científicas na área, facilitando aos profissionais, uma interação efetiva entre as equipes multidisciplinares e interdisciplinares das áreas de saúde. (Moura Cavalcanti, 2011)

Louve-se o empenho do Departamento de Saúde Comunitária, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e do Núcleo de Tele-Saúde da UFC (EaD da UNA-SUS) em tentar a capacitação de todos os profissionais envolvidos.

2 METODOLOGIA

Por ser um curso de modalidade a distância (EaD), o acesso era feito via INTERNET para um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e nós acessávamos por um ambiente MOODLE, tendo assim como entrar nas disciplinas ofertadas, para estudos, realizações de trabalhos, Chats, Fóruns e envios de portfólios, confeccionados ao final de cada módulo dado que serviriam para conjuntamente com o TCC, dar a consecução final do aproveitamento e aprovação do cursista.

Existiam atividades presenciais, que consistiam basicamente de avaliações escritas (provas) ao final de cada módulo, bem como mesas redondas, debates e mesmo aulas explanativas (data show), mas dentro de um percentual menor, justificadamente, pois o curso era de modalidade a distância. Para confecção do TCC, que valia 20% da avaliação total do curso, a base de análise, foram todos os portfólios confeccionados no decorrer do mesmo, dos quais foram feitas análises e conclusões finais, com um resumo geral do acontecido no decorrer da aprendizagem, sendo que ao final, o TCC era enviado para o ambiente MOODLE.

3 PORTFÓLIOS

Ao término de cada uma das 11 (onze) disciplinas ofertadas, era obrigatória a confecção e envio ao ambiente AVA, de um portfólio, que nos permitia fazer uma avaliação/reflexão/tomada de posição em relação as ações relativas aos ensinamentos ministrados, o que ditava o ritmo do nosso acompanhamento ao curso. Fazíamos relatórios das nossas experiências laborativas nas nossas unidades de trabalho, nossas vivências e visitas e resumíamos o que houvera sido observado, além de nossos relatos e “pegas” com os colegas em fóruns e chats, por vezes com um “frenesi” inacabável de opiniões múltiplas, contraditórias, nas quais só não íamos as “vias de fato” porque o curso era EaD.

O meu primeiro Portfólio (Educação a Distância- EaD), o fiz sob o formato de um cordel, para mostrar que mesmo um tema tão moderno como a informática, podia muito bem ser retratada sob a forma de um dos mais primitivos meios de expressão popular, a literatura de cordel.

Por uma questão de mostrar a realidade mais plena, do desenvolvimento do curso, acho também seria certo colocar os portfólios da maneira como foram confeccionados, com as suas dificuldades iniciais relativas ao letramento digital difícil do começo do curso e a melhoria surpreendente do meio para o fim do mesmo.

Ei-los a seguir. Alguns rudimentares. Outros já bem melhorados.

3.1 Portfólio da Disciplina 1: Educação a Distância (EaD)

Neste primeiro portfólio foi feita inicialmente a descrição da cidade em que trabalho (Pacatuba-Ceará), a descrição da comunidade a qual sou afeito, respostas a questão formulada de como exercer o autodidatismo, e a apresentação sob a forma de cordel das minhas impressões sobre a primeira disciplina (EaD).

Segue abaixo na sequência descrita:

Como pretende exercer condições de autodidatismo, sem ser estereotipado como “achista” dentro da academia?

Em primeiro lugar sendo ético, pesquisando, citando as fontes, como respeito ao verdadeiro detentor/criador da informação prévia adquirida. Depois procurando ser conciso, objetivo, prático, evitando o popularmente chamado “enchimento de linguíça”, evitando aquele posicionamento tão comum em certos meios de que “a imaginação não tem limites e o papel aceita tudo”, e o concordar com tudo já previamente explanado, sem o esforço do

questionamento, do protesto, evitando fazer parte daquela fila indiana de aceitar tudo, como bois no caminho do matadouro.

Na realidade o conhecimento já existe e podemos burilá-lo ao nosso modo e interpretações pessoais. A condição também de ser autodidata, mas sem buscar titulação formal, representa uma ineficiência em se galgar postos ou posições que possam advir em decorrência da titulação legal, o que não impede que o indivíduo possa ser de notório saber, mesmo não almejando concursos ou cargos outros.

Como já dito, hoje a tecnologia permite que se tome contato com a realidade indiretamente, assim, como que as informações vão caindo de pára-quedas, acidentalmente, jogadas por um ventilador gerado pelo mundo caleidoscópico que a informática pode nos oferecer, com o apropriamento dos recursos tecnológicos, mas que necessariamente temos de separar o joio do trigo. O processo de auto aprendizagem a distância, obrigatoriamente, terá de ter um mediador tutorial, e um foco presencial, de preferência o menor possível para não cair em antítese com a idéia preconizada de ensinamentos a distância.

O buscador do conhecimento pelo autodidatismo não pode também se deixar enganar pelo próprio ambiente virtual de que ele seja detentor ou que contenha todo o conhecimento da humanidade desde os primórdios da humanidade aos nossos dias; coisa impossível, pois mesmo tentativas como WIKIPEDIA, são cheias de erros e invenções. Ele tem de confirmar, buscar novas fontes, eventualmente voltar aos “velhos livros”, até por fim exaurir todas as possibilidades de não incorrer em erros ou passar para outros, informações não coadunantes com a realidade. Enquanto for para descobrir múltiplos de 9 ou as teorias de Mason, até que ainda vai, mas quando for para buscar questionamentos das teorias de Gauss ou Einstein talvez a tarefa seja mais complicada.

Finalizando, para exercer condições de autodidatismo, é preciso basicamente esforço, muita dedicação, seriedade de propósitos e discernimento do essencial, que neste caso tem de ser visível aos olhos, em contraposição ao que dizia Antoine de Saint Exupery.

3.1.1 Descrição da comunidade/área de minha abrangência

Na realidade estou inserido em um processo de Referência/Contra referência, pois como exerço funções na sede do município (onde trabalho já há 27 anos) nas áreas, tanto de gineco-obstetricia como de ultrassonografia, vivo em um eterno conluio, com todas as equipes de PSF da urbe, conhecendo praticamente quase todos os profissionais de todas elas e ainda por cima conhecendo grande parte da população da cidade toda, pois como já disse, milito

profissionalmente desde 27 anos atrás nesta mesma cidade, e tanto tenho carinho como acho devo ser querido pela população como quase um todo, sendo que tenho inclusive muitas comadres e compadres o que gera um vínculo não só profissional, como afetivo.

As dificuldades que sinto no processo e desenvolvimento da atenção em saúde da família, passam precipuamente pela pouca valorização dos profissionais nas suas tarefas, que por mais empenho que tenham; na ótica dos gestores, não estão fazendo mais que suas obrigações, não havendo elogios, formais que sejam, quando têm um bom desempenho ou geram vínculos de respeito e afetividade com as famílias assistidas, mas que ao primeiro deslize, o mais das vezes não intencionais, são severamente criticados ou mesmo punidos, quando não transferidos de setores ou áreas de atuações.

No geral, na minha realidade em questão, o processo anda bem, está bem estabelecido e com uma resolutividade boa, talvez até pela proximidade (40 Km) com a capital do Estado, o que facilita mais ainda os processos de referência/contra-referência.

Nas duas unidades em que presto serviços, a presença dos profissionais básicos da equipe é ainda acrescida de psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e até mesmo massoterapeuta, também se faz presente, sendo que as visitas domiciliares são bem divididas, bem escalonadas, e aparentemente com um bom retorno por parte da coletividade. A ingerência política, (no sentido de política partidária) não é muito freqüente, se bem que eventualmente ocorra, com pedidos de prioridade e favorecimentos aqui e acolá, coisa que neste país acredito que ainda demorará muito tempo para que de fato nunca mais ocorra este tipo de expediente.

O meu trabalho em particular se refere a dar pareceres, realização de exames, prevenção do câncer, avaliação de gestantes de risco, e eventualmente uma ou outra palestra em escolas, igrejas ou congêneres, e me sinto inserido no contexto de atuação em saúde da família até por ser profissional com mais tempo de estrada e assim poder usar os conhecimentos que amalhei no decorrer da minha vida, servindo assim como para difundir e tirar dúvidas dos colegas mais jovens de todas as áreas inseridas no processo de saúde familiar.

3.1.2 Pacatuba – Ceará

Pacatuba é pequena cidade de cerca de 35.000 habitantes pertencente a Grande Fortaleza, distante cerca de 30 Km da capital, de caráter rural aristocrata na sua origem. Tinha uma das estações mais famosas da estrada de ferro, e sempre viveu à base de agricultura de

subsistência, com população de uma tradicionalidade familiar marcante quanto aos costumes. (Bel Cavalcanti, 2010)

O clima é tropical, de influência litorânea, devido a proximidade relativa ao mar, seu relevo é composto de altiplanos e serras, com a famosa serra da Aratanha, que cerca de 30 anos atrás se tornou lugubrememente célebre, devido a queda de um avião no qual trafegavam cearenses importantes, em grande quantidade. A vegetação primitiva já quase totalmente devastada pelo avanço populacional e o desmatamento gerado pela necessidade do crescimento em áreas agricultáveis, era de Floresta Tropical Litorânea, que pelo menos em um determinado local da área geográfica do município, ainda encontra-se preservada, devido a presença de um Mecenas ecológico que conserva suas terras íntegras. (Ayres Miguel, 2010)

A política local sempre foi dominada por poucas famílias, que ainda hoje é assim em revezamentos ocasionais, sem que até o momento existisse espaço para entrada de partidos ditos “progressistas”.(Bel Cavalcanti, 2010)

Existia antigamente a ideia da criação de um Distrito Sanitário, coisa que não progrediu, que se chamaria, MAPAGUAI, englobando: Maracanaú, Pacatuba e Guaiúba, cidades contíguas entre si. (Fonseca Pereira, 2010)

Os aspectos epidemiológicos se referem às doenças de base da região da Grande Fortaleza, como sejam: Infecções respiratórias (que em PACATUBA têm o agravante de mais constantes em virtude de presença da serra, que torna o ambiente mais frio), diarreias, viroses inespecíficas, DST's, AIDS (casos esporádicos), doenças cardio-vasculares (com dominância absoluta dos casos de hipertensão), diabetes, doenças do ciclo gravídico-puerperal e acometimentos neoplásicos em colo uterino e mamas, eventualmente rastreados e descobertos pelos serviços de prevenção do câncer instalados na cidade.

Como precedentes dessas patologias podemos referir um serviço de saúde que antigamente era bem mais limitado, tradicionalista, em pequena quantidade, com apenas 02 postos de saúde na sede, aspectos educacionais em saúde falhos, condições de matriciamento e aquilatação de indicadores praticamente inexistentes, e principalmente o aspecto educacional da população muito a desejar, tradicionalismo e arraigamento a princípios em saúde básica ultrapassados, e que de 15 anos para cá deu um bom salto em qualidade, que pude constatar, Pois já trabalho nesta cidade há 27 anos (quase duas gerações já passadas), podendo então falar com pleno conhecimento de causa.

Faço uma homenagem neste meu portfólio a todos os poetas de cordel deste país retratando pela poesia mais popular de todas, o cordel, todas as atividades de um curso

exatamente com as técnicas mais modernas de comunicação, para provar que os costumes podem ser preservados sob qualquer situação.

I

Curso especialização
Em saúde da família
Querendo ser uma ilha
No saber e na ação
Divulgando pra nação
Fatos e conhecimentos
Teve o seu nascimento
Em 2010, abril
Foi daí que ele partiu
No seu desenvolvimento

II

Através de parceria,
UFC, Ministério
Da Saúde, sem mistério
NUTEDS também queria
UNA-SUS, também daria
Educação a distância
Fazendo em última instância
Os cirurgiões dentistas,
Os médicos e enfermeiros
Aprenderem com constância

III

E lá vão navegações
Pelos cantos do planeta
Voando feito o capeta
Meu medo no coração
É que a INTERNET, este cão

Chegue a me aprisionar
Dentro do éter, no ar
Irá me bater a sede
Pra sempre preso na rede
Quem irá me resgatar!?

IV

A disciplina EaD
De todas foi a primeira
Com quatro aulas inteiras
Aluno ON-LINE aprender
As gerações de EaD
Mason, Moran e o AVA
Que aos alunos mostrava
Ser possível priorizar
Emissor, receptor
E o que mais precisavam.

V

Depois veio a AUTONOMIA
E o AUTODIDATISMO
Limites, virtualismo
Dentro do que se podia
Com a tecnologia
FORUNS eram virtuais
As ATIVIDADES mais
Conduzindo o alunato
Com carinho e fino trato
Pras provas presenciais.

VI

Seguiu-se a INTERAÇÃO
E a INTERATIVIDADE
Com todas atividades
Plena capacitação
Vindo a INTERRELAÇÃO

Do CONTEÚDO-APRENDIZ

E de APRENDIZ-APRENDIZ

Depois as concepções

TIPOS DE AVALIAÇÕES

Fui lá na prova e a fiz.

VII

A nota deu vaidade

Com a do CHAT juntando

As dos FORUNS completando

E mais as atividades

Pois juntando ao que mais sei

Tirei foi noventa e seis

No possível, que era cem,

Mas esforço nisso tem

Pra chegar lá eu penei

VIII

Por fim quero elogiar

O bom curso, com louvor

As tutoras com fervor

Apoio, afeto, a nos dar

Na hora que precisar

Da primeira a derradeira

EaD foi de primeira

E o obrigado principal

Ao coordenador geral

Luis Roberto Oliveira

Fonte: Próprio autor.

3.2 Portfólio da Disciplina Processos do Trabalho em Saúde

Foi feito um resumo da disciplina com a importância do SUS e sua atuação, inclusive nas minorias (índios) e redes sócio-comunitárias, sob o formato de um cordel, exaltando a importância do SUS.

I

O processo de trabalho
Em saúde e atividade
Devia em toda cidade
Priorizar a promoção
Este seria o atalho
Para evitar as ações
Só de recuperação.
Informes educativos
Folhetos explanativos
Trabalho em educação

II

O médico e o enfermeiro
Auxiliar de enfermagem
Estes plenos de coragem
E mais os nobres dentistas
E aumentando esta lista
O agente comunitário
Em todos grupos etários
Atuando a equipe
De saúde com estirpe
De alto nível qualitário.

III

O ideal nas cidades

Se todas elas pudessem
Que NASF também tivessem
Para atingir qualidade
Atingir todas idades
Fazendo sério trabalho
Misturando igual baralho
Da saúde, atividades
E outras especialidades
Evitando casos falhos

IV

Em todo este processo
Precisa afetividade
Que na relatividade
É causa de bom sucesso,
Aos profissionais eu peço
Atenda em profusão
Converse, dê atenção
Com carinho, com amor
Dê o humano calor
Que esta é a solução.

IV

Emoções e sentimentos
Melhores do ser humano
É o profissional cuidando
Dando desenvolvimento
Indo do rápido ao lento
Meios e finalidades
Objetivos, recursos
Sujeitos e objetos
Dentro de um mesmo projeto
Meios humanos, recursos.

V

Os tempos e movimentos

Levaram a reflexão
Deixando uma posição
Gerindo os passados tempos
Lembrando dos seus tormentos
Pra compreender o presente
Da vida de toda a gente
Elaborando o futuro
Construindo nossos muros
Plantando nossas sementes.

VI

Do sujeito o processo
Do trabalho componentes
Dificuldades presentes
Anos 30 e 60
Depois os anos 70
Com o seu PND
O Governo e o seu dever
Anos 80 – ALMA ATA
90 - Tudo se trata
Da família e o seu poder.

VII

E a sustentabilidade
Dos fatos ambientais
Considerados normais
Cultura em labilidade
Com muita complexidade
Doenças em profusão
País sem muita noção
De intervenções primárias
Sem cobrir todas as áreas
Ausência de coesão.

VIII

É um direito total

Saúde e atendimento
Do SUS o entendimento
No processo mais normal
Para alegria geral
Saúde sem diferenças
De local, pobreza ou crenças
Sem a discriminação
É um dever da Nação
Tratar, prevenir doenças.

IX

Conceito fundamental
SUS, na sua construção
É descentralização
Chegando a todo local
Presente, vivo, real
Dando mais autonomia
Aos dirigentes, seus guias
Com a regionalização
E a municipalização
Triunfaremos um dia.

X

E aos índios nossos irmãos
Donos reais destas terras
Dos mares, rios e serras
Em uma básica atenção
Desenvolvendo uma ação
Real, bem séria, sincera
Da qual não se desespera
É tudo a todo momento
E um bom atendimento
Da sociedade se espera.

XI

E as redes sociais

E a solidariedade
 Não podem ser em verdade
 Apenas ocasionais
 Devem ostentar bem mais
 Fatores determinantes
 Do bem estar, comandantes
 Da humana necessidade
 Populações das cidades
 Indo em frente, sempre avante

XII

Ao SUS o seu galardão
 Saúde dever do Estado
 Sem ver este ou aquele lado
 Direito do cidadão
 Mesmo o do mais pobre chão
 Acesso real, por certo
 Não apenas para o esperto
 Concessão a todos nós
 Até virarmos só pó
 Direito certo, concreto.

Fortaleza, 09 de junho de 2010

Marigelbio Lucena

3.3 Portfólio da Disciplina Saúde Mental e Violência

Neste portfólio fazíamos inicialmente uma avaliação sobre a Saúde Mental e um relato das nossas impressões do ponto de vista situacional.

3.3.1 Apresentação do Autor

Eu sou Marigelbio Rodrigues de Lucena, médico, turma de JULHO/1978, UFC, portanto com 32 anos de formado, médico do serviço público na esfera Federal e Estadual, sendo que nesta última lotado em Pacatuba- Ceará , onde exerço atividades de ginecologista e

ultrassonografista estando por assim dizer, em comunhão como referência e contra-referência com as atividades do NASF da referida cidade, daí o meu interesse e empenho em cursar Especialização em Saúde da família, sob a forma de EaD, o que me dá mais maleabilidade e possibilidade de adequar o meu tempo disponível, à logística do desenvolvimento do curso.

Para a minha pessoa, experimentar um curso de Especialização a Distância, até onde estou compreendendo as duas disciplinas iniciais: Processo de Trabalho em Saúde e Saúde Mental e Violência está sendo de intensas emoções e desenvolvimento de aprendizagem extremamente a contento, pelo inusitado de uma primeira disciplina introdutória iniciativa da nossa Coordenação Local, mas que é claro com algumas pequenas ressalvas, até mesmo pela condição de novidade, mas que alocou conhecimentos e condições de aprendizagem de fato necessárias e que sem elas fazendo esta introdução, o curso ficaria sem um gancho de pega inicial.

No meu portfólio inicial na primeira disciplina, o fiz sob a forma de um CORDEL, resumindo e abrangendo no mesmo o desenvolver e desenrolar das atividades primeiras ministradas, até para fazer um contraponto de como se poderia discorrer através de uma forma primitiva de poesia, sobre um assunto dos mais modernos inseridos no que há de mais atual, que é exatamente a informática.

Na segunda disciplina: Saúde Mental e Violência, com as suas quatro aulas:1. Construção histórica, política e cultural da Psiquiatria e saúde mental no Brasil. 2. A assistência e a clínica. 3. Casos clínicos na comunidade. 4. Estratégias em Saúde Mental. Nestas aulas o acontecimento foi uma visão conjunta básica de tópicos em saúde mental, de fato muito importantes, mas que para mim ainda ficam questionamentos inevitáveis e principais e que aqui coloco: a) O aspecto de que praticamente em todos os CAPS os profissionais são terceirizados por cooperativas ou congêneres, em virtude que se por acaso fossem concursados, o ganho pecuniário auferido não pagaria a pena do trabalho, b) No processo de desmanicomização levado a efeito no país ainda houve um entrave quanto aos pacientes crônicos ou abandonado-esquecidos com a solução de se alugar casas de apoio para os mesmos, sem se falar no “Bônus” de R\$ 250,00 que as famílias recebem para suportar o doente mental c) Outra grande cunha, talvez a maior, ainda se refere aos pacientes em “crise aguda”, pois aos sábados e domingos os CAPS não funcionam e o suporte em tese que seria dado pelos hospitais psiquiátricos de referência não funciona a contento. Assim a rede de saúde mental, que ainda hoje privilegia o hospital psiquiátrico, como seu órgão de maior complexidade, fortalece o fluxo de internamentos, colocando abaixo todos os preceitos da reforma psiquiátrica.

Os objetivos da aprendizagem conforme a coordenação de ensino e que ao fim da disciplina de saúde mental era para que os alunos tivessem este conhecimento básico eram: 1. Relacionar os princípios básicos e os objetivos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. Discorrer sobre as políticas e o modelo assistencial para a saúde mental preconizados pelo SUS. 3. Sugerir ações que contribuíssem para uma proposta assistencial voltada para a atenção comunitária 4. Compreender o conceito de transtorno mental, suas principais causas, sua prevalência na comunidade e a importância de seu tratamento, 5. Construir o diagnóstico da atenção a saúde mental de sua área de atuação, enfocando as políticas de saúde mental existentes, recursos humanos e materiais disponíveis os equipamentos de atendimento e os casos mais prevalentes. 6 Identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação 7. Planejar ações estratégicas para a atenção em saúde mental em seu território, tendo como referência os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ao final da disciplina podemos dizer que oitenta por cento do exposto foi conseguido e os vinte por cento restantes tratam-se apenas de peculiaridades locais atinentes a própria área de trabalho na cidade que milito, que por exemplo, nem sequer ainda tem um CAPS.

O desenvolvimento das atividades nos colocou na prática em contato com um CAPS.. Alguns outros colegas com outros setores de atendimento a saúde mental, mas aparentemente todos se saíram a contento, com aproveitamento real, sendo que alguns já desenvolviam suas atividades em unidades que trabalhavam diretamente com a Saúde mental.

O momento de destaque do módulo foi sem dúvida a avaliação final que colocou os alunos com seu ambiente virtual em um verdadeiro FRENESI, pois envolvia a avaliação e análise em todas as suas nuances, de um CASO CLÍNICO, sendo que houve um CHAT concorridíssimo pelos grupos de alunos que faziam parte do mesmo, os quais já vinham se degladiando por dias a fio, com emails constantes, diários, as vezes vários por dia, cada um apresentando um caso seu, alguns logo descartados, mas com todos participando dando opiniões, inclusive até quem estava viajando, fora do estado, mas que acessavam *Lanshouses*, em horários pré estabelecidos, sendo que só mesmo no dia do Chat foi batido o martelo por um caso interessantíssimo, o caso da “menina que não comia” como todos nós ficamos chamando e que era mais ou menos assim.

MAS, 08 anos, sexo feminino, filha única de mãe solteira, desnutrida, perda rápida de peso e referindo dor epigástrica, sem aceitar a dieta oferecida, e que apresenta vômitos frequentes, com piora progressiva. A ACS programou consulta de enfermagem, foram feitos vermífugos, sem solução. O caso culminou em uma endoscopia que mostrou esofagite de

refluxo leve, que tratada não mostrou grandes melhoras. A mãe ameaçava a filha que se ela não comesse, morreria, e por fim foi constatado que era uma caso de saúde mental da família, com diagnóstico pelo CAPSi de depressão em mãe e filha e que afinal o caso vem sendo acompanhado por psicólogo e psiquiatra e que espera-se uma boa resolução final.

O grupo ateu-se a seguir e destrinchar todos aqueles passos preconizados para o estudo de um caso clínico: Quem é a pessoa envolvida no caso? O que aconteceu? Qual o problema? Como aconteceu? Por que aconteceu? Que soluções ou alternativas estão sendo propostas?? Bem como foi feita avaliação do caso de maneira integral, individualizada, considerando aspectos biopsicossociais. O grupo buscou também fazer toda a fundamentação teórica com estudo mais aprofundado das patologias inerentes ao caso estudando os principais transtornos de ansiedade, além de depressões, as principais fobias e suas relações com patologias clínicas de base.

Na minha opinião foi o primeiro grande momento, que espero que se repita muitas outras vezes nas dezesseis disciplinas restantes, em que de fato foi mostrado como deve funcionar um curso de EaD, naquele perfeito interrelacionamento TUTOR-APRENDIZ (pois a nossa tutora nos fustigava, incitava ,impelia-nos, buscava alimentar com idéias e embasamento científico o desenrolar do processo) e APRENDIZ-APRENDIZ (quando nós os alunos por assim dizer fizemos nossa parte com muita ousadia e participação mútua).

3.4 Portfólio da Disciplina Modelo Assistencial e Atenção Primária em Saúde

Neste módulo o portfólio consistiu em opiniões formuladas sobre o caso clínico de Dona Maria e a maneira como ela era atendida pelo Sistema de Saúde, e também um relatório discursivo sobre as estratégias e ações que a equipe do especializando teria de fazer para tentar mudar o modelo assistencial no seu município. Veja a seguir.

3.4.1 Atividade

Em relação às estratégias e ações que a minha equipe tem utilizado visando a mudança do modelo assistencial tenho a dizer, que na realidade não faço parte de uma equipe e sim sou por assim dizer “agregado” ao NASF de Pacatuba a cidade onde exerço funções médicas. No entanto devido a meu interrelacionamento com várias das equipes da cidade, já depreendi que a tentativa maior é priorizar o mais possível as ações de natureza informativa/educativa, buscando assim aumentar a capacidade dos indivíduos, famílias e de comunidades de

compreenderem e atuarem sobre os problemas de saúde inerentes a eles próprios, tentando assim ajudar nas soluções para os mesmos.

As dificuldades mais frequentes na perspectiva da mudança do modelo assistencial tratam-se exatamente de padrões culturais arraigados no mais íntimo do ser das pessoas pertencentes a estas comunidades, que ainda vivem no seu pensar, no modelo mais antigo vinculado ao sistema “queixa-consulta-receita” e na priorização do atendimento pelo médico, que no pensar deles é a pessoa mais importante na equipe de saúde da família, sendo que a demanda espontânea é predominante em detrimento de uma demanda programada, com pacientes tendo passado primeiramente pelos outros profissionais de saúde da equipe, com os seus devidos encaminhamentos.

As reuniões informativas/educativas não têm por assim dizer muito valor junto a comunidade que na realidade só se satisfaz com o atendimento pelo médico. Para completar agora em julho/2010 foi inaugurado na cidade um hospital moderno de três andares, bem aparelhado, o que veio a reforçar ainda mais a ideia “hospitalocêntrica” com a população da cidade apalermada com a novidade e tendo de necessariamente “inaugurar” o hospital se fazendo presente dentro do mesmo a qualquer mínimo pretexto, apesar dos esforços das equipes de saúde de só encaminhar para o mesmo, os casos de fato necessários, mas como o hospital tem plantonista médico 24 horas, está perpetuado cada vez mais o modelo que já citei “queixa/consulta/receita”.

Provavelmente decorrerão ainda muitos anos para que o modelo que busca a melhoria de qualidade de vida da população tenha de fato força de se instalar e prosperar. De qualquer modo a luta tem de continuar, anos que se passem, um dia triunfará, nem que se seja através do raciocínio proverbial antigo de que “água mole em pedra dura, tanto bate até que vence”.

3.4.2 Relatório das Atividades

Em relação ao caso da DONA MARIA em correlação com os atributos de qualidade do cuidado, temos a explicitar em relação a cada item a seguir:

EFICÁCIA: Está comprometida pelo uso irregular de medicamentos para hipertensão, pela falha alimentar domiciliar, cuidados higiênicos precários e desorientação familiar no trato ao caso.

EFICIÊNCIA: Foi razoável; pois ao ser acometida pelo Acidente Vascular Cerebral, foi internada no hospital local por 15 dias, houve a visita do auxiliar de enfermagem, a realização de curativo por este, a visita domiciliar da enfermeira e suas orientações gerais sobre

o aporte medicacional correto, como fazer os curativos e cuidados preventivos para não ocorrerem mais escaras.

EFETIVIDADE: Não foi boa, a não ser que tenha ocorrido “a posteriori” no caso; pois como houve uma certa disjunção entre a eficácia e a eficiência não houve boa resolução final de acordo com os recursos disponíveis.

EQUIDADE: Esta que implica em conhecer as situações de risco e vulnerabilidade e distribuir as ações em função deste diagnóstico, também foi comprometida, principalmente devido ao fator familiar de descaso e desorientação talvez até por pobreza ou ignorância.

OPORTUNIDADE: Ocorreu em três momentos e deu-se a contento quando da internação hospitalar pelo A.V.C., nas visitas domiciliares do auxiliar de enfermagem e da enfermeira e também na comunicação da alta hospitalar pelo agente comunitário de saúde.

CONTINUIDADE: Funcionou até quando o agente comunitário de saúde comunicou o fato da alta hospitalar a equipe de saúde da família, mas depois houve um HIATO de quinze dias, quando depois disso já foi a família que procurou a unidade, neste caso o agente comunitário falhou pois o período foi longo e ele não reconferiu as condições de dona Maria no seu domicílio que era paciente idosa, que teve patologia grave e saiu sequelada, do hospital.

ACESSIBILIDADE: Funcionou bem na chegada ao hospital (devido ao A.V.C.) e depois funcionou apenas em termos, atrasadamente, devido ao hiato proporcionado pelo agente comunitário que não foi eficiente, mas depois com as visitas domiciliares e orientação tornou-se a contento.

ACEITABILIDADE: Insere-se na maneira como a família recebeu as visitas domiciliares.

OTIMIDADE: O CUSTO-BENEFÍCIO das ações não foi de bom sucesso, em virtude da irregularidade no tomar ; das medicações anti-hipertensivas e no próprio despreparo familiar na abordagem do caso.

LEGITIMIDADE: A ação da equipe de saúde da família legitimizou-se por buscar atuar no processo tentando solucionar a problemática, utilizando os seus meios possíveis disponíveis.

ÉTICA:A equipe de saúde da família, através dos seus membros partícipes no processo, portou-se eticamente.

3.5 Portfólio da Disciplina 5: Planejamento e Avaliações de Ações em Saúde

O principal acontecimento foi a participação dos alunos em “chats” e “fóruns” sobre o assunto “gravidez indesejada na adolescência e abortamento”, que relaciono a seguir:

3.5.1 Relatório de Atividades

A respeito do plano de ação desenvolvido pela minha equipe, composta além de mim pelos colegas: R.M, R.B, S. e V, abordamos o tema: GRAVIDEZ INDESEJADA NA ADOLESCENCIA E ABORTAMENTO, sendo que após um entendimento entre todos, resolvemos setorizar a divisão dos assuntos após realizarmos dois CHATS para discutirmos os assuntos, resolvemos que S se encarregaria dos tópicos: 1. Definição dos problemas 2. Priorização de problemas 3. Descrição do problema selecionado. A colega R.M coube os tópicos: 1 .Seleção de nós críticos. 2. Identificação dos recursos críticos. A colega V. encarregou-se dos tópicos: 1. Desenho das operações. 2. Análise da viabilidade do plano. Eu, M, assumi: 1. Explicação do problema. 2. Elaboração do plano operativo 3. Gestão do plano. Por fim o colega R.B encarregou-se do ajuntamento e arremates finais e preparação e envio ao ambiente moddle: isso não sem antes trocarmos uma infinidade de opiniões e ideias tanto pelo próprio FORUM, como também pelos nossos emails pessoais. Foi muito produtiva toda esta concepção do plano de ação ressaltando-se o bom nível de afetuosidade atingido pelo grupo além das satisfações pessoais atingidas.

Em relação ao CHAT que perguntava: 1. Como a sua equipe planeja as intervenções que dão resposta as necessidades de saúde de sua área de abrangência ? 2. Quando é feito planejamento os interesses dos envolvidos e os possíveis conflitos são considerados?

Fiz intervenções, dizendo que na área em que atuo (Pacatuba – Ceará) o planejamento é mais do tipo NORMATIVO, o mais das vezes, mas que eventualmente se procura ouvir os anseios das comunidades, para dirimir dúvidas e evitar conflitos, de qualquer modo houve no CHAT quase um consenso de que o planejamento estratégico ocorre em bem menor porcentagem que o normativo.

A seguir coloco todas as minhas intervenções nos FORUNS das aulas 2 e 4.

Neste caso o problema, cuja definição básica é a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada, está superposto sobre si mesmo e se repararmos no conteúdo programático, na parte que fala sobre ATOR SOCIAL, tópico CONCLUSÃO, onde diz que “cada ator vê e atua sobre a realidade a partir de percepções diferentes”.

O que torna necessário uma ação central (não centralizadora, mas aglutinadora), capaz de construir uma COERÊNCIA GLOBAL entre as ações parciais dos diversos atores sociais". Então neste caso a saída é que as pessoas responsáveis pela "ação central" tentem fazer coexistir as duas ações ao mesmo tempo, visto que a ideia primeira (diabetes e hipertensão) é de suma importância ser abordada, pois potencialmente são patologias que matam e que portanto tem de ser tentada solução para as mesmas, e a outra que é mais sentida de momento pela comunidade (dificuldade de acesso a água, desemprego e violência) tem de ser também abordada. As duas situações não são excludentes entre si e tem de ser levado a efeito, estratégias que levem em conta as diferentes posições ocupadas pelos vários atores envolvidos nos dois processos, no caso os gestores, que estão com o raciocínio certo e a comunidade dentro das suas reivindicações lógicas.

Prezada M.. Suas colocações foram muito boas. Em relação as ouvidorias da Secretaria municipal de saúde e os próprios Conselhos Municipais; normalmente servem como massa de manobra dos políticos e das administrações municipais, que manipulam os mesmos ao seu bel prazer. Pode ter exceções, mas no geral é assim que funciona o processo.

Prezado R. B.: O risco de se fazer um GRANDE FORÚM DE POLÍTICAS PÚBLICAS é a miserável de uma coisa chamada ASSEMBLEÍSMO onde todo mundo quer falar, todo líder comunitário quer deitar cátedra, afora as QUESTÕES DE ORDEM; QUESTÃO DE ESCLARECIMENTO e a coisa não anda, se perde em discussões paralelas inúteis e finda não se chegando a lugar nenhum, e se for separadamente com câmaras temáticas e etc. talvez seja pior ainda, porque aí não haverá concisão nas idéias.

3.6 Portfólio da Disciplina 6: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica

Neste portfólio fazíamos em um primeiro momento, comentários reflexivos sobre o aprendizado das 4 aulas do módulo e relatórios sobre os vídeos “The Wall” (Pink Floyd) e “Máquinas de Ensinar” (B.F Skinner- Professor da Harvard University), Seguem os comentários feitos à época.

3.6.1 Aula 4: Tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade

Nesta disciplina descrevo as atividades reflexões/comentários sobre as atividades das quatro aulas da disciplina Práticas Pedagógicas em ABS.

AULA 1: No fórum “FATORES PEDAGÓGICOS” onde discutimos os processos relacionados ao ensino-aprendizagem das tecnologias respondi assim a questão: “Como podemos melhorar nossas atividades educativas para uma mudança real da situação de saúde da nossa área ?

“Analisar a problemática total da comunidade, talvez seja a melhor maneira de fazer a abordagem educacional. As pessoas têm sua individualidade em cima da qual devem ser tratadas e inseridas em um processo lógico. Uma metodologia participativa com interações múltiplas talvez seja o caminho certo”.

“O diálogo em educação em saúde torna a interrelação profissional/paciente uma realidade mais do que concreta, quando as conscientizações das comunidades ocorrem em vários níveis”.

“A busca do aprendizado pessoal do profissional buscando cada vez maior conhecimento neste tocante vem favorecer/fortalecer estas relações em binômio, com troca de experiências mútuas; só que este aprendizado foge daquele ensinamento comum teórico, o mais das vezes direcionado apenas a patologias específicas, e não aquele do trato com as pessoas na sua essência de consciência e aspectos psicológicos/sócio-econômicos”.

AULA 2: A respeito do vídeo MÁQUINAS DE ENSINAR de B.F Skinner (professor de psicologia da Harvard University) que é um exemplo real sobre a PEDAGOGIA DO CONDICIONAMENTO que enfatiza os “resultados comportamentais”, criando um jogo eficiente de estímulos e recompensas capazes de condicionar o aluno a emitir as respostas desejadas pelo professor, destacamos, baseados nos estudos de Juan E. Dias Bordenave, as conseqüências individuais e sociais mais importantes desta pedagogia.

Conseqüências individuais: 01. Não questionamento dos objetivos, nem do método, como também a não participação na seleção dos assuntos. 02. Não problematização da realidade. 03. Tendência ao individualismo. 04. Incentivo a “competitividade” (os mais rápidos ganham em destaque, sendo equivalente, a meu ver, as idéias capitalistas, de que quem produz mais deve ganhar mais) 05. Existe uma renúncia a originalidade e criatividade individual: as respostas corretas já são pré estabelecidas.

Conseqüências sociais: 01. Ausência de dialética professor-conteúdo. 02. Dependência de uma fonte externa para estabelecimento de métodos, objetivos e reforços. 03. Manipulação

ideológica e tecnológica. 04. Falta de consciência crítica e de cooperação. 05. Dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos (o que não é ideal para países do terceiro-mundo, empenhados como estão em lograr sua independência mental associada à independência tecnológica, política e sócio-econômica).

3.6.2 Aula 3. Tecnologias ou Estratégias: Acolhimento e Trabalho com Grupos.

A nossa aprendizagem deu-se a contento sobre estes dois tópicos e abaixo relacionamos os principais conceitos amealhados ao nosso conhecimento durante a disciplina:

3.6.2.1 Acolhimento

- Acolher: dar acolhida ou agasalho a hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração; atender a.
- O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde.
- O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada.
- O acolhimento não pode se restringir apenas a uma “saída” para organizar a demanda espontânea.
- Ele se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço.

3.6.2.2 Trabalho com Grupos

- O trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica.
- Os papéis sociais constituintes de um grupo em tarefa podem ser classificados em duas categorias: Informais e formais.
- Os grupos operativos podem se dividir em grupos sócio-educativos (voltados mais para os aspectos sócio-culturais) e grupos psico-educativos (voltados aos processos psíquicos).

- Os grupos segundo o critério de finalidade são divididos em OPERATIVOS (que se subdivide em quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos) e PSICOTERÁPICOS.
- A dinâmica de um grupo que está reunido para produzir algo é marcada por 03 momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto.
- Um GRUPO DE TRABALHO não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade ,com leis e mecanismos próprios e específicos.
- Um GRUPO é uma unidade que se comporta como uma totalidade e vice-versa.

3.6.2.3 Visita Domiciliar

- O vocábulo exato para designar este procedimento é visita domiciliária.
- A VD é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco as quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, sendo um instrumento potente para a vigilância em saúde.
- A VD permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade.
- A VD é uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância.
- A VD coloca o profissional necessariamente, no mundo do usuário e, portanto, pode ser um potente indutor da transposição do modelo bio-médico para um modelo biopsicosocial.
- A VD é fundamental, também, para a aproximação com o” não usuário”, ou seja aquele que não tem condições físicas para ir até a unidade de saúde. Neste caso a VD é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.
- As principais finalidades da VD são: 01. Realizar e atualizar o cadastramento das famílias. 02. Avaliar as demandas exigidas por uma família. 03. Manter contato com as populações de risco, enfermos e seus familiares. 04. Complementar orientações iniciadas na consulta ou em grupo. 05. Observar e orientar sobre saneamento básico, higiene, amamentação, controle de peso, controle vacinal, cuidados com recém nascidos, puérperas, gestantes e uso correto das medicações,

06. Realizar busca ativa de faltosos acompanhados por meio de programas específicos

3.6.2.4 Consulta

- Conceito: Ação de consultar, de pedir uma opinião ou conselho.
- A consulta deve ser considerada um momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade.
- A capacidade de escutar o usuário deve ser considerada elemento fundamental para o estabelecimento de laços de confiança e de vínculo.
- A percepção de que foi ouvido faz com que o usuário se identifique com o profissional. Deve ficar evidente para o usuário, que o profissional se preocupa com ele, com a sua família e com a comunidade com a qual ele se relaciona. É preciso que fique evidente a responsabilidade sanitária da ESF com o seu território.
- É preciso utilizar de forma adequada o potencial e a “força simbólica” da consulta, legitimando o novo papel social que ela pode exercer. Uma consulta respondida por um profissional com formação humanística, pode facilitar a tarefa da equipe de saúde.

Os dois vídeos se referem a uma abordagem representativa sobre a **Pedagogia do Condicionamento** que se caracteriza por não considerar como mais importante no processo educativo as idéias e os conhecimentos, e sim na verdade ela enfatiza os **resultados comportamentais**, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos, atitudes e destrezas, criando um jogo eficiente de estímulos e recompensas capazes de condicionar o aluno a emitir as respostas desejadas pelo professor. Destacando inicialmente o vídeo “**MÁQUINAS DE ENSINAR**”, temos a dizer.

Segundo Juan E. Dias Bordenave entre as conseqüências individuais desta pedagogia podemos destacar como principais : 1. Não questionamento dos objetivos, nem do método, como também a não participação na seleção dos assuntos. 2. Não problematização da realidade 3. Não existe oportunidade de criticar as mensagens (conteúdos) do programa. 3. Tendência ao individualismo. 4. Incentivo a “competitividade” (os mais rápidos ganham em destaque, sendo equivalente as idéias capitalistas) 5. Existe uma renúncia a originalidade e criatividade individual: as respostas corretas já são pré estabelecidas

Entre as conseqüências sociais destacamos: 1. Ausência de dialética professor-conteúdo. 2. Dependência de uma fonte externa para o estabelecimento de métodos, objetivos e reforços. 3. Manipulação ideológica e tecnológica. 4. Falta de consciência crítica e de cooperação. 5. Dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos (o que não é ideal para países terceiro-mundistas, empenhados como estão em lograr sua independência mental associada à independência tecnológica, política e sócio econômica.)

Em relação ao vídeo THE WALL (Anotherbrick te waal – “nada mais que um tijolo no muro”), clássico da música contemporânea, grande sucesso do PINK FLOYD, trata-se de uma crítica contundente a uma abordagem mista das pedagogias tanto de condicionamento como também de transmissão, pois deixa antever de permeio o aspecto autoritário dos mestres, questionando a criatividade do aluno que faz poesias, e com a repetição sistemática de fórmulas trigonométricas, além da ridicularização de suas próprias vidas (“na cidade sabia-se que quando os professores voltavam para casa a noite, suas esposas gordas e psicopatas infernizavam suas vidas”). Até que cansados de viver em uma linha de montagem em série a caminho do patíbulo, do cadafalso, até caírem no abismo, vem o grito final de revolta e liberdade: “Não precisamos de educação, nem que controlem nossos pensamentos, nem de sarcasmos na sala de aula. Professor deixe as crianças em paz. Não mais que um outro tijolo no muro.” (Roger Walthers, 1979)

Ao final do vídeo vem a representação de forma anárquica simbólica, da destruição da escola que é incendiada, com os professores exterminados, o que simboliza o início de uma nova era, que sem dúvida nenhuma ao meu ver, são os prolegômenos de uma pedagogia nova, moderna, participativa, que se descortinava no horizonte, chamada PEDAGOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO.

3.7 Portfólio da Disciplina7: Saúde da Mulher

Neste portfólio fizemos intervenções em “chats” e “fóruns”, abaixo destaco minhas intervenções:

3.7.1 Fórum 01 – aula 2

A principal finalidade é a mulher se sentir segura, co-partícipe, em processo recíproco de se sentir cuidada por uma equipe, o que lhe traz segurança no desenvolvimento de sua gravidez. O aspecto de ter uma segurança pessoal psicológica em encontrar-se envolvida por

todo um processo que lhe atende em seus medos, angústias, inseguranças, e que vem lhe proporcionar a possibilidade de ser ouvida, atendida e se sentir segura, talvez seja o fato mais importante no seguimento pré-natal. A parte clínica de acompanhamento com exames, vacinas, medicações etc. é uma consequência natural que vem apenas reforçar mais ainda a segurança emocional que ela tem em estar sendo cuidada no seu dia a dia.

Como ressaltou R.N: “A gestação não é um processo de adoecimento, pelo contrário, é a mais perfeita demonstração de saúde de uma mulher”. Queria lembrar aqui uma das questões das quais sou mais inquirido nos acompanhamentos, que é a questão da SEXUALIDADE neste período, que também deve ter uma orientação bem adequada, pois por estar grávida "a mulher não morreu". As oscilações na libido podem ter nuances variadas, e os questionamentos e medos das gestantes, têm de ser bem conduzidos, não só no período gravídico, como principalmente no pós parto quando há um "esfriamento" fisiológico, pois com o aumento da Prolactina, para a consecução da lactação, a libido despensa ao mínimo. Estas abordagens de nossa parte na condução de todo este processo, podem salvar lares e casamentos,

3.7.2 Fórum 02 - aula 04

Aquela condição "histórica" de que "Em briga de marido e mulher ninguém mete a colher" precisa de fato ser revista e revisada. As colocações da M. são sucintas e definem bem a situação. Talvez o maior problema seja mesmo da não garantia da integridade física pessoal de nós profissionais no caso de orientarmos a mulher a procurar suas defesas legais. Eu mesmo já passei por ameaças pessoais, mas que graças a Deus não deram em nada, mas se o cabra lá fosse um pouco menos frouxo, podia ter complicado para o meu lado. De qualquer modo é um risco grande.

M fala: “Além de não termos segurança quanto à nossa integridade física como profissionais a incentivar a punição de agressores, como M. e P. falaram, muitas das próprias mulheres agredidas ainda não se sentem seguras, seja física ou emocionalmente, para fazer essas denúncias e a maioria ainda nem interpreta como agressão o que têm que viver em casa, quando o companheiro não bate nelas.

As mulheres ainda vão precisar ser orientadas a educar seus filhos e filhas de forma diferente. A não dizer para a filha que "ruim com ele, pior sem ele"; que todo homem é assim mesmo; como vai criar os filhos em caso de separação?. E também a não reproduzir para os

filhos do sexo masculino o modelo em que o homem tem todos os direitos.” Grande parte das mulheres que decidem ir a Delegacia e prestam queixa, passada a raiva retiram a queixa ou mesmo antes, quando o delegado diz que vai mandar prender o agressor.

Concordo que o trabalho precisará incentivar a disseminação do conhecimento dos direitos da mulher, as alternativas que ela tem para sair dessas situações conflituosas e como se posicionar frente ao parceiro e filhos.

O assunto do FORUM é: "POSSIBILIDADE DE IMPLANTAR ATIVIDADES DE SAÚDE JUNTAMENTE COM OUTRAS INSTITUIÇÕES SOCIAIS DE SEU MUNICÍPIO, NO SENTIDO DE PROMOVER E PROTEGER A SAÚDE DAS MULHERES QUE SE ENCONTRAM EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA". Pergunto aos colegas como direcionar este assunto do ponto de vista prático, real, quais seriam as outras instituições sociais (polícia, justiça?). Do ponto de vista prático o que está sendo feito nas cidades de vocês?

M. J responde: “é triste mas é verdade, os dados estatísticos são alarmantes, é incrível que mesmo com a lei Maria da Penha muitas mulheres permanecem escondidas debaixo do medo de que o marido a mate ou mate seus filhos, ainda falta segurança para que essas mulheres sintam-se seguras para denunciar os casos de agressões diárias sofridos por elas.”

Estatísticas: 01. De cada 100 mulheres assassinadas, 70 são dentro de casa. 02. A cada 15 segundos uma mulher apanha. 5.760 mulheres são espancadas por dia. 03. Cada 5 faltas ao trabalho, 1 é motivada por violência. 04. 69% das mulheres foram agredidas, apenas 10% denunciaram. De alguma maneira estes dados têm de mudar.

R.C.D responde: “estou abismada. Ainda não tinha visto esses dados e estou pasma com essas informações! E o pior de tudo é saber que apenas 10% das mulheres agredidas denunciam a violência. É muito triste, mas é como foi citado anteriormente, a mudança não deve ser apenas por parte da vítima, mas de toda a sociedade. A "denúncia" é também uma questão cultural, muitas vezes alguns familiares, por diversos motivos, não incentivam a vítima a denunciar uma agressão, e esta acaba se tornando um fato constante na vida das mulheres que sofrem este tipo de violência. Para mudar estas estatísticas é necessário uma grande mudança por parte de toda a sociedade, e não apenas da vítima. Todos deveriam se sentir um pouco responsáveis e fazer a sua parte nestas situações, no entanto, sempre usamos a desculpa de que não é um problema nosso, e que por isso não devemos nos manifestar. Precisamos mudar esse nosso pensamento, e entender que estas mulheres não têm "forças" para tomar determinadas decisões, portanto, devemos ajudá-las de alguma forma, e não fechar

os olhos para este tipo de violência que acontece com grande frequência em nossa sociedade (mais até do que o que eu imaginava).

3.8 Portfólio da disciplina 8: Participação Social e Promoção da Saúde

Consistiu em atividades discursivas sobre o filme curta metragem “Ilha das Flores”; e resposta as questões sobre as cartas de OTAWA, ADELAIDE, SUNDSVALL , SANTA FÉ DE BOGOTÁ, JACARTA E CIDADE DO MÉXICO. Também opiniões sobre a gestão em saúde do município que cada especializando trabalhava. Ei-las a seguir:

3.8.1 Atividade 1: FORUM: Discussão com os colegas sobre o filme curta metragem “ILHA DAS FLORES”

Minhas participações e retorno dos colegas:

A comunidade enfocada no vídeo "ilha das flores" passa por todas as situações inerentes: Violência contra o ser humano, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso a educação, fome principalmente, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água deterioradas e outras mais. Como os colegas já citaram; a solução passaria por uma intersectorialidade de vários órgãos na abordagem e principalmente sensibilizar a população no resgate de sua cidadania que se encontra aquém dos porcos, para que a mesma batalhe pelos seus direitos. Quanto as atividades específicas para prevenção de doenças, teria de haver aquela abordagem mais básica inicialmente focada principalmente nos caracteres educativos de base, mas sem esquecer de uma atuação direta emergencial nos casos de saúde mais abalada nos casos focais e específicos, tipo verminoses, doenças respiratórias, infecto-contagiosas etc. Teria de haver uma construção geral de ações por vários órgãos envolvidos, que possibilitassem responder as necessidades sociais da comunidade em questão.

Gostaria só aqui de repetir o mecanismo de promoção em saúde, só para deixar bem claro a discrepância entre o utópico e o real, dentro das possibilidades que poderiam melhorar sobremaneira a "ilha das flores". "Promoção de saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersectorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade

quanto a qualidade de vida da população e que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida". É um pouco utópico na realidade brasileira, mas os anos e os tempos que passarão, mostrarão que é possível, basta termos fé, lutarmos e principalmente temos que acreditar que pode ser real.

R.A.B. responde: “Bom 2011 a todos! Apesar do tom bem humorado do vídeo o assunto que ele trata é bastante sério e comovente. Mais triste que a realidade da comunidade da Ilha das Flores é perceber que em nosso país essa também é a realidade de outras comunidades. Como citou abaixo nosso amigo M., “a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial”. Há várias medidas a serem tomadas para que uma efetiva mudança ocorra na comunidade da Ilha das Flores. Acredito que nesse caso os Programas Bolsa –Família e Bolsa-Escola (rotulado por muitos como uma política meramente assistencialista do Governo) sirvam como pontapé inicial, já que é dever do Estado garantir condições mínimas de sobrevivência para a população.

Quantos as atividades preventivas poderiam ser realizados exames de rotina, administração de vermífugos, imunização de adultos e crianças, a adoção de hábitos de higiene saudáveis, o que se interliga com a promoção da saúde, pois como citou a R. a educação é a base de tudo. Para que tenhamos condições de realizar a promoção da saúde é necessário que haja uma mobilização coletiva, a qual envolva a comunidade e setores privados e governamentais para que possamos buscar condições básicas de saneamento, moradia, escola, alimentação e fonte de renda para essa comunidade. As visitas domiciliares são de extrema importância para que possamos intervir de maneira coerente com a realidade dessas famílias.

3.8.2 Atividade 2

Questões:01.quais os principais temas debatidos em cada carta?

CARTAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE:

A) CARTA DE OTAWA (CANADÁ NOVEMBRO DE 1986):

Foi a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que definia a própria saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo.” (Carta de Otawa, 1986). Ela considerava como condições necessárias para haver saúde; a existência em

níveis possíveis com a sobrevivência de: Habitação, educação, paz, alimentação, equidade, justiça social, renda digna e recursos sustentáveis/ecossistema estável e preconizava 05 (cinco) campos de ação, a saber: 01. Reorientação dos sistemas de saúde 02. Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis 03. Desenvolvimento de habilidades pessoais 04. Criação de ambientes favoráveis a saúde 05. Reforço das ações comunitárias.

B) DECLARAÇÃO DE ADELAIDE (AUSTRÁLIA- ABRIL DE 1988)

Foi a segunda conferência internacional de promoção da saúde, que ratificou os 05 campos de ação da carta de Ottawa, destacando que a criação de ambientes favoráveis em saúde era a condição principal para o desenvolvimento dos outros quatro, e que os países mais ricos teriam de assegurar políticas públicas que tivessem impacto positivo na saúde das nações do terceiro mundo. (Lucena, 2011)

C) DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL (SUÉCIA – JANEIRO DE 1991)

Foi a terceira conferência internacional sobre promoção da saúde e enfatizava que em virtude de ¼ da população mundial viver em pobreza extrema, o princípio fundamental a ser buscado seria a justiça social em saúde e que deveriam ser promovidas ações urgentes para a resolução desta problemática. (Lucena,2011)

D) DECLARAÇÃO DE SANTA FÉ DE BOGOTÁ (COLÔMBIA – NOVEMBRO DE 1992)

Foi uma conferência de promoção em saúde para a América Latina, que não teve caráter mundial, mas que preconizou a relação mútua entre desenvolvimento e saúde, buscando criar condições para o desenvolvimento latino americano que trouxessem condições fundamentais para garantir o bem estar social. (Lucena, 2011)

E) DECLARAÇÃO DE JACARTA (INDONÉSIA JUNHO DE 1997)

Foi a quarta conferência internacional sobre promoção de saúde e abordou o tema “PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SÉCULO XXI” e teve como diferencial que pela primeira vez a iniciativa privada participava no apoio à promoção em saúde. (Lucena, 2011)

F) DECLARAÇÃO DO MÉXICO (CIDADE DO MÉXICO - JUNHO DE 2000)

Foi a quinta conferência mundial sobre promoção em saúde e nela se reconheceu que a mesma deve ser estimulada pelo triunvirato: Sociedade civil, governo e setor privado, com a conclusão que a saúde é importante para o desenvolvimento social, sendo responsabilidade da coparticipação de todos. (Lucena, 2011)

02. Quais das cartas melhor se relaciona aos problemas enfrentados pelos moradores do vídeo “ilha das flores” ?

Na realidade todas as conferências se aplicariam em determinadas partes ao assunto da comunidade “Ilha das Flores”, pelas suas concepções de apoio em melhorias nas situações de saúde, mas acredito que a DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL devido ser a que mais chama a atenção que um “UM AMBIENTE SALUTAR É FUNDAMENTAL PARA A SAÚDE “se aplicaria melhor, pois é exatamente o que não existe na referida comunidade

3.8.3 ATIVIDADE 3

Pergunta: Como você pode contribuir nas atribuições do gestor municipal para a implantação da política nacional de promoção da saúde?

RESPOSTA: Na condição de participante laborativo do setor de saúde, o que eu poderia era sugerir e para isso contribuir no que pudesse com o meu apoio físico e intelectual; que o GESTOR municipal de SUS apropriando-me aqui de frase de Moura Cavalcante que dizia: “INSTALE UMA POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE QUE FAÇA DIALOGAR AS DIVERSAS ÁREAS DO SETOR SANITÁRIO, OS OUTROS SETORES DO GOVERNO, OS SETORES PRIVADOS E NÃO GOVERNAMENTAIS, E A SOCIEDADE, COMPONDO REDES DE COMPROMISSO E CORRESPONSABILIDADE QUANTO A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO DE FORMA QUE TODOS SEJAM CO-PARTÍCIPIES NO CUIDADO COM A SAÚDE”

3.8.4 Atividade 4

Selecione quais ações específicas possíveis de serem desenvolvidas na estratégia de saúde da família (no mínimo 05 ações específicas).

Plano de atividades

Primeira ação: Combate ferrenho ao uso de álcool/outras drogas na tentativa de reduzir a mortalidade.

01. Atividades a serem desenvolvidas:

- a) Orientação de profissionais de saúde a reconhecerem maus tratos
- b) Tolerância ZERO para a “LEI SECA”.
- c) Campanhas educativas para crianças e adolescentes quanto a não uso de álcool/outras drogas
- d) Blitzes e campanhas educativas no trânsito
- e) Palestras em escolas, igrejas, associações de bairros etc.
- f) Cartilhas, folders e outros materiais educativos sobre o assunto

02. Resultados esperados:

- a) Redução de morbidade e mortalidade devido ao uso de álcool/outras drogas.
- b) Diminuição do percentual de internações hospitalares e acessos aos CAPS.
- c) Diminuição de perdas materiais e despesas previdenciárias.

03. Atores envolvidos:

- a) Profissionais de saúde de PSF, NASF e CAPS.
- b) Gestores
- c) Participantes das sociedades civil, pública e privada.
- d) Imprensa falada, escrita e televisada.

04. recursos necessários (materiais e humanos).

- a) Materiais impressos necessários a campanha (cartilhas, folders, adesivos etc)
- b) Divulgação em imprensa escrita e radio televisionada.
- c) Divulgação de rua com carros de som, vídeos etc.

05. prazo:

08 meses.

Segunda ação: desenvolvimento de nutrição e alimentação saudáveis

01. Atividades a serem desenvolvidas:

- a) Promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis.
- b) Criação de um “BANCO DE LEITE”.
- c) Oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho e escolas.
- d) Espaço para nutrizas trabalhadoras amamentarem.
- e) Desenvolvimento a atividades agrícolas básicas com alunos.

02. Resultados esperados;

- a) Início de práticas alimentares saudáveis.
- b) Participação social, “empowerment” e criação de ambientes favoráveis para a alimentação.
- c) Padrões alimentares variados para todas as faixas etárias.

03. Atores envolvidos:

- a) Professores
- b) Alunos
- c) Gestores
- d) Profissionais de saúde
- e) Empresas privadas como apoio logístico.

04. Recursos necessários:

- a) Materiais didáticos
- b) Profissionais de saúde
- c) Nutricionistas
- d) Grupos de trabalho das áreas de educação e saúde

05. Prazo:

04 meses a 01 ano

Terceira ação: redução da morbi-mortalidade no trânsito.

01. Atividades a serem desenvolvidas:

- a) Campanhas junto a aos condutores de veículos, orientando-os para evitar a violência no trânsito.
- b) Promover melhorias para condições seguras de tráfego.
- c) Oficinas de avaliação e planejamento em setores envolvidos no assunto.
- d) Campanha de divulgação de mortes e sequelas dos acidentados no trânsito.
- e) Engajamento de sociedades, órgãos governamentais e privados para um “trânsito seguro”.

02. Resultados esperados

- a) Busca da diminuição de perdas materiais, internações hospitalares com altos custos, e sofrimento para as vítimas e seus familiares com redução da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito.

03. Atores envolvidos

- a) Gestores
- b) Guardas municipais
- c) Agentes de trânsito.
- d) Policiais militares e rodoviários.
- e) Comunidade
- f) Profissionais de saúde.

04. Recursos necessários

- a) Materiais educativos de apoio a campanha.
- b) Divulgação pela imprensa a todos os níveis.

05. Prazo

Início, reavaliação com 01 ano e até 03 ANOS.

Quarta ação: Desenvolvimento de atividades físicas e corporais.

01. Atividades a serem desenvolvidas:

- a) Convocar as comunidades vinculadas a UBASF principalmente: hipertensos, terceira idade e diabéticos.

- b) Sensibilizar escolares em geral
- c) Entrar em contato com a iniciativa privada (empresas, comércio e afins) para envolverem seus funcionários.
- d) Oficinas para formação de multiplicadores.
- e) Capacitar equipes de saúde da família, NASF e outros profissionais de saúde.
- f) Envolver educadores físicos
- g) Envolver pessoas com deficiências para melhorar seu condicionamento.

02. Resultados esperados:

- a) Melhorar a autoimagem, auto estima, qualidade do sono, e relacionamento social, bem como diminuir o estresse e a depressão mantendo também a autonomia.
- b) Estimular o hábito da atividade física aliada a alimentação saudável como fator de desenvolvimento em saúde.
- c) Melhorar pressão arterial, obesidade, força muscular, densidade óssea, mobilidade articular; reduzir colesterol, triglicérides e glicemia, bem como complicações do diabetes e hipertensão.

03. Atores envolvidos

- a) Gestores
- b) Bombeiros
- c) Comunidade
- d) Educadores físicos
- e) Profissionais de saúde
- f) Conselho municipal de saúde
- g) Associações de bairros
- h) Escolas

04. Recursos necessários:

- a) Materiais em geral necessários para a prática de atividades físicas.

05. Prazo:

05 Meses a 01 ano

Quinta ação: controle e prevenção do tabagismo:

01. Atividades a serem desenvolvidas:

- a) Garantir ofertas de medicamentos anti fumo.
- b) Informativos sobre combate ao tabagismo (distribuição)
- c) Divulgação de campanha na imprensa falada e escrita.
- d) Reduzir a exposição ambiental a fumaça do cigarro.
- e) Ações para reduzir a iniciação em tabagismo por joens.
- f) Capacitação dos ACS para abordagem a esta problemática.
- g) Atividades educativas com gestantes.
- h) Acesso fácil ao tratamento pelos dependentes do tabaco.

02. Resultados esperados:

- a) Evitar o fumo durante a gravidez diminuindo o risco de partos prematuros e recém nascidos com baixo peso e dificuldades respiratórias.
- b) Reduzir a prevalência de doenças, agravos a fumantes, com a diminuição da morbidade e mortalidade relacionados ao tabaco.

03. Atores envolvidos:

- a) Gestores.
- b) profissionais de saúde.
- c) Ex-fumantes com seus exemplos e testemunhos.
- d) Co-participação tripla da comunidade, governos e iniciativa privada
- e) Imprensa (divulgação).

04. Recursos necessários:

- a) Professores e conferencistas
- b) Apoio financeiro das esferas públicas e privadas.
- c) Material de apoio e tratamento com terapêuticas anti fumo.
- d) Materiais educativos múltiplos.

05. Prazo:

03 anos

Foram relatadas opiniões sobre o contexto das ações de saúde bucal no país; participações em fóruns e avaliações sobre a saúde bucal dos idosos. Vejamos a seguir:

3.9.1 Aula 01

Reflexão: Você acha que o Centro de Saúde da família ou Unidade de Saúde em que trabalha ou conhece apresenta as características propostas no PNSB? Houve avanços? Quais as maiores limitações ou entraves para se tornar realidade?

Resposta01. Sim. Porque procuramos dar atenção a saúde bucal de crianças em idade escolar, sendo esta talvez a maior prioridade, mas também organizamos a saúde bucal para adultos, idosos, gestantes, puérperas ,adolescentes, recém-nascidos, trabalhadores, pessoas com deficiências e índios (pois temos uma ESF indígena). 02. Os avanços são marcantes, com uma grande melhoria em relação a como estes atendimentos eram feitos antes da implantação das ESB's. 02. As maiores limitações ou entraves decorrem principalmente dos poucos aportes de recursos comuns para uma cidade de pequeno porte sem muita força política e do próprio descompromisso dos órgãos gerenciadores no fazer acontecer. Além disso os problemas materiais do tipo: A) Dificuldade no cadastramento de alguns usuários devido áreas descobertas por agentes comunitários de saúde. B) Falta de manutenção preventiva nos equipamentos odontológicos, o que causa demora em agendamento/atendimento/serviços. C) Superlotação da demanda em saúde bucal devido grande número de pessoas vinculadas a uma só ESF.

Minhas participações nos fóruns

“Pelo que sei dos atendimentos em saúde bucal na minha cidade, funcionam também priorizando prevenção e dando atenção a grupos diferenciados tipo de gestantes e outros. Mas tenho uma dúvida que quero lançar no fórum. Como é feito nas equipes de vocês o atendimento odontológico a grupos de "especiais", tipo síndrome de Down ou equivalentes? Usam eventualmente anestésistas? Ou referem para serviços que tenham melhor potencial de abordagem para estes casos? Solicito opiniões.”

J.M responde: “na minha cidade as pessoas com necessidades especiais são referenciadas para o CEO ESTADUAL. Lá eles têm um trabalho diferenciado para essa clientela.

A realidade que o R. expôs é muito comum e acontece em outros locais. Não há planejamento de meios físicos coadunados com os meios humanos e dá nisso!. Teríamos de ter maior responsabilidade no nível de gestão para que houvesse a compatibilidade necessária trabalho/funcionários.

Uma das soluções encontradas para o problema de "dormir na fila", aqui na minha realidade, foi fazer as marcações sempre a tarde; não resolve o problema de logística, mas pelo menos diminui o sofrimento da população. De qualquer modo é melhor "antes à tarde do que nunca"

Pelo que conversei com os colegas dentistas, a maior dificuldade é exatamente a demanda espontânea que é muito grande, não deixando espaços maiores e os quais seriam mais lógicos, para atendimentos a grupos de adolescentes, crianças, gestantes e outros, os quais seriam mais prioritários e atenderiam por assim dizer mais requisitos quanto a prevenção e resolução a longo prazo, com um efeito maior a nível de saúde pública. De qualquer modo existem planos para que se melhore o atendimento programado.

3.9.2 Tarefa: Condições de saúde bucal dos idosos.

Pergunta 01: Por que será que os idosos brasileiros estão com esta condição dentária de total mutilação?

Resposta: Principalmente pela falta do compromisso político “no fazer” por parte dos gestores principais, pelo descompromisso familiar em tratar os idosos como um estorvo, achando que os problemas decorrentes da velhice são conseqüências naturais do próprio passar do tempo e em tese sem solução e pelo desvio pronunciado de verbas destinadas a saúde, como bem pode explicitar este texto a seguir (DN –CE 21/04/2001): “investigações promovidas pelo ministério da saúde e controladoria geral da união apontam o desvio do fundo nacional de saúde, fonte básica de recursos do SUS, de R\$ 662,2 milhões, entre 2007 e 2010. A dilapidação dos recursos do erário estaria vinculada a compras e pagamentos irregulares e superfaturamento. Nos últimos 04 anos a união repassou para os estados e municípios R\$159,13 bilhões, suporte financeiro expressivo, se realmente bem utilizado.

Entretanto, os mecanismos de controle externo como a Controladoria Geral da União, só conseguiram auditar R\$ 04 bilhões, correspondentes a apenas 2,5% do total repassado”. Depreende-se que o restante foi roubado por quem ou alguém. Então é certo que a falta de planejamento e resolução em saúde é a mãe primordial de todos estes males, mormente no que se trata da saúde bucal do idoso.

Pergunta 02: Que fatores contribuíram para esta situação?

Resposta: Além das situações já citadas, por si só bastante explicativas do momento atual, ainda temos que citar a predisposição dos idosos as enfermidades geriátricas em geral (hipertensão arterial, diabetes melitus, doenças cardiovasculares, doenças cardiopulmonares, hérnias de hiato, enfermidades mentais e motoras e osteoporose) além das enfermidades por assim dizer especificamente odontológicas que acometem esta faixa etária como sejam: desvios dos dentes provocados pelas forças de oclusão, alterações de cor, atrição provocada pela mastigação ou por hábitos viciosos como o bruxismo, mineralização dos canalículos dentários, retração da câmara pulpar, retração da superfície dentária, atrofia glandular com consequente xerostomia (boca seca, atrofia das papilas linguais e varicosidades. Mas no fundo mesmo do problema está a má abordagem do setor público neste tocante, este é de fato o problema básico e principal a ser sanado.

Pergunta 03: E no Nordeste, estamos numa situação pior?

Resposta: Em verdade estamos. Por sermos uma das regiões mais pobres do país, tudo por aqui mostra dificuldades e complicações crescentes. Dos 32 dentes que temos na boca, dos quais 04 deles já são por si só problemáticos e de pouca utilidade (os últimos molares, os famosos dentes ‘inclusos’), no Brasil como um todo, conforme dados do PROJETO SB BRASIL 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira. O CPO-D dos idosos pesquisados foi de 27,8, o que significa dizer que dos 32 dentes possíveis de se ter na boca, quase 28 dentes já foram acometidos pela doença cárie, ou foram restaurados (obturados) ou já foram extraídos (perdidos), sendo que no Nordeste, tomando-se por base um dos seus estados, no caso o CEARÁ, onde o CPO-D é de 28,35, logo, maior que a média nacional, depreende-se daí que se tomarmos como parâmetro que no Nordeste existem estados em pior situação de saúde do que o nosso, exemplos do Piauí e do Maranhão, a situação deve estar bem complicada, necessitando de melhor atenção dos órgãos governamentais.

Pergunta 04: Há estudos no Ceará que retratam esta realidade?

Resposta: No ano de 2004, foi realizado o SB CEARÁ, baseado nas orientações advindas do levantamento nacional SB BRASIL 2003, que foi um levantamento epidemiológico em saúde bucal no Estado de Ceará, sendo que já existiam dados relativos a 05 municípios cearenses, aos quais foram agregados mais dados obtidos junto a outras 19 cidades, totalizando então 24, estes representando o estado como um todo. Como conclusão foi estabelecido um CPO-D médio para a faixa etária de 65 a 74 anos de 28,35, maior que a média nacional de 27,8, mostrando uma deficiência que para ser combatida, devem ser envidados os máximos esforços conjuntos das esferas: federal, estadual e municipal no tocante a solução de tão grave problema.

Pergunta 05: E no seu município você sabe qual é o CPO-D dos idosos?

Resposta: No município ao qual estou vinculado (Pacatuba-Ceará) não existem dados fidedignos ou já compactuados referentes ao CPO-D dos idosos. Apesar de envidar esforços, as informações que consegui não foram capazes de fechar indicadores confiáveis.

3.9.3 Reflexões finais sobre as aulas

1. Nenhum programa de saúde bucal deve se limitar apenas a prevenção de cáries dentárias, mas também deve se voltar para a prevenção do câncer bucal.
2. Os pacientes idosos devem ter suas orientações de higiene voltadas tanto para a escovação quanto para a limpeza correta de peças protéticas.
3. Respeitar a diversidade étnica e racial (no nosso município temos ESF indígena).
4. Monitorar desempenho das ESB's e aquilatar os seus reais desempenhos e resultados.
5. Ampliação no caráter dos atendimentos educativos.
6. Atendimento domiciliar para pacientes idosos com limitação ou dificuldade de locomoção e pacientes “especiais”.
7. Aumentar e reforçar as práticas preventivas em saúde bucal.
8. Ampliar o acesso, promoção e melhoria da qualidade nos serviços de saúde bucal.

9. Envolver a população no conhecimento e na participação da comunidade, fazendo com que ela ganhe consciência do seu papel como elo de uma corrente do processo.
10. Lutar por todos os meios para termos enfim um “Brasil sorridente”.

3.10 Portfólio da Disciplina 10: Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais, e os Riscos para a Saúde da Família

Feitos comentários sobre o filme “Tempos Modernos” do genial Charles Chaplin e também opiniões acerca das questões ambientais que afetam o planeta, tema inclusive da “Campanha da Fraternidade” do ano de 2011, Além de texto sobre agressões a saúde do trabalhador.

01

Em relação ao filme “TEMPOS MODERNOS” do genial Charles Chaplin ele versa sobre a automação no trabalho, que devido a ganância do “capital” pode chegar a um sistema quase escravagista, evidentemente que no filme exageradamente, mas que na prática funciona quase do mesmo jeito, principalmente no trecho em que o operário após sair do seu turno na máquina, fica por um bom tempo com os tiques repetitivos, de arrochar os parafusos, o que transferindo para os tempos atuais, modernos corresponderia talvez a um raciocínio que se coadunasse com DORT/LER. De qualquer modo é um exemplo quase poético do poder do “capital”.

02

Tarefa: Você ficou mais atento as questões ambientais que estamos vivenciando? Houve alguma transformação do seu ponto de vista em relação ao assunto? Pedimos que você elabore um texto que contenha as experiências que você teve ao longo da aula.

TEXTO

O meu ponto de vista em relação ao assunto apenas foi cada vez mais reforçado, pois o meu pensamento já era, exatamente, na busca da proteção ao meio ambiente. Isto requer uma mudança na mente e no coração. Gostaria de abrir meus comentários mostrando uma poesia do poeta paulista da cidade de Ituverava (VITOR MARTINS, 1978) que se chama AOS NOSSOS FILHOS e que depois foi excelentemente musicada por Ivan Lins.

AOS NOSSOSFILHOS

Perdoem a cara amarrada
 Perdoem a falta de abraço
 Perdoem a falta de espaço
 Os dias eram assim...

Perdoem por tantos perigos
 Perdoem a falta de abrigo
 Perdoem a falta de amigos
 Os dias eram assim...

Perdoem a falta de folhas
 Perdoem a falta de ar
 Perdoem a falta de escolha
 Os dias eram assim...

E quando passarem a limpo
 E quando cortarem os laços
 E quando soltarem os cintos
 Façam a festa por mim...

E quando lavarem a mágoa
 E quando lavarem a alma
 E quando lavarem a água
 Lavem os olhos por mim..

Quando brotarem as flores
 Quando crescerem as matas
 Quando colherem os frutos
 Digam o gosto pra mim...
 Digam o gosto pra mim...

A formatação, e os conteúdos excelentes, o posicionamento politicamente correto do teor da aula é de fato de uma relevância notável. O posicionamento em destaque dos vídeos carta da terra e tempos modernos (do genial Charles Chaplin) nos deixam ver a que ponto foi conduzida a degradação da humanidade.

A questão ambiental tornou-se de fato a grande discussão do momento em todo o mundo, embora haja muita reunião e pouca resolução. Dentre os principais encontros internacionais em defesa do meio ambiente destacam-se os que foram promovidos pela ONU. Entre os primeiros documentos relevantes relativos a esta questão, estão assinalados o Congresso Internacional para Proteção da Natureza, em Paris, ainda em 1923, sendo que mais recentemente houveram os encontros Eco-92, Mudanças Climáticas (1997), Cúpula do Milênio (2000) e RIO+10 (2002)

Este ano a própria campanha da fraternidade 2011 da Igreja Católica, aborda este tema de reflexão sobre as questões ambientais sobre fraternidade e vida no planeta com o lema “a criação geme em dores de parto”, tema este que vem mesmo a calhar em momento tão difícil

por que passa o nosso planeta, com o aquecimento global destruindo a natureza e suas espécies. Tem-se alertado para a destruição que o homem tem realizado na natureza e a necessidade de mudar algumas práticas para o bem da vida comum do homem e de outros seres vivos animais e vegetais. Tem de haver uma correta relação do homem com a natureza. O ambiente natural não é apenas matéria de que dispor ao nosso bel-prazer. Tem de haver uma dimensão ecológica cósmica em que todos os seres criados por DEUS são reconhecidos como dignos de nosso cuidado. Sejamos sensíveis a beleza da criação divina amando-a e cuidando-a como jardineiros vocacionados do grande ÉDEN que é o nosso planeta, como tão bem disse o escritor Francisco José da Silva.

03

A seguir coloco as minhas participações no fórum da aula 03:

Selecione uma notícia atual em mídia impressa ou eletrônica sobre acidentes de trabalho no Brasil e faça uma análise crítica da mesma.

Prezada J.M. Foi até fácil achar os acidentes de trabalho. Praticamente todos os citados pelos colegas, também os vi em jornais , Internet ou equivalentes. Os acidentes de trabalho são comuns até demais , e a maior parte não dá notícia em jornais. Esta semana mesmo presenciei um deles no Centro Cirúrgico do hospital com laceração de dedo da instrumentadora cirúrgica, que teve de sair do campo, ser substituída por outra colega e no outro dia começar a fazer vários testes clínicos indicados a este tipo de acidente.

EPTV.COM.NOTICIAS de 27/02/2001. "ACIDENTE COM TRIO ELÉTRICO DEIXA 18 MORTOS E MAIS DE 50 FERIDOS". O caso aconteceu em BANDEIRA DO SUL (Região sul de Minas Gerais) e foi provocado pela quebra de um cabo de alta tensão que caiu sobre o trio elétrico, por um lançamento de uma serpentina metalizada atirada no fio, o que provocou descarga elétrica e rotura do mesmo. Os trabalhadores envolvidos são os músicos, cantores e pessoal de apoio ao trio elétrico, categorias estas que no caso em questão não têm sequer padrão definido, pois os seus serviços são caracterizados por tratar-se de contrato temporário, por poucos dias, e em micaretas eventuais.

Depois do fato ocorrido, o PROCON MG proibiu produtos metalizados em trios elétricos e o CREA do Rio de Janeiro, emitiu parecer com dicas de segurança para Trios elétricos, que incluem conhecimento prévio do trajeto (cabos de energia, galhos de árvores, faixas de propagandas etc.) e evitar uso de materiais condutores elétricos.

Os trabalhadores envolvidos neste tipo de trabalho estão com certeza inseridos entre, os que têm menores índices de segurança e garantia de direitos no trabalho neste país, pelas colocações já citadas anteriormente e a maneira como podem melhorar de situação, inclui um movimento envolvendo a Ordem dos Músicos do Brasil e outros sindicatos afins, na garantia dos seus direitos. O assunto vem bem a calhar por estarmos na efervescência do período momino..

04

Elabore um texto contendo todas as reflexões discutidas na disciplina saúde do trabalhador e saúde ambiental na estratégia saúde da família.

A disciplina mostrou toda uma realidade que existe, mas que nós, devido ao corre corre do dia a dia, não estamos muito afeitos a observar. As alterações ambientais severas causando a degradação do planeta. Os agravos a saúde do trabalhador e sua exploração conseqüente pelo poder do “capital”, o qual faz apenas o vil uso do operário sem dar em troca a contrapartida merecida, em dignidade e honradez, inclusive com remunerações pecuniárias a desejar. Daí advém os acidentes de trabalho, DORT/LER, PAIR, intoxicações por chumbo e agrotóxicos, dermatites de contato, pneumoconioses e outros agravos, que já tiveram antigamente atenção bem pior, mas que hoje com os sistemas de vigilância em saúde (Epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador), já estão em um patamar bem melhor.

Não podemos esquecer também dentro das agressões ambientais, o fator social causado pela pesca predatória, a carcinicultura avançando sobre as áreas de mangues e os empreendimentos turísticos influenciando sobre o bem estar social e desalojando comunidades inteiras do seu habitat natural, destruindo os costumes e os aspectos culturais do povo.

3.11 Portfólio da Disciplina 11: Pessoas com Deficiência

Constituiu-se de fórum sobre pessoas com deficiência, reflexões sobre dificuldades em geral e o seu acometimento nas pessoas e a adequação possível das unidades de saúde no trato com este tipo de pacientes.

3.11.1 Atividade 01:

Constituiu-se em um fórum no qual se discutia com os colegas, as conquistas legais da pessoa com deficiência nas questões de saúde e o atendimento implementado na sua unidade de trabalho. A seguir mostro as minhas participações no fórum.

3.11.2

Atividade 02: Com base no que você leu na aula e nos textos complementares; faça uma reflexão acerca da questão da deficiência visual e as implicações no atendimento em saúde.

A visão é o canal mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior, esta frase que abre o texto da aula por si só já diz da sua importância, e a sua perda indo desde a leve, até a perda total da visão é a trama de um cabedal de dificuldades, que não tem fim, ainda mais em um país tradicionalmente gerador de dificuldades para as PCD, pela falta de condições apropriadas à vida destas pessoas, que com qualquer cidadão, têm por direito ter acesso no mais integral possível, à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho, visto que essas áreas contribuem para a inserção social, desenvolvimento de uma vida saudável e de uma sociedade inclusiva.

As dificuldades no atendimento em saúde passam desde a abordagem pelos profissionais, que no mais das vezes tratam com piedade, tirando assim a dignidade do deficiente visual, mostrando um despreparo total na interação com tais pessoas, até a falta de estruturas físicas adequadas ao recebimento dos mesmos, como batentes e desvãos que estão onde não deveriam estar, e a falta de ajuda na orientação espacial e posicional que eles necessitam.

3.11.3 Atividade 03: Faça uma reflexão acerca da questão da deficiência auditiva e as implicações no atendimento em saúde:

Um mundo sem sons de qualquer espécie caracteriza a vida das pessoas com deficiência auditiva, estas podendo ser as que têm dificuldade de audição e que linguisticamente ainda se beneficiam do código verbal, as que se comunicam oralmente (foram educadas numa linha oralista) e as que se comunicam pela língua dos sinais (no Brasil LIBRAS).

O atendimento em saúde prestado a este grupo é de uma dificuldade ímpar. Como a maioria, ou quase todos os profissionais de saúde, não trabalha com LIBRAS, que aliás nem todos os surdos também as dominam, torna-se por vezes angustiante o entendimento dos sintomas descritos por essas pessoas, partindo-se para o uso da mímica, que na maior parte das vezes não

funciona, ou recorre-se aos acompanhantes dos clientes, os quais muitas vezes não relatam fidedignamente a plêiade completa dos sintomas do doente, tornando a abordagem incompleta, o diagnóstico mal dado e o tratamento de pouco resultado. Acredito que ainda decorrerá muito tempo para que de fato haja uma solução específica para este grupo em questão.

3.11.4 Atividade 04: A unidade básica está preparada para receber uma pessoa com deficiência física? De posse do roteiro de observação, avalie as condições de acessibilidade de uma unidade básica ou uma unidade hospitalar ou a residência de um deficiente físico.

Na unidade básica em que exerço minhas atividades as barreiras ou dificuldades são mais evidentes do que as facilidades, levando a um conseqüente comprometimento do deslocamento de pessoas portadoras de deficiência física. 01. Para o acesso ao interior do prédio, como ele é de um só andar (térreo), não existem escadarias ou rampas, nem portas do tipo vai e vem ou aquelas que possuem trilhos rebaixados; de positivo: as áreas de circulação possuem portas com largura livre de 0,8 metros, os pisos possuem superfície regular, estável, firme e anti derrapante, e as áreas de circulação coletiva com no mínimo, 1,20 m de largura e livre de obstáculos.02. Como não existem rampas, neste caso não se aplica a qualidade de corrimões. 03. Segundo a situação de acesso, as mudanças de pequenos níveis são observadas, não existem degraus internos na unidade, e a porta de entrada é larga com boa acessibilidade para quaisquer pessoas. 04. Quanto ao mobiliário interno, os balcões e mesas estão fora dos padrões de altura, bem como a profundidade dos assentos também o estão, os telefones e bebedouros são altos impedindo o uso por parte de cadeirantes, e os assentos ambulatoriais também fora dos padrões de acessibilidade.

Em resumo; a maior parte das instalações, como banheiros com portas estreitas e sem corrimões internos, falta de acessibilidade para passagem para macas, cadeiras de dentistas e tudo o mais, tornam de uma extrema dificuldade o acesso e a praticabilidade das instalações por parte das pessoas com deficiência.

4 OPINIÃO FINAL

O curso foi proveitoso
 Estudos, muitas ações
 Dando especializações
 De um jeito bem gostoso
 Ensino bem respeitoso
 Luta de muita constância
 Aumentava nossa ânsia
 De aprender cada vez mais
 Com a consciência em paz
 Na educação a distância.

Veio agora o CYBER ESPAÇO
 A INTERNET, fenômeno
 Com todos seus prolegômenos
 Mostrou pra todos o traço
 Veio forte como um abraço
 Popularizou-se bem
 Hoje tem quem lhe convém
 E tudo já lhe compete
 Dispor hoje da INTERNET
 Quase todo mundo tem.
 (fonte: O próprio autor)

Cabe extrema louvação ao empreendimento deste curso de EaD, para Especialização em Saúde da Família, partindo do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, parceria com a UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS), sob a asas da Universidade Federal do Ceará, aprontando, ensinando, qualificando, profissionais cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros, das equipes de Saúde da Família, tentando mudar o modelo de atenção e resolutividade do sistema, com ações estratégicas em novas práticas de saúde. Mais uma vez volto a lembrar que tivemos evasões no decorrer do curso, decorrente do iletramento digital, que parecia grassar entre os especializandos. A falta dos laboratórios de informática que constavam no projeto original, para atividades presenciais, ficou a dever, sendo que só as

avaliações finais de cada módulo foram de fato presenciais. Há que se conceder vários descontos e perdões, por se tratar de iniciativa pioneira do NUTEDS/UNA-SUS, mas de extrema utilidade, levando-se em conta a necessidade premente da capacitação de profissionais em abordagem direta com a Saúde da Família (em recente estudo sobre este assunto, constatou-se que apenas 5% das equipes brasileiras de PSF, Têm de fato profissionais habilitados realmente pra esta atuação) e com esta real oferta por parte da UFCe desta capacitação, espera-se que cursos semelhantes a este, se repitam e se multipliquem, constituindo-se em uma ação necessária, estratégica, para modificação das práticas de saúde, coisa esta que o Brasil como um todo almeja incessantemente, esperando a melhoria destes profissionais, que hoje em dia são de fato insuficientes.

Por fim quero elogiar
O bom curso, com louvor
As tutoras com fervor
Apoio, afeto, a nos dar
Na hora que precisar
Da primeira a derradeira
EaD foi de primeira
E o obrigado principal
Ao coordenador geral
Luis Roberto Oliveira
(Fonte: próprio autor)

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300030 >. Acesso em: 13 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. 2. ed. Brasília, 2003. Disponível em: < http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoesAegislacao_deficiencia.pdf >. Acesso em: 07 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1060 de 05 de junho de 2002. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm> >. Acesso em: 08 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios**. 3. ed 2005. Disponível em: <http://www.portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. Serie B. Textos Básicos de Saúde/Série Cadernos de Planejamento. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2011.

BENITES, A. P. O.; BARBARINI, N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 16-24, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/03.pdf> >. Acesso em: 22 dez. 2010.

BUARQUE, S. C. **Construindo o desenvolvimento local sustentável: metodologia de planejamento**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br> >. Acesso em: 22 mar. 2011.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher: NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, dez. 2009. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n6/13.pdf> >. Acesso em: 24 mar. 2011.

EDITORIAL. **Jornal online da Causa Operária**, 18 mar. 2011. Disponível em:<http://www.pco.org.br/conoticias/ler_materia.php?mat=27515>. Acesso em: 26 mar. 2011.

HIGA, R. et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a22.pdf> >. Acesso em: 25 dez. 2010.

JORNAL Saúde e Lazer. Disponível em: <<http://www.saudelazer.com>>. Acesso em: 24 mar. 2011.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (Brasil). **Judicialização da Saúde: a balança entre acesso e equidade**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=8374&origem=4>>. Acesso em: 27 mar. 2011.

O IMPACTO da violência na saúde mental da população brasileira. **Jornal Saúde & Lazer**, 17 maio 2008. Disponível em: < http://www.saudelazer.com/index.php?option=com_content&task=view&id=2580&Itemid=49 >. Acesso em: 25 mar. 2011..

WIKIPÉDIA, A Enciclopédia Livre. **Maracanaú**. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Maracana%C3%BA> >. Acesso em: 2 jul. 2011.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2 v. Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, out. 1991. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf> >. Acesso em: 20 mar. 2011.

MENEGHEL, S. N. et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a12v10n1.pdf> >. Acesso em: 23 dez. 2010.

_____. **Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero**. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16845.pdf> >. Acesso em: 17 dez. 2010.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP-SP, 1999.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf > Acesso em: 20 mar. 2011.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311X2008000200002>. Acesso em: 14 abr. 2011.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Coord.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Unico de Saúde (SUS): OPAS**, Disponível em: < http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf >. Acesso em: 22 mar. 2011.

RAMOS, R. A. Histórias da história da loucura. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jun. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n1/a11v13n1.pdf> >. Acesso em: 17 jul. 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de saúde. Departamento de assistência hospitalar e ambulatorial. **Manual operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria da saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2003. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/Manual_Operativo_para_Dispensacao_Orteses_RS.pdf > . Acesso em: 07 jun. 2011.

SA, N. L.; RANAURO, H. **O discurso bíblico sobre a deficiência**. Rio de Janeiro: Muiraquitã, 1999. Disponível em:<http://www.eusurdo.ufba.br/arquivos/estudos_surdos_feneis.doc>. Acesso em: 04 jun. 2011.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/33.pdf> >. Acesso em: 16 abr. 2011.

SILVEIRA, F. A.; SIMANKE, R. T. A psicologia em história da loucura de Michel Foucault. **Fractal Rev. Nicol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, abr. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n1/03.pdf> >. Acesso em: 19 jul. 2010.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf> >. Acesso em: 19 jul. 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família**: avaliação

na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_04/>. Acesso em: 04 jul. 2011.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. **Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault**. São Paulo: Revista Aulas, 2006.