

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

DANIELLE BARBOSA LIMA GURGEL LUZ

**EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: INVESTINDO NA CONSOLIDAÇÃO DO MODELO
ASSISTENCIAL DO SUS A PARTIR DA CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

FORTALEZA

2011

DANIELLE BARBOSA LIMA GURGEL LUZ

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: INVESTINDO NA CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DO SUS A PARTIR DA CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

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

Orientador: Prof^a. Me. Márcia Oliveira Coelho

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

-
- L979e Luz, Danielle Barbosa Lima Gurgel.
Educação à Distância: Investindo na Consolidação do Modelo Assistencial do SUS a Partir da Capacitação na Atenção Básica / Danielle Barbosa Lima Gurgel Luz. – 2011.
49f. il.: color.
- Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profª. Me. Márcia Oliveira Coelho

1. Saúde da Família. 2. Qualidade de vida. 3. Educação a Distância. I. Título.

CDD 378.175

DANIELLE BARBOSA LIMA GURGEL LUZ

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: INVESTINDO NA CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DO SUS A PARTIR DA CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

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: 03/12/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Márcia Oliveira Coelho - (Orientadora)

Prof^ª. Me. Adriana Melo de Farias - (Avaliador)

Prof^ª. Me. Joyce Mazza Nunes - (Avaliador)

À minha mãe, merecedora das honras
de todas as minhas conquistas.

Aos meus pais.

Aos tutores, pela disponibilidade e tempo concedidos nas orientações e pelas sugestões ao trabalho.

Aos colegas da turma pelas críticas e sugestões recebidas e as valiosas trocas de experiências

RESUMO

A formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família deve estar estruturada dentro de um projeto educativo que extrapole o domínio técnico-científico, se estendendo pelos aspectos estruturantes das relações e de práticas de interesse ou relevância social que contribuía para a elevação da qualidade de vida da população. Neste sentido, a proposta de formação na modalidade a distância contribui para o aperfeiçoamento profissional de modo flexível de horários, além da utilização de recursos didáticos mais próximos da realidade do cursista. O presente trabalho inicia na Introdução descrevendo um breve contexto histórico sobre o PSF e seu surgimento e importância no Brasil. O objetivo geral é relatar através dos portfólios experiências vividas e apreendidas, ao longo, das disciplinas ministradas no curso de Especialização Saúde da Família. Os objetivos específicos são: Apresentar as disciplinas sobre os temas abordados no curso de Especialização em Saúde da Família à Distância; atuar no ambiente de trabalho, sabendo planejar adequadamente ações com base nas reais necessidades, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção à saúde e promover atendimento humanizado e de qualidade de modo que os pacientes se sintam valorizados como seres humanos. Trata-se de um relato de experiência vivenciado e aprimorado durante o curso de Especialização em Saúde da Família desenvolvido pela Universidade Federal do Ceará. Cada disciplina foi transformada em capítulos descrevendo as experiências apreendidas, ao longo, do curso. Conclui-se que a educação a distância na atuação do profissional da estratégia saúde da Família, favorece o aprimoramento da forma de trabalhar e pensar em saúde, respeitando uma visão holística, contribuindo deste modo para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde – SUS.

Palavras-chave: Saúde da Família. Qualidade de vida. Educação a Distância.

ABSTRACT

The training of the Family Health Strategy should be structured within an educational project that goes beyond the technical-scientific field, extending the structural aspects of relationships and practices of interest or social significance that contributed to raising the quality of life population. In this sense, the proposed training in the distance contributes to the professional development of a flexible schedule, and the use of teaching resources closer to the student's reality. This work begins in a brief introduction describing the historical context of the PSF and its occurrence and importance in Brazil. The overall objective is to report experiences through portfolios and seized, along the courses taught in the course of Expertise Family Health. The specific objectives are: to present the courses on the topics covered in the course of Specialization in Family Health Distance; act in the workplace, knowing properly plan actions based on real needs, ensuring quality, effectiveness, efficiency and security of the shares health promotion and promoting humane care and quality so that patients feel valued as human beings. This is an experience report experienced and refined during the course of Specialization in Family Health developed by the Federal University of Ceará. Each discipline has been transformed into chapters describing the experiences learned, along the course. It is concluded that distance education in the professional practice of the Family Health Strategy, promotes the improvement of the way we work and think about health, respecting a holistic view, thus contributing to the consolidation of our Health System - SUS.

Keywords: Family Health. Quality of life. Distance Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

EAD - Educação a Distância

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NUTEDS - Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	12
4 PORTFÓLIOS.....	13
4.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	13
4.1.1 Introdução	13
4.1.2 O Processo de Trabalho em saúde	13
4.1.3 Produção de Serviços de Saúde e Humanização.....	14
4.1.4 Atividades.....	15
4.2 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA.....	18
4.3 MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE	23
4.3.1 Tarefa.....	25
4.4 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE	27
4.4.1 Passos Para A Construção de um Plano de Ação	29
4.5 TÉCNICAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE-PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.	30
4.5.1 Discussões Sobre os Vídeos	30
4.6 SAÚDE DA MULHER.....	31
4.7 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DE SAÚDE	33
4.8 SAÚDE AMBIENTAL, ACIDENTES NATURAIS, ARTIFICIAIS E OS RISCOS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA	34
4.8.1 Tarefas e participações nos fóruns.....	36
4.10 ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

O surgimento do PSF como estratégia para a reorientação do modelo assistencial em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS sinaliza a necessidade de uma nova dinâmica de atenção nas Unidades Básicas de Saúde, definindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, estabelecendo ações intersetoriais e tendo no trabalho em equipe um dos principais pilares para a consolidação de práticas que realmente traduzam ações de saúde e promovam a melhoria da qualidade de vida da população.

No Brasil, o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família se dá de modo bastante diversificado, considerando as diferenças entre as regiões e municípios e reconhecendo as diferentes realidades. São de fundamental importância que as ações oferecidas pela ESF no cotidiano das unidades se mantenham coerentes com os princípios que norteiam e organizam a estratégia para que haja expansão e consolidação do modelo (MOROSINI, 2007).

O Ministério da Saúde apresentou iniciativas para ampliar a cobertura do programa, mas esta estratégia apresenta problemas que devem ser superados. A atenção básica absorve parcela significativa de profissionais do mercado de trabalho e desde a implantação do PSF, constataram-se dificuldades no âmbito do perfil profissional devido a paradigmas cristalizados historicamente, resultantes de uma formação predominantemente baseada em uma atenção hospitalar e centrada na doença. Machado (2003), analisando o perfil dos profissionais do programa, mostrou a pouca qualificação destes, pois cerca de 70% dos médicos e enfermeiros que atuavam nas equipes não possuíam pós-graduação na área.

Fundamentada na proposta de encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação do perfil profissional no intuito de minimizar os efeitos da formação inadequada e garantir que suas práticas atendam aos desafios da implantação do sistema. A Educação a Distância - EAD atua de uma forma inovadora, permitindo uma conexão com o outro, estimulando a troca de experiências, construindo posturas críticas e criativas, desenvolvendo atitude investigativa e fundamentada na produção do conhecimento.

É imprescindível que através da educação permanente, o profissional da Saúde da Família quebre os paradigmas estabelecidos através do tempo incorporando à sua prática um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passe a ser a saúde e não a

doença; a equipe e não o médico; a família e não o indivíduo; e intersetorialidade e não setores isolados.

Desta forma, a EaD, através da mediação do conhecimento, pode configurar uma nova lógica no agir profissional e na produção do cuidado em saúde, aprimorando a dinâmica do trabalho e e melhorando o cotidiano de cada profissional atuante na estratégia da Saúde da Família

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Relatar através dos portfólios experiências vividas e apreendidas, ao longo, das disciplinas ministradas no curso de Especialização Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as disciplinas sobre os temas abordados no curso de Especialização em Saúde da Família à Distância;
- Atuar no ambiente de trabalho, sabendo planejar adequadamente ações com base nas reais necessidades, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção à saúde.
- Promover atendimento humanizado e de qualidade de modo que os pacientes se sintam valorizados como seres humanos.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente trabalho trata de um relato de experiência vivenciado e aprimorado durante o curso de Especialização em Saúde da Família desenvolvido pela Universidade Federal do Ceará. Este foi empregado o processo de ensino/aprendizagem à distância, através do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde – NUTEDS/UFC.

O curso foi realizado em um período mínimo de 18 meses e máximo de 24 meses, com funcionamento previsto durante todos os dias da semana, para o atendimento à distância, e em períodos programados com antecedência, para atendimento presencial e avaliações. Foram cursadas 10 disciplinas integralizando 24 créditos, totalizando 384 horas.

As disciplinas foram compostas e apresentadas sob a forma de Módulos, são elas: Educação a Distância- EaD; Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e Atenção Básica em Saúde às Pessoas com Deficiência.

No final de cada disciplina todos os alunos foram orientados a desenvolverem portfólios que resumisse todos os conhecimentos apreendidos sobre a disciplina estudada. Através dessas sínteses foi possível obter dados suficientes para a produção deste trabalho. Cada capítulo deste trabalho é uma síntese das disciplinas, descrevendo o que foi apreendido e produzido através de fóruns e atividades realizadas ao longo do curso.

Quanto aos Princípios Éticos, por se tratar de relato de experiência não foi obrigatória a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

4 PORTFÓLIOS

4.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

4.1.1 Introdução

Entender e analisar a dinâmica que orienta a atual produção de saúde, bem como o processo de trabalho na rede básica, requer a compreensão da saúde, da doença e da sua correlação numa visão abrangente de multicausalidade, considerando a inter-relação e interdependência com fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais.

Ainda na atualidade existe uma preponderância no modelo hegemônico de organização do processo de trabalho em saúde, com dinâmico médico-centrada, e ações curativistas, apesar do maior esclarecimento sobre a determinação e ocorrência das doenças nos aspectos individual e coletivo.

Apesar de já termos evoluído em vários aspectos, ainda existem muitos desafios a serem superados na reorganização dos serviços de saúde, tendo que se estudar e trabalhar a atenção básica, os modelos organizacionais e o perfil dos trabalhadores atuantes, para que possamos alcançar eficiência, eficácia e resolutividade das ações, produzindo condições para a saúde e a melhoria do acesso aos cuidados no estado de doença.

4.1.2 O Processo de Trabalho em saúde

Existem diversos modelos de atuação no processo de trabalho em saúde e mesmo com tantas formas de produção do cuidado, ainda convivemos com obstáculos que dificultam uma resposta eficaz à demanda por serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, a estratégia saúde da família veio como um modelo para a organização da atenção primária, resgatando conceitos fundamentais como vínculo, humanização e corresponsabilidade.

São princípios norteadores desta prática (BRASIL, 2004) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a

transversalidade e a grupalidade; 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde.

É preciso avançar, como indica Gastão Wagner (CAMPOS, 2000), a discussão no campo da saúde coletiva propondo esta relação entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre atenção, gestão e subjetividade. Portanto, recolocar na agenda da saúde o tema da humanização é reativar o movimento constituinte do SUS.

4.1.3 Produção de Serviços de Saúde e Humanização

Para Merhy (1997), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

O Trabalho em saúde tem como objeto a produção do cuidado e os trabalhadores em saúde sujeitos ativos desse processo de produção.

-MATÉRIA PRIMA => USUÁRIO

-INSTRUMENTO DE TRABALHO => TECNOLOGIA

-HOMEM => TRABALHADOR EM SAÚDE => OPERADOR DE CUIDADO

-PRODUTO => TRABALHO EM SAÚDE => ATOS DE SAÚDE => PRODUÇÃO DO CUIDADO

A humanização é uma ferramenta de grande potencial na produção de saúde, visto que, se houver sensibilização da comunidade, estes poderão se tornar capazes de transformar a si mesmos, transformando assim a realidade e estando estimulados a educação permanente.

Deve haver uma mudança de visão de modelo assistencial para que ele esteja centrado no usuário, permitindo assim uma mudança da finalidade do processo de trabalho

para a produção do cuidado integral, promoção da autonomia do usuário, usando nas ações a interdisciplinariedade, intersetorialidade, humanização e vínculo, com valorização dos trabalhadores e usuários avançando na democratização da gestão e do controle social.

4.1.4 Atividades

- Nos Fóruns
- Artefato da sensibilidade humana

Do texto sobre o Processo de trabalho em saúde me chamou atenção de uma forma especial a palavra COMPETÊNCIA se traduzindo num misto de três palavras: Conhecimento, habilidade e atitude. Refletir sobre essas palavras seria essencial na busca de mudanças.

Realmente estamos inseridos em um contexto onde agimos na maior parte das vezes de forma automática, sem realmente avaliarmos com racionalidade sobre a eficácia/eficiência daquilo que estamos fazendo e para isso devemos ter além de sensibilidade, um conhecimento que nos direcione (o que e por que fazer) para que alcancemos melhores resultados.

Promover mudanças em qualquer aspecto (cultural, organizacional, institucional) é bastante complexo e requer além de conhecimentos, habilidades, meios, uma parcela muito grande de atitude, o "querer fazer". Isso é primordial se desejamos uma real mudança do modelo assistencial curativo para o preventivo que possa realmente garantir a promoção de saúde dentro dos princípios do SUS.

Democratização de Ideias

Acredito que a realidade é outra não pela falta de sensibilidade ou incapacidade dos profissionais de atuarem dentro de um contexto repleto de diversidades, sejam elas culturais ou socioeconômicas, mas a realidade é outra se pensarmos em saúde em seu conceito mais amplo, com fatores condicionantes e determinantes, como citou muito bem o Rogerlândio ao lembrar o art.3o. Da lei que regulamenta o SUS. Como proporcioná-la dentro da realidade que vemos?

Por outro lado é real a persistência do modelo curativista não só dentro da conduta profissional, como também da necessidade de procura do usuário. É preciso que haja um investimento em educação da comunidade não só para que ela entenda que é

possível contribuir no planejamento das ações de saúde dentro de suas prioridades, mas é fundamental uma visão de que ela possa ser agente responsável pela mudança de hábitos que ajudem a proporcionar uma vida saudável.

Fabiane, você também falou bem quando lembrou da busca pela produtividade e cumprimento de metas no cotidiano das equipes apesar de existirem as ações educativas. Será que a realidade deveria ser outra?

Diferença das diferenças

Ter capacidade de uma boa comunicação é um diferencial muito grande para um profissional de qualquer área, principalmente o da saúde. Trabalhar em um CSF onde existem diversos tipos de relacionamento interpessoal (Profissionais, comunidade e gestor), como bem citou o Herlânio, exige que haja comunicação para que seja possível a utilização do conhecimento empírico e da interação como instrumentos de promoção de saúde.

Através da comunicação podemos transmitir uma informação de forma compreensível, melhorar o planejamento das ações de saúde, bem como solucionar diversos conflitos de relacionamento. É fundamental entendermos todo o contexto do meio no qual trabalhamos para que encontremos a melhor maneira de nos comunicar, conquistando assim a empatia e confiança da comunidade.

Evidências das determinações sociais

Partindo do princípio de que o processo saúde-doença deve ser analisado através de um enfoque biológico, social e ambiental, o município de Fortaleza está muito aquém de alcançar um saldo positivo para a saúde mesmo com os benefícios trazidos com a inserção do PSF, pois ainda persistem as grandes desigualdades sociais, a falta de investimento em infraestrutura e educação, além da continuidade de geração de prejuízos ambientais. É muito importante entender como tais fatores incidem sobre as relações de saúde, como podemos intervir no processo e quais as intervenções que trarão maior impacto em prol da saúde.

4.1.4.1 Atividade 1: Descrição Município/Comunidade/Área de Abrangência

O Município

Fortaleza é um município que tem tentado modificar a concepção sobre atenção de em saúde através da utilização da estratégia Saúde da Família. Com a territorialização constatou-se que apenas 15% dos moradores recebiam cobertura do PSF, tendo sido realizado então em 2006 um concurso público para a contratação de novas equipes que pudessem ampliar o atendimento à população (ALVES, 2005).

A Unidade de Saúde de Pedra Rosa foi inaugurada há cerca de 6 anos possuindo 4 equipes da saúde da família,mas apenas duas completas, tendo sido construída para sua finalidade específica e provavelmente sem um planejamento adequado apresentando ainda diversos problemas estruturais que dificultam a operacionalização do atendimento, além de necessitar de refazimento de toda rede elétrica.

O aumento da demanda pelos serviços oferecidos na unidade foi enorme desde a chegada das equipes. Apenas há pouco tempo foram contratados agentes de saúde para fazer o cadastramento da população adscrita, não estando às equipes funcionando plenamente nos moldes da ESF.

Nota-se que naquela área existe uma influência política muito grande tendo agentes eleitores tanto na comunidade como na unidade de saúde.

A Unidade

Funciona das 07 às 21 h, sendo a questão da segurança uma questão problemática sempre em pauta entre profissionais/funcionários/coordenadora/regional já que não existe nenhum tipo de segurança tendo já acontecido diversos episódios desagradáveis e de risco para os funcionários da unidade.

Outros problemas se referem à falta de preparo das pessoas da recepção seja no acolhimento das pessoas, na marcação de consultas ou orientação aos usuários.

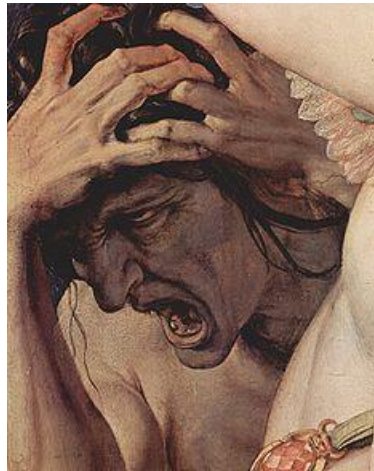
Dia-a-dia da Equipe

A Equipe atende ao agendamento e à demanda espontânea, bem como aos diversos programas da ESF.

Foi criado um grupo de idosos com reuniões mensais, com orientações palestras e planejamento de várias atividades para estimular a permanência do grupo desde cafés da manhã até passeios em praias.

4.2 SAUDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Imagem 01: Saúde Mental



Fonte: PSICOPATOLOGIA..., 2012

As representações da loucura estão evidentes desde os tempos antigos e a sua significação tem evoluído ao longo da história. Na época do Brasil colonial, a Inquisição foi um instrumento utilizado pela igreja católica para punir os hereges em várias partes do mundo, com a incumbência de identificar o que verdadeiramente resultava dos comportamentos desfavoráveis à Igreja: heresia ou loucura, distinguindo os acusados por heresia e aqueles que se apresentavam como loucos, sendo estes últimos enviados para “casa de doidos”. Este fato demonstra pelo menos o prenúncio de certa organização hospitalar para o tratamento daqueles que demonstrassem problemas mentais.

Imagem 02: Hospitais de tratamento



Fonte: HOSPITAIS..., 2012

A existência da doença mental era atribuída a espíritos maus, que se apossavam das pessoas ou as atormentavam. A loucura era considerada possessão demoníaca e dessa forma as pessoas tinham que ser exorcizadas ou isoladas do convívio com a sociedade. Posteriormente, surgiu à necessidade de controle social nos grandes centros urbanos que começavam a aparecer e os asilos surgiram a partir daí.

Eram as grandes instituições que faziam o recolhimento de pessoas desvalidas que, em um primeiro momento, não tinham necessariamente problemas mentais: os mendigos, os leprosos, tuberculosos, fisicamente inválidos, ou seja, pessoas extremamente pobres e que ameaçavam, segundo as classes dominantes, o equilíbrio social de alguma forma. A loucura começou a ser reconhecida como desordem, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico (RESENDE, 1990).

No Brasil, no início do século XIX os loucos foram retirados do contexto social e isolados nas celas fortes dos porões de hospitais da Santa Casa de Misericórdia e nas prisões públicas (FIGUEIREDO, 1996). Nessas instituições, a loucura era objeto de suporte espiritual e correção moral. O que prevalecia, no entanto, eram os maus tratos, a repressão física e a falta de condições de higiene, o que condenava a maioria dos loucos à morte (MEDEIROS, 1992).

Phillipe Pinel, médico francês nascido em Saint-André d'Alayrac, alterou significativamente a noção de loucura ao anexa-la à razão. Pioneiro no tratamento mais científico e menos supersticioso contra a loucura defendendo tratamentos mais humanos, tornou-se um dos precursores da psiquiatria moderna. Pinel corretamente considerou as doenças mentais como resultado ou de tensões sociais e psicológicas excessivas, de causa hereditária, ou ainda originadas de acidentes físicos, desprezando a credence entre o povo e

mesmo entre os médicos de que fosse resultado de possessão demoníaca (PHILLIPE..., [2012 ?]).

Imagem 03: PHILLIPE [2012 ?].



Fonte: MÉDICO FRANCÊS (2012)

Salienta o interesse de um tratamento humano para os doentes mentais e insiste nas relações deste com o meio familiar e com os outros doentes e no papel do médico na administração hospitalar para cortar o círculo que leva à perpetuação e ao agravamento da doença mental. Aboliram tratamentos como sangria, purgações e vesicatórios (PHILLIPE..., [2012 ?]).

A partir de meados do século XX, iniciou-se um processo onde se propunha substituir o gerenciamento religioso da loucura identificado como primitivo e desumano, por um gerenciamento instituído pelo discurso científico (médico), firmado por meios de valores humanitários (TEIXEIRA, 1997).

Apenas quando foi constituída uma inteligibilidade capaz de aprender e identificar a loucura como doença é que a Psiquiatria foi viável (MACHADO, 2003).

Com a noção de doença mental, a loucura foi (e ainda é) reduzida a estruturas, síndromes e diagnósticos baseados fundamentalmente nos aspectos negativos da estrutura mental como a alienação, a periculosidade e a incapacidade (AMARANTE, 1997).

Além dessa restrição a contingência social de habitar espaços de tratamento em serviços médicos especializados, o retorno do louco ao convívio social estava condicionado à possibilidade de uma adaptação mínima às regras do coletivo. Nesse período, o serviço especializado predominante foi aquele de tipo hospitalização integral de longa internação (PORTOCARRERO, 1990).

Nos serviços de tipo de hospitalização integral de longa duração do fim da década de 50 do século XX ainda havia “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, a mesma situação [...] [de] quase cem anos antes” (RESENDE, 1990, p.55).

No Brasil, ano de 1978, começam as mudanças a partir de uma série de denúncias desencadeadas por jovens médicos psiquiatras que diziam respeito às precárias condições a que eram submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, que respondeu com a demissão de 260 funcionários que ali trabalhavam e que marcou o início do movimento chamado Reforma Psiquiátrica (PORTOCARRERO, 1990).

As transformações com o início do Movimento da Reforma Psiquiátrica ocorreriam gradualmente visto que vigorou durante duzentos anos um determinado tipo de prática que instruiu a sociedade na forma de lidar com a loucura.

A assistência psiquiátrica era prestada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Ao MS e às SES competia, basicamente, a assistência à população indigente, isto é, sem direito à Previdência Social (PS). Suas redes eram compostas de macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomiais: a absoluta ausência de recursos técnicos e materiais marcavam estas unidades que, apenas por seu estatuto jurídico-institucional poderiam ser denominadas de hospitais. Ou seja, o MS e as SES apenas administravam macro asilos para a população em grande desvantagem social, isto é, um misto de loucos, um misto de indigentes, os denominados “casos sociais” (RESENDE, 1990).

Por outro lado, ao MPAS competia à assistência aos previdenciários e seus dependentes. Sem qualquer rede própria, o MPAS exercitava principalmente a partir da criação do INPS em 1967, a política da compra de serviços da rede privada, que era paga por Unidade de Serviço, ou seja, cada ato realizado pelo serviço ao paciente previdenciário. Com a denúncia da realidade dos hospitais psiquiátricos foi possível verificar a sua função mais custodial que assistencial mais iatrogênica que terapêutica mais alienadora que libertadora (MENEZES, 2001).

Reforma Psiquiátrica, neste contexto, é um *processo permanente* de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistenciais, cultural, e conceitual, com o intuito de poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997).

No aspecto dos antecedentes mais especificamente teóricos, em primeiro lugar a *História da loucura na Idade Clássica*, de Foucault, foi à obra que viria amplificar o contexto prático-teórico da desconstrução.

Foi à experiência de Basaglia que demonstrou ser possível, na prática, estabelecer outra relação com a loucura que não àquela da psiquiatria tradicional, sendo assim fundamental para a estratégia da desinstitucionalização enquanto desconstrução. Basaglia trabalhou nos hospitais de pequenas cidades no norte da Itália, com um contexto bem diferente do nosso. Ele não defendia simplesmente a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas a sua substituição por outros modelos, além da criação de centros de saúde espalhados pelas localidades, outras vezes, dentro do próprio local de residência do paciente (FOUCAULT, 1994).

A Lei federal no 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas ditas portadoras de transtornos mentais. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Art.2o, II) (BRASIL, 2001).

Segundo a Portaria no 336/2002 do Ministério da Saúde, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial - I, II, III) seriam os mais representativos desses serviços, que têm como prioridade “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-in e não intensivo” (Art.1o, 1) (BRASIL, 2001).

Após mais de uma década tramitando no Congresso Nacional, a Lei nº-3.657/89 foi aprovada e sancionada pelo Presidente da República, no dia 6 de abril de 2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001)..

Com base nos indicadores clínicos, epidemiológicos e de organização dos serviços, além dos indicadores sociais em geral, a Assessoria de Saúde Mental encaminhou

aos gestores municipais o Plano de Implantação da Rede de Atendimento Psicossocial, centrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico, capaz de funcionar como centro articulador, em uma lógica de rede, das instâncias de cuidados básicos em saúde, incluído o Programa de Saúde da Família, rede de ambulatórios, atendimento terciário (internações) e atividades de cuidado e suporte social como, por exemplo, lares abrigados, trabalho protegido, lazer, advocacia de direitos e de questões previdenciárias.

Esses centros apresentam um nível de complexidade de atenção que inclui também a internação (CAPS-III) podendo, assim, substituir o hospital psiquiátrico. Previsto para ser porta de entrada em saúde mental no Sistema Unificado de Saúde (SUS), esta instituição assume assim sua parte de responsabilidade na administração e centralidade dos atendimentos no território. Deve também capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas nessa área. Sendo assim, essa Portaria traz novas regras instituídas que possibilitam uma reforma psiquiátrica mais efetiva, que possa superar a rede de instituições totais do circuito hospitalocêntrico.

4.3 MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

O norteamento e a implantação dos modelos assistenciais em saúde se fazem através da disponibilização de recursos físicos, tecnológicos e humanos para o enfrentamento e solução dos problemas de saúde de uma determinada comunidade, levando-se em consideração fatores políticos, éticos e culturais bem como do entendimento da época vigente a respeito do processo saúde-doença.

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos (MERHY, 1997).

A análise do desenvolvimento das políticas de saúde ao longo da República e das suas repercussões sobre modos de intervenção nos problemas e necessidades de saúde, particularmente no que se refere à organização dos serviços e à utilização de tecnologias, permitiu identificar distintas formas de atuar sobre a realidade de saúde: as *campanhas*

sanitárias que emergiram na Primeira República; o *modelo médico-assistencial privatista* que se conforma com o desenvolvimento da medicina previdenciária; os *programas especiais* que se instauram diante da crise sanitária dos anos setenta e, nessa mesma conjuntura, os modelos de *vigilância epidemiológica* e de *vigilância sanitária*, institucionalizados sob lógicas, legislações e estruturas distintas (PAIM; TEIXEIRA, 1993; SOUTO, 1996) .

As políticas de saúde instituídas no Brasil refletiam o momento vivido na época, a economia, as classes dominantes e nem sempre coincidiam com as reais necessidades da população. Depois dos anos 70, inicia-se uma série de discussões sobre modelos de assistência que levaram a evidências sobre os limites da biomedicina. Prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária (SOUTO, 1996).

O Movimento de Reforma Sanitária culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS) (MEDEIROS, 1993).

Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as.

Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS (MEDEIROS, 1993).

Então surge assim uma nova forma de pensar em saúde com o Programa Saúde da Família (PSF) trazendo propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.

O PSF tem como objetivo geral: contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A reformulação do pensamento em torno dos modelos assistenciais no sentido de incorporar a proteção e a promoção da saúde não deve eludir os limites dos conceitos da saúde e da doença (ALMEIDA FILHO, 2000), o que “implica em mudanças abrangentes na maneira pela qual o conhecimento científico se relaciona com, e é usado para, a formulação e organização das práticas sanitárias” (CZERESNIA, 1999, p. 701).

Cabe ressaltar que enquanto a prevenção é entendida usualmente pela Saúde Pública como intervenção voltada para evitar a ocorrência de um problema específico, a promoção da saúde é definida mais amplamente, pois não está dirigida para uma dada doença ou agravo, mas serve para incrementar a saúde e o bem-estar. Essa distinção se faz necessária para repensar e redirecionar as práticas em saúde pública no sentido de superar “inconsistências ou áreas nebulosas na operacionalização dos projetos de promoção, que nem sempre conseguem se diferenciar das práticas preventivas tradicionais” (CZERESNIA, 1999, p. 701).

A análise das necessidades e da concepção de saúde bem como a formulação de modelos assistenciais em saúde vem sendo construídas historicamente e têm alcançado inúmeros progressos. A forma de se pensar em saúde nos últimos tempos tem trazido mudanças significativas nos modelos de atenção à saúde no Brasil através da utilização de estratégias promissoras como o programa saúde da família, que pela utilização de princípios norteadores na busca da vigilância à saúde com garantia da equidade, integralidade da atenção, acolhimento e participação social tem um grande potencial de promover a saúde de acordo com os princípios estabelecidos pelo SUS.

4.3.1 Tarefa

Quais as dificuldades mais frequentes na perspectiva da mudança do modelo assistencial que prioriza as ações curativas para um modelo que busca a melhoria da qualidade de vida da população?

Existem muitas dificuldades decorrentes da transição voltada para o novo “olhar” em relação aos modelos assistenciais. Durante anos, trabalhou-se na perspectiva de curativismo e muitos dos profissionais hoje atuantes no mercado, desconhecem ou têm pouco conhecimento sobre as novas práticas de trabalho, pois foram preparada técnica e cientificamente embasados no antigo modelo. Por outro lado, existe uma expectativa criada pelos usuários dos serviços de saúde, que desejam um trabalho clínico centrado neles. Culturalmente, já temos um ciclo vicioso difícil de ser quebrado.

Ainda há o domínio de interesses organizados dentro das unidades de saúde voltados para a produção de procedimentos, limitando outras abordagens como se fossem menos importantes. Além disso, na forma de organização do processo de trabalho não se intervêm em todos os fatores determinantes de saúde como preconizado pelo SUS.

Existe uma articulação fragmentada entre planejamento, coordenação e aplicação das ações em saúde entre MS, atenção básica e vigilância em saúde. Além disso, existe desarticulação entre ações preventivas e curativas.

Outra dificuldade seria imposta pelo financeiro, onde existe a necessidade de melhoria dos recursos e o pouco investimento na articulação intersetorial na reorganização da atenção primária.

Por fim, existe um descompasso entre a programação, acompanhamento e avaliação da situação de saúde da população, com a finalidade de utilizar a informação para a tomada de decisões, para que fossem tomadas estratégias mais adequadas e efetivas na obtenção do resultado desejado.

Em relação à minha equipe estamos frequentemente analisando se as estratégia que utilizamos estão apresentando resultados e discutindo os resultados e expectativas junto à comunidade. Formamos diversos grupos que favorecem a orientação, estímulo e educação em saúde dos usuários e ampliam a visão de saúde dos mesmos. Promovemos palestras e debates dentro da própria unidade de saúde sobre os mais diversos assuntos, inclusive em momentos informais como quando os mesmos estão aguardando atendimento por outros profissionais. Procuramos aperfeiçoar a cada dia a questão do acolhimento do usuário. Promovemos rodas dentro da unidade para articulação e discussão das dificuldades.

Caso de D. Maria Silva

Primeiramente no caso, faltou **eficácia**, visto que a solução do problema inicialmente apresentado por D. Maria continua sem solução (controle da hipertensão).

Ausência de **eficiência**, já que os custos tornaram-se elevados devido à necessidade de utilização de um outro nível de atenção, onde o problema poderia ser solucionado/controlado na atenção básica. Ausência também de **efetividade** visto que não se atingiu eficácia e eficiência no atendimento. Não aconteceu a **equidade**, pois faltou sensibilidade da equipe para agir em função da vulnerabilidade de D. Maria, seja pelo pouco conhecimento, nível de informação ou má utilização dos recursos disponíveis (p. ex: medicação) pela usuária. Faltou **oportunidade**, pois a eficácia do tratamento foi comprometida quando houve além do agravamento da situação (escaras) a infecção subsequente, comprometendo o sucesso do tratamento, que foi instituído apenas quando a eficácia já estava comprometida. Ausência de **continuidade**, quando D. Maria volta para casa com limitações importantes de movimento. Falta de **acessibilidade** (visita do profissional de saúde apenas no dia de conveniência e não acompanhando a necessidade real de D. Maria) e **aceitabilidade** do tratamento estipulado pela ESF (ou por dificuldade de entendimento da usuária ou ausência de condições reais de entendimento e aceitação do tratamento). Faltou **otimidade** pois não houve otimização dos custos além de ter que se reavaliar se o programa para uso de anti-hipertensivo está sendo eficaz e se pelas ações desta ESF está havendo retorno da colaboração dos pacientes e boa utilização da medicação.

Acredito que o caso não feriu a **ética e legitimidade**.

4.4 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

O processo de planejamento constitui um conjunto de tarefas que são desempenhadas para alcançar as metas comuns e determinar os objetivos, estruturando a melhor maneira de atingi-los. Dessa maneira, há uma concentração de esforços e utilização de recursos mais eficiente. O planejamento estratégico significa pensar a organização como um todo em sua relação com o ambiente, numa perspectiva de futuro, criando uma visão do mesmo e os meios de alcançá-lo através da escolha orientada de estratégias de ação, tornando possível alcançar os objetivos e metas preestabelecidos.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

A realidade muda muito e rapidamente, além de ser pouco previsível. Por isso o processo de planejamento deve englobar a capacidade de produzir tantos planos quantos

necessários acompanhando a realidade das mudanças. Certamente, sempre haverá distintas opções de agir no sentido de alcançar os objetivos, porém algumas mais factíveis que outras, sejam pela viabilidade de recursos, ou pela oportunidade de desenvolver a ação, ou pelo prazo em que os resultados serão obtidos. Assim, devemos ter sempre em mente que toda a energia aplicada no planejamento do funcionamento dos serviços de saúde deve convergir para gerar resultados e não apenas produtos.

Pensando em saúde, seriam os resultados que os procedimentos teriam sobre a saúde dos indivíduos e o impacto que as ações planejadas sobre os indicadores de saúde da população. Só é possível planejar tendo conhecimento do sistema sob nosso comando e do contexto em que ele se insere. O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos – unidades de atendimento – como das pessoas que os utilizam.

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância constituir dentro da Secretaria Municipal da Saúde um serviço de informações em saúde que sistematize dados demográficos, de morbidade e mortalidade, num grau de desagregação cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor local.

De acordo com Matus (1991) situação expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam a realidade. Ou seja, na perspectiva daquele que está planejando, sua interpretação da realidade é apenas uma das possibilidades de analisar a situação. Nessa perspectiva, um diagnóstico sobre algo, por exemplo sobre o sistema de saúde de um município ou de uma região, não é único e sim múltiplo.

Utilizando definição de Matus (1991), **ator social** pode ser um grupo de pessoas ou até uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Um ator social para se configurar como tal, deve ter três características: (1) um projeto para intervir na realidade que deseja mudar; (2) capacidade de mobilizar recursos, motivar pessoas, para levar a frente um plano de mudança e (3) ter algum grau de organização, ou seja, os componentes do grupo devem estar identificados, ter identidade, com o propósito de mudança.

Problema pode ser considerado um obstáculo que dificulta a mudança da situação existente para a situação desejada Matus (1991),

Formas de classificação Matus (1991):

(a) **Quanto à complexidade:**

1. Problemas estruturados: são mais simples em virtude de terem causas conhecidas e soluções geralmente consensuais;
2. Problemas quase estruturados: são mais complexos, geralmente tem muitas causas(multicausais) nem sempre fáceis de serem todas identificadas, e nem sempre tem propostas consensuais para sua solução.

(b) Quanto à posição na organização:

1. Problemas intermediários: são os vividos no cotidiano da organização e que causam interferência na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados;
2. Problemas finais (ou terminais): são os vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização.

4.4.1 Passos Para A Construção de um Plano de Ação

Passo 1 – Definir quem vai planejar

Passo 2 – Identificação e Seleção dos Problemas a serem superados

Passo 3 – Descrição do Problema

Passo 4 – Explicação do Problema

Passo 4 – Desenho da Situação Objetivo

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

Passo 6 – Desenhos das operações e demandas de operações

O sistema de saúde brasileiro vem sofrendo intensas transformações especialmente no âmbito político-institucional. O SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde e de acordo com o que prevê a Constituição e através da regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços prioriza a valorização a nível municipal. Contudo, existem dificuldades relacionadas tanto ao seu funcionamento, quanto à eficiência administrativa de sua operação, o que muitas vezes apesar de ser um caminho correto, traz uma sensação de inviabilidade.

É necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Por isso, nos últimos anos vêm aumentando os debates e questionamentos sobre o aumento do financiamento no setor público da saúde bem como a melhor utilização dos recursos existentes, através de melhores planejamentos e em busca de aprimorar os modelos de gestão que tragam menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços.

4.5 TÉCNICAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE-PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

A formação para a área de saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo imprescindível uma reforma da Educação para o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecno-profissional.

4.5.1 Discussões Sobre os Vídeos

A busca pela aprendizagem eficaz deve abranger um processo de reflexão, pesquisa e avaliação constantes que garantam a obtenção de sucesso na utilização de modelos pedagógicos transformadores da realidade do educando, trazendo conhecimentos advindos da realidade individual e social, investigação, problematização que levem a uma aprendizagem embasada e consistente.

Através dos vídeos *“The Wall”* e *“Máquinas de Ensinar”*, pude analisar a diferentes estratégias utilizadas em distintos modelos pedagógicos. Em *“The Wall”*, existe uma mistura da pedagogia de transmissão e de condicionamento, onde o professor é a figura detentora do conhecimento e transmissor das verdades prontas, que precisa ser temido para ser acreditado e respeitado, condicionando o aluno a adquirir conhecimento pelo medo da punição ou da crítica do professor. No vídeo *Máquinas de ensinar*, existe a pedagogia por condicionamento bastante mecanicista, onde através da repetição e treino se aprende.

Através do estudo das diversas práticas pedagógicas, pude refletir a respeito das práticas de ensino e de como se modificou ao longo dos tempos o processo de aprendizagem e os meios de obtê-la de maneira mais consistente. O essencial no ensinar, não é apenas a transmissão de conhecimentos, mas sim de que forma estes serão absorvidos realmente. É

preciso que a prática pedagógica contextualize a realidade, tenha idéia da visão do aluno e o prepare para uma análise crítica, para tomada de decisões, formação de opiniões próprias além do conhecimento empírico.

O estudo deste módulo é de suma importância para os profissionais de saúde, que estão no seu cotidiano de trabalho em contato com a comunidade e que podem ser reais proporcionadores de mudanças no quadro de saúde da população, se souberem utilizar dessa importante estratégia que é a problematização na orientação e transmissão de conhecimentos.

4.6 SAÚDE DA MULHER

O estudo do tópico saúde da mulher reflete que a cada dia nos deparamos com a necessidade de priorizar a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. No tocante à saúde da mulher, são enfatizadas questões ainda referentes à diversidade de gênero e a integralidade e a promoção de saúde como princípios fundamentais para a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar e no combate à violência doméstica e sexual.

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS,) frequentando os serviços de saúde para o seu atendimento e como acompanhante de outros membros da família ou da própria comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No caso da saúde das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade”. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD, 1994). Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (HERA, 1995).

Homens e mulheres estão sujeitos a diferentes riscos em função da organização social das relações de gênero sendo imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

O processo de luta das mulheres por um espaço mais equilibrado na sociedade em relação às constantes formas de desigualdade de gênero traçou um perfil de mulher que podemos ver no Brasil de hoje: uma mulher que assume grande quantidade de papéis e que a cada dia se torna mais chefe de família, mas que apesar disso, ainda precisa se trabalhar em relação a obtenção plena de seus direitos humanos.

4.7 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, deve estar assegurado o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e o comprometimento do sistema sanitário brasileiro com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social (BRASIL, 1998).

O conceito de integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de **Promoção da Saúde** num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

É fundamental a superação da cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes promovendo a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

A perspectiva de análise feita do modo de viver da população ainda é fragmentada, pois coloca os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida.

Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

A promoção de saúde é uma estratégia de ação transversal que exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos social, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas. Assim se forma a necessidade de trabalhar a intersetorialidade.

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

A crise ambiental contemporânea vem intensificando as discussões e a percepção pública acerca dos efeitos dos processos de produção e consumo das sociedades industriais modernas sobre a saúde humana e a dos ecossistemas. Dentre outros fatores, podemos destacar a degradação ambiental em várias regiões do planeta e o reconhecimento científico dos riscos ecológicos globais, tais como o chamado efeito estufa, a redução da camada de ozônio, a destruição de florestas e da biodiversidade, a poluição atmosférica e marítima (CORVALÁN; BRIGGS; KJELLSTROM *et al.*, 1996).

Essas populações são vítimas de um modelo de desenvolvimento marcado pela injustiça ambiental, isto é, grandes investimentos e negócios realizados que se apropriam dos recursos existentes nos territórios e concentram renda e poder, ao mesmo tempo em que atingem a saúde e integridade dos trabalhadores, dos seus habitantes e dos ecossistemas.

Os lucros e benefícios são concentrados nas mãos de poucos, enquanto as cargas do desenvolvimento são distribuídas aos trabalhadores, às populações pobres e discriminadas, como pobres, negros, índios e mulheres. Num modelo de desenvolvimento injusto são estes grupos vulneráveis, freqüentemente invisíveis nas discussões públicas e sem voz nas decisões que lhes dizem respeito, os que mais recebem os efeitos da poluição, da concentração urbana e da falta de investimentos em políticas públicas, como educação, saneamento, saúde e meio ambiente. Nesses contextos, problemas de saúde e ambiente podem ser vistos como questões de (in)justiça ambiental (ACSELRAD; HERCULANO; PÁDUA, 2004).

Existe hoje a necessidade de discutir e enfrentar tais problemas de forma articulada com a luta pela democracia, a justiça social e a sustentabilidade. Para isso, é necessário que a noção de sustentabilidade inclua a existência e a qualidade do trabalho, incluindo os indicadores de saúde dos trabalhadores, como um de seus pilares fundamentais.

A saúde do trabalhador incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada pela clínica médica e indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (GOMEZ; THEDIM; COSTA, 1997).

Compreender problemas de saúde simultaneamente a partir de perspectivas ecológicas e sociais é fundamental para que propostas de desenvolvimento econômico e tecnológico possam resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dele decorrentes, seja para a saúde dos trabalhadores, da população em geral ou dos ecossistemas. Essa visão nos ajuda a pensar de forma integrada os conceitos de risco e o de desenvolvimento econômico-tecnológico a partir da dialética entre produção-destruição: ao mesmo tempo em que novos processos de produção e tecnologias geram riquezas e conforto, novos riscos ocupacionais e ambientais podem ser incorporados aos territórios e afetar certos grupos populacionais em distintas escalas espaciais e temporais.

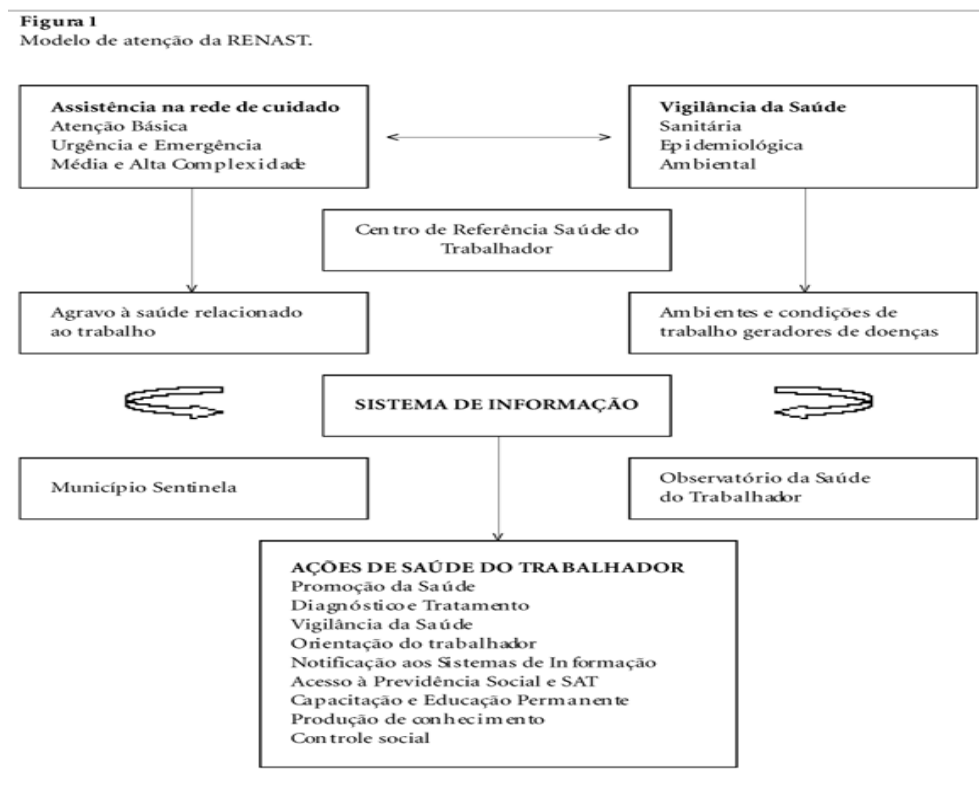
No Brasil, poucos são os estudos relacionados à saúde ocupacional, fato que se soma à escassez e à inconsistência das informações acerca do contexto atual da situação de saúde dos trabalhadores, dificultando a reestruturação do trabalho e a definição de prioridades para as políticas públicas.

A construção de alternativas futuras de desenvolvimento econômico e social necessariamente deve passar por processos participativos que defendam formas mais saudáveis, autônomas e sustentáveis de desenvolvimento, através da conscientização e atuação organizada dos trabalhadores na promoção da saúde coletiva e do trabalhador.

A participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões destes sobre o processo saúde-doença e fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença.

A mudança de paradigmas nos campos teóricos e operacionais engajados na análise e enfrentamento de problemas de saúde e ambiente será possível através da utilização de ferramentas como a territorialização e a vigilância à saúde, sendo a atenção básica a melhor estratégia para aperfeiçoar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a se alcançar a equidade.

Figura 01: Modelo de atenção da RENAST



Fonte: MANUAL..., 2012

4.8.1 Tarefas e participações nos fóruns

Segundo a notícia do site EHS Portugal (2011).

Trabalho: Doença e acidentes causam milhões de vítimas anuais (Internacional)

A ministra do Trabalho, Helena André, afirmou hoje que as doenças profissionais e os acidentes de trabalho provocam anualmente 2,3 milhões vítimas no mundo, apoiando «um sistema eficaz» de segurança e saúde no

trabalho para responder ao desafio. Sabemos que o problema das doenças profissionais e dos acidentes do trabalho provocam no mundo 2,3 milhões de vítimas em cada ano e que o impacto destas perdas no Produto Interno Bruto (PIB) global é cerca de 20 vezes superior ao total do apoio oficial que existe no planeta, disse a governante num seminário em Lisboa, destacando que apoia um «sistema eficaz» neste domínio que responda a esta situação.

Helena André, que falava no seminário de encerramento dos trabalhos da Campanha Europeia de Avaliação de Riscos na Utilização de Substâncias Perigosas, na capital portuguesa, realçou também que para haver «um sistema eficaz de segurança e saúde no trabalho, tem de existir» um compromisso conjunto «entre as autoridades competentes, trabalhadores, empregadores e os seus representantes.

Segundo o site [Notícia da manhã.com.br](http://Notícia.da.manhã.com.br) (2011)

O Guia do EPI 2011 está sendo distribuição gratuita. Considerado o mais completo do país, o manual de produtos e serviços da área tem como objetivo divulgar fabricantes, revendedores, representantes e assessorias de equipamentos de proteção individual e SST (Saúde e Segurança no Trabalho). [...] De acordo com estatísticas da Previdência Social, mais de 700 mil acidentes do trabalho acontecem com cerca de sete mil mortes por ano no Brasil. Atento a um dos maiores índices de mortalidade no ambiente de trabalho, perdendo apenas para Coreia do Sul, El Salvador e Índia, após a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), todas as empresas são obrigadas a fornecerem gratuitamente aos seus colaboradores os equipamentos de proteção individual de acordo com o risco de cada função, além de ser obrigatório o certificado de aprovação do Ministério do Trabalho. Com isso, é esperado evitar possíveis acidentes, que podem até chegar a morte, por falta de prevenção. O objetivo do Guia é justamente incorporar as boas práticas da gestão de saúde e segurança no trabalho, contribuindo para a proteção, prevenção e redução de acidentes e doenças no trabalho, resultando maior qualidade de vida aos trabalhadores e diminuindo consideravelmente os custos da empresa.

Segundo a notícia do site [Última Instância](http://Última.Instância.com.br) (2011)

Mc Donald's leva multa de R\$ 13,2 milhões por descumprir leis trabalhistas

08/02/2011 15h18

A rede de lanchonetes Mc Donald's foi multada em R\$ 13,2 milhões pelo descumprimento de leis trabalhistas e ausência de normas de segurança para seus funcionários. Em 2008, o Mc Donald's assinou um acordo com o MPT (Ministério Público do Trabalho) se comprometendo a solucionar as irregularidades, mas os procuradores constataram que o TAC (Termo de Ajustamento de Conduta) não foi cumprido pela empresa, o que levou à aplicação da multa. [...] Segundo o MPT, o Mc Donald's não possui Cipa (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) nem emissão regular de CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho). Os procuradores também contestaram problemas no vestuário e na alimentação fornecida aos funcionários. A aplicação da multa foi homologada pelo juiz José Celso Bottaro, da Justiça do Trabalho de Rondônia. [...] Ainda de acordo com o MPT, em diversas de suas franquias, o Mc Donald's mantinha os funcionários em jornadas de horas extras excessivas — ultrapassando o limite legal de duas horas diárias —, em alguns casos, sem direito ao descanso semanal. A Rede também é acusada de dificultar a sindicalização dos trabalhadores. [...] A multa, aplicada pelo MPT em janeiro, deverá ser paga ao longo dos próximos nove anos. A maior parte dos recursos (R\$ 11,7 milhões) deverá ser utilizada em campanhas publicitárias contra o trabalho infantil. O R\$ 1,5 milhão restante será destinado à compra de equipamentos de reabilitação física para a Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo).

Comentário: doenças e acidentes do trabalho são problemas recorrentes no cenário nacional e internacional, onde prevalecem causas como exposição dos trabalhadores aos fatores de risco, excesso de trabalho e descumprimento de normas básicas de segurança. Os dados são preocupantes principalmente quando sabemos que o número de acidentes é bem superior ao de casos notificados.

4.9 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A Saúde Bucal integrante do contexto saúde, cada dia mais desponta como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto assistencial (SILVEIRA FILHO, 2003). O texto constitucional que formula o Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação, e outros textos normativos constituem as bases legais para a consolidação das ações de saúde bucal no SUS propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde — ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que esteja regulado através do controle social.

Apesar desta concepção, percebe-se que a saúde bucal em boa parte dos sistemas locais de saúde ainda é deficiente, e aí reside o grande desafio das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família, de tornar as ações de saúde bucal um direito de todos, validando os princípios do SUS.

A própria forma de se pensar a saúde bucal em saúde pública passa pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva. A grande demanda pelos serviços clínicos ainda continua seguindo modelos anteriores e existe a necessidade de organizarmos nossa Atenção em Saúde Bucal, através de ferramentas do planejamento estratégico que, utilizando-se de critérios para priorização, permitam realizara gestão da clínica.

Configurar um sistema de saúde com equidade é priorizar as ações em saúde bucal aos mais necessitados; sejam ações de recuperação ou de promoção e prevenção à saúde. Por outro lado, a incidência de câncer bucal tem demonstrado uma tendência crescente nos últimos anos, sendo o Brasil um dos países com elevados índices de câncer em lábios, bochechas, glândula salivar e língua. Estas inversões epidemiológicas devem nortear nossa prática em saúde, especialmente na atenção básica a saúde que propõe ser a porta de entrada ao acesso nos demais níveis de assistência.

Um importante aspecto da organização da atenção básica em saúde através da estratégia saúde da família é o estabelecimento do vínculo entre profissionais, equipe e comunidade. É saber identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar, enfim, é conhecer os fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida e perceber a comunidade

como cidadãos capazes de mudarem seus hábitos, de apreenderem novas atitudes mais saudáveis, sempre respeitando seus padrões culturais.

Segundo Zanetti et al (1996), durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado. As ações de saúde bucal incorporadas à estratégia do PSF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações.

A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida. Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos. Espera-se, através destas, despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997).

A noção de cuidado em saúde bucal passou por grandes evoluções. O Brasil ainda apresenta uma demanda muito elevada por serviços de prática clínica, sejam para a reparação ou reabilitação de danos decorrentes de práticas mutiladoras e/ou da pouca importância dada pela população aos cuidados com a higiene bucal e preservação dos dentes. Os hábitos e os conceitos estão sendo reformulados aos poucos e a atuação dos profissionais da saúde da família tem ajudado nesse processo, além de melhorar o quadro epidemiológico em saúde bucal.

4.10 ABS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Imagem 04: DEFICIÊNCIA



Fonte: CONSTITUCIONALISMO E DEMOCRACIA (2012)

A inclusão social das pessoas com deficiências procura torná-las participantes da vida social, econômica e política, assegurando o respeito aos seus direitos no âmbito da Sociedade, do Estado e do Poder Público tendo por base que a vigência dos direitos específicos das pessoas com deficiência está diretamente ligada à vigência dos direitos humanos fundamentais. Em virtude das diferenças que apresentam em relação às demais, as pessoas com deficiência possuem necessidades especiais a serem satisfeitas.

É considerada Pessoa Portadora de Deficiência, a que se enquadra como deficiente física, auditiva, visual, mental ou com múltiplas deficiências. Considera-se deficiência, toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Considera-se incapacidade, uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa perceber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define, como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (Portal da Saúde, MS, 2011).

Estabelece as orientações gerais para a elaboração de planos, projetos e atividades voltados à saúde das pessoas com deficiência nos estados, Distrito Federal e municípios. Seu principal objetivo é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários.

Suas diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços.

A viabilização desta política nacional deve-se a uma conjugação de esforços que tiveram seu início na decisão política dos governantes em responder positivamente às reivindicações e movimentos sociais de pessoas com deficiência. Os gestores do SUS nas três esferas de governo têm, como parceiros potenciais: educação, desenvolvimento social, direitos humanos, habitação, justiça, transporte, trabalho, esporte e turismo que, de forma articulada e integrada, podem atuar para a progressiva inclusão das pessoas com deficiência em suas comunidades, para o exercício da cidadania e vida social.

É importante registrar que a inclusão da pessoa com deficiência se dá, também, por ações da comunidade, transformando os ambientes, eliminando barreiras arquitetônicas e de atitudes, que impedem a efetiva participação social das pessoas com deficiência. A informação é fundamental para vencermos as barreiras do preconceito e da discriminação, exercitando o respeito à diversidade humana.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível a relevância do ensino ou educação à distância na atuação do profissional da estratégia saúde da Família, quando se observa em decorrência desta formação, o grande impacto na forma de trabalhar e pensar em saúde, respeitando uma visão holística, reconhecendo seus fatores determinantes e condicionantes, valorizando aspectos culturais, sócio-econômicos, encontrando novos caminhos e imprimindo uma nova dinâmica nas unidades básicas de saúde.

No período inicial da formação, existiram desafios que precisaram ser superados, como a utilização das diversas ferramentas do AVA, mas que foram estimulados pela necessidade de comunicação e participação em todas as atividades propostas, visando à construção colaborativa e democrática do conhecimento.

Durante a aprendizagem, vivenciamos conflitos, ao percebermos que a realidade dentro das unidades era bastante diferente de como realmente deveria ser na teoria, apesar de que nos foi possível através da problematização, construir novos caminhos, buscar alternativas, discutir e aprender com a experiência compartilhada dos colegas e colocações dos tutores, estimulando a nossa curiosidade e criatividade.

De uma forma geral, contribuiu de maneira grandiosa para o enfrentamento dos problemas do cotidiano. A cada dia, observamos a escassez de atividades de capacitação em educação em saúde. A cultura do profissional de saúde ainda está muito atrelada ao fato de achar que não é preciso aprender a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática.

Utilizamos o diagnóstico e planejamento participativo, aumentando a consciência crítica sobre os diversos problemas vivenciados na nossa área de atuação e discutimos propostas para sua solução.

Enfim, se a responsabilidade dos serviços de saúde nesse processo de transformação das práticas profissionais e estratégias de organização da atenção à saúde levarem ao desenvolvimento da proposta da educação como um recurso estratégico, poderemos realmente visualizar a educação permanente em saúde como um recurso relevante para a reorientação do modelo assistencial e consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H, HERCULANO, S; PÁDUA, J.A. **Justiça ambiental e cidadania**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

ALBUQUERQUE, P.; STOTZ, E.A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v.08, n.15,p.259-71, mar./ago., 2004.

ALMEIDA FILHO, N. **Modelos de saúde-doença**: Preliminares para uma teoria geral da saúde. Salvador, 2000. 26p.

ALVES, V. Um modelo de Educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v.9, n.16 , p. 39-52, set/fev., 2005.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos, atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S.(Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p 163-185.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, v.3, n.11, p.491-494, 1995.

ANSOFF, H. I. **Do planejamento estratégico à administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1990.

ANSOFF, H. **Planejamento estratégico como instrumento de mudança organizacional**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: SEMINÁRIO WOMEN'S AND HEALTH MAINS-TREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. **Anais...** [São Paulo], 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção às mulheres em situação de violência**: relatório da Área Técnica de Saúde da Mulher no período de 1998-2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário oficial [da] União**. Brasília, 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher. Princípios e diretrizes. Série C Projetos, Programas e relatórios. Brasília. DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**, caderno 1. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2000.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R; FEUERWERKER, L.O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e controle Social. **PHYSYS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Novos rumos nas políticas públicas de Saúde Mental no Brasil Família e Doença Mental: a difícil convivência com as diferenças. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n2, p 373-379, 2004.

CONSTITUCIONALISMO E DEMOCRACIA. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**: democracia (deliberativa) e igualdade. Dimensões 413 x 372 pixels. 19 KB. Formato JPG, 2012. Disponível em: < <http://2.bp.blogspot.com/-3hPaYWZYQCw/T5AL6PePtWI/AAAAAAAAADU/BniBWQMv6fY/s1600/deficiente.jpg>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

CORVALÁN, C; BRIGGS, D; KJELLSTROM, T. Linkage methods for environment and health analysis: general guidelines. Genebra: UNEP-EPA-WHO, Document WHO/EHG/95.26, 1996.

COSTA, C. C.; ALBUQUERQUE, A. J. Educação em saúde. In: OLIVEIRA, A. G. R. et al. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN, 1997. P. 223-250.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DIAS, E.C. et al. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v.7, n.2, 2002.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva** v.10, n.4, p. 817-827, 2005.

EHS Portugal. **Trabalho: Doença E Acidentes Causam Milhões de Vítimas Anuais**, 2011. Data: 03-04-2011. . Disponível em: < <http://www.ehsportugal.com/noticias.php?idn=1313&npag=88>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

FIGUEIREDO, G. R.. **A evolução do hospício no Brasil**. 1996. 238 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1996.

FOCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**. v.13 supl.2, Rio de Janeiro, 1997.

HERA. **Direitos sexuais e reprodutivos: ideias para ação**. [S.l.: s.n.], [19- -]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da

Mulher, 1995. Hera Secretariat, web site. Disponível em: < www.iwhc.org/hera>. Acesso em: 24 jun. 2012.

HOSPITAIS de tratamento. Dimensões 349 x 199 pixels. 22 KB. Formato JPG, 2012.

Disponível em: <

http://www.historianet.com.br/imagens/conteudo/HeresiaouLoucura_2.jpg>. Acesso em: 17 maio 2012.

IWAMOTO, H.H. et al. Saúde ocupacional: controle médico e riscos ambientais. **Acta sci**; v.30, n.1, p.27-32, 2008.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, Aet al. (org.).

Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MANUAL de Gestão e Gerenciamento: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006. Disponível em: <

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2012.

MATUS, Carlos. O Plano como Aposta. **São Paulo em perspectiva.** São Paulo. v. 5, n.4. p. 28-42, out./dez. 1991.

MEDEIROS, Tácito. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: SILVA FILHO, João Ferreira da; RUSSO, Jane Araujo (org.). **Duzentos anos de psiquiatria: Coletânea de trabalhos apresentados na Jornada de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro, 1992.** Rio de Janeiro: Relume Dumará – Editora UFRJ, 1993. p.73-83.

MÉDICO FRANCÊS. Dimensões 199 x 284 pixels. 22 KB. Formato JPG, 2012. Disponível em: < <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/phlipxpi.jpg>>. Acesso em: 20 maio 2012.

MENEZES, Ary Fialho de. **Desdobrando a loucura.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MOROSINI, Marcia Valéria G.C. **Modelos de atenção a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: < <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/Livro-Modelos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2012.

Notícia da Manhã. Terceira edição do maior guia de segurança do trabalho será lançada em março, 2011. 15/2/2011 10:54:5. Disponível em: < <http://www.noticiadamanha.com.br/capa/lenoticia.asp?id=56795> >. Acesso em: 16 maio. 2012.

PAIM, J.S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: ANVISA/ISCUFBA, 2001.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, M. da G.L.C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. MS. FUNASA. CENEPI. Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Anais...**, Brasília, 1993, p.93-144.

PHILIPPE Pinel. Médico Francês “O Pai Da Psiquiatria Moderna “. [2012?]. Disponível em: < <http://www.captain.lucyl.nom.br/philippepinel/philippe.htm> >. Acesso em: 20 maio. 2012.

PORTO, M. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p. 829-839, out./dez., 2005.

PORTOCARRERO, V. **O dispositivo da saúde mental**: uma metamorfose na psiquiatria brasileira. 1990. 213f. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, Rio de Janeiro, 1990.

PSICOPATOLOGIA e saúde mental. Dimensões 353 x 432 pixels. 82 Bytes. Formato JPG, 2012. Disponível em: < <http://unabrasil.files.wordpress.com/2009/06/loucura.jpg>>. Acesso em: 14 maio. 2012.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Organização Petrópolis: editora Vozes, 1990. p. 15-73.

RIGOTTO, R.M. “Caiu na rede, é peixe!”: a industrialização tardia e suas implicações sobre o trabalho, o ambiente e a saúde no Estado do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Sup. 4, p.599-611, 2007.

RIGOTTO, R.M. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v.14, n.6, p. 2061-2070, 2002.

ROSA, W.; LABATE, R. Programa saúde na família:a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez, 2005.

SAVASSI, Leonardo C M; DIAS, Ruth Borges. **Planejamento de ações na Equipe**. GESF – Grupo de Estudos em Saúde da Família, [2000?]. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf2007/gesfplanejamentodeacoes.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas, In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-41.

SILVEIRA FILHO, AD. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde; 2003.

SOUTO, A. C.. **Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil (1976-1994)**. 1996. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

TANCREDI, F. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v.2, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

TEIXEIRA, M. O. L. Nascimento da psiquiatria no Brasil. **Cadernos IPUB**, v. 8, p. 42-78, 1997.

UOL. Última Instância. **Mc Donald's terá de pagar R\$ 13,2 milhões por descumprir leis trabalhistas**. Disponível em:
<<http://ultimainstancia.uol.com.br/conteudo/noticias/50198/mc+donalds+leva+multa+de+r+132+milhoes+por+descumprir+leis+trabalhistas.shtml>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. Atenção Psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, maio/jun. 2001.

ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg. saúde debate**. Londrina, n.13, p. 18-35, jul. 1996.