

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

FÁBIO RUAN LOUZEIRO LIMA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ENFOQUE SOBRE O
EMBASAMENTO TEÓRICO, APLICAÇÕES PRÁTICAS E
PLANEJAMENTOS FUTUROS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

FORTALEZA

2011

FÁBIO RUAN LOUZEIRO LIMA

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ENFOQUE SOBRE O
EMBASAMENTO TEÓRICO, APLICAÇÕES PRÁTICAS E
PLANEJAMENTOS FUTUROS PARA A 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.

Orientadora: Profa. Dra Ismenia Osório Viana

FORTALEZA

2011

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

L698e Lima, Fábio Ruan Louzeiro
Especialização em saúde da família: um enfoque sobre o embasamento teórico,
aplicações práticas e planejamentos futuros para a atenção básica o / Fábio Ruan Louzeiro
Lima. – 2010.
44 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade
Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em
Saúde, Fortaleza, 2010.
Orientação: Profa. Dra. Ismênia Osório Viana

1. Saúde da Família 2. Saúde Pública 3. Educação à Distância I.

Título.

CDD 362.1

FÁBIO RUAN LOUZEIRO LIMA

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ENFOQUE SOBRE O
EMBASAMENTO TEÓRICO, APLICAÇÕES PRÁTICAS E
PLANEJAMENTOS FUTUROS PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

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

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ismenia Osório Leite Viana – Orientadora

Prof. Dr. Fernando André Campos Viana

Prof. Dr. Delma Mary Pimenta

RESUMO

Estudo de revisão de literatura sobre o embasamento teórico que é necessário para um profissional que atua no Programa de Saúde da Família (PSF). Avaliar a necessidade de atualizações das suas práticas coletivas na rotina de trabalho e a experiência em cursar uma especialização em Saúde da Família baseada em um modelo de aprendizagem virtual, os resultados e conhecimentos obtidos, a interação com outros profissionais envolvidos com o curso e o impacto nas ações no município em que o profissional atua. O planejamento, interação com a comunidade e profissionais de outras áreas e promoção de saúde são exemplos de atitudes inerentes à prática na Atenção Básica que acabam sendo preteridas ou cumpridas por obrigação para alcançar metas. A especialização baseia-se em módulos que abordam cada assunto referente à prática dos profissionais da saúde básica: profissional médico, enfermeiro e cirurgião-dentista. Muitos assuntos não comuns a todas as áreas foram abordados com o objetivo de aumentar a interdisciplinaridade, equidade e integralidade na atuação na Atenção Básica.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Educação a Distância. Saúde Pública

ABSTRACT

Review of the literature study about the theoretical basis that is necessary for a professional who works in the Family Health Program (PSF). Evaluate the need for updates of the collective performances in the routine work and the experience in attending a specialization in Family Health based in a model of virtual learning, the results and knowledge gained, the interaction with others professionals involved with the specialization and the impact on the actions in the city which the professional works. The planning, interaction with the community and with the professionals of others areas and health promotion are examples of attitudes inherent in the practice in Primary Care that end being deprecated or fulfilled by obligation to achieve goals. The specialization is based in chapters that approach every issue related to the practice of the professionals in Primary Care: medical, nurse and dentist professional. Many subjects not in common to all areas were approached in the intend of increasing the interdisciplinarity, the equity and the integrality in the performance of the health care.

Keywords: Family Health Program. Distance Education. Public Health

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVA - Ambiente Virtual de Aprendizagem

AB - Atenção Básica

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

CD - Cirurgião-Dentista

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EaD - Educação à Distância

ESB - Equipe de Saúde Bucal

LIBRAS - Língua de Sinais Brasileiras

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa de Saúde da Família

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico de Higiene Dental

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	OBJETIVOS	10
3	PORTIFÓLIOS	11
3.1	Disciplina: Educação a Distância	11
3.2	Disciplina: Processo de Trabalho em Saúde	12
3.3	Disciplina: O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial	18
3.4	Disciplina: Saúde Mental	19
3.5	Disciplina: Saúde da Mulher	22
3.6	Disciplina: Saúde Ambiental	24
3.7	Disciplina: Saúde Bucal	28
3.8	Disciplina: Pessoas com Deficiência	32
3.9	Disciplina: Interdisciplinaridade e Bioética	34
3.10	Disciplina: Práticas Pedagógicas em Atenção em Saúde Básica	36
3.11	Disciplina: Planejamento em Saúde	38
4	CONCLUSÕES	41
5	REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

A rotina do profissional que atua no Programa de Saúde da Família é desafiante e uma constante atualização se faz necessária. O PSF desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS): reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Publicado em 1994, o documento BRASIL (1994) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral “*melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade*”. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Para poder manter os pressupostos que regem o PSF e a própria unidade de saúde, o profissional que nele atua deve manter uma política de auto-vigilância constante, já que a prática tradicional de consultas e procedimentos tendem a prevalecer à medida que o cotidiano se estende. Junto a essa necessidade, cursos de pós-graduação em Saúde da família tornam-se imprescindíveis para a qualificação do serviço de atenção básica.

Os três níveis de esfera de governo são responsáveis e buscam parcerias com instituições de ensino para o aumento da eficácia do profissional na atenção básica. Com o aumento do acesso da população à internet, este ensino tem lançado mão de cursos à distância, já que a maioria dos profissionais possui um tempo disponível relativamente curto e uma dificuldade de mobilização para aulas presenciais frequentes. Dessa forma, faz-se necessário o relato de um curso à distância, de sua metodologia, vantagens e desvantagens, contextualizando o profissional, sua unidade de saúde e o Programa de Saúde da Família como um todo.

Este trabalho engloba um embasamento teórico para uma boa atuação de um profissional na sua unidade de saúde. Conseqüentemente, o serviço estará com melhor qualidade, recebendo maior aprovação por parte dos usuários e de gestores. A maioria

de dúvidas em ações coletivas, procedimentos individuais, relações com outras especialidades, dentre outros pormenores são englobados pelo material didático deste trabalho. A monotonia e desestímulo para mudar a realidade serão barreiras para quebrar a partir desta multiplicação de informação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Identificar a importância e impacto da Educação à Distância (EaD), suas vantagens e desvantagens. Relatar as mudanças na prática de PSF, enfatizando a necessidade de atualização do profissional de Atenção Básica, através da revisão de portfólios adquiridos pela Especialização em Saúde da Família à distância pela Universidade Federal do Ceará.

2.2 Objetivos específicos:

- Estimular um aprofundamento da saúde coletiva no PSF da cidade de São João do Jaguaribe. Enfatizar as vantagens da educação à distância.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inserção do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) no mundo data do século XIX, devido à necessidade de pessoas não poder comparecer ao local de aula. Na Grécia antiga e Roma, tornava-se possível através da correspondência. Entretanto, apenas nas últimas décadas tem feito parte das atenções pedagógicas. No Brasil, iniciou-se através do Rádio Técnico monitor, em 1939. Entretanto, é através de tele cursos que a EaD se estabelece com maior força. Hoje os meios disponíveis são variados: teleconferência, chat, fóruns de discussão, correio eletrônico, weblogs, espaços wiki, plataformas de ambientes virtuais. Através de sons, imagens, gráficos e textos a informação se reproduz, atualizam-se e viaja entre os correspondentes. Além disso, os leitores podem interagir entre si, em vários níveis. Os AVA's permitem o gerenciamento de banco de dados e controle total das informações. Dessa maneira, pode-se comutar as concepções tradicionais de aprendizagem, no que tange curricularmente. Os fatores limitantes que existem são basicamente a grande evasão de alunos, já que não existe o personagem presente para estímulo constante e se houver deficiência por parte do suporte do ambiente. Tal problema pode afetar a difusão de informações e, conseqüentemente, o conhecimento final adquirido pelos estudantes. O EaD da Universidade Federal do Ceará é um exemplo de AVA bem sucedido. No curso de especialização em Saúde da Família à distância, uma gama de informações provenientes de tutores, alunos e fontes de pesquisa se incorporaram à minha pessoa. O local que sofreu um maior impacto positivo foi a unidade de saúde do Sítio Raposo, localizada na zona rural a cerca de 10 quilômetros do município de São João do Jaguaribe, interior do estado do Ceará. A área de cobertura é a maior e mais populosa dentre os PSFs do município ,alem de ser a mais distante e de mais difícil acesso. O posto é bastante simples, composto pela sala de espera, ambulatório, sala do enfermeiro, sala de vacina, sala do médico, sala do dentista, copa e dois banheiros. O material de insumo é bastante limitado, sendo a falta deles bastante corriqueira. A equipe de saúde é completa: uma auxiliar de serviço, um vigia noturno, um funcionário responsável pela farmácia, uma técnica em enfermagem, um enfermeiro, uma auxiliar de saúde bucal, um cirurgião-dentista e um médico.

A especialização foi avaliada por meio de portfólios. Esse meio de avaliação consiste em uma lista de trabalhos de um profissional ou empresa. É uma coleção de todo o trabalho em andamento na organização relacionado com o alcance de atingir um objetivo. Este trabalho se trata de um relato de experiência em cursar a Especialização em Saúde da Família e seus impactos na ação na rotina profissional da atenção básica, não necessitando de uma aprovação em um comitê de ética.

3.1 DISCIPLINA Educação à Distância

Educação à distância é o processo de ensino-aprendizagem que não ocorre em uma sala de aula e nem ao menos existe o contato real com o transmissor do conhecimento, salvo encontros presenciais. Por meio de tecnologias, os professores e alunos estão separados espacial e/ou temporalmente. O ensino à distância foi uma estratégia necessária devido às muitas barreiras existentes: dificuldades de acesso dos alunos, discrepância de horários, necessidade de ocupação profissional, dentre outras. Com a maior facilidade de acesso por parte da população, a troca de informações via internet se tornou uma ferramenta extremamente útil para este tipo de ensino.

Todos os níveis de ensino utilizam este tipo de abordagem, no entanto é mais usado nos ensinos de graduação e pós-graduação, e ainda existem universidades que trabalham usando apenas esse modelo de ensino. Existem cursos que são totalmente virtuais e outros que exigem um encontro presencial em um determinado período de tempo. Através de chats, fóruns, diários de bordo, provas presenciais e diálogos informais, são feitos estímulos aos alunos para a aprendizagem. O tutor ou professor não é o único a dominar o conhecimento e são debatidos todas as conclusões e pensamentos a partir do material didático.

Os educadores têm um importante papel no ensino virtual. Devem sempre transmitir o conhecimento com a problematização, estimulando o aluno a pensar. Para tanto, deve primeiro avaliar o nível de conhecimento dos seus alunos. O aluno deve sempre tentar dialogar para criar dúvidas, aumentar sua autonomia e estimular os outros alunos a terem maior crescimento. Para os professores, fica o papel de conduzir tal avanço no conhecimento, sempre preocupado em criar maneiras de manter o aluno envolvido com o curso em questão.

Para um bom curso à distância, é necessário prover um feedback contínuo, avaliações e atualizações para os alunos. As ferramentas eletrônicas devem ser de fácil acesso e existir um suporte técnico ao alcance. A Fig. 01 mostra exemplos de cursos do AVA do curso de especialização à distância em Estratégia em Saúde da Família. Cada disciplina é fragmentada em aulas e disponibilizam uma leitura complementar. Após a leitura e anotações dos detalhes mais importantes, os alunos discutiram em um fórum acerca suas opiniões e irão redigir um portfólio com a aula como tema. A Fig. 02 mostra um fórum em que um tutor conduz uma rica discussão entre os alunos acerca um tema.

Uma grande desvantagem em educação à distância é a alta taxa de evasão dos alunos. O paradigma de presença física e estímulo constante do professor parece atrapalhar o rompimento para esse novo modelo de ensino. Muitas vezes, o aluno sente o ambiente virtual como monótono e precisa de constante incentivo dos tutores para desenvolver suas habilidades e continuar com interesse no curso.

MEUS CURSOS	
Educação a Distância 2010.02 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Processo de Trabalho em Saúde 2010.02 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Modelo assistencial e atenção primária à saúde 2010.2 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Saúde Mental e Violência 2010.2 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Saúde da Mulher 2011.1 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família 2011.1 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal 2011.1 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
ABS Pessoas com Deficiência 2011.1 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade-práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde 2011.1 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.
Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde 2011.2 QD01 - Tutora: Ismênia Osório Leite Viana	Disciplina Encerrada.

Fig. 01: AVA- Exibição das disciplinas

The screenshot shows the AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) interface. At the top, there is a navigation bar with links: Início, O Curso, Notícias, Biblioteca Virtual, Parceiros, Créditos, Contato, and Acesso ao AVA. Below this is the title 'Ambiente Virtual de Aprendizagem' and a breadcrumb trail: Medicina - EaD-QD01 - Fóruns - Fórum 02- O que é Educação a Distância. A search bar is present with the text 'Buscar no fórum'. A dropdown menu shows 'Mostrar respostas aninhadas'. The main content area displays a forum post titled 'Fórum 02- O que é Educação a Distância' by Ismênia Viana, dated 2 setembro 2010, 09:19. The post text discusses the challenges of distance education and mentions José Manuel Moran. Below the post is a reply titled 'Re: Fórum 2- O que é Educação a Distância' by QD01, dated 18 agosto 2010, 19:57. The reply discusses the importance of the course and the role of professionals. At the bottom right, there is a link 'Mostrar original'.

Fig. 02: Exemplo de fórum em AVA

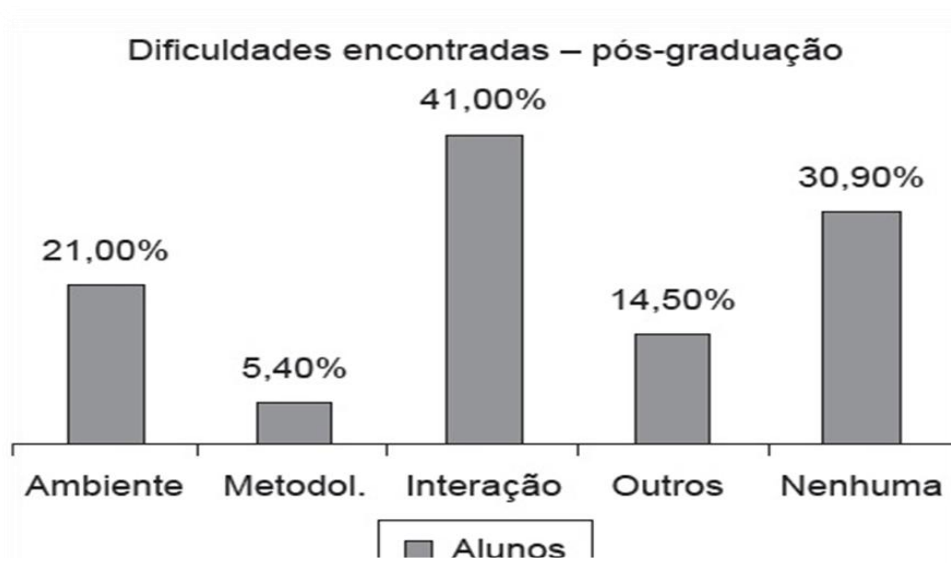


FIG. 03: Dificuldades encontradas na pós-graduação

3.2 DISCIPLINA: Processo de Trabalho em Saúde

A evolução se baseia na revisão de conceitos, conhecer e refletir sobre as gerências passadas. Quando o ser humano inventou a agricultura, ele o fez pela necessidade. Antes dependiam do curso natural de germinação até o momento de produção dos frutos de uma planta. A partir do momento em que se refletiu o porquê e como os frutos nascem e houve a tentativa de controlar o processo natural, foram obtidos resultados mais eficazes. Quando as ações são guiadas por intuições e senso comum, podem não ser as mais adequadas e gerarem resultados não suficientes. A reflexão crítica, a compreensão do sistema presente e a elaboração de ações proativas futuras são partes de todo um processo. O termo saúde nasceu na concepção da ausência de doenças, uma visão restritiva, puramente biológica e médica e que não analisa a determinante social em saúde. A próxima concepção adquirida, instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS), consistia em um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial. Houve uma evolução no conceito, apesar da incapacidade de especificar o objeto que se pretendia definir e de postular a saúde como um estado, um fim a se alcançar. Hoje, o conceito se fortalece mais na promoção em saúde, um processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida.

A necessidade de saúde se iniciou voltada para a economia do comércio e indústria, tentando maximizar a capacidade de trabalho do empregado. Centrado mais no médico, não via o ser humano como um todo. Nos anos 80 (Alma-Ata), criou-se um modelo para produzir bens de serviços sociais de saúde de forma integral e

indiscriminada, à sociedade de forma geral. Um grande momento ocorreu com a implementação do SUS como foco na assistência integral à família. O processo de trabalho em saúde se resume em como estamos agindo. Entre as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) em saúde, encontramos referência à valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde e o fomento à sua autonomia e protagonismo. Dentre esses sujeitos, destacamos os trabalhadores de saúde, os quais estão diretamente associados com outras duas diretrizes da PNH: a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho - tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. Os objetivos de vida, objetivos profissionais, ambições e bem estar dos trabalhadores de saúde afetam seu desempenho no trabalho. O espaço de atuação do Programa Saúde da Família revela-se um local privilegiado para analisar os desafios encarados por eles. Por um lado, os usuários com seus objetivos imediatistas, fatores culturais, valores, dentre outras variantes, afetam diretamente o processo. Finalmente, a sociedade em si propicia, permite e determina para eles se desenvolverem e se realizarem.

Há uma discussão acerca a correta classificação do PSF como programa ou estratégias. De um lado é um programa, que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos. Por outro, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo. O PSF possui os objetivos de prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população, destacando-se a perspectiva da família. Com isso obteve-se um maior nível de satisfação por parte da população, melhoria na vigilância à saúde, maior qualidade do serviço, ampliação das ações de promoção, dentre outros. O produto de trabalho em saúde é indissociável do processo que o produz, sendo a própria realização da atividade. Entretanto, na concepção de um modelo neoliberal que rege a sociedade, onde o neocapitalismo e a globalização imperam, existe uma dificuldade de dissociar o processo de trabalho em saúde de um bem de consumo. O bem de consumo econômico consiste em um custo que produziu um lucro; já a despesa para um consumo doméstico é um bem de serviço. Neste processo, há custos fixos como o salário do profissional, e custos variáveis como material de consumo, luz, água, etc.

O consciente e o inconsciente no ambiente coletivo têm dimensões subjetivas e objetivas, onde cada ser humano tem uma natureza biopsicossocial e cultura própria. Na atitude profissional, os artefatos de estrutura física e uma postura com receptividade classificam um profissional humanizado. A atenção básica exige um trabalhador participativo, porém muitas vezes ocorre como um aumento de responsabilidade e de carga de trabalho. A fragmentação do trabalho e os apelos da tecnocracia conduzem as práticas na direção contrária à valorização dos sujeitos e das relações entre eles.

Determinantes social, econômicos e culturais

As condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da sociedade estão relacionadas com sua situação de saúde. Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, pois os fatores não estão diretamente ligados entre si. Um bom exemplo é a alta discrepância de classe social no Brasil, apesar de possuir uma economia estável e em crescimento. Ao estudar os determinantes, pode-se identificar onde e quando devem ser feitas intervenções.

Existe a necessidade de se estudar separadamente os fatores individuais e em grupos, pois muitas vezes conceitos não se aplicam a ambos. Por exemplo, uma alta taxa de mortalidade em uma determinada população não pode ser averiguada por determinantes individuais. E por outro lado, os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos de um grupo estão submetidos a um maior risco.

Determinante individual:

No pensamento de Pinto e Junqueira (2008) as redes sociais como ferramentas das relações de poder econômico representam determinantes sociais capazes de causar traumas sociais para alguns grupos humanos. As conexões individuais econômicas fazem a comunicação do poder, instituem vínculos entre indivíduos; Esse vínculo gera o chamado "conseguir peixe" para trabalhar. Entretanto, Gutierrez e Minayo (2008) afirmam sobre a importância das redes sociais em saúde com formas afetivas, educativas, que interferem nos lares de maneira mais proativa.

Análise das redes sociais para analisar as relações de poder:

- Até que ponto a concentração de poder e a nucleação em um ator central da rede são fatores para a manutenção da integridade estrutural de uma rede específica;
- O compartilhar, o colaborar e o competir altera as estruturas sociais e estas, de forma recursiva, muda a forma de compartilhamento, colaboração e de competição;
- Importância das bases tecnológicas: conectando entidades como pessoas, conhecimentos, recursos, tarefas e organizações;
- Redes completas ou integradas: analisa o poder da rede como um todo ou desta com outros grupos, enquanto nas redes pessoais, o cerne é a análise dos papéis representados pelos indivíduos nesta rede;



FIG. 04: Determinantes socioeconômicos, culturais e sociais

Uma linha de pensamento diz que os relacionamentos são constitutivos da natureza humana e que são elementos definidores da entidade dos atores sociais. Outra linha: o comportamento humano está imerso em campos sociais, em uma rede de relacionamentos interpessoais. Outro pensamento estuda as conexões de rede (capital social), na crença que estas conexões podem prover poder ou valor, inclusive econômico. A última linha estuda a padronização estrutural da vida social, que buscam identificar quais são os atores que geram e criam laços em uma determinada rede, aumentando seu poder. A estrutura em rede é base da formação de comunidades, e as organizações não-governamentais tornaram-se atores influentes na sociedade civil, reconhecendo-se a estas não apenas uma legislação específica, como um instrumento de implantação e controle social das políticas públicas (JUNQUEIRA 2002). A retirada do ator central e detentor de importância vital mostraram que a rede pode se recuperar com sua saída, sem nenhum problema irreversível.

Redes Sociais e solidariedade:

De acordo com sua posição no ordenamento social, o indivíduo tem acesso aos meios produzidos e disponibilizados pela humanidade, trabalhando suas potências naturais dentro das condições e possibilidades do meio social onde vive; indivíduos organizam e transformam grupos humanos nos mais diversos níveis; condição social é a base para o padrão sanitário, ex: os tipos de doenças em uma população; determinantes psicossociais: causas como reconhecimento, autonomia e segurança, expectativas,

realizações e frustrações de um indivíduo são igualmente determinantes nas condições de saúde quanto aos males provenientes da exposição de riscos.

3.3 DISCIPLINA: O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial

“A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS.” (SCOREL *et. al*, 2007)

A equipe de saúde da família tem uma grande responsabilidade: cuidar da população adscrita do território pelo qual está responsável, assim como também pelas áreas de maior risco social. Para tanto, a assistência provida pela mesma depende da força de vontade da equipe, dos recursos disponíveis, do interesse da população e de uma gestão envolvida e facilitadora do processo. A disposição a mudar sua prática no dia-a-dia é um dos fatores mais importantes e decisivos na melhora do serviço no Programa de Saúde da Família, onde, em meados de 1999, foi considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, que tinha como finalidade reorientar o modelo assistencial e organizar os serviços e ações de saúde. A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde que preconiza a abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e também as comunidades.

“A equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.” (SCOREL *et. al*, 2007). É visto que essa unidade é o primeiro passo para a entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos, logo é recomendado que cada equipe tenha como sua responsabilidade 600 ou até 1 000 famílias sendo assim 2 400 a 4 500 habitantes. Devendo conhecer as famílias do seu território e identificar os problemas de saúde e as situações de risco da comunidade. A unidade também tem o papel de elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações educativas e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

Um grande medidor para avaliar o sucesso no atendimento á população de uma unidade de saúde está na demanda em qual se enquadra. Um excesso de demanda

espontânea, um número elevado de casos de urgência e vários pacientes chegando quando querem e exigindo ser atendido revelam uma falha. As maiores dificuldades são incentivar a população a cuidar melhor da sua saúde e criar hábitos saudáveis, mostrando que o responsável pelo bem-estar deles são eles mesmos, a falta de recursos disponíveis, muitas vezes indispensáveis como medicamentos, a grande demanda de pacientes, o tempo de atendimento, dentre outros problemas.

Assim, outra atividade que a equipe de saúde da família é responsável por realizar na sua comunidade seria o acolhimento que tem como objetivo principal e fundamental no acesso da população as unidades de saúde de sua região como também nas adjacentes que possuam unidades de caráter secundárias e até mesmo terciárias. Segundo SCHIMITH e LIMA, 2004, “o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. No qual o vínculo entre profissional e paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço.”

A minha equipe de saúde tem enfrentado desafios na ânsia de quebrar paradigmas. Recentemente, organizamos um congresso para a população mais adulta, cujo tema fora hipertensão e diabetes. Foram distribuídas camisas, organizadas palestras dos profissionais da medicina, enfermagem, odontologia e um nutricionista convidado, um almoço com comidas saudáveis e exercícios com profissionais convidados da educação física. Na prática odontológica, tem-se feito odontogramas (planos de tratamento) para assegurar a integralidade e resolutividade do serviço. Foram entregues cadernetas aos adolescentes que funcionassem como uma ficha de cada um, envolvendo desde a medicina e odontologia até assunto como drogas.

Atividades como essas e tentativas de um maior vínculo com a população é a chave para uma mudança no modelo assistencial. A educação deve andar de braços dados com essa bandeira que carregamos, pois a própria população e a saúde da mesma dependem exclusivamente da consciência do melhor.

3.4 DISCIPLINA: Saúde Mental

Esquizofrenia, depressão, epilepsia, dependência alcoólica e outras doenças mentais, neurológicas ou de dependência de substâncias, superam o número de doenças cardiovasculares e cancerígenas em todo o mundo. Em 2020, uma estimativa de que 1,5 milhões de pessoas morrerão por ano de suicídio, e de 15 a 30 milhões poderão cometer alguma tentativa de suicídio. Esses números são alarmantes, em uma sociedade que julga a felicidade algo tão simples de se “adquirir”. A reforma psiquiátrica foi uma grande vitória para a população. Não se podia mais continuar adiando e evitando a abordagem para saúde mental como algo abstrato. A reforma psiquiátrica e reforma sanitária redirecionaram a atenção em saúde do hospital para a comunidade. Afinal, foi

uma tendência natural da sociedade ao olhar para essa questão e tentar resolvê-la da maneira mais humana e digna possível. Historicamente, os julgados loucos pela sociedade permaneciam confinados e excluídos, até a instalação dos primeiros hospitais psiquiátricos, já no século XIX, com o nascimento da psiquiatria. O hospital basicamente tentava dominar os devaneios e domesticar o comportamento. As recorrentes denúncias de violência e desrespeito aos direitos humanos, a partir da década de 1970, impulsionaram a reforma deste modelo de assistência psiquiátrica, pautando-se na desinstitucionalização e no resgate da cidadania e do respeito à singularidade e subjetividade do doente mental.

A Constituição Brasileira amplia o conceito de saúde e as suas relações com o trabalho, moradia e ambiente. A saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais e, de acordo com a OMS, os seus conceitos abrangem entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Até o início da década de 1980, o cenário da assistência psiquiátrica era crítico no Brasil. Quando esta realidade foi fortemente denunciada à sociedade, foi organizado o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro, dando início ao processo que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica. A partir de então, a reforma psiquiátrica brasileira avançou significativamente como política pública, com o projeto de lei nº 3.657, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Com isso, espera-se o resgate e estabelecimento da cidadania do doente mental. Entre os maiores desafios, está a reinserção deles na vida pública e coletiva. Muitos trabalhos relatam que com acesso a uma ocupação profissional, observam-se melhoras significativas. A política nacional de saúde mental, em conjunto com a política nacional de economia solidária, tem incentivado as iniciativas de geração de trabalho e renda nas ações públicas intersetoriais. O trabalho como meio de inclusão social de pessoas portadoras de sofrimento mental se afirma enquanto um direito de cidadania e distinto das ações humanistas, ou mesmo assistenciais e terapêuticas.

A unidade de atenção básica está em íntimo contato com a população. As principais funções dela são: saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento, conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais e indicar a abordagem não-farmacológica, quando indicada, em conjunto, por toda a equipe de PSF. Ou seja, o dever de ter um vínculo com a comunidade, notando quaisquer eventuais problemas.

As seguintes situações sugerem a existência de um problema de saúde mental:

- demanda por atenção de forma inapropriada ou urgente;
- aumento da frequência de consultas ou solicitação de exames sem necessidade;

- manifestações emocionais inapropriadas ou desproporcionais durante as consultas;
- circunstâncias sociais geradoras de estresse ou perda importante;
- E em caso de suspeita deve-se observar:
- o estado clínico geral;
- história recente de queda com perda de consciência ou episódios convulsivos;
- padrão de uso de álcool ou drogas;
- história atual de uso de medicação clínica, neurológica ou psiquiátrica;

As redes de cuidados em saúde mental podem ser: atenção básica, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, etc. Por sua proximidade com famílias e comunidades, a equipe de atenção básica é um recurso estratégico no enfrentamento ao abuso de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Existem as equipes de saúde mental de apoio à atenção básica, que ajudam com ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Juntos, podem enfrentar os problemas em saúde mental.

A intervenção em caso de confirmação de caso consiste em identificar o evento e explorá-lo, ajudando o indivíduo a buscar mecanismos adaptativos novos e úteis. Explora-se a percepção da crise pelo afetado e família:

- I. temas e recordações que revelem o significado da crise;
- II. necessidades subjacentes ameaçadas pela crise;
- III. grau de desorganização da vida causada pela crise;

Dois casos de emergência psiquiátrica são definidos como tentativa de suicídio e crises de pânico. As tentativas de suicídio são umas das mais graves e as intervenções consistem em:

- i. manter a segurança da pessoa, com vigilância contínua. É importante dar ênfase no acolhimento aos familiares que estes possam expressar sentimentos sobre a experiência vivenciada;
- ii. se as tentativas de acolhimento verbal não forem suficientes para conter o comportamento agressivo do cliente, a equipe precisa de uso de medidas físicas de contenção que auxiliem no atendimento emergencial;
- iii. contenção física: último recurso; decisão do médico e enfermeiro;

As crises de Pânico têm como sintomas físicos taquicardia, ondas de frio e calor, parestesias, falta de ar. Tremores, sudorese, dor no peito, dor abdominal, sensação de desmaio, tontura, cefaléia, náuseas, diarreia, e sintomas fóbicos como medo de

morrer, de enlouquecer, de perder o controle. Existe uma despersonalização e desrealização.

Intervenções:

1. antidepressivos em baixas doses.
2. abordagem multidisciplinar e terapêutica individual ou em grupo;

O cuidado na saúde mental no Brasil e no mundo como um todo está em constante avanço, mas, sem dúvida, a maior conquista é tratar a pessoa com essa enfermidade como um ser humano.

3.5 DISCIPLINA: Saúde da Mulher

O ser humano é de uma complexidade sem limites. O convívio social é uma incógnita que mesmo gera uma ciência para entendê-lo, em particular está à mulher. O ser feminino é uma mente forte em um corpo frágil e uma mente frágil em um corpo forte. A emancipação feminina, em busca da liberdade, já obteve grande êxito em direção à autonomia. Antigamente, a mulher obtinha uma identidade social geralmente através do casamento, onde não exercia o mesmo direito que o homem.

As mulheres representam maior percentual na população e, conseqüentemente, a principal clientela de atendimento do SUS. Existem mais mulheres tendo acesso à educação. Apesar disso, existe desigualdade no setor do trabalho, assim trabalhando mais no setor informal. Além do que, o analfabetismo funcional é menor entre as mulheres, mas isso não reflete nos salários.

Dito isso, percebe-se uma fragilidade da posição da mulher na sociedade. Quando se trata do processo saúde-doença da mulher, necessita-se de um atendimento especial, principalmente pelo fato mais importante: o de mãe. Não apenas do fato de serem duas pessoas, mas porque se trata de um período vulnerável a doenças e contratemplos. Por isso há um maior cuidado da parte da atenção básica em relação ao puerpério e ao pré-natal, segundo o Ministério da Saúde, o principal objetivo destes é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Tendo assim ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, dando acesso desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

As mulheres, assim como todo ser vivo, possuem direitos e um deles é o direito reprodutivo, que encontramos no manual do Ministério da Saúde 2005, no qual relata que todos tem o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Também tem o direito de escolher se quer ou não quer ter relação

sexual, assim como ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada, de DST's, como a AIDS.

Da mesma forma que também há o cuidado com o climatério, pois este é o período da vida das mulheres marcado por diversas transformações e mudanças que caracterizarão o término do período reprodutivo, (SILVA, 2010). Já a menopausa tem como definição o término permanente da menstruação, pois é a perda da atividade folicular ovariana, sendo assim a ocorrência consecutiva de doze meses de amenorréia. Com base nessas mudanças a saúde investe em prevenção e informações as mulheres das comunidades os quais são responsáveis, orientando cada uma.

Muitas gestantes apresentam perturbações orais decorrentes das alterações hormonais, seja porque há evidências da associação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso ao nascer a criança, (LEAL, 2006). Logo, há uma necessidade no cuidado dessas, sendo em relação ao tratamento como, principalmente, em prevenção e promoção à saúde tanto da mãe como do bebê. Porém, no meu posto, lamento dizer que o acompanhamento às mulheres grávidas não é o ideal. Existe um dia apenas para elas, hipertensos ou pacientes especiais. Onde, muitas delas não comparecem ao posto quando se trata de prevenção, somente procuram em caso da existência de dor de origem odontológica.

Na minha área, que é a odontologia, existe um grande medo dos profissionais em atender as gestantes, pois as contra-indicações são várias e é recomendado fazer os procedimentos no período do segundo trimestre, e se for o caso em que não se possa postergar para o pós- parto. De acordo com Leal, 2006, “a saúde bucal da gestante é pouco avaliada, em decorrência da escassa disponibilidade de serviços que ofereçam este tipo de atenção e pela ausência de uma cultura deste cuidado entre os gestores, os profissionais de saúde e a clientela” demonstrando que não é só o medo que impossibilita o atendimento a este tipo de paciente. Outro fator muito agravante seria a falta de capacitação do profissional da saúde em atender um paciente que requer tantos cuidados, logo essa inúmera atenção não impede o tratamento. Sendo dessa forma poucos profissionais que atendem ou procuram se capacitar para atender e levar saúde e bem estar a essas mulheres, mostrando assim que, determinadas atitudes assumidas pelos profissionais da saúde estão fazendo com que haja uma melhora crescente em relação à saúde da mulher, principalmente através da promoção e prevenção em saúde que diminui de forma significativa as doenças entre as mesmas.

Quanto à violência contra as mulheres, é importante a existência de uma lei específica. Porém, no Brasil, sempre fica a dúvida da aplicabilidade da lei. Recentemente, li uma reportagem sobre o caso da pessoa que levou o nome da lei. O homem agressor foi penalizado, mas, infelizmente, mas porque o caso ganhou mídia. Mas, mais importante do que penalização, é a investigação dos casos e a importância às pessoas envolvidas, bem como os cuidados à mulher. A mudança sempre anda a passos lentos. Aos poucos a mulher ganha mais vitórias no seu bem estar.

3.6 DISCIPLINA: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Saúde ambiental é a parte da saúde pública que engloba os problemas resultantes dos efeitos que o ambiente exerce sobre o bem-estar físico e bem-estar mental do homem, como integrante de uma comunidade.

A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia. Isto significa dizer que nenhuma intervenção no mundo é neutra, desprovida de conseqüências, e que as formas concretas de apropriação da natureza e seus desdobramentos ambientais decorrem do interesse e das estratégias das classes de grupos sociais, empresas, comunidades e estados. Existe a visão neoliberal e a crítica sobre a crise ambiental. A visão neoliberal se baseia no mercado, na mudança de preços, argumentando que o equilíbrio está no desenvolvimento. A visão crítica entende que a realidade ambiental só será transformada no momento que for compreendida por sua maneira complexa, por sua irreversibilidade de processos e pelo desequilíbrio.

Faz-se necessária a racionalização do processo de crescimento da raça humana, no processo de manipulação da natureza para uma construção da racionalização ecológica. A industrialização não deve ser afetada, pois as duas podem se complementar. Afinal, o meio ambiente é essencial para o bem-estar e para o gozo dos direitos humanos fundamentais, até mesmo o direito à própria vida (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1972). Erra-se ao achar que para a modernização, extinção da fome e pobreza é preciso de maior produção econômica e, conseqüentemente, maior agressão ao meio ambiente. É necessária uma revisão do modelo atual de economia, de evolução e, por um lado, de novas modalidades de apropriação da natureza, em que uma estrutura econômico-social-política e cultural em que produção, distribuição e consumo de riquezas se façam a partir da busca da equidade e da sustentabilidade social e temporal.

A proposta de desenvolvimento sustentável foi formalmente introduzida na agenda sócia internacional em 1987, através do Relatório Brundtland. Este derivou da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente Humano, que se realizou em Estocolmo, em 1972. Nela foi feita a discussão sobre o que aconteceria se todos os países do mundo continuassem em suas políticas de crescimento anual, e cuja resposta foi: sucumbir à poluição do meio ambiente, à exaustão dos recursos naturais ou ao custo elevado de controle da poluição. A delegação brasileira – indicada pela ditadura militar - declarou que seu compromisso prioritário era com o desenvolvimento acelerado, que poluição era sinal de progresso e que a recuperação de desequilíbrios ambientais deveria

ser responsabilidade do primeiro mundo. Notou-se que o problema era muito amplo e o conceito de desenvolvimento sustentável ganhou força, sendo uma proposta resultante do compromisso internacional. A partir de 1999 as ações de saúde ambiental passaram a ser operacionalizadas na área de vigilância em saúde do Centro Nacional de Epidemiologia e a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, passou a se denominar “vigilância em saúde ambiental”, tendo como definição: um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle de fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (Brasil, 2007).

A interface trabalho e ambiente estão diretamente ligadas. Foi comentada a colaboração entre ambas e o impacto na saúde ambiental pela produção do trabalho. Agora, será discutida a saúde do trabalhador e sua relação com o ambiente e com a Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com a Constituição de 1988, do art. 200, compete ao Sistema Único de Saúde executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. A lei 8080 de 1990 faz entender por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Em 2002, através da Portaria nº 1.679 do Ministério da Saúde, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST). Atualmente, a RENAST é regulamentada pela Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Trata-se de uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção de saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do trabalhador. RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tem como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CERESTs. Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que tem como propósitos a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores. Essa política enfatiza a RENAST como a principal estratégia de organização da Saúde do Trabalhador no SUS, tendo como ações na atenção básica:

1) **Assistência:**

- ❖ diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao trabalho;
- ❖ coletar histórico;

- ❖ referência e contra-referência para níveis de maior complexidade;
- ❖ encaminhamento ao INSS para recebimento de benefícios correspondentes;

2) Vigilância à saúde:

- ❖ atividades produtivas do território;
- ❖ identificação e cadastro dos trabalhadores;
- ❖ condições e ambiente de trabalho (SANITÁRIA);
- ❖ busca ativa de doenças relacionadas ao trabalho (EPIDEMIOLOGICA);
- ❖ referência e contra-referência;

3) Informação:

- ❖ notificação de agravos e da situação de risco;
- ❖ alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

4) Produção de conhecimento: identificação de problemas que precisam ser investigados:

5) Atividades educativas:

6) Controle Social: planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações:

7) Nos serviços de emergência e urgência:

- Assistência;
- Informação;

8) Nos serviços de média complexidade:

- Assistência;
- Vigilância Epidemiológica;
- Informação;
- Rede de apoio diagnóstico e terapêutico: laboratório de toxilogia, radiologia e outros;
- Produção de conhecimento;
- Atividades Educativas;
- Educação permanente do pessoal da saúde;

9) Executar treinamento, capacitação e atualizações;



FIG. 04: Esquema Saúde do Trabalhador

O sucesso da saúde do trabalhador e ambiental só será alcançado quando a Saúde da Família incorporar as ações que envolvem as categorias trabalho e ambiente. Os principais instrumentos usados para esse fim são a territorialização em saúde e a vigilância em saúde.

A territorialização compreende:

- o entendimento da resistência, dos mecanismos de sobrevivência da comunidade e o auxiliará a repensar as práticas de saúde instituídas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida;
- facilitar o reconhecimento e/ou identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processo produtivos e em situações de trabalho, conferindo concretude às relações produção/trabalho, ambiente e saúde e possibilitando ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.
- debater os problemas sociais, procurando desvelar as origens e os efeitos destes sobre a saúde humana e de que forma as políticas públicas, principalmente as políticas de saúde, lidam com essas questões no território;
- analisar de que forma os problemas sociais estão implicados com o modo de vida das pessoas, relacionando em primeira instância o mundo do trabalho,

procurando identificar como este trabalho se constitui como mediador de novas formas de adoecimentos e sofrimentos no território, ou seja, identificar as necessidades de saúde dos trabalhadores e em que medida isso relaciona-se com a população em geral;

- identificar as transformações ambientais locais e analisar as repercussões sobre a saúde das pessoas, principalmente em relação à qualidade de vida;

A territorialização deve contemplar toda a complexidade dos processos produtivos e suas conseqüências para a saúde e o ambiente, e as possibilidades de ação (DIAS et. al., 2009). A vigilância em saúde, outra ferramenta importante para o conhecimento da realidade da população identifica as necessidade de saúde do território, requerendo ações intersetoriais para sua resolução:

- Mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território para apoiar o planejamento de ações de promoção em saúde; vigilância sanitária e epidemiológica e adequação da assistência;
- Preenchimento da ficha A: cadastramento da população adscrita no território considerando a ocupação exercida;
- Participação na vigilância de ambientes e processos de trabalho, para identificação das situações de risco e para medidas de correção;
- Investigação epidemiológica;
- Orientação dos trabalhadores;

O setor saúde passa a ter o papel de identificador de situações de risco, mobilizador, articulador de ações de promoção e prevenção em saúde.

3.7: DISCIPLINA: Saúde Bucal

A profissão de cirurgião-dentista foi regulamentada pela Lei numero 1.314, de 17 de janeiro de 1951, onde foi estabelecido que o exercício da profissão só seria permitido aos que estivessem habilitados por título obtido em escola de odontologia ou que fosse regularmente reconhecido. De lá pra cá, a odontologia evoluiu bastante, tendo um forte papel na atenção básica e no SUS como um todo.

A prática que prevaleceu por muito tempo se processou através do modelo de produção capitalista, resultando numa odontologia de classe, portanto, marcada pela comercialização (economia de mercado), domínio do paradigma curativo-reparador, tecnicista, biologicista e excludente. Nos anos 50, buscando romper com a odontologia da época de mercado, surgiu a Odontologia Sanitária:

- ✚ seguia o Sistema Incremental: visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo sob controle, segundo critério de prioridade quanto à idade e problemas;

- ✚ apesar de a idéia ser boa e revelar uma pouca mudança, continuou-se o padrão de mercado;
- ✚ conseqüências: aumento de números restaurados, sem mudança no impacto da doença; modelo excludente; curativo-preventivo;

Posterior a ela, surgiram a odontologia preventiva e a odontologia social. Odontologia Preventiva:

- ✚ a introdução de práticas preventivas esbarrou com a prática tradicional;
- ✚ só depois com a mudança da perspectiva saúde-doença, essa escola ganhou força;
- ✚ dividiu-se saúde pública e clínica particular, na verdade devendo as duas serem juntas;
- ✚ desconsiderava-se o meio social e cultural da população;

Odontologia Social:

- ✚ "disciplina de saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade" (Chaves. 86);
- ✚ saúde não vista mais como ausência de doença, mas como resultante das relações do homem num determinado modo de produção;
- ✚ junto com a preventiva estrutura o sistema de prestação de serviços;
- ✚ problemas: baixa densidade tecnológica e precários recursos para a classe de baixa renda;

Com o objetivo de aumentar o atendimento odontológico no sentido quantitativo, criou-se a Odontologia Simplificada:

- ✚ a idéia era permitir o acesso dos serviços odontológicos às populações carentes através da simplificação dos elementos da prática, racionalização do espaço físico, aumento da produtividade e a extensão da cobertura por meio da padronização de atos e técnicas odontológicas para sua utilização de modo mais rápido e eficiente;
- ✚ contribuiu para estudos ergonômicos, a formação e utilização de pessoal auxiliar, a divisão do trabalho, a produção de equipamentos, a concepção de novos espaços de trabalho, democratização do conhecimento, etc. (Werneck e Ferreira, 2000);
- ✚ de caráter complementar, não conseguiu substituir a odontologia tradicional;

A Odontologia integral ou incremental surgiu com caráter de prevenção, agindo basicamente em escolas. A ênfase nas ações preventivas e de promoção, desmopolização do poder e a descentralização da atenção foram destaques para a superação do modelo hegemônico, mas difícil de ser rompido. Mas, na prática, a integral e a simplificada não conseguiram romper com o projeto neoliberal da odontologia. Todos os modelos até então elaborados constituíram a evolução da assistência odontológica pública brasileira. Consideramos a apropriação do conhecimento acerca da evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil indispensável para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer para a população os princípios do SUS. Hoje

a saúde bucal coletiva predomina como modelo a se seguir, advogando que a "saúde bucal" das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens.

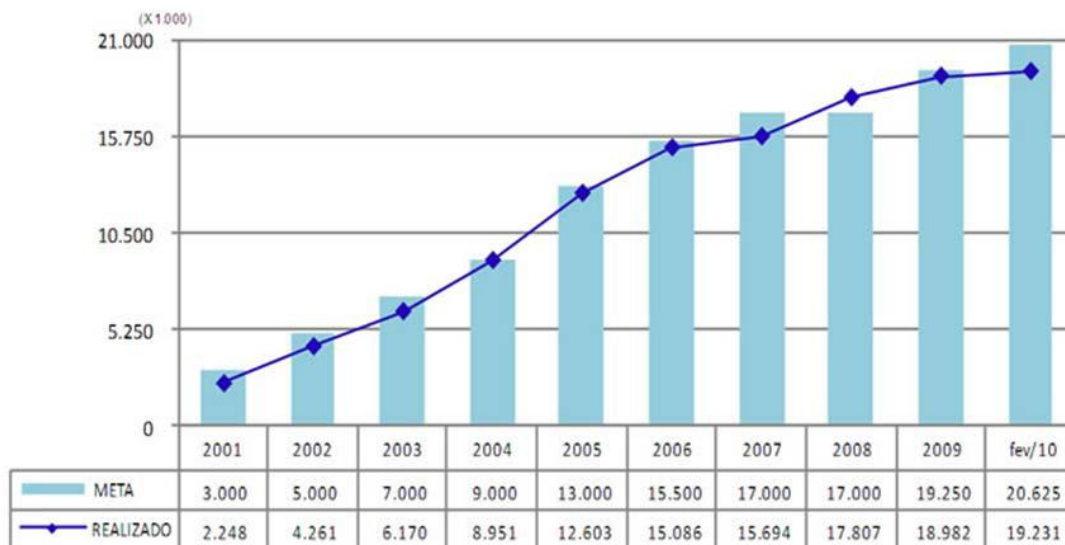
Saúde Bucal na Atenção Básica:

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família representa uma oportunidade de mudança no processo de trabalho na atenção básica. O novo conceito em odontologia junto com os princípios e diretrizes que regem o SUS resulta em um novo caminho trilhado pelos cirurgiões-dentistas no campo da saúde pública. Esses avanços podem ser resumidos em:

- I. Universalidade do atendimento: as pessoas que mais têm a necessidade de atendimento obterão acesso. Geralmente, trata-se da população de classe social baixa e de pouco acesso à educação, estando diretamente ligado aos problemas de saúde bucal;
- II. Integralidade e o Multiprofissionalismo: Uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas como medicina, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional permite analisar o paciente como um ser indivisível, dando uma maior resolubilidade ao serviço.
- III. Acolhimento e criação de um vínculo: organização do sistema de atendimento, objetivando diminuir a demanda espontânea, aumentar o número de consultas agendadas, criar planos de tratamento aos pacientes e promover uma melhor saúde bucal aos usuários da Unidade de Saúde;
- IV. Territorialização e Planejamento: o aumento da relação do profissional com a comunidade, conhecer a realidade, o espaço físico e os problemas mais prevalentes (indo além da intervenção escolar) faz como que diminua o isolamento do dentista e permite o planejamento e a priorização de ações de acordo com as necessidades de uma área adscrita. Institui também atribuições específicas para o CD, o técnico de higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD).

Porém, muitos profissionais têm a consciência da limitação de suas práticas, mesmo atuando em uma equipe integrada e interdisciplinar. Os grandes reveses existentes são as barreiras políticas, falta de recursos e incentivos e a difícil integração com a comunidade. As conseqüências são acomodação do profissional, insatisfação da comunidade e retrocesso na Estratégia de Saúde da Família.

São crescentes os investimentos em saúde bucal no Brasil e notórios os impactos na população. A transformação da realidade é lenta, porém constante.



FORNTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fig. 05: Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas. Brasil, 2001-2010. Fonte: SIAB

Organização da Saúde Bucal por meio de ciclo de vida do indivíduo:

O Caderno de atenção Básica, nº17, Brasil 2006, publicado pelo Ministério da Saúde determina as ações diferenciadas nos diferentes momentos da vida do ser humano, cada uma com suas particularidades e prioridades de intervenção, sendo divididas em:

- ✓ Bebês: 0 a 24 meses;
- ✓ Crianças: 02 a 09 anos;
- ✓ Adolescentes: 10 a 19 anos;
- ✓ Adultos: 20 a 59 anos;
- ✓ Idosos: acima de 60 anos;
- ✓ Gestantes;

As ações em bebês devem começar desde a gestação. A futura mamãe deve ser acompanhada quanto a sua saúde bucal e a do bebê, informando-a de características peculiares, tais como:

- I. Na erupção de dentes é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivagem abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo;
- II. A ingestão de dentifício fluoretado pode causar fluorose dentária;
- III. O aleitamento materno deve ser exclusivo até os 06 anos de idade para ajudar na formação dentária e desenvolvimento muscular e ósseo do complexo buco-maxilo-facial. A partir dessa idade deve-se usar alimento em copos e colheres;
- IV. Alertar sobre hábitos bucais: chupeta e mamadeira;
- V. Higienização: escovar desde a erupção dos primeiros dentes e, antes disso, fazer limpeza da mucosa bucal com gazes;

As ações em crianças são muito importantes e esta fase é ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. O

exame da cavidade bucal deve ser feito rotineiramente para diagnosticar processos cariosos precoces e evitar a perda de dentes decíduos e conseqüentes maloclusões. O planejamento familiar deve ser levado em conta, pois os pais são modelos de comportamento. Alimentação saudável e ensinamentos de escovação são prioridades.

O público adolescente é difícil de alcançar. Geralmente mantém uma dieta altamente cariogênica e uma deficiente higienização. É uma fase de maior risco para a instalação de problemas periodontais. Deve ser feita um acompanhamento e o uso de uma linguagem adequada para manter uma comunicação efetiva.

Os idosos requerem uma avaliação especial, pois é uma classe que ficou por muito tempo sem atenção especial para suas peculiaridades e necessidades. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social. Oferecem um nível de atenção especial, geralmente exigindo atendimento interdisciplinar. Doenças sistêmicas são problemas que podem estar presentes e o exame cuidadoso para prevenção de câncer de boca deve ser inerente à prática do profissional. A promoção de saúde bucal em idosa busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso. A atenção em saúde bucal para gestantes deve ser uma prática no planejamento de ações do profissional. Nessa fase das mulheres ocorrem mudanças no corpo humano feminino que afetam diretamente a saúde periodontal e do aparelho bucal como um todo. Devem ser evitados procedimentos odontológicos e tomadas radiográficas. Se o procedimento for necessário, devem-se tomar as precauções necessárias e atender preferivelmente durante o segundo trimestre de gravidez. A promoção de saúde bucal visa o amplo atendimento à população, no entanto o planejamento se faz necessário para atuar nestes diferentes grupos.

3.8 DISCIPLINA: Pessoas com Deficiência

A deficiência é um fator dificultador no dia a dia. Tarefas de rotina não são tão fáceis de realizar, é mais complicado sair nas ruas. O indivíduo que é considerado diferente carrega consigo as marcas que o segrega do comum social em uma dada cultura. Ir ao médico, à sua unidade de saúde não é uma exceção, especialmente ao deficiente visual. Geralmente, é necessário o acompanhamento de outra pessoa que, geralmente, tem de desmarcar seus compromissos ou afazeres de casa. Barreiras arquitetônicas consistem nas dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações (como a Unidade de Saúde) por pessoas idosas ou com algum tipo de deficiência, no exercício da sua cidadania. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos que podemos citar como barreiras arquitetônicas. Esta mesma dificuldade é experimentada nos espaços destinados aos

cuidados à saúde, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários. No caso das unidades básicas de saúde (UBS), muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas aos portadores de deficiências, muitas vezes em decorrência da utilização de edificações adaptadas. Mesmo as construções mais recentes e projetadas para abrigar UBS são alvos de reclamações dos usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso às pessoas.

Graças ao movimento mundial, conquistou-se a proclamação da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, uma vitória ao direito da convivência social. Estima-se que no Brasil, 23,1% da população sejam compostos por pessoas idosas ou com algum tipo de deficiência. Em 1991, foi criado o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, através do convênio firmado com instituições estaduais e municipais, estabelecendo as diretrizes para implementação de medidas de prevenção primária e secundária, aplicada por familiares e agentes comunitários devidamente capacitados. O Estado regulamentou a lei que dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Dentre outras leis, atualmente, essa política foi incrementada com o decreto Nº 5.296/04, da acessibilidade. O decreto Nº 5.626/05 dispõe sobre a Língua de Sinais Brasileira (LIBRAS), em prol do deficiente surdo, recomendando aos poderes públicos e empresas concessionárias de serviços públicos a apoiar a sua difusão.

Existe um novo entendimento quanto à deficiência, no qual um novo modelo social se estrutura em oposição ao que ficou conhecido como modelo médico da deficiência. Este último reconhecia na lesão a primeira causa da desigualdade social e das desvantagens vivenciadas pelos deficientes. Hoje, uma nova visão não ignora o papel das estruturas sociais para opressão e para a determinação de várias dificuldades.

Independente da causa do problema ou do grau da deficiência visual, o atendimento deve ser diferenciado para abraçar todas as necessidades do indivíduo. O básico de um atendimento deve abranger a humanização, a integralidade e a criação de um vínculo com o mesmo. Uma atenção a mais, como ajudar a entrar no consultório e a se acomodar; estimular a auto-estima e a independência, dizendo que ele pode fazer o que lhe for ao alcance; ao se ausentar do recinto avisar a pessoa; enfim, cuidados e atenção.

Quanto à enfermidade, deve-se atuar na prevenção de riscos, tais como atuar no pré-natal, para evitar doenças que tenha a deficiência visual como consequência. Realizar testes e exames de praxe em recém-nascidos e pré-escolares são protocolos que devem ser seguidos no dia a dia do profissional da unidade básica de saúde. Disseminar informações para prevenção de acidentes domésticos de idosos e deficientes visuais. A deficiência visual é um degrau a muitos pacientes e cabe aos profissionais melhorarem o acesso a um direito básico: a saúde; onde eles geralmente precisam mais, além da atenção extra das quais necessitam.

3.9 DISCIPLINA: Interdisciplinaridade e Bioética

A bioética é a disciplina que estuda as condutas relacionadas à vida, avaliando se tais ações são corretas ou não. Já a interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e de objetivo comum, partilhado por vários ramos de conhecimento. A bioética estuda vários ramos e vários ramos a determinam, então podemos afirmar que esta disciplina é interdisciplinar.

O termo disciplinaridade vem da fragmentação de um todo em pequenas partes. Várias sociedades tentaram fazer a concepção do entender e aplicar no dia a dia. Todos, entretanto, tentavam a resolução de algum problema específico. Mendes et al afirmam que, comumente, um problema não se desenvolve dentro de limites específicos, existe a necessidade da abordagem envolvendo várias disciplinas de forma integrada. Ao longo do tempo, foram classificadas cinco diferentes maneiras para expressar as modalidades possíveis de interdisciplinaridade:

- Disciplinaridade Cruzada: predomínio de uma disciplina sobre as demais;
- Interdisciplinaridade: as disciplinas estabelecem uma interação mais predominante, discutindo suas perspectivas e pontos de vista;
- Multidisciplinaridade: várias disciplinas juntas, mas sem relação aparente entre elas;
- Pluridisciplinaridade: as disciplinas se juntam por proximidade no domínio de conhecimento, mais ainda sem relação aparente entre elas;
- Transdisciplinaridade: encara os fatos e fenômenos como um todo;

Gomes, Deslande (1994) apontam que na Saúde Pública, em virtude do seu aspecto político, o espaço de hegemonia de uma disciplina ou de articulação cooperativa entre disciplinas é um campo de correlação de forças, fortemente relacionado à consciência social e política que se engendra no confronto das práticas. Nesse contexto, a abordagem no processo saúde-doença deve levar em consideração os valores atitudes e crenças, além dos aspectos fisiológicos e patológicos. O autor ainda enfatiza três importantes aspectos da saúde pública:

- a construção dos saberes: necessidade de coleta de dados do ambiente, levando em consideração aspectos emotivos e sociais;
- a articulação desse processo com poderes presentes num tempo e espaço determinados;
- o investimento simbólico enquanto causa e efeito dessa articulação;

Atitudes para haver interdisciplinaridade nas práticas de atenção em saúde:

1. Respeito à disciplina do outro;

2. Tolerar;
3. Aceitação de sugestões;
4. Respeitar as limitações;
5. Comprometimento com o sistema;
6. Ouvir;
7. Reflexão;
8. Atitude de humildade;
9. Atitude de mudança;
10. Liderança e Empatia;

É necessário um esforço para efetuar a interdisciplinaridade na Saúde Pública e para transformar um trabalho isolado em trabalho coletivo, determinando um novo modo de contribuir para a produção em saúde. Entretanto, existem obstáculos para tais avanços para esta integração, e são:

- i. individuais: significado pessoal do trabalho em equipe para cada um dos sujeitos envolvidos;
- ii. grupais: a constituição de um grupo precisa partilhar de objetivos comuns e ordenados;
- iii. institucionais: ocorre em instituições onde o profissional tem atuação limitada, perdendo seu papel de ator principal;

Quanto à bioética, trata-se de um assunto sistemático das dimensões morais. O modelo inicial pregava o individualismo, hedonismo (felicidade para o maior número de pessoas) e o utilitarismo (realizar uma ação de acordo com suas conseqüências). O modelo hegemônico da bioética é o modelo principalista, adotado no Brasil. Este se baseia:

- I. Benefício: princípio da beneficência e não-maleficência. Objetivar fazer o bem e não trazer o mal a um indivíduo;
- II. Autonomia: respeitar a opinião e decisão do indivíduo como preceito maior;
- III. Justiça: que se respeite com imparcialidade o direito de cada um (termo de consentimento, respeito aos dogmas, respeito à autonomia dos pacientes);

Para serem evitadas situações dúbias, por ocasião dos esclarecimentos prestados ao paciente pelo profissional de saúde, deverão ser mostradas alternativas de tratamento compatíveis com o seu caso concreto e as condições científicas disponíveis. O que se pretende é que o paciente tenha noção de não estar isentos de riscos ao escolher quaisquer dos tratamentos e que os riscos mais comuns são previsíveis e foi

explicado pelo profissional. O consentimento informado é um conceito jurídico e não médico. O biodireito complementa a bioética e diz respeito às normas jurídicas relacionadas à vida e à saúde humana, buscando garantir a proteção desses bens jurídicos da melhor maneira possível.

BIOLOGIA + MEDICINA + FILOSOFIA = BIOÉTICA

3.10 DISCIPLINA: Práticas pedagógicas na Atenção Básica em Saúde

O trabalho de todos os profissionais de saúde, independente de sua área de competência, consiste, em grande parte, na explanação do problema e do diagnóstico aos indivíduos. Mesmo tendo a eficiência e capacidade de realizar o tratamento, existe a necessidade de fazer o paciente entender o que será feito e os pós-cuidados; são os detentores da informação e necessitam transmiti-la.

A abordagem pedagógica tradicional está sendo taxada de ultrapassada e, em muitos aspectos, tem suas limitações. Porém, apenas fazendo uma retrospectiva da história podemos reavaliar a situação atual e dar passos mais consistentes para a evolução. A abordagem por transmissão de conhecimento consiste:

- Centrado o conhecimento em alguém;
- Autoridade;
- Ênfase na repetição;
- Não existe o enfoque no social;

A pedagogia do Condicionamento consiste:

- Controle;
- Atividades mecânicas para obtenção de resultados;

Pedagogia com foco no aprendiz:

- “aprender fazendo”;
- maneiras de despertar a vontade de aprender;
- estímulo externo e interação com o meio-ambiente;
- enfoque individual para o social, e político para o ideológico;
- a problematização;

Então, como fazer? Precisamos entrar em contato com os usuários, gerar conversas, discussões, realizar negociações. Cabem a nós, profissionais, o papel da lenta mudança do modelo atual, fortalecendo o SUS. No Brasil, na organização da atenção

básica a aproximação entre o corpo da saúde e a comunidade ajudou a fortalecer um novo modelo pedagógico, como foco no usuário, porém como efeito colateral, aumentou a demanda espontânea. É necessária a construção de um modelo que priorize o planejamento de ações, promoção e prevenção da saúde.

Não é possível discutir o acolhimento nos serviços de saúde, sem relacionar com os princípios do SUS, como Universalidade e Equidade. São as alternativas:

- consultas agendadas;
- grupos operativos;
- visitas domiciliares;
- reuniões informativas;
- oficinas educativas;
- construção de parcerias intersetoriais;

O trabalho com grupos é uma grande forma de intervenção. Nele, é permitido o diálogo e a democratização do saber. Um indivíduo pode fazer parte de muitos grupos, como por exemplo: hipertensão e diabetes. Isso favorece a inserção da pessoa no convívio social e a aceitação da sua condição. Porém, um grupo não pode exceder em número que ponha em risco a comunicação.

A visita domiciliar é uma tecnologia de elevada complexidade, de baixa densidade e de grande relevância. Tem o potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo mais efetivo, por parte dos profissionais e usuários. É um importante indutor de mudar o modelo biomédico para o biopsicossocial. A VD é a porta de entrada para usuários que não possuem condições físicas de ir à unidade de saúde. Deve-se ser enfatizado o fato da necessidade do planejamento, para o maior alcance que essa ferramenta possa ter, evitando que seja apenas mais uma obrigação a cumprir.

São os objetivos da VD:

- realizar e atualizar o cadastro das famílias e condições sanitárias;
- avaliação de riscos e estabelecimento de prioridades;
- proporcionar orientações para ao bem estar;
- levantamento de dados;
- busca ativa de faltosos;

São os instrumentos usados:

- ficha-roteiro;

- ficha para o registro;
- ecomapa;

3.11 DISCIPLINA: Planejamento em Saúde

Em uma engrenagem que apresente defeito gera a necessidade de conserto. Para tal, precisa-se descobrir o motivo e então definir a resolução do problema. O planejamento baseia-se nessa definição. Entretanto, o pontapé inicial para ele existir é a ocorrência de alguma discrepância que altere a normalidade dos eventos – um problema. Outro fator bastante pertinente é o uso da problematização. Ao tentar resolver um problema através do conhecimento dos princípios de planejar, o aprendizado é mais difícil, porém mais notável. Buscam-se planos de ação onde estes devem estar apoiados numa análise ampla, multissetorial e interdisciplinar que articule as distintas dimensões da realidade e devem envolver os diferentes atores, desde os níveis governamentais até a comunidade organizada em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas.

O primeiro passo é diagnosticar as condições de saúde e doença em uma determinada população ao levantar dados para produzir conhecimento que subsidie o planejamento. A estimativa rápida é uma ferramenta usada epidemiologicamente para esse fim. Na unidade básica de saúde, a equipe de PSF deve se reunir para definir:

- I. Quais as informações necessárias;
- II. Quais e quantos informantes-chaves serão necessários;
- III. Instrumentos para coleta de dados;
- IV. Análise dos dados;

A essa altura, devemos priorizar os problemas que tiverem maior urgência e serem passíveis de resolução pela equipe. Para cada selecionado, deve ser feito um único projeto de intervenção. Então, é preciso avançar mais na compreensão de cada problema, caracterizá-lo para ter-se uma dimensão do seu tamanho. Serve para tirar qualquer ambigüidade que possa atrapalhar e estabelecer indicadores. Entender a gênese do problema através da identificação da sua causa. Mas a causa também é um problema (intermediário), ou seja, existe a necessidade da compreensão de uma seqüência de causas, um desencadeamento de eventos.

Após o grupo saber exatamente com o que lidar, estabelece-se as causas mais importantes da origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Isto é, claro, dentro da viabilidade. O exemplo utilizado será a atividade da Disciplina de Planejamento da Especialização no Programa de Saúde da Família, que foca o assunto da Hanseníase, dentre as causas mais importantes, destacava-se: pouca divulgação sobre

a doença, deficiência de material, profissionais desatualizados e insuficiência de atividades de busca ativa. Dentro desses tópicos, será feito um plano de ação.

A Equipe 01 da atividade descreveu as operações para o enfrentamento das causas selecionadas e identificou os produtos e resultados para cada operação definida, como prover uma oferta maior de consultas, palestra e medicamentos. Dentro desse parâmetro, identificam-se os recursos indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Cabe ao grupo, achar uma forma de viabilizá-los, sendo ou por motivos econômicos, organizacionais, cognitivos ou de poder. Basicamente, identificar os atores que controlam tais recursos e achar um jeito de motivá-los, como por exemplo, apresentar o projeto para melhoramento do tratamento.

Cabe agora ao grupo, nesse momento, fazer a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer prazos, para garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas. Deve-se fazer um esquema do planejamento final, com prazos, resultados e todos os passos citados anteriormente. Ficou da seguinte maneira:

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos, campanhas educativas	Nayana; Leila	Até a próxima campanha de vacinação, para começar as atividades;	Programa em fase de implementação	Falta de profissionais capacitados	3 meses
Equipamentos de rede, contratação de insumos, exames e consultas	Fabio; Ivando; Helen	Apresentar o projeto com 1 mês antes da próxima campanha de vacinação	Atrasado	Aguardando resposta da secretaria de saúde.	3 meses
Linha de cuidado implantada; protocolos implantados; Funcionários capacitados	Grupo	3 meses para programação de atividades intersetorial;	Em fase de implementação.	Funcionários sendo capacitados	1 mês

Um planejamento seguindo esses passos e coerência tem muitas chances de obter sucesso. Porém, as ferramentas nem sempre estão nas mãos dos profissionais para tal objetivo.

4. CONCLUSÃO (CONSIDERAÇÕES FINAIS)

A falta de interesse e a evasão em cursos de PSF de educação à distância são barreiras para a capacitação dos profissionais na Atenção básica. Objetiva-se, ao término do curso, que estes profissionais tenham o estímulo e as ferramentas para mudar a realidade de sua unidade de saúde e da equipe que a incorpora. Este trabalho buscou a multiplicação da informação sobre o Programa de Saúde da Família e, através desta, a humanização do saber, do fazer e o de compreender.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDER, L.K. *et al.* 10 Guiding Principles of a Comprehensive Internet-Based Public Health Preparedness Training and Education Program. **PUBLIC HEALTH REP.**v.125, s.5, p.51–60, 2010.
2. ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa)**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1993.
3. BOMFIM, L.A.; ROCHA, A.A.R.M.R. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, mar, 2011.
4. BRASIL. Câmara dos Deputados. **Legislação brasileira sobre pessoas portadoras de deficiência**. Brasília. 2004.
5. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo: Saraiva; 2000.
6. BRASIL. **Decreto n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as leis n. 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e n.10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 03 de dez. 2004. Seção 1, p. 5.
7. BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica - saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2000; 28 dez.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2001; 6 mar.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

11. BUSS, P.M.; FILHO, A P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.
12. CARNUT L. *et al.* Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, jul, 2011.
13. CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3ª Ed. São Paulo: Artes médicas, 1986. P. 5-22.
14. DIAS, E.C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.14, n.6, p.2061-2070, 2009.
15. ESCOREL S.L. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.21, n.2, 2007.
16. FACCIN D.; SEBOLD R.; CARCERERI D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, s.1 jun, 2010.
17. FARIA H.P. *et al.* Modelos de determinação social da saúde e da doença. 2. Ed. Belo Horizonte: UFMG - Coopmed, 2009
18. FORTES H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v.10, s.2, dec, 2010.
19. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148p.(Coleção Leitura).
20. GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.
21. GOMES, R.; DESLANES S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,; v.2, n.2, p 103-114; July 1994.
22. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores populacionais**. Rio de Janeiro: IBGE. 2000.
23. MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

24. MENDES, J.M.R.; LEWGOY, A.M.B.; SILVEIRA, E.C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, v.1, n.1, p.24-32, 2008.
25. NICKEL, D. A; LIMA, F. G; SILVA, B. B. Modelos assistenciais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246. Fev 2008.
26. MINAYO M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina Ribeirão Preto**, v.24, n.2, p.70-7, abr/jun, 1991.
27. PESSOA V.M. **Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixerê-Ceará**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2010.
28. REBOUÇAS C.B.A. *et al.* Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Esc Enferm USP**, v.43, n.1, p.178-85, 2009.
29. REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1 ed. 2006
30. RIGOTTO R. M. **O “progresso” chegou. E agora? As tramas da (in) sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2004.
31. RODRIGUES R. C.; MARINHO T.P.C.; AMORIM P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, s.1, jun, 2010.
32. SENAI **Novos caminhos do ensino a distância**. Rio de Janeiro, 1994. ano 1, n.5, out-dez, Pág 1-3.
33. SILVA A. R.; FERREIRA T. F.; TANAKA A. C. A. **História ginecológica e sintomatologia climatérica de mulheres pertencentes a uma unidade de saúde pública do estado do Acre**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2009.
34. VINHOLES S. F. C. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.14, n.1, jan./fev, 2009.
35. WERNECK, M. A. F; FERREIRA, R. C. Tecnologia em saúde bucal. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4ª Ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000. p. 277 - 292 .

36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Burden of Disease: 2004 Update**. WHO; 2008.

37. Banco de imagens:

- 1) <<http://www.medicina.ufc.br/moodle/mod/forum/view.php?id=2181>>, acessado em 30 out, 2011.
- 2) <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v17n2/a16v17n2.pdf>>, acessado em: 07 dez 2011.
- 3) <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000100004&script=sci_arttext> acessado em 31 out, 2011.
- 4) <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> acessado em 31 out, 2011.