Pós-Graduação em

Atenção Básica em Saúde da Família

Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família

Vol. 1

Organizadores:

Adélia Delfina da Motta S. Correia
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira

UFMS

FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria da Silva Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 33/10

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar Cézar Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE

FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

P769 Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família, vol. 1 / organizadores, Adélia Delfina da Motta S. Correia...[et al.]. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010.
166 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-278-3
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Política de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Família – Saúde e higiene. I. Correia, Adélia Delfina da Motta S. II. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.1

Todos os diretos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS, UFMS e FIOCRUZ – Unidade Cerrado Pantanal

Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família

Volume 1

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Adélia Delfina da Motta S. Correia
Cristiano Costa Argemon Vieira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian

EDITORA UFMS

GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria da Silva Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SULMATOGROSSENSE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculessandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANDREIA CRISTINA LOPES CORREA
correatorres@terra.com.br

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CASSIA BARBOSA REIS
cassiareis@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

HENRIQUE CESAR KOMIYAMA
hckomiyama@hotmail.com

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARCIA PAIVA DE OLIVEIRA PONTEL
mpontel@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PATRICIA MARTINS ALVES
patriciamalves@gmail.com

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CLEITON JOSÉ NANTES ELIAS
proesf@saude.ms.gov.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GLAUCIA DA SILVA NUNES FREITAS
rcbp@saude.ms.gov.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HELOYSA LIMA DA SILVA
glauciasnf@yahoo.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JADIR DANTAS
dantas.jadir@gmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUCINDA PEDROSA DO RASÁRIO
igualdaderacial@saude.ms.gov.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCELO NAKAYA KANOMATA
sdbucal@saude.ms.gov.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MARIA JESUS NASSER VIANA
penitenciaria@saude.ms.gov.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAIENE NADIA LOPES DE OLIVEIRA
toquedevida@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

A Unidade de Ensino I deste curso intitula-se, Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Familia, e ela contém 4 (quatro) módulos de aprendizagem:

• O Módulo 1 - Introdução ao Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família.;
• O Módulo 2 - Processo de Trabalho em Saúde da Família.;
• O Módulo 3 - O Estado e as Políticas Públicas de Saúde.;
• O Módulo 4 - Princípios Gerais da Estratégia em Saúde da Família.

O Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância, em Mato Grosso do Sul, faz a opção metodológica de trabalhar de forma permanente o contexto real de práticas em que seus estudantes trabalhadores estão inseridos. O desejo do Colegiado Gestor do Curso é que você possa refletir e transportar os conceitos aqui discutidos para o seu cotidiano, bem como, trazer de suas vivências diárias a riqueza de suas práticas, para que as ações desenvolvidas no curso possam ter um significado e venham a efetivar a melhoria dos processos de trabalho realizados por sua equipe e a de seus colegas, e, consequentemente, contribuam para a qualidade de vida da população de sua área de abrangência.

O Módulo 1, **Introdução ao Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família**, tem como propósito apresentar e esclarecer a estrutura do curso, seus objetivos, metodologia de ensino aprendizado, dinâmica de funcionamento, portfólio reflexivo, sistema de avaliação, e projeto de intervenção, realizado a partir do diagnóstico situacional de cada realidade, que será o trabalho de conclusão de curso. Ele também o ajudará a conhecer e acessar o ambiente virtual de aprendizagem (A.V.A.) MOODLE, e suas potencialidades no processo de apropriação do conhecimento.

Os objetivos desse primeiro módulo são os de: ambientar os alunos trabalhadores quanto as ferramentas utilizadas no curso a distância, facilitando o processo de interação aluno/tutor e aprendizado através de participação em fóruns, chats e acesso à biblioteca virtual, ou seja, familiarizá-los com todos os recursos do AVA MOODLE; compreender a estrutura e dinâmica do curso, seus objetivos, metodologia de ensino/aprendizado aplicada; entender a matriz curricular, as atividades diárias, prazos, sistema de avaliação do aluno, do módulo, dos atores envolvidos e do processo do curso.

Dessa forma, é um módulo informativo, que pretende inserir o estudante no contexto do curso, trabalhando questões operacionais de extrema importância para o todo o seu desenvolvimento.

O Módulo 2, **Processo de Trabalho em Saúde da Família**, traz a discussão do processo de trabalho e suas peculiaridades na estratégia de saúde da família, construindo conhecimentos que instrumentalizarão sua prática, para que você exerça, junto à sua equipe, a integralidade do cuidado para sua população.

Diante disso, esperamos que, ao final deste módulo, você seja capaz de:

- Identificar os elementos envolvidos no processo de trabalho em saúde e seus papeis;
- Analisar como é realizado o trabalho em sua equipe;
- Identificar os determinantes que levam o indivíduo a adoecer;
- Identificar e aplicar as ferramentas apresentadas para dar resolutividade às necessidades da área adstrita.

O Módulo 2 está organizado em três partes: a primeira, discute o processo de trabalho e suas especificidades na estratégia de saúde da família e, ainda nesta parte, será iniciada discussão de modelos assistenciais. A segunda parte, traz a discussão a respeito dos determinantes sociais de saúde e sua importância na atenção a saúde. A terceira parte apresenta as

ferramentas para a abordagem individual e familiar, onde será iniciada a discussão à respeito de promoção à saúde.

O Módulo 3, **O Estado e as Políticas Públicas de Saúde**, debate as concepções e ações de saúde não como construções abstratas. Pelo contrário, como construções concretas e históricas de cada formação social. Como você vai conferir, as formas de produzir saúde são vivenciadas na vida social, repercutindo, simultaneamente, nas idéias que se tem sobre a saúde.

Assim, esse Módulo tem o objetivo de provocar em você o conhecimento, a compreensão e a reflexão sobre a evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil até o contexto atual, assim como a análise e a reflexão sobre a inserção dos princípios do SUS e do Pacto pela Saúde em suas práticas e nas práticas da equipe em que trabalha.

O Item 1 desse Módulo, analisa os nexos entre a saúde e as políticas públicas, "mergulhando" na cena política brasileira do século XX. A prioridade será a reflexão sobre os principais acontecimentos na política e na saúde, estabelecendo as ligações entre a saúde e a política, a economia e os movimentos sociais em cada contexto. No Item 2, será o momento de você refletir sobre a atual organização da saúde no Brasil, com o enfoque na análise de tal organização, conectada às suas práticas como profissional de uma equipe da Saúde da Família de seu Município.

O Módulo 4, **Princípios Gerais da Estratégia em Saúde da Família**, divide-se em três partes: a primeira, reflete sobre o conceito de modelo assistencial, relacionando-o ao conceito de atenção primária à saúde. Além disso, busca apresentar os fundamentos da Atenção Básica, além de um resgate histórico da Saúde da Família no Brasil e no nosso estado. A segunda parte, apresenta as diretrizes básicas para o trabalho em Saúde da

Família, a fim de instrumentalizar você para atuar no território. E, a terceira parte, continua a discussão, considerando os princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família, a legislação vigente, vinculados à sua realidade, sempre no sentido de apoiar a sua equipe, para que, a partir das reflexões que você fizer, possam ser implementadas as mudanças necessárias, além de reconhecidas e mantidas as fortalezas já existentes para que a Saúde da Família se consolide enquanto contato preferencial e qualificado do usuário com o Sistema Único de Saúde no seu município, dentro de uma rede de atenção à saúde que, cada vez mais, caminhe para a integralidade.

Estamos muito felizes com a sua chegada!

Todo este trabalho foi cuidadosamente confeccionado para você, pois você, trabalhador da saúde, merece!

Sejam todos muito bem-vindos!!

Colegiado Gestor

SUMÁRIO

Unidade 1
Políticas Públicas de Saúde e
Processo de Trabalho em Saúde da Família

Apresentação da Unidade 16

Módulo 1
Introdução ao Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica em Saúde da Família

Prefácio 25

Seção 1 - Introdução 28
Seção 2 - O Sistema Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS 29
Seção 3 - Objetivos 31
Seção 4 - Fiocruz - Unidade Cerrado Pantanal 32
Seção 5 - Estrutura e Funcionamento do Curso 33
Seção 6 - Estratégia de Educação a Distância 39
Seção 7 - O Ambiente Virtual de Aprendizagem 52
Seção 8 - Unidades de Ensino, Módulos e Carga Horária 54
Seção 9 - Concepção Pedagógica do Curso 70
Seção 10 - Trabalho de Conclusão de Curso 76
Seção 11 - O Sistema de Avaliação, Conclusão do Curso e Certificação . . . 77
Seção 12 - Portfólio Reflexivo 79

Referências Bibliográficas 80

Módulo 2
Processo de Trabalho em Saúde da Família

Prefácio 85

Introdução 87

Seção 1 - Processo de Trabalho em Saúde da Família 88
Seção 2 - O Processo de Trabalho em Atenção Básica à Saúde 104
Seção 3 - Determinantes Sociais da Saúde 122
Seção 4 - Ferramentas de Abordagem Individual e Coletiva 129
Seção 5 - Outros Aspectos na Organização do Trabalho 154

Referências 164

UNIDADE 1

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO 1

INTRODUÇÃO AO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORES

Cristiano Costa Argemon Vieira

Vera Lucia Kodjaoglanian

Sobre os Autores:

Vera Lúcia Kodjaoglanian

Possui graduação em Psicologia - Fac Unidas Católicas de Mato Grosso (1983) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1997). Possui especialização em ativação de processos de mudança na graduação em saude no país e em metodologias de pesquisa em saude mental. É sanitarista da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul desde 1984. Foi Diretora de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Foi Secretária Adjunta de Saúde e Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Implantou e coordenou o curso de graduação em psicologia, com currículo integrado e metodologias ativas de aprendizagem na UNIDERP. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Relações Interpessoais, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, currículo integrado, processo de ensino aprendizagem, metodologias ativas pedagógicas prioritariamente em Problem Basead Learning (PBL). Há dois anos está cedida para a Unidade Fiocruz Cerrado Pantanal, onde é membro do colegiado gestor do curso de pós-graduação em atenção básica em saude da família, na modalidade a distância, para 1000 trabalhadores do SUS em Mato Grosso do Sul.

Cristiano Costa Argemon Vieira

Possui graduação e mestrado em Ciência da Computação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Atualmente é professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Tem experiência na área de Ciência da Computação, com ênfase em Algoritmos Paralelos, Banco de Dados, Engenharia de Software e Tecnologias para Educação a Distância. Atuou como Coordenador Adjunto da UAB na UFMS no período de 2006 a 2009.

A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde e a qualificação das equipes de saúde da família

Vínicius de Araújo Oliveira[1]

Desde o início de sua implantação, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve crescimento exponencial, tanto em termos de cobertura quanto em número de profissionais envolvidos. Tal fato trouxe, aliado à melhoria do acesso dos brasileiros à saúde, uma questão central: como capacitar trabalhadores dessas equipes para a prática novo-paradigmática da estratégia?

Iniciativas na área de Educação Permanente têm sido implementadas em todo o território nacional durante o período de expansão do PSF. São iniciativas presenciais, financiadas em parceria com Universidades ou descentralização de recursos, as quais não foram, entretanto, capazes de atender a crescente demanda de formação e qualificação em atenção primária à saúde no país.

A reversão desse quadro requereu a implantação, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, de uma política de formação de recursos humanos estruturada como uma rede de ações voltadas para as diversas etapas da educação desses profissionais. Assim, foram pensadas ações para: reorientar a formação da graduação, acertando o rumo para o futuro; o Pró-Saúde e PET-Saúde; formar lideranças na educação em saúde por meio de residências em atenção primária e cursos para a formação de lideranças na educação em saúde; o Pró-Residência e o Pró-Ensino na Saúde, e qualificar trabalhadores em serviço nas equipes de saúde da família; o Telessaúde do Brasil e a Universidade Aberta do SUS

1 Médico, Mestre em Saúde Pública. Profissional Nacional da Organização Pan-Americana de Saúde, descentralizado para o Ministério da Saúde. Coordenador da Rede Universidade Aberta do SUS.

(UNA-SUS).

O Telessaúde Brasil conecta unidades básicas de saúde a centros de referência, possibilitando a interconsulta pela Internet, evitando deslocamentos desnecessários e oferecendo apoio à tomada de decisão. A UNA-SUS permite que os trabalhadores da saúde tenham acesso, de forma compatível com seus horários e estilo de aprendizagem, a ações educacionais de qualidade certificada, que reconhecem e valorizam seus conhecimentos prévios, em todo o território nacional.

Está prevista a oferta de 52.172 vagas em especialização em saúde da família até 2011. Essas vagas são frutos de convênios e termos de cooperação do Ministério da Saúde com Universidades Públicas de renome nacional, ou com Secretarias Estaduais de Saúde com projetos de formação em larga escola em andamento. Instituições como a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul são ofertantes do presente curso, assumindo o compromisso de formar profissionais que estarão capacitados em cumprir seus papéis na equipe, coordenando seu trabalho com o dos demais e proporcionando atenção primária resolutiva e de qualidade para as comunidades onde atuam. Isso é possível graças ao trabalho em rede de instituições integrantes da Universidade Aberta do SUS, que se apoiam mutuamente por meio do compartilhamento de material educacional, intercambio de novas metodologias e tecnologias educacionais e reconhecimento cruzado de certificados educacionais.

Até 2005, o número de vagas em cursos de especialização (incluindo residências) não passava de 7%, tendência que foi revertida pelo apoio às residências multiprofissionais em saúde, triplicação das vagas de residência em MFC e expansão maciça de vagas em cursos de especialização em saúde da família, por meio da Universidade Aberta do SUS.

As estratégias atualmente em curso estão sendo eficazes no sentido de reverter o desalinhamento entre a estratégia de

saúde da família e o sistema educacional, garantindo o apoio educacional adequado aos profissionais das equipes de saúde da família por meio de telessaúde e educação a distância. Tudo isso está sendo feito para que você, médico, enfermeiro ou odontólogo, integrante de uma equipe de saúde da família, possa estar melhor preparado para atender bem a comunidade onde atua. Aproveite o curso!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde, Universidade Aberta do Sistema único de Saúde. Documentos de referência. Disponível em : http://www.universidadeabertadosus.org.br. Acesso em 15 de junho de 2010.

Seção 1 - INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família é um salto conceitual genuíno, uma transição paradigmática que vem sendo enfrentada pelos pensadores e gestores da saúde, ao aliar os princípios do Sistema Único de Saúde de integralidade, equidade, universalidade, descentralização, hierarquização, comando único e participação popular com os princípios da atenção primária: atenção ao primeiro contato/acessibilidade, integralidade, longitudinalidade, coordenação, abordagem familiar, orientação comunitária, competência cultural. Conciliar tantos princípios e conceitos no cotidiano da gestão de saúde, levada ao território dividido em centenas de milhares de microáreas, respeitando e valorizando a autonomia das pessoas nas suas escolhas sobre saúde, em um mundo complexo e em rápida mudança, não é uma tarefa fácil para os trabalhadores que trabalham todos os dias nas equipes de saúde da família.

Assumir que a estratégia de saúde da família é uma fronteira do conhecimento, de inovação em gestão na saúde, ambiente de constante criação e adaptação de tecnologias de atenção à saúde nos ajuda a entender melhor qual deve ser o papel da Universidade Aberta. Para ter relevância social nesse campo do setor saúde, deve adaptar-se a ele, servindo de suporte, mobilizando o conhecimento acadêmico em formas flexíveis, que permitam sua adaptação e aplicação a cada uma das dezenas de milhares de microáreas e centenas de milhões de condições particulares dos cidadãos atendidos (Brasil, 2005).

1.1 HISTÓRICO

Em 1998, a FIOCRUZ, através da ENSP, implantou o seu primeiro programa de educação a distância em nível de pós-graduação. Os resultados alcançados foram e são cada vez mais

de fortalecimento de que essa modalidade de ensino promove a formação e a qualificação de profissionais de modo integrado aos seus processos de trabalho, sem que ele necessite quebrar a relação entre ensino, serviço e comunidade. Essa tríade é fundamental na perspectiva da Educação Moderna de Jovens e Adultos que almejamos.

O educação a distância teve seu início na UFMS, com o Grupo de Apoio ao Ensino de Ciências e Matemática no 1º Grau (GAECIM), constituído por professores dos departamentos de Ciências Humanas (DCH/CCHS), Educação (DED/CCHS), Matemática (DMT/CCET), Física (DFI/CCET) e Química (DQI/CCET). Mais tarde, o Departamento de Biologia (DBI/CCBS) incorporou-se ao GAECIM.

Em 2001, a UFMS integrou o consórcio de universidades, a UNIREDE, que congrega 69 universidades públicas brasileiras.

Com a política de incentivo às atividades de EAD implementada pelo MEC, a UFMS, a partir do ano de 2006, passou a oferecer Cursos por meio do Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Atualmente, por meio da Coordenadoria de Educação Aberta e a Distância, a UFMS oferece cursos de extensão, graduação e pós-graduação em treze municípios do estado de Mato Grosso do Sul (Água Clara, Bataguassú, Bela Vista, Camapuã, Campo Grande, Chapadão do Sul, Costa Rica, Jardim, Miranda, Paranhos, Porto Murtinho, Rio Brilhante, São Gabriel do Oeste), cinco no estado do Paraná (Cidade Gaúcha, Cruzeiro do Oeste, Nova Londrina, Paranavaí e Siqueira Campos) e dois no estado de São Paulo (Apiaí e Igarapava).

Seção 2 - O SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE UNA- SUS

O Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é uma estratégia governamental para atender às necessidades de

formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, ligada à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

A inovação tecnológica permite levar educação permanente a mais pessoas, com mais qualidade, por um custo menor e com maior protagonismo dos trabalhadores estudantes.

Para isso, é necessário criar um mecanismo que promova a integração das ações de educação dos trabalhadores em saúde, em especial, as de âmbito nacional e que utilizem educação a distância.

Como aprensentado na Figura 1, a UNA-SUS se propõe a trabalhar com o foco em quatro eixos:

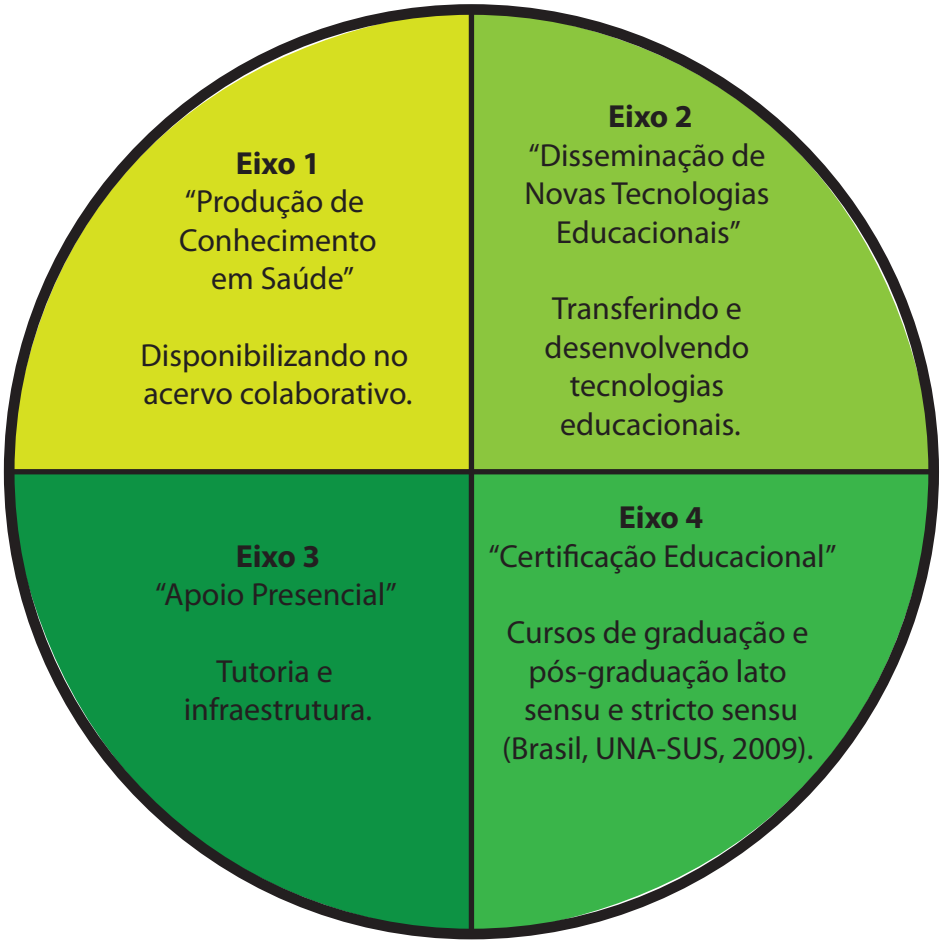

Figura 1 - Eixos norteadores da UNA-SUS

Este Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância, é parte de projeto piloto que trabalha em parceria com a UNA-SUS, com vistas a adequar competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família, de acordo com as necessidades apontadas pelo SUS no Estado de Mato Grosso do Sul.

Seção 3 - OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância, em Mato Grosso do Sul tem como objetivo a formação de profissionais de saúde, de nível superior, vinculados à Estratégia de Saúde da Família dos diversos municípios do Estado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÌFICOS

- Capacitar os profissionais para resolver os problemas mais freqüentes de suas clientelas;
- Capacitar os membros da Estratégia de Saúde da Família para lidar com problemas biológicos, sociais e psicológicos dos seus clientes;
- Melhorar a relação entre Equipes de Saúde da Família e usuários;
- Propiciar intercâmbio entre os profissionais de Saúde da Família;
- Melhorar a integração das Equipes de Saúde da Família com a comunidade e com os demais níveis de saúde local;
- Capacitar os profissionais para que tenham competências e habilidades para participar da formação de novos profissionais de saúde;

- Dar ferramentas aos profissionais da ESF para cumprir as metas do Ministério da Saúde;
- Formar os profissionais para que possam elaborar estratégias para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;
- Estimular a prática de planejamento, análise e avaliação das informações produzidas, a fim de traçar as metas de atuação da ESF;
- Gerenciar o serviço da equipe;
- Aplicar a epidemiologia para nortear a prática diária da equipe (Projeto Político-Pedagógico, 2010).

Seção 4 - FIOCRUZ – UNIDADE CERRADO PANTANAL

A Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde está em processo de expansão nacional e internacional de suas ações no sentido de consolidar uma rede de Ciência e Tecnologia em Saúde. Este projeto prevê a instalação de novas unidades da Fiocruz nos Estados de Mato Grosso do Sul, Rondônia, Piauí e Ceará até 2011.

No Estado de Mato Grosso do Sul, a Unidade Cerrado Pantanal está sendo implantada há dois anos e deu início aos trabalhos com um amplo e democrático processo de seminários regionais envolvendo os Estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e os países fronteiriços do Paraguai e Bolívia. Uma comissão instituída pelo Governador do Estado é composta por representantes do Estado, dos municípios, das Universidades, dos pesquisadores e da comunidade em Grupo de Trabalho, com vistas à análise, viabilidade e elaboração do projeto de implantação da referida Unidade.

Em 2008, quatro grandes Seminários foram realizados no intuito de indicarem as demandas de trabalho da Unidade Fiocruz Cerrado Pantanal. As grandes áreas estudadas foram:

1 – Saúde Indígena na região Centro-Oeste;
2 – Meio Ambiente, Saúde e Agronegócios;
3 – Saúde nas Fronteiras;
4 – Formação Cerrado Pantanal e Saúde;
5 – Doenças e Agravos relevantes na região Centro-Oeste.

O Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância está sendo realizado pela Unidade Fiocruz Cerrado Pantanal e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em parceria com o Ministério da Saúde, Universidade Aberta do SUS, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande e Associação dos Profissionais Médicos em Saúde da Família e da Comunidade de Mato Grosso do Sul. Ele surge como demanda de um dos seminários de saúde realizados já relatados.

Seção 5 - ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO CURSO

O Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Educação a Distância tem como meta atender a demanda de 425 equipes de Saúde da Família de todo o Estado de Mato Grosso do Sul.

O curso ofertará o total de 1.000 vagas, distribuídas em 500 vagas – 2010/segundo semestre e 500 vagas – 2011/primeiro semestre. Inicialmente, em 13 (treze) polos de apoio presencial da Universidade Aberta do Brasil, a UAB, e da UFMS, nos municípios de Água Clara, Bataguassú, Bela Vista, Camapuã, Campo Grande, Chapadão do Sul, Costa Rica, Jardim, Miranda, Paranhos, Porto Murtinho, Rio Brilhante, São Gabriel do Oeste, podendo ampliar-se para demais polos conforme atuação da UFMS.

O curso conta com uma estrutura administrativa de Coordenação que contempla e integra as instituições proponentes

e parceiras deste programa de formação, constituindo-se em um colegiado gestor.

A seguir descrevemos as funções dos diferentes atores neste programa de formação:

1. **Coordenação Institucional**: Deverá cuidar dos processos de trabalhos que envolvam a interinstitucionalidade no aspecto político/gerencial e que darão sustentabilidade para a exequibilidade do programa.

2. **Coordenação Pedagógica**: Deverá cuidar dos processos pedagógicos que envolvem o material instrucional utilizado na matriz curricular, bem como dos processos pedagógicos que envolvem o processo de aprendizagem de tutores e estudantes trabalhadores. Deverá também cuidar dos processos relacionados à Secretaria Acadêmica da vida escolar dos estudantes.

3. **Coordenação de Tecnologia e de Comunicação**: Deverá cuidar da implantação e implementação da plataforma virtual de aprendizagem em todos os momentos, no sentido de permitir o uso adequado da mesma para o fim da aprendizagem. Deverá coordenar os processos de trabalhos que envolvem a página e o site do programa, bem como a sua atualização. Dar suporte aos objetos de aprendizagem e possibilitar a criação de hipertextos e multimídias as mais variadas, visando ao avanço da aprendizagem.

4. **Coordenação de Educação Permanente, Acompanhamento Tutorial e Avaliação Formativa**: Deverá cuidar do processo de trabalho de Educação Permanente que deverá acontecer entre os atores do curso, prioritariamente, equipe de coordenação, autores, orientadores de aprendizagem e tutores, bem como dos processos de avaliação formativa de todos os atores do curso e do programa como um todo. Deverá também implantar processo de acompanhamento e avaliação dos estudantes trabalhadores e egressos do curso e avaliar a possível evasão.

5. **Coordenação de Administração e Finanças:** Deverá

cuidar dos processos de trabalho referentes às questões contratuais, conveniais, relações de trabalho, execução financeira do programa em todos os níveis. Deverá cuidar ainda dos processos executivos e de apoio administrativo aos demais processos das outras coordenações.

6. **Secretaria Administrativa/Financeira**: Deverá cuidar dos processos de trabalho referentes às questões contratuais, conveniais, relações de trabalho, execução financeira do programa em todos os níveis. Deverá ainda cuidar dos processos executivos e de apoio administrativo aos demais processos das outras coordenações.

7. **Secretaria Acadêmica**: Deverá cuidar dos processos relativos à vida escolar dos estudantes - trabalhadores, bem como às questões que estão afetas ao regimento interno da UFMS.

A Figura 2 apresenta a estrutura funcional do curso. Na primeira entrada, o programa receberá 500 estudantes trabalhadores, com 25 tutores a distância e 05 tutores especialistas. Na segunda entrada, o programa receberá mais 500 estudantes trabalhadores, com acréscimo de mais 25 tutores a distância e 05 tutores especialistas. Totalizando desta forma 1000 estudantes trabalhadores, 50 tutores a distância e 10 tutores especialistas.

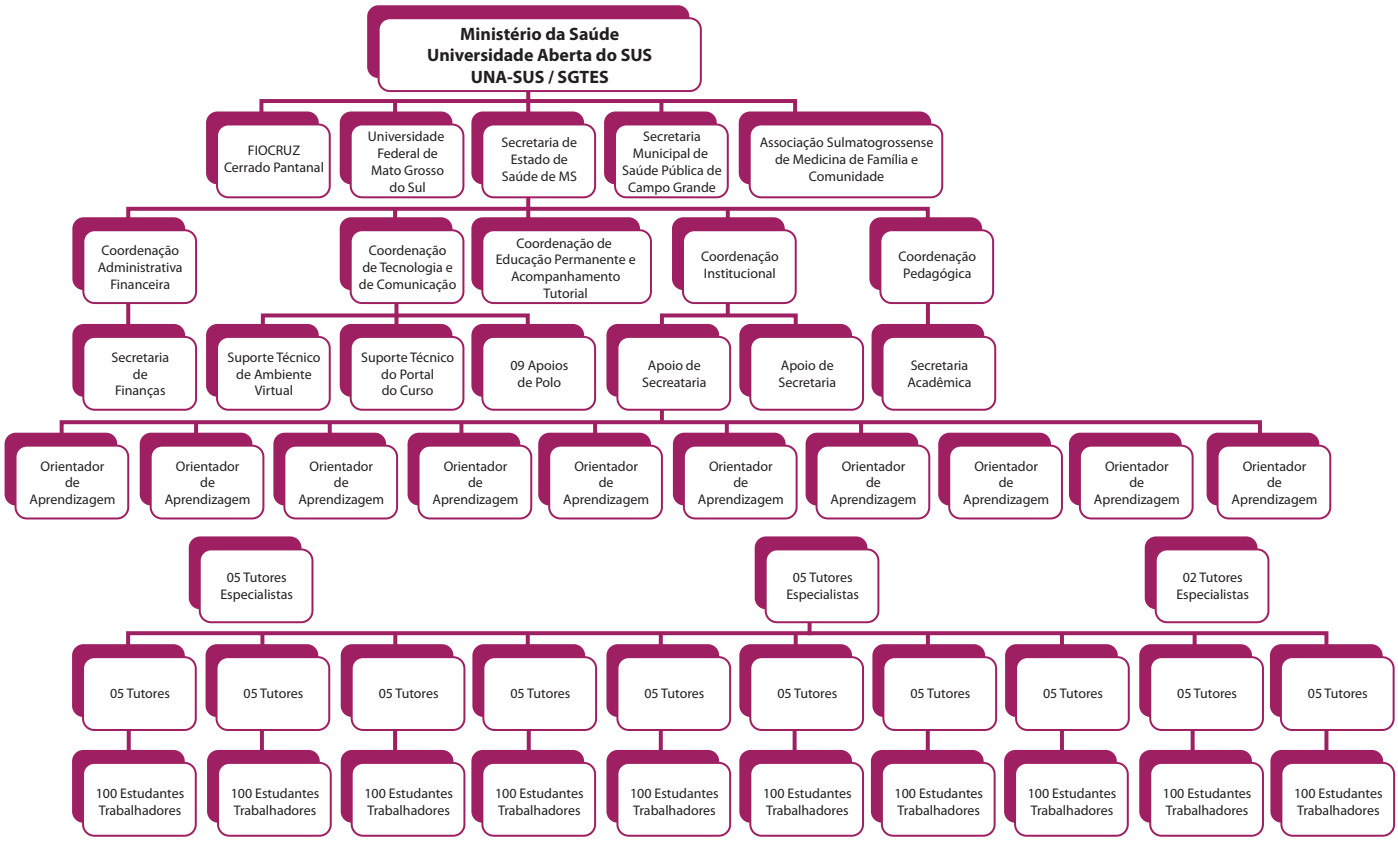

Figura 2 - Organograma do Curso

A Figura 3 apresenta a dinâmica funcional do curso. O programa conta com o apoio de Orientadores de Aprendizagem (O.A.) trabalhando na relação de 05 (cinco) O.As. para 25 tutores e 05 tutores especialistas. Os Orientadores de Aprendizagem, serão o apoio pedagógico e de conteúdo para o grupo de tutores à distância. Ao final de duas entradas, teremos entre 10 – 12 O.As.

Cada grupo de 20 estudantes trabalhadores terá um tutor que fará o papel de facilitador da aprendizagem e que acompanhará virtualmente os estudantes do início ao fim do curso, incluindo a orientação do trabalho final de conclusão de curso o qual será desenvolvido no processo de formação dos estudantes.

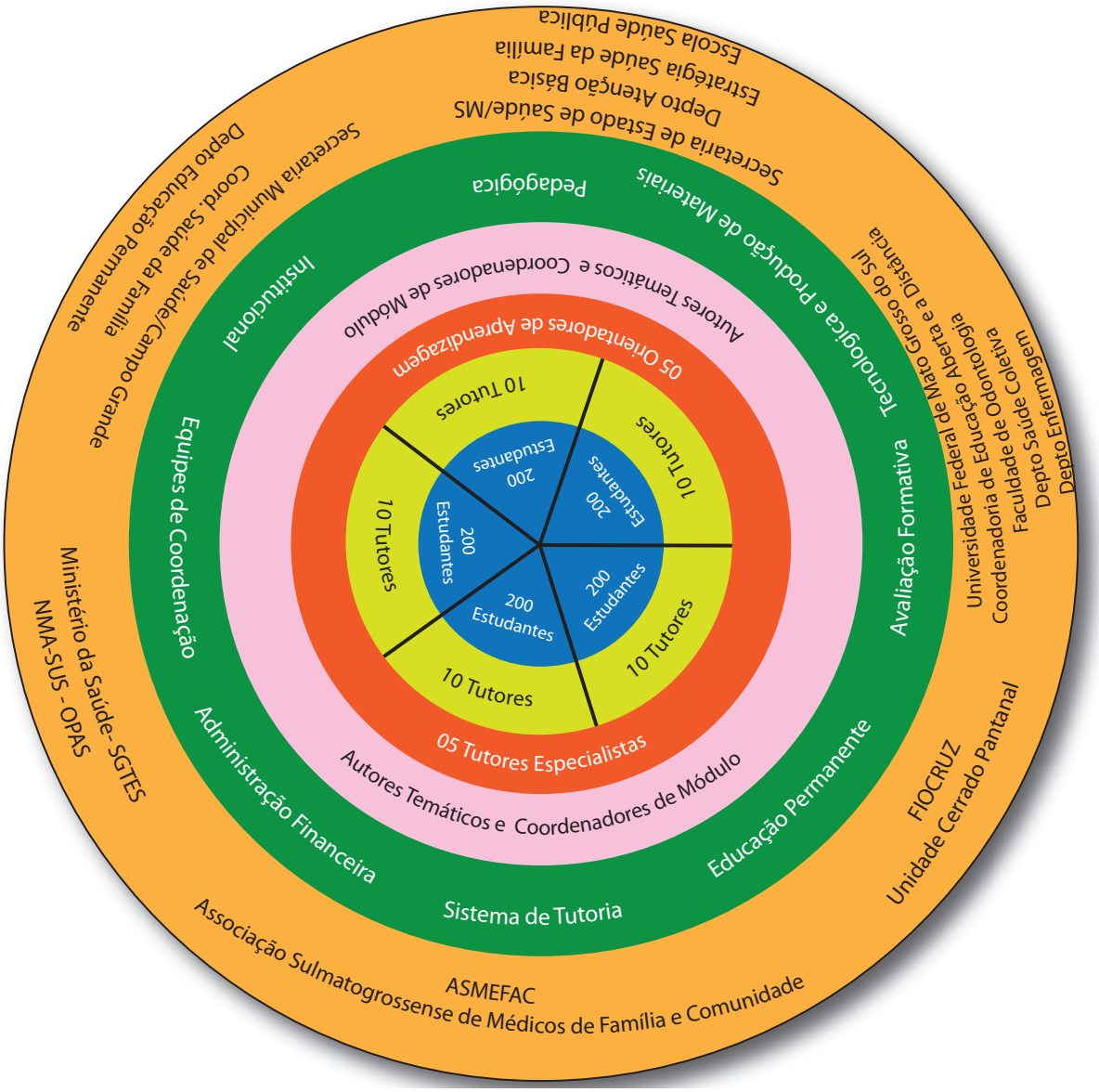

Figura 3 - Dinâmica funcional do curso

A matriz curricular deverá ser seguida pelos estudantes-trabalhadores, tutores, O.As., conforme disposição no desenho curricular das Unidades Temáticas e Módulos de Ensino Obrigatórios, totalizando 345 horas e acrescida da escolha de Módulos Optativos, completando 405 horas.

O curso conta com momentos presenciais no início/

abertura do programa e ao final de cada Unidade de Ensino, totalizando 05 encontros presenciais com carga horária de 08 horas cada.

Os momentos presenciais serão realizados em Campo Grande e nas cidades onde estão localizados polos presenciais da UAB/ UFMS, com a participação de todos os atores envolvidos no processo. Os encontros presenciais são obrigatórios para os estudantes trabalhadores, sendo que incluirá em seu programa, avaliação do momento a distância, apresentação do módulo seguinte e uma avaliação do módulo que se encerra que se somará a todas as demais avaliações feitas no processo, virtualmente, com seu tutor.

Cada módulo contará com 4 – 6 atividades, dependendo de sua carga horária. As atividades deverão ser desenvolvidas pelos estudantes trabalhadores e postadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem para o seu tutor, observando os prazos pré-estabelecidos.

Os estudantes também serão avaliados no processo de formação em todas as demais atividades estabelecidas em cada Módulo, usando outros recursos do Ambiente Virtual de Aprendizagem, conforme Guia Didático do Aluno.

Cada módulo de 30 horas terá a duração entre quatro a cinco semanas, a depender da dinâmica de trabalho, considerando que o calendário de ofertas e prazos a serem seguidos encontrar-se-ão no Ambiente Virtual de Aprendizagem, bem como no Guia Didático do Aluno.

Todos os módulos com os seus conteúdos e guias de instrução serão impressos e também estarão postados no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Os Autores são profissionais que desenvolveram o material pedagógico a ser trabalhado no curso e na sua maioria são profissionais do Estado de Mato Grosso do Sul, contando também com profissionais experientes no assunto de outras localidades regionais.

A equipe de coordenação, autores e orientadores de aprendizagem, juntamente com o conjunto de tutores, manterão encontros presenciais a cada dois meses e meio, no intuito de estabelecer um processo de educação permanente e de avaliação e acompanhamento. Este processo acontecerá também no Ambiente Virtual de Aprendizagem que funcionará entre esses atores durante todo o curso, e que também faz parte do programa de formação dos tutores.

Todos os encontros presenciais, tanto do grupo Coordenação/OA$_s$/Autores/tutores, como os demais que incluem os estudantes trabalhadores, serão planejados, utilizando-se das metodologias ativas de aprendizagem nas suas dinâmicas de trabalho, prioritariamente com o trabalho em pequenos grupos e partindo sempre da experiência concreta vivenciada no período de distância. Estes encontros terão o acompanhamento e a avaliação presentes, ora apresentando resultados, ora colhendo informações para a manutenção e retroalimentação do processo, para que se possa seguir adequando o programa durante a sua execução.

Seção 6 - ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

6.1 Fundamentos e Historicidade

Desde a Antiguidade, na Grécia e posteriormente em Roma, os povos praticavam a troca de informações, a transmissão de notícias entre si, entre localidades distantes, através de cartas e documentos escritos, com informações sobre o cotidiano privado e da sociedade. Essa prática foi fundamental ao desenvolvimento econômico e social das comunidades. Será, porém, na Modernidade, que se manifestarão as primeiras iniciativas de disseminar conhecimentos sem que seja necessária a relação presencial entre o então chamado

preceptor (professor) e o aprendiz (aluno) (NEAD-UFPR, 2007).

A Tabela 1, apresenta um breve histórico dos principais acontecimentos que marcaram a educação a distância no mundo.

Tabela 1 - A EaD no mundo		
Suécia	**1833**	Registrou sua primeira experiência em 1833, com um curso de Contabilidade.
Inglaterra	**1840**	Iniciou em 1840, e, em 1843, foi criada a *Phonografic Corresponding Society*. A *Open University*, fundada em 1962, mantém um sistema de consultoria, auxiliando outras nações a "fazer" uma educação a distância de qualidade.
Alemanha	**1856**	Em 1856, fundou o primeiro instituto de ensino de línguas por correspondência.
EUA	**1874**	*Illinois Weeleyan University*
México	**1972**	Programa Universidade Aberta, inserido na Universidade Autônoma do México, em 1972.
Paquistão	**1974**	Em 1974, a Universidade Aberta Allma Iqbal iniciou a formação de docentes via EaD.
Venezuela	**1977**	Universidade Nacional Aberta da Venezuela, criada em 1977.
Costa Rica	**1977**	Universidade Estatal a Distância da Costa Rica, criada em 1977.
Sri Lanka	**1980**	A partir de 1980, a Universidade Aberta de Sri Lanka passou a atender setores importantes para o desenvolvimento do país: profissões tecnológicas e formação docente.
Colômbia	**1983**	Universidade Estatal Aberta e a Distância da Colômbia, criada em 1983.

Tailândia		A Universidade Aberta Sukhothiai Thommathirat tem cerca de 400.000 estudantes em diferentes setores e modalidades.
Indonésia	**1984**	Criada em 1984, a Universidade de Terbuka surgiu para atender forte demanda de estudos superiores, e prevê chegar a cinco milhões de estudantes.
Índia	**1985**	Criada em 1985, a Universidade Nacional Aberta Indira Gandhi tem objetivo de atender a demanda de ensino superior.
Austrália		É um dos países que mais investe em EaD, mas não tem nenhuma universidade especializada nesta modalidade. Nas universidades de Queensland, New England, Macquary, Murdoch e Deakin, a proporção de estudantes a distância é maior ou igual à de estudantes presenciais.

6.2 A EaD nas universidades

As universidades européias a distância têm incorporado em seu desenvolvimento histórico as novas tecnologias de informática e de telecomunicação. Um exemplo disso é o desenvolvimento da Universidade a Distância de Hagen, que iniciou seu programa com material escrito em 1975. Hoje, oferece material didático em áudio e videocassetes, videotexto interativo e videoconferências. Tendências similares podem ser observadas nas Universidades Abertas da Inglaterra, Holanda e Espanha.

Hoje mais de 80 países, nos cinco continentes, adotam a educação a distância em todos os níveis de ensino, em programas formais e não formais, atendendo a milhões de estudantes. A educação a distância tem sido usada para formação e

aperfeiçoamento de professores em serviço.

Os principais centros de divulgação da EaD são França, Espanha e Inglaterra. Procure navegar na Internet e conhecer um pouco mais essas universidades. Certamente, você vai ampliar muito seu conceito de educação a distância. Veja também como há propostas enganosas por aí!

VAMOS SABER MAIS!

www.armstrong.edu
www.ku.edu
www.ruv.itesm.mx
www.ua.pt
www.uned.es

6.3 A EaD no Brasil

No Brasil as primeiras iniciativas de ensino a distância têm como ponto de partida a criação da Rádio Sociedade do Rio de Janeiro por Roquete Pinto em 1922, que tinha como objetivo a utilização da radiodifusão com fins educativos para ampliar o acesso da população à educação. O Ministério da Educação, em 1937, cria o Serviço de Radiodifusão Educativa – SINRED e, numa ação sistematizada, esse sistema de escolas radiofônicas se expande aos estados do nordeste, fazendo surgir, em 1956, o MEB - Movimento de Educação de Base, considerado como uma das maiores propostas de educação a distância não formal desenvolvida em nosso país. Tinha como pressuposto básico a alfabetização de jovens e adultos das classes populares por meio do rádio.

Paralelamente, em 1941, começam a proliferar no Brasil os cursos por correspondência do Instituto Universal Brasileiro (IUB). Até os dias de hoje, vem sendo levantada grande polêmica

a respeito. Estudiosos da EaD se dividem entre simpatizantes e descrentes de que os cursos por correspondência do IUB possam realmente promover a formação profissional básica. Durante as décadas de 60 e 70, começa a funcionar a Comissão para Estudos e Planejamento da Radiodifusão Educativa, cujos trabalhos deflagraram o Programa Nacional de Teleducação (PRONTEL). Nesse contexto, são criados outros programas tais como: Fundação Brasileira de Educação (FUBRAE), Fundação Padre Anchieta (TV Cultura/SP), Fundação Educacional Padre Landell de Moura (FEPLAM), TVE do Maranhão (CEMA), TVE Ceará, com a oferta de cursos pela televisão, com suporte de material impresso.

Em 1970, a Portaria 408 do MEC define a obrigatoriedade da transmissão gratuita de 5 horas semanais de programas educativos pelas emissoras comerciais de rádio e televisão. São irradiados os cursos ginasiais produzidos pela FEPLAM e pela Fundação Padre Anchieta, as conhecidas séries do Projeto Minerva. Em 1971 nasce a Associação Brasileira de Tele-Educação (ABT), pioneira em cursos a distância para capacitação de professores. Iniciativas como essa determinaram a criação do PRONTEL – Programa Nacional de Tele-Educação, além de fortalecerem o sistema SINRED.

A partir de 1973, começam a ser produzidos e ofertados pela televisão os cursos de 1º e 2º graus. Houve então a introdução de inovações em tele-educação e aperfeiçoamento da metodologia de recepção organizada. Foram criados e desenvolvidos vários programas de capacitação de professores e de preparação de tele-alunos para os exames supletivos, tais como: Projeto Saci (TVE), Projeto LOGUS (MEC), Telecurso 2º Grau (Fundação Roberto Marinho), MOBRAL (MEC), PosGrad (Capes/MEC), Projeto “Verso e Reverso” (Fundação EDUCAR/ MEC).

Em 1976 o SENAC e, mais tarde, em 1993 o SENAI, duas instituições do sistema “S”, começam a ofertar cursos através

de material impresso para milhões de alunos.

VAMOS SABER MAIS!

"Sistema S" é um conjunto de organizações das entidades corporativas empresariais voltadas para o treinamento profissional, assistência social, consultoria, pesquisa e assistência técnica. Possuem raízes comuns e características organizacionais similares, além de terem em comum seu nome iniciado com a letra S. Fazem parte deste Sistema entidades como SESC, SENAC, SENAI, SEBRAE, SESI, entre outras.

Em 1979 a Universidade de Brasília (UnB) inicia uma prática de oferta de cursos veiculados por jornais e revistas, funda em 1989 o seu Centro de EaD – CEAD e lança o programa BrasilEAD.

Em 1994, a partir da criação de uma Secretaria de Educação a Distância no MEC, a SEED/MEC, vários programas de EaD de qualidade são implantados, em nível nacional:

a) 1991: Programa "Um Salto para o Futuro", para formação continuada de professores do Ensino Fundamental, com apoio da Fundação Roquete Pinto;

b) 1995: Programa TV Escola;

c) 1997: PROINFO – Programa Nacional de Informática na Educação, que desenvolveu um ambiente de aprendizagem colaborativo on-line, o e- ProInfo e o FUNDESCOLA, um programa de rádio para o Ensino Fundamental;

d) 2000: PROFORMAÇÃO – Formação de professores em nível médio.

A partir do ano de 2000, em resposta à Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), o MEC passa a adotar ações mais incisivas e sistematizadas de EaD e dá início ao credenciamento de Universidades para oferecerem cursos a distância. São credenciadas: a Universidade Federal do

Mato Grosso, cujo Núcleo de Educação Aberta e a Distância vinha se firmando como referência em EaD, desde 1993; a Universidade de São Paulo, o grande centro de pesquisa acadêmica da América Latina, com o projeto Cidade do Conhecimento; além dessa: Universidade de Brasília, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Universidade Castelo Branco, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Anhembi-Morumbi, Universidade Estadual de Campinas , Universidade Federal do Paraná e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

VAMOS SABER MAIS!

www.virtual.ufms.br
www.unb.br
www.ufsc.br
www.ufrgs.br
www.pucrs.br
www.castelobranco.br
www.ensp.fiocruz.br
www.anhembi.br
www.unicamp.br
www.ufpr.br

Entre 2004 e 2005 vários programas voltados para a formação inicial e continuada de professores da rede pública, por meio da EaD, foram implantados pelo MEC. Entre eles destacam-se o PROLICENCIATURA, o PROLETRAMENTO e o MÍDIAS NA EDUCAÇÃO. Essas diferentes ações conflagraram na criação do Sistema Universidade Aberta do Brasil – UAB -, através do Decreto nº 5.800, de 08 de junho de 2006. Este Sistema integra instituições públicas de ensino superior com

a finalidade de expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no país usando a modalidade de EaD. O objetivo prioritário da UAB é a oferta de cursos de licenciatura e de formação inicial e continuada de professores da educação básica.

VAMOS SABER MAIS!

www.abed.org.br
www.uvb.br
www.univir.br
www.unirede.br
www.uab.capes.gov.br

Navegue pelos links da SEED e da UAB, no site do MEC (www.mec.gov.br) e conheça atualizações dos programas citados nesta seção (TV Escola, E-ProInfo) e os programas mais recentes (RIVED, Mídia Escola, Portal Observatório Mundo Acadêmico outros) e também a lista de Instituições credenciadas para a oferta de cursos a distância. http://portal.mec.gov.br/seed

A EaD - já tem história, mas só agora vive seu *boom*. Este momento, não por acaso, coincide com o surgimento de novas tecnologias de informação e comunicação – TIC - que fortalecem algumas das estratégias da EaD, principalmente, a que considera como parâmetros subjetivos o tempo e o espaço. Isto é, o tempo e o espaço são inerentes aos interlocutores dos processos de ensino e aprendizagem. O surgimento de novas TICs tem impactado diversos setores da sociedade. A evolução é evidente na cultura, na educação, na economia, na comunicação, na gestão, na direção, na política e demais áreas de atuação humana.

No campo da educação, as novas tecnologias da informação vêm fortalecer as novas metodologias pedagógicas

de ensino tão necessárias e ainda timidamente utilizadas. Os métodos ativos de aprendizagem são cada vez mais necessários nos processos de ensino e aprendizagem hoje para que todos, estudantes, docentes, usuários possamos nos sentir mais participativos.

A Educação a Distância, embora prescinda da relação face-a-face em todos os momentos dos processos de ensino e aprendizagem, exige relação dialógica efetiva entre alunos, professores e orientadores.

O conceito de EaD abrange um vasto território de informações: suas características têm mais a ver com circunstâncias históricas, políticas e sociais do que com a própria modalidade de ensino. Essas condições fazem com que haja um desenvolvimento vertiginoso das TICs – Tecnologias de Informação e Comunicação – mediadas com transmissões via satélite, Internet e material multimídia. Tantas variáveis contribuíram para diversificar também as definições sobre o que se entende por EaD.

Selecionamos para você alguns conceitos para compreender um pouco sobre essa modalidade de ensino. Segundo Moran (2002), a EaD está fundamentada nas seguintes características:

•Educação a distância é o processo de ensino-aprendizagem mediado por tecnologias, por meio das quais professores e estudantes estão separados espacial e/ou temporalmente.

• É ensino/aprendizagem em que professores e estudantes não estão normalmente juntos, fisicamente, mas podem estar conectados, interligados por tecnologias, principalmente as telemáticas, como a Internet, mas também podem ser utilizados o correio, o rádio, a televisão, o vídeo, o CD-ROM, o telefone, o fax e tecnologias semelhantes.

• Na expressão “ensino a distância” a ênfase é dada ao papel do professor (como alguém que ensina a distância).

Preferimos a palavra “educação”, que é mais abrangente, embora nenhuma das expressões, segundo o professor, seja perfeitamente adequada. Além do conceito de Moran (2002), existem algumas outras definições de EaD. Segundo Moore e Kearsley (1996), a definição mais citada de educação a distância é a criada por Desmond Keegan, em 1980: *O ensino a distância é o tipo de método de instrução em que as condutas docentes acontecem à parte das discentes, de tal maneira que a comunicação entre o professor e o estudante se possa realizar mediante textos impressos, por meios eletrônicos, mecânicos ou por outras técnicas* (NUNES, 1992).

Várias outras definições foram propostas : (Holmberg, 1977) (NUNES, 1992) e (NEDER, 1996) e (Otto Peters, 1973)

Por diversas razões, tais como, a exclusão digital, a formação profissional no Brasil tem acontecido eminentemente nos grandes centros urbanos, demandando intensos esforços àquela minoria que consegue se deslocar de suas origens para esses centros na busca de uma formação. Não obstante isso, um grande número de pessoas fica desprovido das condições de estudos, o que aumenta a exclusão social do nosso país. Neste sentido, a Educação a Distância surge como um elemento que contribui para diminuição das desigualdades sociais e regionais e da discrepância de acesso ao sistema educacional público que não consegue fazer face à demanda existente.

A EaD contribui para garantir o acesso à educação, a permanência nos sistemas educacionais e a formação das pessoas e, ainda, pode se constituir em “uma modalidade educativa que venha democratizar o conhecimento em favor das diferentes camadas da sociedade, oportunizando às pessoas possibilidades de participarem do processo produtivo material e cultural” (MARTINS, 2000).

Reconhecer e conhecer a Educação a Distância como um

processo de formação e de promoção da cidadania, garantindo a democratização e o acesso ao conhecimento, irá depender muito do que já sabemos e vivenciamos desta modalidade de educação (NEAD-UFPR, 2007). Por isso, impõe-se uma organização de sistema que possibilite o processo de interlocução permanente entre os sujeitos da ação pedagógica.

Dentre os elementos imprescindíveis ao sistema estão: a) a implementação de uma rede que garanta a comunicação entre os sujeitos envolvidos no processo educativo; b) a produção e organização de material didático apropriado à modalidade; c) processo de acompanhamento e avaliação próprios; c) criação de ambientes reais e/ou virtuais que favoreçam o processo de estudo dos alunos e o processo de orientação acadêmica.

Para o projeto do Curso de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância, a organização do sistema, que dará suporte à ação educativa, prevê o que segue.

6.4 Implementação de Rede Comunicacional

Para o desenvolvimento do curso, é necessário o estabelecimento de uma rede comunicacional que possibilite a ligação dos vários polos regionais onde será oferecido o curso. Para tanto, é imprescindível a organização de estrutura física e acadêmica, com a garantia de:

Manutenção de equipe multidisciplinar para orientação nas diferentes áreas do saber que compõem o curso;

Instalação e manutenção de núcleos tecnológicos nos polos regionais, que deem suporte à rede comunicacional prevista para o curso;

Organização de um sistema comunicacional entre os diferentes polos regionais e a CED/UFMS.

6.5 Utilização dos Polos de Apoio Presencial

Serão utilizados os polos da UFMS para subsidiar a oferta do curso com:

- Centro Tecnológico com infraestrutura que permita aos alunos conectarem-se à rede de comunicação implementada pelo CED/RTR, para permitir o processo de interlocução entre os sujeitos da ação educativa (aluno, professor, orientador pedagógico);
- Espaços que permitam o desenvolvimento das orientações acadêmicas, os encontros presenciais, a realização dos seminários temáticos;
- Implantação e organização de serviços de apoio pedagógico ao estudante, dentre eles: biblioteca, videoteca e *softwares* educativos;
- Organização de um serviço de orientação e acompanhamentos acadêmicos;
- Secretaria administrativa: que proceda à distribuição de material didático aos alunos, desempenhe todas as funções relativas ao recebimento, expedição e arquivo de correspondências, faça circular as informações necessárias ao andamento do curso, execute todo serviço de apoio ao desenvolvimento dos momentos presenciais do curso

6.6 Produção e Distribuição de Material Didático.

O material didático do curso, no âmbito da proposta curricular, configura-se como um dos dinamizadores da construção curricular e também como um balizador metodológico. É através do material didático que são feitos os recortes das áreas de conhecimento trabalhadas no curso, além do direcionamento metodológico proposto através dos conceitos: Historicidade/ Construção/ Diversidade.

O Material didático está sendo produzido pelos professores

da UFMS e demais parceiros.

Dentre os materiais didáticos básicos do curso estão:

6.6.1 Textos escritos

Os textos estão sendo produzidos por uma equipe de Professores denominados de Conteudistas escolhidos entre os professores da UFMS, específicos de cada área, ou profissionais com experiências em saúde da família, especificamente para produção dos materiais.

A fim de garantirmos a qualidade do material produzido, a UFMS, no âmbito da Editora da Instituição, criou uma Comissão Editorial específica para as publicações da Educação a Distância, garantindo, desta forma, a qualidade do material produzido, não somente no âmbito do Curso, como nas demais publicações da CED/RTR.

- **Artigos de Revista e Jornais:** os coordenadores de área devem selecionar artigos de revistas e jornais relativos aos temas estudados e disponibilizá-los aos orientadores de aprendizagem, tutores e alunos do curso, oportunizando, assim, uma maior dinamicidade na construção do currículo. Além dos textos sugeridos pelos coordenadores de área, os alunos serão incentivados a buscarem outros textos, principalmente via internet;
- **Artigos de professores da UFMS** produzidos especialmente para o curso, com vista ao aprofundamento de questões abordadas pelos alunos no processo de estudo.
- **Hipertextos:** Os professores das diferentes áreas poderão indicar ou produzir textos multimídias para o curso, em forma de CD Rom específicos ou para serem veiculados no ambiente de aprendizagem organizado para o curso.

6.6.2 Material Multimídia

Serão utilizados no curso os vídeos recomendados pelos autores dos fascículos como material complementar. Além disso, os coordenadores de área vão incentivar leituras

de vídeos que ampliem as possibilidades de compreensão e aprofundamento dos conteúdos trabalhados. Nos centros de apoio será organizada uma videoteca com os vídeos educativos considerados indispensáveis pelos autores dos textos e pelos professores do curso. Serão produzidos também vídeos pelos autores e orientadores de área a respeito de assuntos que julgarem oportunos na dinâmica da construção curricular. Além disso, serão produzidos materiais que englobem hipertextos, imagens e vídeos.

6.6.3 Textos orais

Farão parte também da dinâmica curricular, as palestras, seminários e conferências proferidas por ocasião da realização dos seminários presenciais e os veiculados através de videoconferência, especialmente para os alunos do curso.

Seção 7 - O AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

O Ambiente Virtual de Aprendizagem utilizado no curso será o MOODLE, que é compreendido como uma ferramenta para o desenvolvimento de um processo educativo a distância. Ele possibilita o contato permanente entre todos os interlocutores dos processos de ensino e aprendizagem (MOODLE, 2010). O ambiente é composto de várias ferramentas interativas de comunicação: a biblioteca virtual, informações sobre o curso e seus módulos, informações sobre o seu desempenho, fóruns, chats, espaço para envio dos trabalhos, agenda de contatos e e-mails.

O moodle pode ser acessado por meio do endereço eletrônico www.saudedafamilia. ufms.br. A Figura 4, apresenta o local onde você pode acessar o moodle. Clique sobre o texto “usuário” (1) e insira seu login. Em seguida, clique no campo ao lado (2) e digite sua senha. Basta clicar em “Entrar” para

acessar o moodle.

Após acessar, clique em “Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família – Turma 1”. Caso tenha dificuldades em acessar o moodle, clique em “minha Senha” ou envie uma mensagem na seção “Contato” no Portal do Curso

Figura 4 - Portal do curso

É necessário que todos se familiarizem com o Ambiente Virtual de Aprendizagem do curso e conheçam bem todas as ferramentas que ele oferece, de modo a participarem ativamente de todas as atividades e obterem o melhor aproveitamento dos estudos. Neste sentido, com o objetivo de subsidiar seu aprendizado, dentro do ambiente do curso, estão disponíveis vários vídeos e um manual do moodle que demonstra como utilizar cada uma das funcionalidades necessárias para você realizar suas atividades e interagir com os demais interlocutores. Caso tenha dificuldades, entre em contato com seu tutor.

Seção 8 - UNIDADES DE ENSINO, MÓDULOS E CARGA HORÁRIA

Veja a seguir o Desenho Curricular da Estrutura Geral do Curso de Pós-Gruação em Atenção Básica em Saúde da Família apresentado pela Tabela 2.

Tabela 2 - A estrutura curricular do curso

UNIDADE DE ENSINO	MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
I - Políticas de Saúde e Processo de Trabalho	1 - Introdução ao Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família	30 h
	2 - Processo de Trabalho em Saúde da Família	30 h
	3 - O Estado e as Políticas Públicas de Saúde	30 h
	4 - Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família	30h
TOTAL UNIDADE I		**120 h**
II - Integralidade Na Atenção à Saúde	1 - Planejamento em Saúde	30 h
	2 - Vigilância em Saúde	30 h
TOTAL UNIDADE II		**60 h**
III- A Família e Educação em Saúde	1 - A Família	30 h
	2- Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar	30 h
TOTAL UNIDADE III		**60 h**
IV- Assistência Multidisciplinar à Saúde	1 - Saúde da Criança	15 h
	2 - Saúde do Adolescente	15 h
	3 - Saúde do Adulto	15 h
	4 - Saúde da Mulher	15 h
	5 - Saúde do Homem	15 h
	6 - Saúde do Idoso	15 h
	7 - Saúde Mental	15 h
TOTAL UNIDADE IV		**105 h**
V - Elaboração do TCC	1 - Trabalho de Conclusão de Curso.	
TOTAL GERAL MÓDULOS OBRIGATÓRIOS		**345 h**

MÓDULOS OPTATIVOS	CARGA HORÁRIA
1 – A Saúde da Família nas populações fronteiriças	30 h
2 – A Saúde da Família Indígena e Quilombolas	30 h
3 – A Saúde da Família de Populações Carcerárias	30 h
4- PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares	30 h
5 – PROGRAB E AMQ	30 h
6 - Saúde Bucal por Ciclos de Vida	60 h
7 - Assistência Médica por Ciclos de Vida	60 h
8 - Assistência da Enfermagem por Ciclos de Vida	60 h
9 - Administração em Saúde da Família	15 h

Obrigatório realizar módulo(s) optativo(s) até 60h.
CARGA HORÁRIA TOTAL: 405 HORAS (Projeto Político-Pedagógico, 2010).

8.1 EMENTÁRIO

Unidade de Ensino I - Políticas de saúde e processo de trabalho
Módulo 1 - Introdução ao CEABSF

Ementa: A estrutura do curso, seus objetivos, metodologia de ensino-aprendizado, dinâmica de funcionamento do mesmo, portfólio reflexivo, sistema de avaliação, projeto de intervenção, realizado a partir de diagnóstico situacional de cada realidade, que serão o foco do trabalho de conclusão de curso. O ambiente virtual de aprendizagem MOODLE, e suas potencialidades no processo de apropriação do conhecimento.

Módulo 2 - Processo de trabalho em Saúde da família

Ementa: O trabalho em equipe multidisciplinar na estratégia de saúde da família, integrando os diferentes saberes no cuidado do núcleo familiar e das coletividades. O acolhimento, a consulta e a visita domiciliar. A organização do trabalho para atender as demandas programáticas e espontâneas da população adscrita. Discussão dos atores que realizam o trabalho, objetivos, metas e recursos disponíveis. A promoção e prevenção e a manutenção da saúde.

Módulo 3 - O Estado e as Políticas Públicas de Saúde

Ementa: Conceito de Estado, Estado e suas funções. História e contexto atual das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Constituição. SUS, Princípios e Diretrizes, Leis Orgânicas. Controle social e Participação Popular, organismos colegiados na gestão do Sistema de Saúde. Pacto pela saúde.

Módulo 4 – Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família

Ementa: Modelo assistencial e atenção primária à saúde. Fundamentos da Atenção Básica. História da ESF. História da ESF de saúde no estado. Diretrizes básicas do trabalho em Saúde da Família. Princípios Gerais da ESF: caráter substitutivo; territorialização; diagnóstico situacional; planejamento e programação com base no diagnóstico e com foco na família e na comunidade;intersetorialidade e parcerias; espaço de construção de cidadania.

Unidade II - Integralidade na Atenção à Saúde
Módulo 1 - Planejamento em Saúde

Ementa: Considerações gerais sobre planejamento em

saúde: principais conceitos. Desenvolvimento do Planejamento em Saúde na América Latina: do planejamento normativo ao estratégico. O Planejamento Estratégico Situacional. Análise da Situação de Saúde. Os Sistemas de Informações como ferramenta do Planejamento. A elaboração do Plano de Ação. Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde. O Sistema de Planejamento do SUS: Planejasus

Módulo 2 - Vigilância em Saúde

Ementa: Conceituação de epidemiologia e o seu perfil na determinação de prioridades em saúde. Tipos de estudo em epidemiologia e a construção de indicadores de saúde. Análise de situação de saúde. Conceituação de vigilância em saúde e suas práticas. Vigilância à saúde e o programa saúde da família: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, vigilância à saúde do trabalhador. Vigilância em saúde, entendida como ferramenta para análise atualizada e contínua da distribuição e tendência de incidência, através da coleta, consolidação e avaliação sistemática, dos registros de morbidade, mortalidade e outros dados relevantes para definir estratégias no atendimento à saúde. Vigilância e controle das doenças transmissíveis, vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco e agravos à saúde.Vigilância das doenças emergentes e reemergentes.

Unidade III - A Família e Educação em Saúde
Módulo 1 – A Família

Ementa: Conceituação de família e sua evolução segundo as vertentes sociológicas e antropológicas. A Família contemporânea, vulnerabilidade e risco social. Característica da família na sociedade atual, suas possibilidades e limites frente a realidade social, econômica e política. A família como unidade

social, política e cultural na atenção à saúde. A saúde da família e a estratégia de organização da atenção primária à saúde. A valorização da família e grupos da comunidade. Estratégia de saúde da família. Abordagem e atendimento centrado nas inter-relações familiares. A comunidade e as famílias, como sujeitos de um processo coletivo de promoção da saúde. Tecnologias de educação em saúde.

Módulo 2 - Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar

Ementa: A interface promoção de saúde/educação em saúde: processo histórico e efeitos na compreensão do binômio saúde/doença. Caminhos e descaminhos da educação em saúde (aspectos básicos, teorias, tendências e dimensões da educação, paradigmas da educação em saúde). Promoção de saúde e qualidade de vida. Técnicas de educação em saúde. Educação em saúde e ações interdisciplinares.

Unidade IV- Assistência Multidisciplinar à Saúde
Módulo 1 - Saúde da Criança

Ementa: Fases de crescimento e desenvolvimento da criança. Principais indicadores antropométricos. Calendário de imunização. Acolhimento para as famílias com crianças. Promoção do aleitamento materno. Reconhecimento de sinais de desnutrição e desidratação. Estatuto da Criança e do Adolescente. Reconhecimento de sinais de violência contra o menor. Implementação de técnicas para promoção à saúde da criança. Ações de planejamento e vigilância à saúde da criança. Conhecimento o ECA. Identificação de técnicas de abordagem. Aspectos gerais da saúde bucal na infância: cronologia de erupção, hábitos e funções relacionados ao crescimento e desenvolvimento facial, respiração; alimentação e higiene;

prevalência das doenças bucais na infância.

Módulo 2 - **Saúde do Adolescente**

Ementa: Atenção à saúde da família com adolescentes. Estratégias de comunicação/mobilização com adolescentes: protagonismo juvenil, prevenção de DST/ AIDS, tematização da sexualidade/gravidez/ métodos contraceptivos, direitos do adolescente. Técnicas para promoção à saúde do adolescente, ações de planejamento e vigilância à saúde. Conhecimento das mudanças físicas e emocionais relativas à puberdade. Atividade física na adolescência. Aspectos gerais da saúde bucal na adolescência: cronologia de erupção, hábitos e funções relacionados ao crescimento e desenvolvimento facial; respiração, alimentação e higiene; prevalência das doenças bucais na adolescência.

Módulo 3 - **Saúde do Adulto**

Ementa: Problematização do acesso organizacional da população adulta aos serviços de Atenção Básica no SUS. Promoção da universalidade / acolhimento do adulto, prevenção de DST/ AIDS, métodos contraceptivos, programa de HAS e Diabetes, programa de rastreamento de câncer de mama, colo uterino e próstata. Suspeição de tuberculose e hanseníase. Imunização. Gestação. Atenção Integral à mulher em risco de violência. Técnicas para promoção à saúde do adulto, ações de planejamento e vigilância à saúde. Aspectos da ética no atendimento. Reconhecimentos de sinais de violência doméstica.

Aspectos Gerais da Saúde Bucal do Adulto: Epidemiologia da Saúde Bucal do Adulto – Aspectos Gerais, Saúde Bucal e Empregabilidade, Edentulismo e suas consequências para a Saúde Geral, Saúde Bucal de Gestantes

Módulo 4 - Saúde do Idoso

Ementa: Núcleo Comum - obrigatório - implantar o acolhimento do idoso, implantar ações de prevenção de DST/ AIDS, identificar os programas de atenção a esta faixa etária, apropriar-se de técnicas para promoção à saúde do idoso, ações de planejamento e vigilância à saúde. Implementar ações de prevenção de acidentes domésticos. Orientar quanto aos cuidados com o paciente acamado. Conhecer imunização. Conhecer o estatuto do idoso.

Módulo 5 - Saúde Mental

Ementa: Núcleo Comum - Conhecer as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a rede de atenção à Saúde Mental do município. Implantar o acolhimento do paciente com doença mental.Adotar técnicas de promoção à saúde do indivíduo. Reconhecer, suspeitar de quadro de sofrimentos psíquicos. Identificar uso abusivo de álcool e outras drogas, como o tabagismo, e identificar sintomas de depressão. Identificar a rede de atenção à saúde mental do município.

8.2 MÓDULOS OPTATIVOS

Módulo 1 - A Saúde da Família nas populações fronteiriças

Ementa: Reconhecer as dificuldades dos municípios para organizar seus serviços de saúde para atender a população fronteiriça. Identificar como é realizado o acesso da população fronteiriça aos serviços públicos de saúde. Identificar as diferenças das políticas de atenção à saúde em países que fazem fronteira com o Brasil. Analisar o direito à saúde de estrangeiros e forma utilizada para o acesso aos serviços. Conhecer as

experiências desenvolvidas pelo Mercosul e do Sis-Fronteiras.

Módulo 2 - A Saúde da Família Indígena

Ementa: Aspectos socioculturais, demográficos e ecológicos dos povos indígenas do Brasil e suas transformações ao longo do processo de colonização. Políticas Públicas em saúde dos povos indígenas, a estrutura e o funcionamento do subsistema de saúde indígena e sua inserção no SUS. Realidade sócio-demográfica e epidemiológica dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul. Principais desafios para a melhoria das condições de saúde dos indígenas de Mato Grosso do Sul. Materiais educativos da FUNASA.

Módulo 3 - A Saúde da Família de Populações Carcerárias

Ementa: Plano Nacional de Saúde no Sistema Carcerário, Portaria interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Particularidades da população carcerária: financiamento, recursos humanos, sistema de informação. Identificar e analisar os programas de atenção à saúde do preso, assistência ambulatorial, promoção e proteção à saúde, além de recuperação da saúde, controle de Tuberculose, DST/AIDS, Hanseníase, HAS, DM, Saúde da mulher, Saúde Mental, Saúde Bucal.

Módulo 4 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Ementa: Políticas Públicas relacionadas às PIC. Potenciais de integração das práticas complementares já existentes e utilizadas no território.

Módulo 5 - Avaliação para Melhoria da Qualidade e Programação de Gestão por Resultados na Atenção Básica

Ementa: PROGRAB: Importância de se programar. A programação com foco em resultados. Conhecendo a ferramenta PROGRAB – da finalidade a utilização do *software*. AMQ: Importância do monitoramento e da avaliação para a melhoria da qualidade. A metodologia de gestão interna e da autoavaliação. Conhecendo e compreendendo o AMQ – da adesão à utilização dos recursos.

Módulo 6 - Saúde Bucal por Ciclos de VIda

Objetivos:

Ao final do estudo deste módulo da Saúde Bucal por Ciclos de Vida, o profissional em formação deverá ser capaz de:

- Conhecer e analisar as características e particularidades relativas à saúde bucal em cada um dos ciclos de vida estudados, considerando a epidemiologia, a integralidade do cuidado, o ciclo de vida familiar e formas de tratamento

- Articular tal conhecimento com suas práticas de atenção à Saúde Bucal das famílias, qualificando estas práticas e contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção no seu território de ação.

Ementa:

1. Introdução em epidemiologia da saúde bucal - métodos de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal preconizados pelo MS/OMS.
2. Uso da epidemiologia para a tomada de decisões baseadas em evidências científicas.
3. Abordagem por ciclo de vida familiar no manejo do processo saúde-doença.
4. Saúde bucal da criança
5. Saúde bucal do idoso

Módulo 7 - Assistência Médica por Ciclos de Vida

Saúde da criança: Principais queixas relacionadas ao desenvolvimento, manejo do retardo de desenvolvimento neuro-psico-motor, deficiências. Problemas mais comuns no recém-nascido e no lactente. Problemas no umbigo. Regurgitação e vômitos, cólicas. Doenças de transmissão vertical: Infecções Congênitas - Lues, Toxoplasmose, CMV, Rubéola Congênita, Hepatites, AIDS. Imunização ativa e passiva, manejo dos possíveis efeitos deletérios da vacina, aleitamento materno, prematuridade, diarréias, asma, anemias, parasitoses intestinais, infecções respiratórias, doenças exantemáticas, doenças de pele, violência infantil, desnutrição, obesidade na infância. Infecções urinárias; glomerulonefrites, Dores Recorrentes na Infância. Enfoque de risco e prevenção de acidentes domésticos, Abordagem da Criança com queixa de baixa estatura. Cefaleias e enxaqueca. Constipação intestinal, convulsões, Diabetes - Tipo 1, monilíase oral, ciclo menstrual precoce ou tardio, vulvovaginites, escroto vazio, fimose, hidrocele, amigdalites, asma, bronquiolites, otite externa, otite média aguda, distúrbios do aprendizado. Déficits visuais e auditivos. Rastreamento de neoplasias. Anemia falciforme. Aspectos clínicos da tuberculose, Hanseníase, dengue e leishmaniose na criança. Más formações congênitas.

Saúde do adolescente: Manejar as principais patologias, construir com a família atitudes de promoção à saúde e prevenção de doenças. Desenvolver ações fundamentadas nos agravos mais prevalentes em sua comunidade e saber desenvolver ações que permitam melhorar as condições de vida de sua população: Abordagem do adolescente, crescimento e desenvolvimento, anticoncepção, sexualidade, prevenção de DST, obesidade. Abordagem e controle da saúde dos adolescentes e jovens. Abordagem e desenvolvimento da sexualidade. Acnes, seborréia

e micoses. Alcoolismo, tabagismo e outras drogas. Distúrbios de imagem e transtornos alimentares: obesidade, anorexia, bulemia e vigorexia (prevenção ao uso de anabolizantes), doenças ginecológicas. Prevenção de violências. Puberdade normal e patológica.

Saúde do Adulto: Manejar as principais patologias, construir com a família atitudes de promoção à saúde e prevenção de doenças. Desenvolver ações fundamentadas nos agravos mais prevalentes em sua comunidade e saber desenvolver ações que permitam melhorar as condições de vida de sua população.A importância das atividades preventivas e revisão periódica de saúde do adulto; orientações para uma alimentação saudável do adulto; dietoterapia do adulto; atividade física e saúde; tabagismo; prevenção da doença cardiovascular, obesidade; doenças cardiovasculares - HAS, coronariopatias, arritmias cardíacas, ICC, doença arterial periférica, doença venosa periférica, sopros e valvulopatias; doenças pulmonares crônicas - asma, bronquite, enfisema, doenças respiratórias agudas, rinite, hipertensão pulmonar, pneumonias comunitárias, oxigenioterapia domiciliar prolongada; doenças endócrinas - diabetes, dislipidemia, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade; doenças gastro-intestinais - gastrites, esofagites, colecistopatias, constipação intestinal, hemorróidas, fissura anal, fístula anal, ulcera péptica, hemorragia digestiva, hepatopatias, hérnias. Epilepsia; poliartrites e osteoartrite. Doenças transmissíveis: condutas preventivas na comunidade. Imunizações. Tuberculose. Hanseníase. Dengue. Cólera, leishmaniose cutânea e visceral. Abordagem Sindrômica das DSTs/AIDS. Hepatite viral aguda. Parasitoses intestinais. Abordagem das doenças de pele. Afecções com bolhas ou vesículas. Afecções eritêmato-escamosas. Lesões papulares e nodulares. Piodermites. Manchas. Abordagem das doenças osteo-musculares. Diagnóstico precoce das neoplasias mais

frequentes no adulto. Insuficiência renal, litíase renal. Neuropatias periféricas.

Saúde da Mulher - Prevenção de câncer de colo uterino e mama, anticoncepção, dismenorréia, esterilidade/ climatério, violência familiar. Abordagem sindrômica das DST. Saúde Reprodutiva e Sexualidade. Planejamento familiar. Acompanhamento da gestação de baixo risco e puerpério. Gestação de alto risco. Intercorrências da gestação: doença hipertensiva, hemorragia e trabalho de parto pré-termo, diabetes mellitus gestacional e infecções. Drogas na gestação. Doenças da mama. Amenorréia. Sangramento uterino anormal. Dor pélvica. Prevenção do câncer genital feminino. Climatério.

Saúde do Homem - Disfunção sexual masculina, hiperplasia prostática e rastreamento de câncer de próstata. Disfunção reprodutiva.

Saúde do Idoso - Objetivo: manejar as principais patologias, construir com a família atitudes de promoção à saúde e prevenção de doenças. Desenvolver ações fundamentadas nos agravos mais prevalentes em sua comunidade e saber desenvolver ações que permitam melhorar as condições de vida de sua população. Prevenção de câncer bucal, prevenção de câncer de pele, prevenção de acidentes domiciliares, violência familiar, osteoporose, incontinência urinária, úlceras de decúbito, desnutrição, imunização, pneumonias, doença de Parkinson, abordagem da depressão no idoso. Epidemiologia geriátrica. Biologia e Fisiologia do envelhecimento. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Avaliação geriátrica ampla. Farmacologia e iatrogenia. Síndrome da imobilidade. Úlceras de pressão. Síncope, cuidados paliativos.Tratamentos alternativos para doenças crônico-degenerativas. Adesão ao tratamento. Tontura e vertigem.

Módulo 8 - Assistência de enfermagem na Saúde do Adolescente

Saúde do Adolescente

1 - Realizar a consulta de enfermagem com adolescentes, utilizando abordagem diferenciada e valorizando a confidencialidade;

2 - Sistematizar a assistência de enfermagem de acordo com a situação apresentada e articulá-la à rede pública de saúde;

3 - Reconhecer os principais sinais e sintomas sugestivos de alterações no processo de desenvolvimento físico e/ou emocional, bem como reconhecer casos de violência, negligência e uso de entorpecentes;

4 – Intervir de forma criativa nas problemáticas encontradas, incluindo a família e demais profissionais e instituições necessárias na assistência à saúde dos adolescentes, de acordo com as premissas da Estratégia Saúde da Família.

Saúde do Adulto

1 - Instrumentalizar o enfermeiro para desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do adulto na atenção primária, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no seu processo de trabalho;

2 - Sistematizar as ações de enfermagem como base para sua atuação de profissional, planejando e implementando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do adulto, no contexto da atenção primária.

Saúde da Criança

Enfermeiro: promoção do aleitamento materno e alimentação da criança; assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios; assistência de enfermagem à criança com diarréia aguda e desidratação; assistência à criança com problemas nutricionais; integração com a família da criança

cronicamente doente; ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil; cuidados de enfermagem com o recém nascido; abordagem sobre sexualidade, consulta de enfermagem para o crescimento e desenvolvimento; cuidados gerais com o bebê, orientação quanto à imunização; treinamento dos ACS; consulta de puericultura.

Saúde do Adolescente

Enfermeiro: assistência integral à saúde do adolescente; estratégias para estabelecimento do vínculo; puberdade; vacinação na adolescência; saúde nutricional, violência e vulnerabilidade social; sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, início da vida sexual (verificar os cuidados com o próprio corpo e com o do outro, uso de proteção/preservativo); DST/AIDS; gravidez (especialmente antes dos 16 anos, probabilidade de abuso sexual); aborto e suas consequências (físicas e psicológicas); adolescente cumprindo medidas socioeducativas; dificuldades nas relações familiares (separações, falta de diálogo, conflitos entre pais e filhos, alcoolismo de um ou ambos os pais, incesto/abuso, transtorno mental, etc.); relação com a escola (evasão escolar, repetência, dificuldade de criação de vínculos, atos de violência, agressividade, etc.); uso de álcool e drogas lícitas e/ou ilícitas; exclusão social (atingindo especialmente as populações periféricas e levando à inserção no tráfico de drogas, com risco, entre outros, de morte precoce por homicídio); tentativas/risco de suicídio; acidentes de trânsito e outras situações de violência (como agentes e vítimas); violência doméstica e sexual.

Saúde da Mulher

Enfermeiro: avaliação e intervenção de enfermagem na gestação; DST/AIDS, sexualidade da mulher e autocuidado; o período pós-neonatal; assistência ao binômio mãe-filho; avaliação e intervenção de enfermagem no parto normal sem intercorrências; saúde da mulher no curso da vida (exame físico-ginecológico); relação das principais afecções que

podem ser diagnosticadas pela simples inspeção da genitália externa e interna; alterações e sinais de alerta relacionados aos problemas ginecológicos; relações de gênero/violência; assistência de enfermagem à saúde das mamas (exame clínico das mamas, orientações do autoexame das mamas); exame citopatológico principalmente na faixa etária de 25 a 59 anos; linhas de cuidado para câncer de mama e de útero; prevenção ao tabagismo

Saúde do Adulto

Enfermeiro: assistência de enfermagem no câncer; atuação da enfermagem no hipertensão arterial; educação para o controle do diabetes mellitus; controle da dor no domicílio; acompanhamento dos pacientes em tratamento de tuberculose - solicitar baciloscopia de escarro para sintomático respiratório; acompanhamento de pacientes com hanseníase, assim como proceder teste de sensibilidade e exame de baciloscopia do suspeito; prevenção ao tabagismo; assistência de enfermagem ao homem (orientações quanto aos exames preventivos)

Saúde do Idoso

Enfermeiro: Avaliar as condições de vida e saúde: hábitos alimentares, lazer, relações familiares, visão e audição, sexualidade, vacinação; realizar pesquisa clinica da capacidade cognitiva e do estado emocional do paciente; realizar investigação das doenças no nível individual e coletivo; calendário vacinal para idosos.

Saúde Mental

Enfermeiro: a saúde mental na estratégia saúde da família; assistência de enfermagem no transtorno psiquiátrico do idoso; intervenções com familiares no campo psicossocial.

Módulo 9 - Adminstração em Saúde da Família

Objetiva o enfrentamento de problemas específicos dos serviços, a reflexão e o debate sobre os modelos de

gestão assistenciais vigentes no contexto de saúde do país; e a aquisição de conhecimentos e instrumentos de gestão que contribuam para a elevação dos padrões de eficiência, eficácia e efetividade na gerência de serviços, de modo que os profissionais possam construir novas perspectivas para as suas práticas e para o sistema de gestão de sua instituição. Abordará aspectos da gestão hospitalar e em saúde coletiva, tais como:

- Concepções Teóricas da Gerência de Enfermagem
- Gestão de Políticas Públicas em Saúde
- Aspectos Éticos e Legais da Gerência em Enfermagem
- Planejamento Estratégico em Saúde
- Sistema de Informação em Saúde
- Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde
- Gestão Organizacional na Rede Básica
- Gestão do Potencial Humano
- Gestão de Recursos Materiais (Projeto Político -Pedagógico, 2010).

Seção 9 - CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA DO CURSO

Este curso faz opção por metodologias pedagógicas dialógicas de ensino-aprendizagem, que se baseiam em premissas essenciais de que o estudante é um sujeito ativo do processo de construção coletiva do conhecimento. O respeito e o resgate dos saberes prévios dos sujeitos constituem um dos princípios pedagógicos utilizados, assim como a utilização dos processos de trabalhos reais vivenciados pelos estudantes – trabalhadores (Ceccim, R.B, Feuerwerker, L.C.M, 2004).

Nesta concepção, o processo de construção e implementação do curso baseia-se em diversos recursos de aprendizagem: material didático, orientação tutorial presencial e a distância, tutores especialistas, orientadores de aprendizagem, Ambiente Virtual de Aprendizagem, acompanhamento acadêmico-pedagógico e sistema de avaliação formativo.

No empenho de promover o melhor ambiente para a interação, o curso oferece o acesso a várias mediações e ações didático-pedagógicas comprometidas com os objetivos, referenciais teórico-metodológicos e fundamentos pedagógicos, por exemplo: materiais impressos, vídeos, teleconferência, Ambiente Virtual de Aprendizagem/MOODLE, telefone, correio eletrônico, listas de discussões, portfólio reflexivo, fóruns de debate, atividades/ exercícios, situações-problema, construção individual e coletiva de relatório analítico, trabalho de conclusão de curso gerado a partir do contexto e do processo de trabalho do especializando, construído desde o início do curso e priorizando projetos de intervenção nos municípios de origem dos estudantes-trabalhadores.

O material didático será disponibilizado em diferentes meios (impresso, CD, DVD, Web) e assume o papel de fio condutor de todo o processo de ensino-aprendizagem. O material foi produzido visando possibilitar o desenvolvimento da autonomia

de cada especializando.

9.1 A Tutoria

O tutor tem como função fundamental mediar a relação pedagógica e facilitar o processo ensino-aprendizagem em momentos presenciais e no ambiente virtual. O corpo de tutores é composto por profissionais com experiências no campo da saúde da família, ou saúde coletiva e na formação de recursos humanos a distância. Foram devidamente selecionados para este curso no mês de abril de 2010.

9.2 Funções do Tutor

O Tutor tem como atribuições gerais:

- Auxiliar o estudante-trabalhador na compreensão dos objetivos do curso, de sua estruturação e da metodologia a distância;
- Conhecer o Projeto Pedagógico do Curso, sua organização, estrutura e funcionamento, o material didático dos módulos e o sistema de tutoria ;
- Orientar o aluno, enfatizando a autonomia, a responsabilidade e a autoimagem positiva;
- Orientar os estudantes na utilização de recursos virtuais colocados à disposição pela Coordenação do Curso, disponibilizando horário de atendimento presencial não inferior a 4 (quatro) horas por semana no município de sua residência;
- Providenciar, juntamente com o Colegiado de Curso, Orientadores de Aprendizagem, demais tutores e o Coordenador de Polo, a logística necessária à realização de eventos presenciais no Centro de Apoio do Polo Presencial, incluindo as avaliações;
- Participar da aplicação das avaliações presenciais previstas no calendário acadêmico;

- Manter contato com o Orientador de Aprendizagem ao qual está ligado diretamente, informando-o sobre o desenvolvimento dos estudantes, as dificuldades encontradas, e a pertinência e adequação dos materiais instrucionais, das atividades de aprendizagem e do sistema de comunicação;
- Encaminhar relatórios ao seu Orientador de Aprendizagem de acordo com solicitação;
- Subsidiar a avaliação do material didático e do ambiente de aprendizagem, sugerindo mudanças para a melhoria de sua eficiência;
- Contribuir na articulação do curso com as Gerências Regionais de Saúde e os gestores municipais de saúde e de educação dos municípios de origem dos estudantes-trabalhadores do curso (Fiocruz, 2005).

A Tutoria deverá prestar apoio aos estudantes no processo de aprendizagem e, para isso, ela própria deverá analisar criticamente todo o material disponibilizado entre cadernos de estudo e referencial bibliográfico dos módulos. É necessário aprofundar as bases conceituais para problematizar os temas com os estudantes e apoiá-los, a partir de suas vivências e estabelecer conexão com o referencial bibliográfico para à partir disso ampliar a visão a respeito dos fenômenos estudados (Curso de Ativadores, 2004).

Para auxiliar os estudantes, recomenda-se a leitura dos passos para o estudo da pedagoga Nereide Saviani (2007), professora da PUC - SP, entre outros referenciais.

VAMOS ANOTAR!

Passos para o estudo:
- Ler integralmente e com visão de conjunto;
- Identificar o tema;
- Destacar ideias principais;
- Localizar argumentos, justificações, fatos, exemplos

ligados às ideias principais;

- Anotar dúvidas, impressões, associações etc, bem como passagens que chamaram atenção;

- Formular questões cujas respostas se encontrem no texto e/ou questões por ele suscitadas;

- Resumir – construir um texto curto, que contenha as ideias mais importantes;

- Esquematizar – elaborar um quadro ou sinopse que permita visualizar a estrutura, o planejamento do texto, expondo suas ideias centrais;

- Interpretar – comparar/associar as ideias do autor (com as pessoais; com outras do mesmo autor; com as de outros autores);

- Criticar – formar opiniões próprias, fazer apreciações e juízo pessoal do texto.

Todos os passos acima devem fazer parte do portfólio reflexivo do estudante. Este material apoia a aprendizagem, auxilia o tutor na análise do percurso dos estudantes e apoia e sustenta o trabalho de conclusão de curso que será desenhado desde o início do curso (Bordenave, J.D, 1994).

Cada um dos módulos possui uma ementa, um conjunto de conteúdos centrais, bem como os objetivos pretendidos para a aprendizagem dos estudantes trabalhadores. A metodologia trabalhada será a de apresentação de situações - problema, algumas construídas por autores/ docentes deste curso, outras construídas por autores/docentes de outros cursos que compõem o conjunto da educação permanente de profissionais de saúde para o SUS. Cada módulo trabalhará, em torno, de 1 a 3 problemas, a depender da extensão e composição dos conteúdos curriculares.

As situações-problema contemplam o contexto biopsicossocial em maior ou menor grau, devendo ser trabalhadas igualmente nos diferentes grupos de aprendizagem.

Cada Tutor terá um grupo de 20 (vinte) estudantes trabalhadores sob a sua responsabilidade e que deverá estar composto pelos diferentes profissionais da estratégia de saúde da família.

As situações devem cumprir o papel de disparadoras do processo de reflexão e de teorização no grupo e o conteúdo pretendido pelo módulo. A Figura 5 apresenta a estratégia da utilização de uma situação-problema. Devem ainda favorecer a relação entre a realidade vivida pelos participantes do grupo e o conteúdo pretendido pelo módulo.

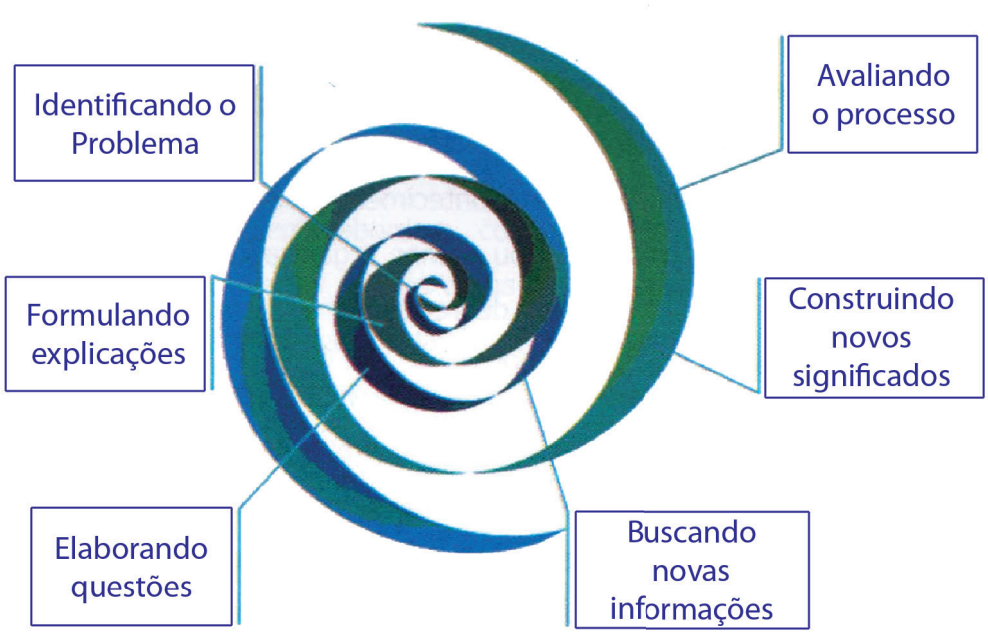

Figura 5 - Situação-problema: Estratégias para utilização

A exploração das situações-problema deve objetivar:

- a explicitação dos saberes prévios do grupo frente à situação apresentada;

- a identificação de necessidades de aprendizagem, visando ao desenvolvimento de capacidades para melhor enfrentar a situação apresentada;

- a construção de novos significados e saberes que possibilitem o desenvolvimento de competência na área da saúde da família.

A Dinâmica do trabalho no pequeno grupo a distância:

O tutor, através do Ambiente Virtual de Aprendizagem, apresenta ao grupo uma situação-problema e abre um fórum de debates para esta situação com agendamento de processamento desta situação, ou seja, com data de início e finalização da discussão.

A partir da reflexão sobre uma dada situação, o desenvolvimento do trabalho em pequeno grupo, deve permitir que todos os membros expressem seus saberes prévios, buscando identificar os problemas que são tratados na situação. O grupo deve formular hipóteses sobre a explicação do problema e elaborar questões de aprendizagem direcionadas a checar e/ou fundamentar as hipóteses levantadas. A busca e a discussão dessas novas informações, orientadas segundo as questões de aprendizagem, permitem a teorização e a construção de novos significados.

1 - Identificando o problema
2 - Formulando explicações
3 - Elaborando questões de aprendizagem
4 - Buscando novas informações
5 – Construindo novos significados
6 – Avaliando o processo

O esquema de representação do processo ensino-aprendizagem a partir da exploração de situações-problema busca traduzir o movimento em espiral que se desenvolve no

trabalho coletivo do grupo.

É importante o estabelecimento de um contrato de trabalho do grupo com o tutor, visando estabelecer os critérios que nortearão a participação de todos e a avaliação do processo e dos produtos esperados e obtidos. Esses critérios deverão sempre estar em consonância com as normas estabelecidas no sistema de avaliação do curso.

As questões de aprendizagem devem orientar a busca de novas informações. Para tanto, embora possam ser produzidas ao longo do curso, o grupo deve selecionar aquelas que considerem fundamentais para que todos estudem e que serão objeto de discussão no fórum virtual de aprendizagem. A elaboração das questões precisa ter redação clara, dando preferência à formulação de perguntas que requeiram análise ou avaliação.

Seção 10 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) deverá ser construído processualmente. O processo de construção terá início logo no início dos módulos e deverá ser aprofundado no decorrer dos estudos e atividades.

O TCC poderá ser apresentado em uma ou mais linguagens, meios ou formas: relato de experiência vivenciada no âmbito da área de abrangência da ESF; aprofundamento de uma reflexão já realizada em uma das atividades do curso; produção de documentário em vídeo e/ou DVD voltado aos interesses da estratégia de saúde da família; elaboração de artigo científico resultante de trabalho desenvolvido no decorrer do curso e projeto de intervenção no território de abrangência do estudante trabalhador, que tenha como origem um problema real capturado no contexto real.

O trabalho de conclusão de curso permitirá ao especializando conhecer o processo do desenvolvimento científico, através de formação conceitual e conduta em pesquisa, além de proporcionar ao estudante possibilidade

de levantamento de dados, consulta bibliográfica, redação científica de acordo com as normas da ABNT e investigação científica em área específica.

O TCC deverá ser inovador e contribuir para resolução de problemas diagnosticados na área de trabalho do especializando. O projeto deixará de ser estéril e servirá para estimular a pesquisa no ambiente de trabalho.

É importante que o Portfólio individual de cada estudante seja permanentemente atualizado, pois este servirá de registro para a elaboração do TCC e apenas desta forma ele poderá ser realizado de forma processual durante todo o curso.

O TCC será apresentado presencialmente em encontro realizado no final do Curso no seu grupo tutorial (Fiocruz, 2005).

Seção 11 - O SISTEMA DE AVALIAÇÃO, CONCLUSÃO DO CURSO E CERTIFICAÇÃO

A proposta de avaliação deste curso pressupõe uma avaliação formativa dos especializandos, dos tutores, de todos os envolvidos no processo, da organização curricular e do curso como um todo. Objetiva identificar as fortalezas e fragilidades do processo de ensino-aprendizagem.

A perspectiva formativa da avaliação enfatiza o processo, as atividades individuais e de grupo. Ela considera a trajetória pessoal do especializando numa perspectiva inclusiva. Assim, ela será sensível, contextualizada em sua responsabilidade, flexível em sua estrutura metodológica, dinâmica em relação a si mesma e criativa na integração de todos esses elementos ao desenvolvimento do curso como um todo (Hartz, Z. M. Araújo, 1999).

O Sistema de avaliação utilizado neste curso tem característica permanente. Ele deve produzir informações para os estudantes e demais atores envolvidos neste projeto,

autores, orientadores de aprendizagem, tutores, colegiado gestor, instituições promotoras e parceiras do curso.

O especializando será considerado concluinte se alcançar no mínimo o conceito C em cada um dos módulos temáticos frequência igual ou superior a 75%. Também deverá alcançar minimamente o conceito C no Trabalho de Conclusão de Curso. O especializando não será considerado concluinte se obtiver algum conceito D.

Conforme descrito no anexo à resolução nº 95/2005-COPP/UFMS, no art. 31, o rendimento escolar de cada aluno será expresso em notas e conceitos de acordo com a seguinte escala: (disponível na biblioteca do módulo 1 no ambiente)

I - de 90 a 100 - A (Excelente)
II - de 80 a 89 - B (Bom)
III - de 70 a 79 - C (Regular)
IV - de O a 69 - D (Insuficiente)

As atividades que serão avaliadas são as seguintes:

- as atividades presenciais e a distância;
- o uso da tecnologia;
- participação e desempenho nos fóruns de discussão;
- envio de trabalhos solicitados dentro do prazo e pertinentes aos objetivos propostos;
- análise do portfólio reflexivo individual das atividades realizadas;
- coolaboração nos trabalhos coletivos no grupo;
- levantamento de dados no seu território de trabalho.

A certificação do curso será conferida pela UFMS na forma da legislação vigente. Acompanhará o certificado o histórico escolar, com duração, carga horária e a nota/conceito obtida em cada unidade de ensino/módulo, título e nota obtida no TCC.

11.1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:

O Curso irá trabalhar com instrumentos específicos para registro e sistematização desse processo.

Seção 12 - PORTFÓLIO REFLEXIVO

O Portfólio Reflexivo é um recurso de aprendizagem, geralmente utilizado para o registro pessoal permanente do movimento interno que ocorre no estudante com relação ao seu processo de aprendizagem. Este registro deve sempre estar acompanhado de uma reflexão avaliativa do próprio estudante e também das considerações de seu tutor.

O Portfólio Reflexivo deverá ser construído no recurso denominado WIKI, no MOODLE, por ser considerado um ambiente de muita flexibilidade e de fácil acesso.

Cabem nos registros do Portfólio, as sínteses individuais e de grupo feitas nos debates dos Fóruns de aprendizagem; levantamento de dados e análises realizadas dos contextos de prática local de cada estudante; iniciativas e ações orientadas das práticas de atenção básica nos contextos locais e quaisquer outros registros considerados importantes no processo de formação do estudante, incluindo as orientações do tutor e avaliações.

Também este recurso será considerado uma base significativa para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, pois desta forma utilizar-se-ão elementos construídos no decorrer de todo o percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORDENAVE, J.D. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: 1994. [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da Área da Saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.]

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Multiplica SUS*: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. ROSSI, Silvana Solange (Org.) *et al*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNA-SUS. Documento de Referência 07- Diretrizes para Adesão Institucional, 2009.

CECCIM, R. B. FEURWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5): 1400-1410, set-out, 2004.

Fundação Oswaldo Cruz- Brasília/ Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do Especializando do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):341-353,1999.

HOLMBERG, B. Distance Education. NY: Nichols Publishing Co., 1977.

MARTINS, O. B.; SÁ, R. A. Fundamentos e Políticas de Educação a Distância. In: MARTINS, O. B., POLAK, Y. N. S., KRELLING, P. C. L. (Org.). A educação a distância na Universidade Federal do Paraná: novos cenário e novos caminhos. Curitiba, 2000, p. 17-59.

MOODLE – www.moodle.org. Acessado em abril de 2010

MOORE, M. e KEARSLEY, G. Distance education: a systems view. Belmont (USA): Wadsworth Publishing Company, 1996.

MORAN, J. M. Interferências dos meios de comunicação no nosso conhecimento. Revista Brasileira de Comunicação, São Paulo, v. 17, n. 2, jul./dez. 2002.

NEAD-UFPR – Núcleo de Educação a Distância – UFPR – Curso de Capacitação de Tutores em EAD – 2007

NEDER, M. L.. Avaliação na educação a distância: significações para definição de percursos. In: PRETI, Oreste (Org.). Educação a Distância: inícios e indícios de um percurso. Cuiabá: UFMT/ NEAD/IE, 1996.

NUNES, Ivônio Barros. Noções de educação a distância. 1992. Disponível em: <http://www.ibase.org.br/~ined/ivoniol. html>. Acesso em: 25 fev. 1997.

OTTO, Peters. In: NUNES, Ivônio B., Noções de educação a distância. 2002 URL: http://www.ibase.org.br/~ined/ivoniol. html. (acessado em 25.02.1997)

Projeto Político-Pedagógico do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância para Mato Grosso do Sul, 2010.

Resolução n. 95/2005- COPP/UFMS

MÓDULO 2

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ORGANIZADOR

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Sobre a Organizadora:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Coordenação pedagógica do Curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da Família.

Médica, pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), especialista em Saúde da Família, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). Preceptora do curso de Medicina da Universidade Uniderp- Anhanguera, Especialista em Medicina do Trabalho, pela Universidade de São Paulo.

Com o Movimento da Reforma Sanitária conseguimos colocar na Constituição Brasileira a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do poder público. Ao responsabilizar concomitantemente os três entes federados, estava estabelecida a solidariedade tripartite.

Entretanto, a extensa normatização infraconstitucional fragmentou esse processo na concretude das competências compartimentalizadas, o que levou à retomada das discussões nos últimos anos e à celebração de um novo Pacto pela Saúde.

Um Pacto que reafirma o compromisso de todos com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde reconhece a importância das ferramentas de gestão e aponta uma série de metas sanitárias capazes de impactar positivamente as causas de adoecimento e morte dos brasileiros.

Nessas metas, que compõem o Pacto pela Vida, figura o fortalecimento da atenção básica, reconhecendo seu papel de norteador do modelo de atenção e base sólida para a organização das redes regionalizadas, capazes de garantir o acesso e a integralidade.

A estratégia de saúde da família foi priorizada, no Brasil, como a melhor forma de operar a atenção básica; é pautada por princípios organizativos que promovem o vínculo e a responsabilidade das equipes com as condições de saúde da população do seu território de atuação.

São eles a própria territorialização, o acolhimento, o trabalho multidisciplinar, a educação permanente, a adesão às praticas sanitárias inovadoras que levem em conta os determinantes sociais da saúde e, consequentemente, a intersetorialidade.

É por tudo isso que a capacitação das equipes de saúde da família assume importância inquestionável, ainda mais nos moldes do presente Curso de Pós-graduação que utiliza a metodologia do ensino a distância, conseguindo atingir maior número de profissionais e afastá-los do local de trabalho o

mínimo possível.

Desejamos que os conteúdos aqui apresentados contribuam para a adequação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família que atuam em Mato Grosso do Sul e para tornar nossa atenção básica em saúde, acolhedora, oportuna e resolutiva, como sem dúvida merecem todos os sul-mato-grossenses.

Um ótimo Curso a todos!

Beatriz Figueiredo Dobashi.
Secretária Estadual de Saúde.

INTRODUÇÃO

Caro especializando:

Vamos iniciar o **Módulo 2**, o **Processo de Trabalho em Saúde da Família**, no qual serão discutidos o processo de trabalho e suas peculiaridades na estratégia de saúde da família, construindo conhecimentos que possam instrumentalizar sua prática, para que você possa desempenhar junto a sua equipe o trabalho de forma a buscar a integralidade do cuidado para sua população. O contexto de nosso curso é o seu trabalho, realizado dentro de sua equipe. Procure refletir e transportar os conceitos aqui discutidos para o seu cotidiano para que as ações desenvolvidas por sua equipe de saúde venham a efetivar a melhoria de qualidade de vida da sua população.

Diante disso, esperamos que, ao final deste módulo, você seja capaz de:

- Identificar os elementos envolvidos no processo de trabalho em saúde e seus papéis.
- Analisar como é realizado o trabalho em sua equipe.
- Identificar os determinantes que levam o indivíduo a adoecer.
- Identificar e aplicar as ferramentas apresentadas para dar resolutividade às necessidades da área adscrita.

Para apoiá-lo no alcance desses objetivos, organizamos o Módulo 2 em três partes: na primeira,discutiremos o processo de trabalho e suas especificidades na estratégia de saúde da família; ainda nesta parte será iniciada discussão de modelos assistenciais. Na segunda parte, iremos discutir a respeito dos determinantes sociais de saúde e sua importância na atenção à saúde. Na terceira parte iremos enfocar as ferramentas para abordagem individual e familiar; nesta parte iniciaremos a discussão a respeito de promoção à saúde, porém esse tema será debatido com maior intensidade no módulo que trata especificamente de Promoção à saúde.

SEÇÃO 1 – PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1 - Introdução

O SUS está embasado nestes princípios: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular, tendo estabelecido como porta de entrada do sistema a atenção básica.

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde já superou diversos desafios. Inicialmente foi necessário ampliar o acesso, em seguida assegurar a descentralização, transferindo a gestão da saúde aos municípios. No contexto da Atenção Básica de Saúde, a melhoria da qualidade aponta para a reorganização das ações, delineadas a partir do conhecimento da realidade local, das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades (BRASIL, 2006).

O SUS preconiza em seus princípios organizadores a descentralização do serviço e a participação popular, a fim de tornar mais equânimes as ações das equipes de saúde. São necessárias as diretrizes para nortear o trabalho das equipes de saúde, porém é necessário delegar a elas o seu real papel, no que diz respeito às suas responsabilidades pelo seu território. Assumir a responsabilidade por um território implica conhecê-lo de forma ampliada- sua história, o povo que ali constrói seus sonhos, suas necessidades.

Deverão ser respeitados os indicadores pactuados pelo município, mas sem deixar de atender as necessidades e particularidades desta comunidade. A programação vertical dos serviços centrais, quer pelo Ministério da Saúde, quer pelas Secretarias Estadual ou Municipal, não privilegia a realidade local, dificultando a implementação de ações desenvolvidas para atender a uma determinada comunidade, desconsiderando o fato de que as comunidades são únicas em suas particularidades, com problemas específicos. Faz-se necessário que as Equipes de

Saúde da Família ouçam a comunidade e delimitem ações que respondam aos problemas encontrados e, ao mesmo tempo, consigam atender as ações pactuadas; que as equipes de saúde, secretaria municipal de saúde e comunidade dialoguem e tracem as metas a serem alcançadas, a partir das prioridades locais; que a reflexão e análise sejam uma constante nos serviços locais. Desta forma é possível tornar todos os atores co-responsáveis pela execução das ações e avaliação dos resultados.

O Programa de Saúde da Família (PSF), concebido como uma estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, busca a complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas, preventivas e de promoção em saúde, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados em uma dada população adscrita. Tem como princípios a atenção centrada na família, o trabalho em equipe, a adscrição de clientela, o território definido, a co-responsabilização, a resolutividade, a intersetorialidade, a integralidade e o estímulo à participação popular. Contudo, é observado que este conjunto de ações ainda não são completamente incorporadas à prática das equipes, e que ainda não conseguem transpor os limites da unidade e do território para realizar a atenção à saúde de sua clientela, predominando as práticas assistenciais tradicionais. Hoje, como veremos mais adiante, o programa passa a ser redefinido como Estratégia de Saúde da Família.

Você pode constatar isso tanto nos atendimentos de sua unidade, onde a demanda por consultas é diária (serviço), quanto na forma de avaliação de sua atuação, centrada na produtividade (gestão), assim como na estruturação dos programas ministeriais que ainda são fragmentados e prescritivos. Você terá oportunidade de discutir os princípios da estratégia de saúde da família no módulo 4, mas desde já comece a observar mais como se realiza a atenção à saúde em sua unidade de saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica foi regulamentada pela portaria GM 648 em 28 de março de 2006. Ela define os princípios gerais para atenção básica, os papéis e responsabilidades de cada esfera do governo, entre outras definições, além de expressar os princípios gerais da saúde da família, que passa a ter caráter substitutivo em relação à rede tradicional, atuação proativa, segundo diagnóstico situacional, integrado à comunidade. Define também os indicadores de acompanhamento no Pacto de Atenção Básica de 2006, priorizando as áreas estratégicas de atuação: saúde da criança, mulher e idoso, controle de hipertensão, diabetes mellitus, eliminação da tuberculose e da hanseníase, saúde bucal, controle da desnutrição infantil e promoção à saúde (BRASIL, 2006).

1.2 - Por que discutir o Processo de Trabalho em Saúde da Família na estratégia de saúde da família?

Você já parou para pensar como se dá o processo de trabalho em sua prática diária? Ou você nem tem tempo para parar e discutir com sua equipe? Esta é a realidade: todos trabalham sem parar para tentar dar uma resposta à comunidade, e esta sempre está reclamando. Você e sua equipe, com certeza trabalham (e muito) e parece que nunca há mudança do perfil epidemiológico, os resultados nunca são satisfatórios. E o que dizer daqueles indicadores pactuados pelo seu gestor, que você nem sabe muito bem de onde sairam? A pressão é constante e você se pergunta: Adianta continuar tentando?

Existem diversos fatores que dificultam o cumprimento dos princípios doutrinários apontadas pelo SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Social. Iremos discutir alguns aspectos que dificultam a atenção integral à saúde. Dentre eles, começamos a citar a formação acadêmica, que é

centrada no atendimento às doenças, no modelo assistencial, que é centrado no atendimento de doentes, na gestão que ainda avalia as ações na produção de serviços, e ainda, na falta da cultura da reflexão a respeito do modo como é exercido o trabalho, dentro dos serviços de saúde. Pode-se citar ainda, o comportamento do próprio usuário que, por razões históricas da falta de resolutividade e a excessiva especialização dos profissionais, tornou-se um consumidor de consultas e exames.

Antes de começarmos a discutir processos de trabalho, abordaremos inicialmente o tema "modelo assistencial", para que você possa perceber que efetivar a atenção básica não é tão simples quanto parece, mas o caminho é este: adquirir conhecimentos para ter elementos que permitem levar à reflexão, que estimulem a mudança das práticas em saúde.

Vamos pensar um pouco a respeito do modelo assistencial que ainda predomina na atenção à saúde. Modelo assistencial delimita o formato no qual são organizados os recursos físicos, financeiros, tecnológicos e humanos com o objetivo de prestar assistência à saúde. O modelo de assistência, ou modelo de atenção à saúde modifica-se de acordo com o momento histórico e com as necessidades que o país esteja enfrentando. Como é citado por Silva Júnior e Alves (2007), o modelo adotado varia segundo a concepção do conceito de saúde, das políticas implantadas, das tecnologias e dos recursos disponíveis para resolução de problemas.

Historicamente, o Brasil adotou diversos modelos, todos baseados nas necessidades do momento e nas reivindicações políticas. Inicialmente, sanitarista, com campanhas para erradicação de endemias, passando pela fase da industrialização com a reivindicação dos funcionários, tendo sido criada a Caixa de Aposentadoria e Pensões, posteriormente, em 1930, os ambulatórios para atenção a programas específicos, tais como vacinação, puericultura, pré-natal, controle de Tuberculose e Hanseníase entre outros. Aqui são institucionalizados os

programas verticais, usando a epidemiologia para definir as doenças a serem controladas, não levando em conta o meio ambiente ou contexto social no qual o indivíduo estava inserido. Como você pode notar, a prática da verticalidade vem de longa data, portanto não é tão fácil mudar. Outra característica que ajudou a moldar nossos costumes atuais foi o fato de que os programas existentes eram destinados ao atendimento dos indivíduos de classe econômica menos favorecida, sendo a população abastada atendida nos consultórios particulares.

Nas décadas de 40 a 50, foram adotadas as práticas voltadas ao modelo biomédico, centrado no atendimento às doenças e no hospital. O modelo adotado inclusive serviu de referência para a reforma das faculdades de medicina, delimitando as competências dos profissionais de saúde voltadas exclusivamente ao saber científico, com pouca ênfase no indivíduo. Este é o modelo Flexneriano (1911), que ainda permeia os currículos principalmente das escolas médicas. A assistência passou a ser feita a partir dos hospitais públicos e universitários.

Neste período, começa a predominar o uso das tecnologias duras, com pouco envolvimento das tecnologias leves, relacionais. Devemos nos lembrar que, na área de saúde, o uso de tecnologia é necessário, porém não substitui as ações de relação indivíduo/ indivíduo, levando, por um lado, à utilização desordenada e pouco refletida das tecnologias duras e, por outro, à insatisfação da clientela e hiperutilização dos serviços de saúde em busca de repostas às suas ansiedades.

Na década de 70, passa-se a discutir a necessidade de mudanças na assistência à saúde no país, discute-se a implantação de um sistema de saúde que tivesse a competência de proporcionar ao indivíduo uma assistência integral, o que eliminaria as iniquidades observadas no tipo de assistência à saúde que era prestada até aquele momento. Muitos de nós vamos nos lembrar daquela frase no atendimento dos hospitais

– “o paciente é indigente ou não?” Creio que esta frase já era o suficiente para discutir uma política pública em que todos tivessem acesso a um serviço de qualidade, em que todos seriam respeitados como cidadãos. As discussões se polarizaram, prevalecendo as propostas que privilegiavam a racionalização do uso de tecnologias na atenção médica e gerenciamento eficiente, sendo que a mais difundida foi a medicina comunitária. Esse debate se dividiu em duas frentes aqueles que caracterizavam a medicina comunitária como “medicina pobre para os pobres”, e outros que viam a proposta como estratégia que permitiria o acesso de toda a população à saúde. Como você pode ver, nasce um novo (pre)conceito-medicina para os pobres, que ainda podemos detectar no exercício da função, até mesmo pela população que assistimos.

Essas discussões ganharam corpo durante aquela década, levando à Reforma Sanitária na década de 80, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram delimitadas as diretrizes que se transformaram em leis a partir da Constituição de 1988, na Lei Orgânica 8080/90 e 8140/90, transformando-se nos objetivos a serem alcançados pelo sistema de saúde: acesso universal ao sistema, integralidade nas ações, equidade e participação popular.

Na década de 90, foi implantado o Programa de Saúde da Família, que pretendia reorientar a assistência à saúde, a qual ocorreria de forma hierarquizada, sendo organizada a partir de unidades de saúde, com menor complexidade tecnológica, até o serviço terciário, os hospitais, com alta densidade de tecnologias duras. Contudo esta organização pretendida não ocorre desta forma; na prática muitos usuários acessam o sistema pela rede terciária, na dependência da necessidade apresentada.

São muitos os motivos que levam ao não funcionamento dessa hierarquia de serviço, dentre eles a banalização da atenção básica, que tem baixa concentração de equipamentos - devemos nos lembrar que historicamente é muito difícil

quebrar conceitos, tais como a assistência voltada somente ao tratamento das doenças. O serviço terciário (hospitais)continua a ter maior valoração devido ao uso de tecnologias duras- com maior concentração de equipamentos, mesmo porque como há risco de morte dos pacientes atendidos neste nível, são necessárias tecnologias que permitam realizar o diagnóstico, com maior agilidade. (Silva Jr. e Alves)

Outro fator que entrava a resolutividade da atenção básica é a chamada retaguarda assistencial. Houve um incremento de unidades de saúde da família em todo o país, aumentando a cobertura populacional, porém não ocorreu, de forma proporcional, o aumento do número de serviços que auxiliam no diagnóstico, como laboratórios, serviços de imagens e outros, perpetuando, desta forma, a dificuldade de dar credibilidade à proposta da atenção básica como porta de entrada do serviço.

É fundamental que esta estrutura hierarquizada deixe de ser uma pirâmide e se torne uma rede de assistência à saúde, com responsabilização dos cuidados nos diversos níveis, através do acolhimento humanizado, da referência e contra-referência efetivadas e da mudança de postura dos atendimentos em especialidades, que ainda é fragmentado, centrado na patologia, com pequena ênfase no sujeito que recebe a atenção.

Outro aspecto que precisa ser resolvido é a própria gestão dos serviços, na qual ainda há dificuldade para construção, com a população, das ações de atenção à saúde, dos mecanismos de avaliação dos serviços, que continuam sendo mensurados em número de consultas e procedimentos. As ações das equipes são determinadas pela gestão, com prescrição de indicadores rígidos, que muitas vezes não levam em consideração as características das populações assistidas pelas equipes.

Resumindo, o modelo assistencial hegemônico ainda é Flexneriano(biológico) e, como tal, suas práticas ainda são centradas na demanda espontânea para tratamento de

doenças, com pouca concentração na construção da autonomia do sujeito, que é visto como um ser passivo com pouca autonomia na resolução de seus problemas. Observa-se ainda baixa concentração nas atividades de promoção da saúde, no atendimento ao indivíduo, enquanto ser integral, inserido em uma família e ser ativo dentro de uma comunidade.

Como você pode ver, inúmeros são os fatores que levam à "chamada baixa resolutividade das equipes de saúde da família". O importante é saber que precisamos nos capacitar cada vez mais para executarmos nossas ações com bases científicas sólidas, com boa capacidade de aplicar as tecnologias leves e leve-duras, e, talvez o mais importante, ajudar o usuário a utilizar os mecanismos de voz do sistema – o controle social, através dos conselhos de saúde, para construir um sistema de qualidade, com a participação de todos.

Segundo Merhy (2004), há grande dificuldade de se encontrarem equipes de saúde alegres, seja por más condições de trabalho, baixa valorização profissional, ou por falta de governabilidade das ações. Precisamos voltar a ter a esperança de que conseguiremos estabelecer uma nova relação entre nós, em que prevaleça a dimensão do cuidado do indivíduo.

Acabei de ver uma publicação do Ministério da Saúde- "Saúde da Família", um retrato que traduz, de forma perfeita, o quanto já caminhamos, muitas vezes sem direções muito definidas, e o quanto é importante sim, estarmos nesta trajetória da saúde da família e trazer o brilho ao olhar dos indivíduos, inclusive aos nossos olhos.

Você pode acessar esse documento no seguinte link: www.saude.gov.br

1.3 - Definição de Processos de Trabalho

Processo: Ato de Proceder, ir por diante; seguimento, curso, marcha; sucessão de estados ou mudanças; maneira pela qual se realiza uma operação segundo determinadas normas,

técnica, método.

Trabalho: Atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual necessária para a realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; maneira de trabalhar a matéria, com manejo ou a utilização de instrumentos de trabalho. (Aurélio)

Processo de trabalho é definido como a forma com que se realiza o trabalho, tendo como elementos em sua realização, no caso específico dos serviços de saúde, o usuário, os profissionais de saúde, a gestão e a própria rede de serviços, com objetivo de chegar a um produto que é a saúde.

Veja o fluxograma a seguir:

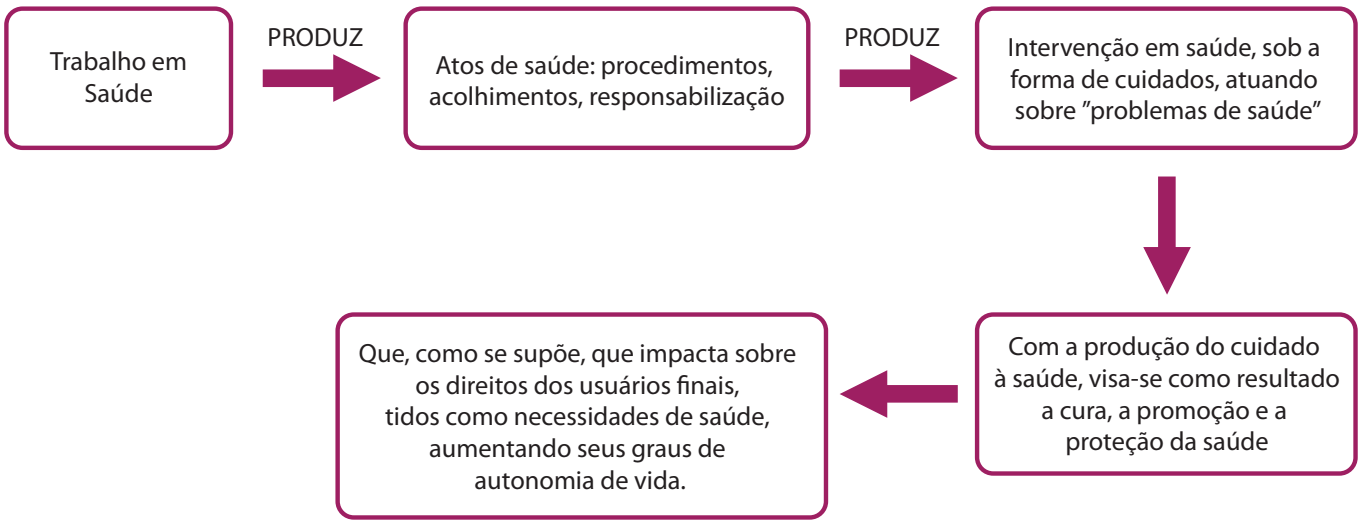

Figura 1: Retirado do texto de E. Merhy- A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.

Segundo Merhy (2004), a reflexão conceitual é parte integrante do trabalho, para que possa haver a compreensão do

que se está realizando, somente desta forma você passará a ser protagonista da ação.

O trabalho em saúde ainda é fragmentado. Este modelo se baseia no modelo de processos de trabalho de Taylor (1908), implantado desde o início do século vinte, a fim de se estabelecerem processos de trabalho, com maior produtividade, exercidos em tempos menores, de forma padronizada, fragmentando a produção de materiais, de forma que o indivíduo tenha uma baixa governabilidade sobre os processos de execução da ação. Este modelo, que foi inicialmente implantado nas indústrias, logo passou a ser adotado pelas empresas que prestavam serviços, dentre elas o serviço de saúde.

O serviço de saúde passou a adotar a fragmentação das ações, voltadas ao atendimento de doenças, centradas no saber técnico, com baixa interferência do sujeito que sofre o atendimento, e com baixa responsabilização sanitária. E essas ações são, fundamentalmente, avaliadas pela produção de serviços.

Ao se fazer um trabalho, gera-se um produto. Temos de um lado o executor do trabalho e as ferramentas, e do outro lado o usuário do produto, não havendo relação entre usuário e produtor do serviço. Na área de saúde isto é impossível, o produto final é o cuidado à saúde, havendo uma inter-relação dinâmica entre o trabalhador, as tecnologias e o usuário, gerando a elaboração partilhada do ato do cuidado à saúde.

Segundo este mesmo autor (Merhy, 2004), esta inter-relação no processo de trabalho desencadeia mudanças no produtor do cuidado e no usuário que vem em busca de soluções para seus problemas, e procura recuperar a autonomia sobre sua vida. Esta relação deve permitir a livre expressão dos seus partícipes. Aqui pode ocorrer um problema, que é verificado na prestação de serviços na área de saúde. Quando o cuidado não é centrado no usuário, seguindo a lógica de produção de atendimentos, não há espaço para esta construção entre

os atores, gerando, por um lado, frustração com as práticas realizadas, e por outro, a insatisfação do usuário com a qualidade do cuidado que sai da unidade de saúde sem a resolução das necessidades por ele sentidas. Na relação usuário/ profissional de saúde precisa ocorrer a corresponsabilização em torno do problema apresentado, fortalecendo vínculos e aceitação.

Em síntese:

Como você pode ver, o SUS propõe a reorientação do modelo assistencial, que era centrado na doença, na produção de procedimentos, no atendimento médico, para um modelo assistencial centrado no indivíduo e coletividade, através da reflexão sobre as rotinas de serviço que devem ser usuário centradas. O Programa de Saúde da família, no ano de 2006, passa a ser nominado como Estratégia de Saúde da Família, a fim de procurar garantir a integralidade das ações e a responsabilização pelo território. A mudança para denominação-estratégia- guarda em seu sentido todo um repensar e redefinição de trabalho, que deve ser planejado, voltado para a atenção de saúde de seu território. Porém, permanece ainda, prescritivo, no sentido de se cumprir a execução dos indicadores de saúde determinados no Pacto de Atenção à Saúde.

1.4 - Componentes do Processo de Trabalho[1]

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja ele, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra

1 Este texto é uma adaptação da Parte 1 – O Processo de trabalho, da Unidade Didática I- Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde do curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família,do Programa Ágora, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, feita pelos organizadores do presente caderno, por isso os créditos devem ser atribuídos aos seus autores - Horácio Pereira de Faria, Ivan Batista Coelho, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Max André dos Santos (2009).

forma, pode-se dizer que o trabalho em geral é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio de meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem um determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado for, mais difícil será refletir sobre ele.

Essas são características muito presentes na APS e na ESF. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

Em um processo de trabalho, **as finalidades ou objetivos** são projeções de resultado que visam satisfazer necessidades e expectativas dos homens conforme sua organização social em dado momento histórico.

Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais.

Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades.

Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos.

O conceito e o esquema geral dos processos de trabalho são oriundos da economia e ganharam utilidade especial na

análise de processos de trabalho específicos na ergonomia e na saúde do trabalhador, na engenharia de produção e na administração.

Vamos, a partir de agora, abordar, de forma mais detalhada, cada componente do processo de trabalho.

Objetivos ou finalidades

Todo processo de trabalho é realizado para se atingir alguma(s) finalidade(s) determinada(s) previamente. Pode-se dizer, portanto, que a finalidade rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho.

O objetivo do processo de trabalho é a produção de um dado objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho. Com esse produto, por sua vez, pretende-se responder a alguma necessidade ou expectativa humana, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades.

Deve-se destacar que, como todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e o estabelecimento desses fins ou objetivos é uma atividade de crucial importância. É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho.

Atualmente, em nossa sociedade, em quase todas as instituições, a definição das finalidades está quase completamente alienada, fora do poder de decisão dos trabalhadores que realizam as atividades produtivas diretas.

Quem define as finalidades são, geralmente, grupos restritos que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional. Talvez, por isso, seja comum nas análises dos processos de trabalho, omitirem este componente – o objetivo ou finalidade – em seus esquemas analíticos, tratando-o como um dado externo ao próprio trabalho. Essa é, em nosso

entendimento, uma visão equivocada e viciada, que pressupõe a impossibilidade de os trabalhadores deliberarem sobre o conjunto da produção social.

Meios e condições

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular. Os meios e condições de trabalho se combinam na realização do trabalho, por meio da atividade produtiva.

As ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente que permitem que o trabalho se realize; os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho, comumente chamados de meios intangíveis (ou tecnologias leve-duras e leves, na terminologia cunhada por Emerson Merhy) contribuem para a análise dos processos de trabalho em saúde; por fim, podemos considerar também as próprias estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para os rendimentos dos diversos tipos de trabalho.

Tecnologias de trabalho, segundo Merhy: 1- Centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de "tecnologias duras"; 2- Centradas no conhecimento técnico, chamadas de "tecnologias leve-duras"; 3- Centradas nas relações, chamadas de "tecnlogias leves".

Para conhecer melhor estes conceitos leia o artigo: Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves, de Emerson Merhy. Disponível em sua biblioteca.

Objeto

Todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios

e em condições determinadas.

Elementos físicos e biológicos ou mesmo elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho.

Agente ou sujeito

Todo processo de trabalho tem um sujeito – ou conjunto de sujeitos – que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação entre os meios e condições que realizam a transformação no objeto.

Deve-se considerar o agente do trabalho na complexidade de sua existência real. Nos processos de trabalho, muitas vezes, a atividade é realizada por apenas um indivíduo, embora, raramente, isso ocorra em todo o processo de trabalho. Trata-se, então, de um sujeito individual exercendo uma atividade ou um conjunto dado de atividades. Com frequência, no entanto, encontramos, nos processos de trabalho, atividades coletivas, conjuntas ou complementares de vários indivíduos. Nesse caso, falamos, normalmente, em trabalho de grupo ou de equipe.

A maior parte dos processos de trabalho, individuais ou de equipe realiza-se dentro de organizações sociais ou instituições especialmente constituídas para um determinado fim. Além disso, deve-se considerar que todos esses sujeitos são formados e desenvolvem suas atividades em uma sociedade determinada. Assim, os objetivos, bem como os procedimentos analíticos e operacionais de adequação de meios, condições e fins são estabelecidos e realizados em todos esses níveis (social, institucional, de equipe ou grupo e individual).

Portanto, dependendo da perspectiva de análise, o agente do trabalho pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade.

Objetivos existenciais ou sociais nos processos de trabalho

Até este ponto do texto, consideramos os objetivos

dos processos de trabalho sob um ângulo predominantemente técnico, da finalidade imediata do trabalho (produzir uma mesa, aplicar uma vacina, preparar uma comida etc.). Porém, todo processo de trabalho realiza também objetivos existenciais e sociais dos sujeitos nele envolvidos, objetivos estes que podem estar claros ou não para esses sujeitos.

Em primeiro lugar, o processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos humanos e, por isso, podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo trabalho. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um objetivo.

Aqui se incluem potencialidades e expectativas individuais que são sempre formadas ou desenvolvidas socialmente. Destaca-se que parte não desprezível dessa realização, assim como da produtividade do trabalho, deve-se às relações interpessoais nas equipes de trabalho. Dessa inter-relação também emergem objetivos diversos daqueles relacionados à realização dos produtos, que tecnicamente são o fim do trabalho da equipe.

Em segundo lugar, é claro que as instituições apresentam objetivos que vão muito além da simples realização dos produtos para os quais elas são designadas. Esses objetivos variam, certamente, com o caráter das instituições em questão. Um exemplo clássico é aquele das empresas privadas dentro das relações sociais capitalistas. Nessas condições, as instituições sempre têm como objetivo final não apenas a fabricação de um produto, mas também produzir certo volume ou percentual de lucro, ou conquistar certa posição no mercado. A realização de seus produtos ou serviços é, de fato, meio para atingirem tal fim. Do mesmo modo, dentro das instituições públicas, por meio das quais se realizam, por exemplo, os serviços públicos de saúde e educação no Brasil, há objetivos de interesse dos representantes políticos, tais como a conquista e a manutenção

de posições de poder nos diversos níveis institucionais: local, municipal, regional, estadual e nacional.

Por fim, todos esses objetivos ou expectativas individuais, grupais ou institucionais se dão numa determinada sociedade, que também produz (de uma maneira ou outra) objetivos ou expectativas, expressos, mais ou menos claramente, em padrões, valores e metas.

Nos níveis institucional e social é que se definem também as retribuições, as recompensas (salário, por exemplo) atribuídas aos diversos indivíduos, conforme suas posições na divisão do trabalho. Essas recompensas representam parcela significativa das condições de trabalho e, ao mesmo tempo, certamente, constituem parte dos objetivos dos agentes individuais nos processos de trabalho.

Pode-se concluir que todos os objetivos dos processos de trabalho são, portanto, estabelecidos por subjetividades ou complexos de subjetividades em diversos níveis de estruturação, que, como tal, funcionam como agentes, em sentido amplo, nos processos de trabalho.

Seção 2 - O PROCESSO DE TRABALHO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Esta seção tem como objetivo principal a discussão do processo de trabalho na atenção básica à saúde. São objetivos específicos desta seção: identificar as especificidades do processo de trabalho em saúde dentro do contexto de prestação de serviços; compreender as implicações destas especificidades no trabalho das Equipes de Saúde; compreender o papel do profissional de saúde dentro da especificidade do processo de trabalho em saúde.

Com a finalidade de organizar o texto de forma didática, buscaremos identificar, articular e contextualizar os elementos do processo de trabalho na realidade da prestação de serviços de

saúde e suas particularidades, refletindo ainda sobre o conceito de território. Nesse sentido, apresentamos o texto seccionado nas seguintes partes:

- As especificidades do processo de trabalho na prestação de serviços
- A noção de território
- Os agentes ou sujeitos
- Os objetivos e finalidades
- Os meios e as condições
- Os objetos e os produtos

Antes de considerarmos o(s) processo(s) de trabalho em saúde, abordaremos, rapidamente, algumas especificidades dos processos de trabalho na prestação de serviços em geral.

2.1 - Especificidades dos processos de trabalho na prestação de serviços

Em uma prestação de serviços, o que se pretende como produto não é a modificação de uma matéria-prima ou de uma matéria pré elaborada que resulte em um objeto útil para o consumo individual ou coletivo. Essa é a imagem que mais imediatamente vem à nossa mente ao pensamos no processo de trabalho quando ligado à produção de bens de consumo. Exemplificando: transformar a madeira em uma mesa.

Na prestação de serviços, o objetivo é a criação ou produção de certas condições ou estados para os indivíduos demandantes dos serviços. Por exemplo: prestar uma informação, cortar o cabelo, passar uma roupa.

Em alguns desses casos, realizam-se, portanto, modificações nos próprios consumidores do serviço. Nessas situações é preciso considerar que os consumidores do serviço são, também, direta ou imediatamente, sujeitos ou agentes do processo de trabalho, e são, ainda, em alguma dimensão de seu

ser, objetos desse mesmo processo de trabalho. Esses são os casos da saúde e da educação.

Por fim, deve-se considerar que, nos processos de trabalho, também os agentes são modificados pelo exercício de sua atividade produtiva e pelos resultados de sua produção. Esse fato se apresenta ainda mais intensa e diretamente na prestação de serviços, que se baseia em relações interpessoais entre o prestador do serviço e o usuário ou cliente, e cujo objetivo é alguma modificação sobre esse usuário ou cliente.

Nesse caso, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na formação da subjetividade desse usuário. O profissional não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos centrais e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e transforma nesse processo. A atividade produtiva é aí, então, direta e intensamente, produção de sujeitos, envolvendo os dois lados da relação: o usuário e o profissional. Assim é, como dissemos, na prestação de serviços em educação e saúde. Nesses casos, podemos dizer, portanto, que o próprio profissional é também, de modo direto, objeto no processo de trabalho.

Esperamos ter ficado claro que o processo de trabalho na prestação de serviços se diferencia em alguns aspectos do processo de trabalho na produção de bens (produtos). A seguir, veremos as especificidades da prestação de serviços na saúde e, particularmente, na atenção básica à saúde.

Vamos, agora, aplicar ao processo de trabalho em atenção à saúde o esquema do processo de trabalho, com a característica específica de ser uma produção de serviços e não de bens de consumo.

Entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços, conforme exposto anteriormente, destacamos uma que é pertinente ao trabalho em saúde:

O usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é

também um agente. Isso porque é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Por isso, é evidente que ele deve estar ativamente envolvido para que elas ocorram, fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, em mudanças de hábitos de vida (parar de fumar, emagrecer etc.). Ou seja, o objeto da ação também age.

Esse tema será retomado na Seção 3 deste módulo, quando discutiremos a determinação social da saúde e da doença.

Na prática clínica, isso quer dizer que, muitas vezes, as prescrições e orientações dos profissionais de saúde sempre passarão pelo crivo do usuário, que é, enfim, quem decidirá o que será ou não feito, com as orientações recebidas. Essa interação médico/paciente é pouco importante ou desprezível em urgências e emergências. Entretanto esta interação é essencial na atenção básica, principalmente no manejo de doenças crônico degenerativas, quando o indivíduo precisa se co-responsabilizar pelo seu tratamento. Principalmente quando se considera a mudança de aspectos comportamentais. Enfocamos a atividade médico paciente, porém isto se aplica também na abordagem dos outros profissionais; nós, os profissionais de saúde, temos que estruturar nosso atendimento em técnicas, como as metodologias ativas. É importante entender que o usuário/paciente tem algum conhecimento a respeito de sua doença, devemos ouvir o que ele sabe a respeito da doença e, a seguir, construir os conceitos corretos, desconstruir os mitos, para que se elabore um plano terapêutico compartilhado entre o profissional de saúde e usuário.

A APS, entendida como o componente primário de redes de serviço de saúde, é exercida atualmente em várias regiões do mundo, predominantemente por meio de um médico generalista, atendendo a uma população definida/vinculada. No modelo da ESF, a atenção é prestada por meio de uma equipe formalmente

constituída, que traz como peculiaridade a figura dos agentes comunitários de saúde, reforçando a abordagem comunitária. Outra característica importante da ESF é a definição de um território ou área de abrangência de cobertura de cada equipe, que se obtém pela vinculação de um número de pessoas de determinada área adscrita a uma equipe de referência. Aqui vale a pena abrir um parêntese e refletir sobre o significado da palavra território.

A noção de território

Estratégia fundamental na construção do SUS, a descentralização visa a uma melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país. Além disso, tem por objetivo, em cada local, conferir maior autonomia aos dirigentes e trabalhadores da saúde para, junto com a população, conhecer a realidade e, a partir desse conhecimento, planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, com adequação e eficácia, aos problemas e às demandas ali identificados. Assim, a partir da descentralização, desencadeiam-se os processos de regionalização e de municipalização da saúde. Com a efetivação da regionalização e, principalmente, da municipalização, alguns conceitos vêm sendo estudados e desenvolvidos no esforço de subsidiar o planejamento e a organização dos serviços de saúde, tais como: os de território, de área de abrangência.

Mais recentemente, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto da Saúde, surgiram os conceitos de município polo, micro e macrorregiões assistenciais. Todos eles têm, como base, o conceito de "território", que constitui um elemento fundamental à compreensão dos modelos de atenção. Por território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas também um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas

pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única (SANTOS, 1990). Esse processo definiu, e vem definindo, ao longo do tempo, uma sociedade com classes sociais diferentes, com diferentes culturas, condições de vida e de acesso aos serviços, inclusive aos de saúde. Essas diferenças geram maiores ou menores oportunidades de as pessoas estarem sadias ou doentes. Geram, ainda, formas diferentes de se sentirem sadias ou doentes (SANTOS, 1990; DONATO,1990; WERNECK, 1998).

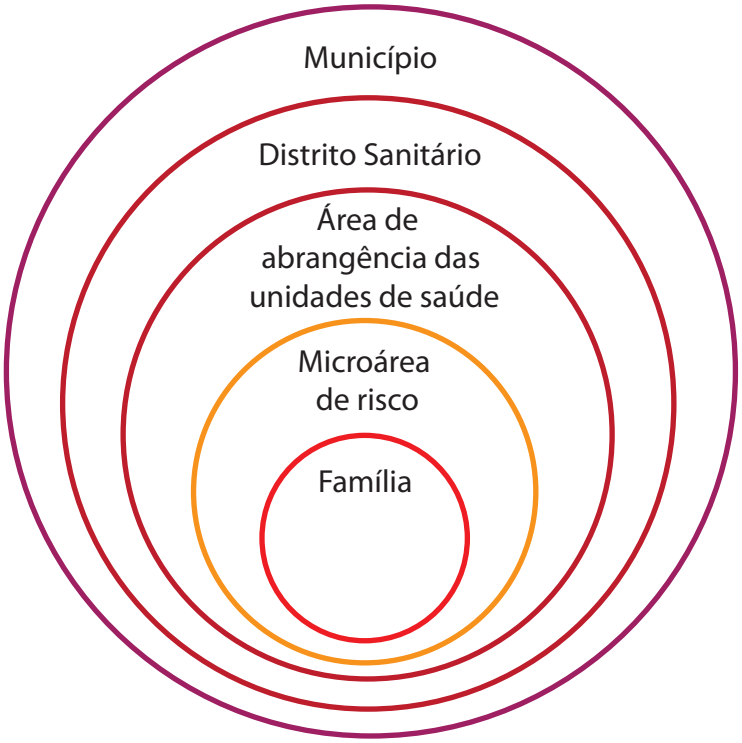

Figura 2: Territorialização dos Problemas e das ações de saúde do município. Retirado: SUS, Modelos Asssitenciais e Vigilância da Saúde.

Assim, se a saúde das pessoas, em um dado local e em um dado momento, é determinada pelas diferenças anteriormente

citadas, a organização dos serviços de saúde deverá sempre levá-las em conta, para que os diagnósticos (dos riscos e danos), a definição das prioridades e das formas de atuação sejam mais justas, adequadas e eficazes. Os serviços não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica quando da ocorrência de doenças. É preciso conhecer onde, em quem, com que frequência e como e por que as doenças ocorrem. É necessário conhecer as condições em que vivem as pessoas acometidas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção dessas enfermidades.

Os agentes ou sujeitos

Na apresentação dos elementos do processo de trabalho, começamos pelos objetivos porque eles funcionam como projeções que dirigem toda a realização dos processos de trabalho. No entanto, vimos que esses objetivos são formulados por pessoas, grupos, instituições ou sociedades que atuam, direta ou indiretamente, sobre os processos de trabalho e, por isso, devem ser considerados como seus sujeitos ou agentes. Como primeiro passo, vamos identificar esses agentes.

O agente institucional: o Sistema de Saúde

No caso da estratégia de saúde da família, estamos falando de uma estratégia do sistema público de saúde, desenvolvida, portanto, dentro de um organismo estatal. O sistema público de saúde brasileiro (o SUS) é estruturado nas três esferas administrativas do Estado nacional: União, Estados e Municípios. Todos os elementos institucionais aí envolvidos, nos diversos níveis, são agentes dos processos de trabalho da ESF, pois estabelecem objetivos para as atividades das equipes.

As equipes de saúde da família

As equipes de saúde formalmente constituídas são os agentes ou sujeitos grupais imediatos dos processos de trabalho em atenção básica no SUS, dentro da estratégia de saúde da família.

Os profissionais que compõem as equipes de saúde da família

São os agentes ou sujeitos individuais imediatos dos processos de trabalho realizados pelas equipes de saúde da família.

Os indivíduos adscritos às equipes de saúde da família.

Cada indivíduo adscrito a uma equipe de saúde da família é, potencialmente, demandante de seus serviços e, também, objeto e sujeito imediatos em sua atuação.

A sociedade

Por se tratar de componente de um sistema público de saúde, a atenção básica realizada pela equipe atende, de um modo ou de outro, a objetivos da população brasileira em seu conjunto, na forma em que ela está organizada. O Estado, que anteriormente foi considerado como agente no nível institucional, tanto serve como mediador como é componente relevante da organização social e, certamente, também tem objetivos específicos que podem ser distintos dos objetivos sociais. Além disso, conhecimentos, técnicas, valores e padrões de comportamento que se desenvolvem na prática das ESFs são produzidos socialmente. Também sob esse aspecto, a sociedade é agente nos processos de trabalho em saúde.

Cada ESF deve atender a objetivos que porventura sejam postos pela população local e, em muitos casos, essa mesma população, ou parcelas dela, é objeto e agente imediatos nas ações desenvolvidas. Comumente, chama-se a esse subconjunto populacional (a população local) de comunidade. Deve-se destacar que, também neste nível, conhecimentos, valores e padrões de comportamento são formados, e os membros das ESF com eles interagem, de um modo ou de outro.

Os objetivos e as finalidades

A pluralidade de agentes anteriormente referidos – instituições, equipes, gestores, comunidade/sociedade – define

objetivos e finalidades distintos e, por vezes, contraditórios, conforme mostraremos a seguir.

Objetivos dos indivíduos adscritos

Dos indivíduos adscritos, pode-se dizer que eles têm como objetivo principal a resposta às suas necessidades e expectativas que são socialmente consideradas como próprias para os serviços de saúde. O alívio de suas dores e sofrimentos e a recuperação de sua capacidade psico-fisiológica são demandas que os indivíduos mais frequentemente apresentam às equipes. A proteção e até a promoção de sua saúde são também demandas que os indivíduos, às vezes, apresentam aos profissionais, desde que sejam socialmente reconhecidas como demandas apropriadas para os serviços de saúde. Assim, a vacinação de crianças e idosos, a realização de alguns exames preventivos ou o tradicional *check-up*, o acompanhamento de pré-natal ou de hipertensos são demandas postas pelos indivíduos em algumas circunstâncias. Raramente, veremos usuários requisitando práticas educacionais e atividades para a mudança de comportamentos, ou a modificação do padrão de suas relações sociais e profissionais, em função de impactos esperados em sua saúde.

Portanto, a grande maioria das expectativas e necessidades apresentadas pelos indivíduos aos profissionais de saúde compõe o que tradicionalmente se chama de demanda espontânea. Algumas estão dentro de ações programáticas ou demanda estruturada da atenção básica à saúde. Em geral, a relação estabelecida é aquela característica da prestação de serviços, cujo critério de eficácia é, fundamentalmente, a satisfação dos usuários, ou seja, o nível de atendimento de suas expectativas.

Outra característica fundamental da demanda em APS é que uma parte significativa das necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários dos serviços não se limita às condições e sofrimentos biológicos, ao contrário, é diretamente

derivada de condições psicossociais. Todos que trabalham com APS sabem que os objetivos dos usuários para e com relação aos serviços de atenção básica implicam potenciais contradições em si mesmas (e também com relação aos objetivos institucionais do sistema de saúde, das equipes e dos profissionais envolvidos, como veremos adiante). Por um lado, estão relacionados à realização de consultas e exames e à medicalização dos problemas e, por outro, ultrapassam as possibilidades de uma solução apenas biomédica.

Para a resolução dessas contradições e a superação das tensões que elas produzem, são necessários o desenvolvimento e a utilização de tecnologias próprias à atenção primária em saúde. Essas tecnologias devem, necessariamente: considerar a necessidade de atenção e cuidado para com todas as demandas dos usuários; ampliar a capacidade dos profissionais em lidar com as dimensões psíquica e social (cultural, profissional, econômica etc.) dos indivíduos e com as suas próprias, que interagem; ampliar as capacidades comunicativas e gerenciais dos profissionais necessárias para a atuação comunitária em geral e para a organização da assistência.

Objetivos coletivos locais

A "comunidade" local, na forma real em que está estruturada, apresenta demandas correspondentes a necessidades e expectativas de grupos constituídos, formal ou informalmente, no território da equipe. Associações comunitárias, grupos de correligionários de políticos com influência local, grupos religiosos e de várias outras naturezas coexistem nas áreas das equipes de saúde da família. Esses coletivos apresentam demandas grupais ou de seus representantes, com alguma capacidade de pressão junto às equipes.

Do mesmo modo que no caso dos indivíduos adscritos, essas demandas frequentemente têm o foco na assistência individual (acesso a consultas, exames, especialistas etc.).

Portanto, as potenciais contradições apresentadas na análise dos objetivos individuais também acontecem no caso dos objetivos coletivos locais, provocando a necessidade do desenvolvimento e da implantação de tecnologias próprias para a atenção básica. Essas tecnologias devem permitir tanto o diagnóstico quanto a abordagem das demandas e, principalmente, das necessidades das comunidades. No nível comunitário, destaca-se o diagnóstico local e, principalmente, a capacidade dos profissionais em identificar e lidar com as influências políticas e com as diversas redes sociais locais, ativando as suas potencialidades para ampliar a atenção às necessidades de saúde.

Objetivos institucionais

Várias dimensões institucionais se entrecruzam na composição de sistemas de saúde públicos, em geral, e na atenção básica à saúde, em particular. Em primeiro lugar, vamos considerar os objetivos do sistema de saúde: os objetivos do SUS.

Esses objetivos estão determinados constitucionalmente e nas leis orgânicas do SUS, e se consolidam em suas normas operacionais e portarias técnicas. No entanto, não cabe aqui detalhar os princípios e as diretrizes do SUS, que serão objeto de texto específico na sequência deste módulo. No contexto da análise do processo de trabalho na ABS, podemos afirmar que o objetivo geral do SUS, como de todo sistema público nacional e universal de saúde, deve ser a melhoria do nível de saúde da população do país, dentro de limites éticos e econômicos que são estabelecidos socialmente.

O objetivo geral do SUS no âmbito nacional é reposto nos níveis estadual e municipal, assim como nos distritos, áreas e microáreas das equipes de saúde da família, correspondendo aos diversos níveis de responsabilização do sistema com a saúde da população. Entre as estratégias para se atingir esses objetivos podemos destacar: a devida gestão dos recursos disponíveis; a regionalização e hierarquização dos serviços; a estruturação

das redes de serviços a partir da atenção básica; a adoção de diretrizes clínicas e tecnologias mais eficientes e eficazes (destacando-se as ações de prevenção e, principalmente, de promoção à saúde) em cada nível do sistema etc. No entanto, não se deve esquecer também que o sistema público de saúde é parte do Estado nacional e, como tal, é organizado sob a lógica política, respondendo, portanto, também aos objetivos políticos que se apresentam em cada nível do Estado. No caso da ABS e da ESF em especial, dada sua forte inserção comunitária, os interesses e objetivos políticos locais e municipais têm certamente forte influência sobre a sua atuação. Também aqui é necessário ter claro que esses objetivos podem estar em contradição com os objetivos gerais do sistema de saúde. Como apontado na análise dos objetivos coletivos locais, a capacidade de mapear e ativar as diversas influências políticas que atuam localmente, no sentido de atender às necessidades de saúde da população, é uma das habilidades que se requer em atenção básica à saúde.

Objetivos da sociedade

A sociedade considerada como um sujeito coletivo depende das capacidades gerais dos seus indivíduos, inclusive as psico-fisiológicas, para se desenvolver. A proteção e a promoção da saúde do conjunto dos indivíduos são, portanto, uma necessidade de toda sociedade. No entanto, as demandas sociais para o sistema de saúde, muitas vezes, não correspondem a essa necessidade geral. Por um lado, isso ocorre porque não se tem o conhecimento necessário sobre o que realmente protege e promove a saúde da maioria dos indivíduos em uma determinada sociedade, ou esse conhecimento não é suficientemente difundido. Por outro lado, isso ocorre porque as demandas sociais são apresentadas por grupos de pressão, com interesses próprios. Os interesses de profissionais de saúde ou de grupos de prestadores de serviços, por exemplo, com frequência, são apresentados como demandas de toda a sociedade. Sob esse

aspecto, merece destaque o fato de que o complexo médico-industrial, desde a formação dos profissionais, e ao longo de toda a sua carreira, consegue apresentar os seus interesses como imprescindíveis para se atingir os objetivos sociais.

Discernir o que legitimamente atende às necessidades sociais do que convém somente aos interesses corporativos e empresariais é tarefa difícil. Apesar das dificuldades, esse discernimento é fundamental para a escolha das alternativas mais eficazes e que realmente atendam às necessidades da população. O acesso atualizado e a avaliação sem preconceitos das evidências advindas da epidemiologia e da clínica, da história e de outros campos do conhecimento social são recursos que podem contribuir para tal discernimento.

Uma forma de proteger os interesses da comunidade é estimular a participação efetiva da população nos conselhos de saúde. É fundamental a participação social, mas o que se observa na prática ainda é que os indivíduos não exercem seus direitos como cidadãos. Mas o que é ser um cidadão? Segundo cita Vilaça (1996), "é aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e judiciária de sua cidade", ou seja, é sujeito ativo na tomada de decisões que regulam a vida social.

A saúde é um direito assegurado na Constituição de 1988, sendo que suas ações devem ser submetidas ao controle social. Esse exercício de cidadania vem sendo construído através dos Conselhos de Saúde. A função dos membros do conselho é participar da formulação, administração e monitoramento das políticas sociais.

Os conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS), existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Atuam na formulação e proposição de estratégias e no

controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera de governo. As regras para composição dos conselhos de Saúde são, também, estabelecidas no texto legal, devendo incluir representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários, sendo a representação dos usuários paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos. A criação dos conselhos deve ser objeto de lei ou decreto, em âmbito municipal ou estadual.

Os conselhos de saúde enfrentam diversos problemas, principalmente, em sua composição. Alguns desafios a serem resolvidos:

- Construção da autonomia e independência dos Conselhos de saúde;
- Articulação permanente entre os conselhos e a população;
- Articulação dos segmentos que defendem os interesses coletivos;
- Estímulo à participação social.

Objetivos dos profissionais e das Equipes de Saúde

Como todas as pessoas e grupos de trabalho, os profissionais e as Equipes de Saúde têm seus objetivos profissionais e existenciais, suas necessidades e expectativas de condições de trabalho e renda, de realização e desenvolvimento de suas capacidades, de reconhecimento etc. Esses objetivos têm grande importância nos processos de trabalho e, portanto, devem ser considerados de modo preciso em sua gestão. Dessa forma, a constituição de uma equipe e seu funcionamento dependem da interação de vários sujeitos que têm objetivos e perspectivas, às vezes, muito diferentes. Provavelmente, o envolvimento de um profissional que "está de passagem" pela ESF será diferente de outro que "veste a camisa" da atenção básica. Devemos nos lembrar que mesmo que os objetivos

dos diferentes profissionais de saúde sejam diferentes, eles devem convergir para uma direção única, que é atender de forma integral a população que está sob sua responsabilidade, respeitando-se as diferentes competências.

Na prática são fundamentais as reuniões das equipes; somente desta forma se traçam os objetivos a serem alcançados e a forma como serão executadas as ações e a avaliação.

Os meios e condições

Os equipamentos e suplementos técnicos, as edificações das unidades de saúde e outros equipamentos sociais utilizados na ABS são condições que permitem ou não que alguns dos objetivos do trabalho sejam atingidos. Por exemplo: uma mesa ginecológica na Unidade de Saúde, uma balança, um espaço para reunião, estrutura para a realização de uma cirurgia ambulatorial, acesso à base de dados dos sistemas de informação em saúde são condições que podem contribuir, pelo menos em parte, para o maior ou menor sucesso de uma atividade, de um programa ou projeto. Além desses meios físicos, devemos considerar também aqueles constituídos pela interação dos profissionais entre si e destes com os usuários e a comunidade como condições para a realização do trabalho.

Os objetos e os produtos

O objeto no processo de trabalho em saúde constitui processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos, cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. Como já indicado anteriormente, em se tratando da ABS, as condições sociais e psíquicas têm grande relevância na determinação das condições de saúde e nos resultados das intervenções dos profissionais e, portanto, constituem objetos fundamentais das intervenções, requerendo, para isso, capacidades, habilidades e tecnologias específicas. Podemos concluir que, apesar de não resultar em um produto de consumo determinado, como no caso da produção industrial, nem por isso o trabalho nos serviços de saúde deixa

de ter um produto definido.

Recapitulando:

Ao retomarmos os conceitos trabalhados nesta seção, articulando-os com a prática, é imprescindível compreendê-los de maneira articulada e dinâmica. Podemos, assim, fazer a seguinte representação gráfica com vistas a essa compreensão:

Processos de trabalho em saúde

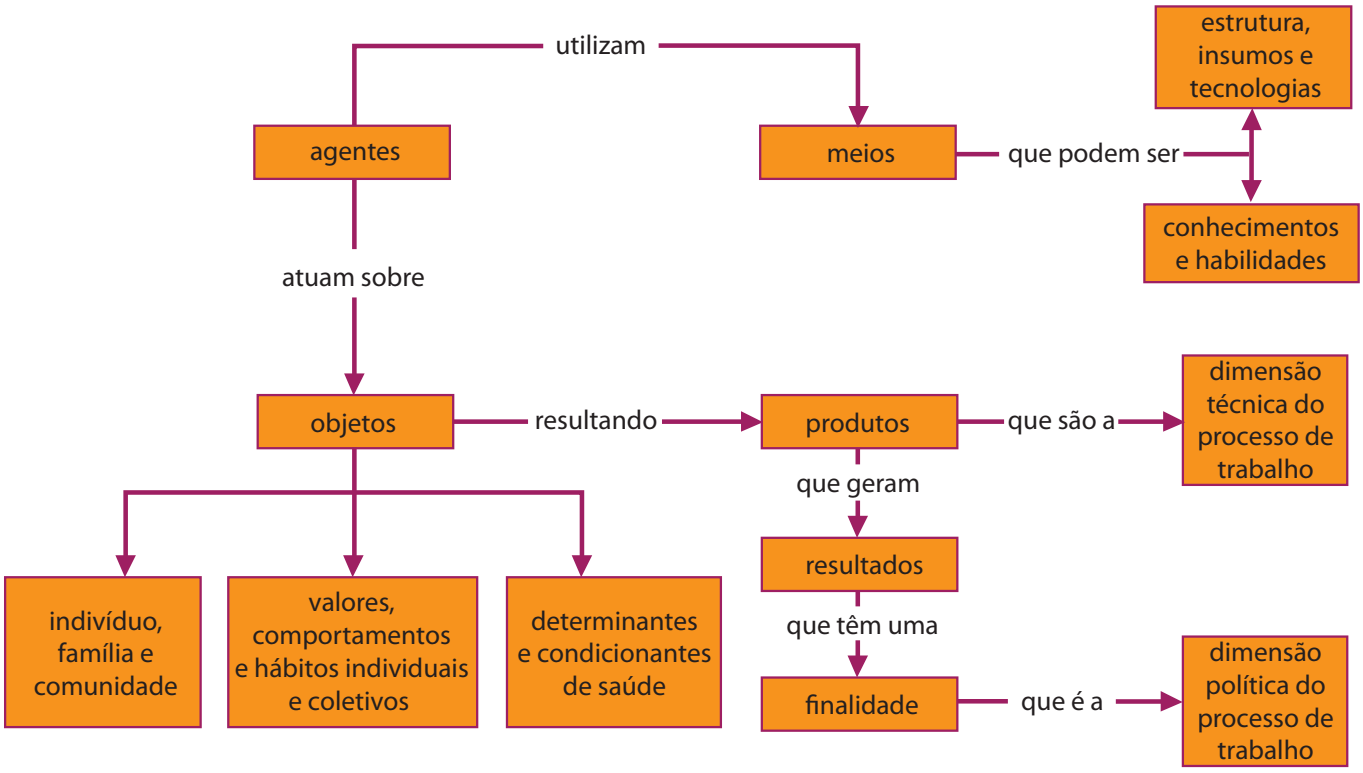

Figura 3 retirado do Módulo 1: Processo de Trabalho em Saúde. Nescon, UFMG, 2009

Nessa figura, podemos perceber os pontos de interligação entre os diversos elementos no cotidiano da nossa atuação, permitindo-nos uma visão abrangente do processo de trabalho.

VAMOS REFLETIR!

Ao pensarmos na nossa realidade enquanto membro de uma equipe de saúde da família, a finalidade será proporcionar condições para que a comunidade permaneça saudável. Como o objetivo é amplo, podemos elencar um aspecto, por exemplo, o controle de carências nutricionais em menores de dois anos. O objeto de intervenção serão todas as crianças nessa faixa etária, os agentes serão os profissionais de saúde e Pastoral da criança (por exemplo) e os meios serão as estruturas de saúde (unidades de saúde), os insumos e as tecnologias que se voltam para o diagnóstico e tratamento, e outras estruturas que possam apoiar a ação, como uma horta comunitária. As competências dos membros da equipe serão aquelas também relacionadas ao diagnóstico, tratamento, além da atitude de cidadãos como co-participantes colaboradores da ação.

Um aspecto que perpassa esse esquema é que, na prática, o que pode fazer a diferença é a reflexão contínua de cada profissional e da equipe sobre o seu processo de trabalho, considerando, principalmente, as finalidades do mesmo. Essa reflexão é uma tendência da gestão contemporânea e, ao mesmo tempo, um possível instrumento de transformação das relações e práticas profissionais.

Em geral, reflexão implica superação de concepções e práticas comuns e habituais. Na APS, essas práticas e concepções consideradas naturais, algo que nós temos que fazer porque todos fazem assim, também correspondem à nossa capacitação básica, à formação que recebemos ao longo da nossa vida como profissionais e cidadãos. No entanto, a insatisfação e a frustração de grande parte dos profissionais em APS, assim como os resultados limitados que temos obtido, impõem-nos

essa reflexão crítica.

Além disso, é importante frisar que os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os processos de trabalho em saúde; portanto, é justamente na definição dos seus processos de trabalho que se elegem a quais dos diversos objetivos anteriormente descritos atender. Por isso é tão importante essa reflexão.

Seção 3 - DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

São considerados como determinantes sociais os fatores que podem interferir no estado de saúde do indivíduo e coletividade, podendo ser os fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Fatores estes reconhecidos há pouco tempo. Deve-se dizer que a partir do século dezenove o conceito de determinantes de saúde era estritamente biológico, originado o conceito (e ação) de saúde pública dirigida ao controle de doenças. A partir de 1948, quando a ONU, ao criar a Organização Mundial de Saúde, adota um conceito ampliado de saúde, começa-se a identificar outros fatores como importantes na manutenção do estado de saúde dos indivíduos. Contudo, na década de 50, há um retrocesso, voltando a ter enfoque a erradicação de doenças específicas- como a erradicação da varíola.

Essa oscilação de conceitos continua a acorrer até ao final da década de 90, quando se iniciou a discussão a respeito das metas de saúde para o novo milênio, voltando a enfatizar o conceito de determinantes sociais , sendo este estruturado com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.

Estuda-se, atualmente, como os determinantes sociais interferem no equilíbrio da saúde do indivíduo, procurando estabelecer uma hierarquia entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política; sabe-se que não é uma relação direta de causa-efeito, além de permitir ainda a identificação de como e onde interferir para realizar intervenções adequadas para preservar a saúde.

Nos últimos anos observou-se avanço nos estudos a respeito do modo de organização das sociedades e a situação de saúde de sua população, estudando-se principalmente as iniquidades em saúde, entendidas como as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e

relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Estas iniquidades devem ser minimizadas para que os indivíduos possam alcançar sua plenitude.

Outro desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes da saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. (Buss e Filho, 2007)

Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda.

Existem diversos modelos que buscam explicar as relações entre os fatores estudados. Passaremos a discutir dois modelos específicos: o modelo de Dahlgren e Whitehead(GUNNING-SCHEPERS, 1999) e o modelo de Didericksen e outros (EVANS et al., 2001).

O primeiro modelo, de Dahlgren e Whitehead, parte das características individuais, como sexo, idade e fatores genéticos; na primeira camada estão situados os fatores comportamentais, de responsabilidade do indivíduo, ou seja, dependentes do livre arbítrio, não sendo possível, desprezar as pressões sociais para adoção de determinados comportamentos pessoais.

A segunda camada, que compreende as redes sociais, é considerada importante para a saúde do indivíduo: sabe-se que, quanto mais rica a rede social de apoio, maior a chance de restabelecimento da saúde do indivíduo.

A terceira camada relaciona-se com as condições de vida, determinadas pela renda individual, que pode garantir acesso à moradia, alimentação, lazer, educação, informação e a serviços de proteção à saúde.

A quarta camada, por sua vez, relaciona-se os macrodeterminanates - condições econômicas, culturais e ambientais de determinada sociedade. Este modelo não procura explicar as relações entre os diversos níveis e a gênese da iniquidade.

Figura 4 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

O segundo modelo, de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead em 2001. Os pesquisadores mostram que a estratificação social, gerada pelo contexto social, provoca diferentes estados de saúde nos indivíduos. Ou seja, o risco de adoecer está na dependência das condições sociais- grau de vulnerabilidade para desenvolver doenças e o impacto que estas podem ter sobre a situação sócio -econômica do indivíduo e da família.

O esquema abaixo apresenta os determinantes sociais,

de forma resumida, de acordo com Diderichsen e Hallqvist.

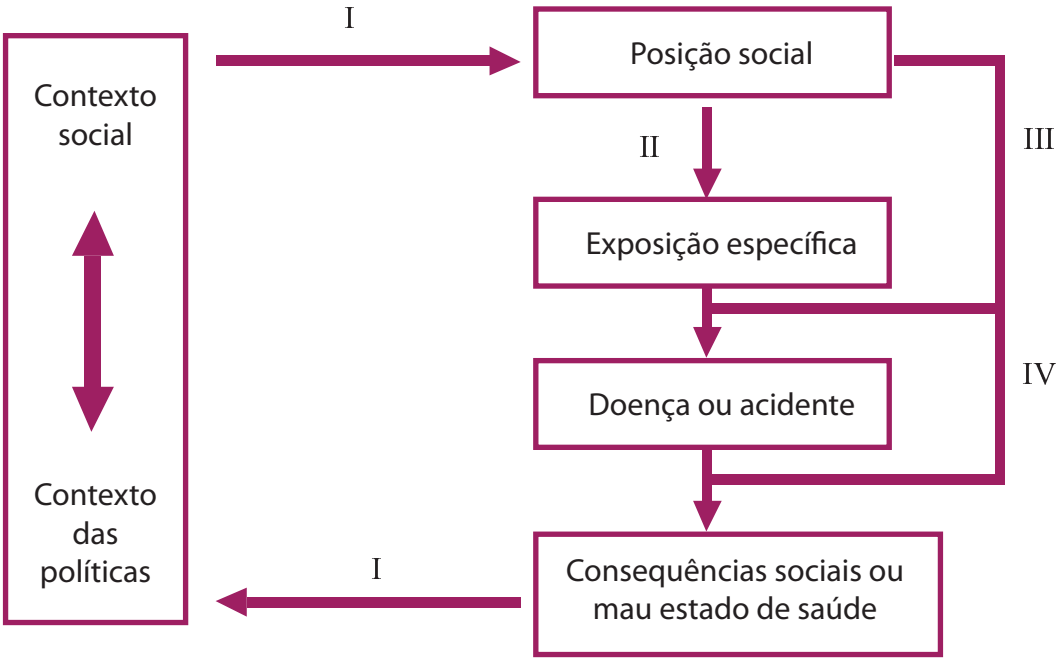

Figura 5 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

Por que é importante conhecer os Determinantes Sociais da Saúde?

O conhecimento dos determinantes delimita o nível de intervenção possível de se adotar, tanto individual, quanto coletivamente, para que se possa minimizar as consequências dos fatores que levam ao adoecimento dos indivíduos. Nos fatores individuais próprios do indivíduo, não é possível realizar intervenções; porém, ao se tratar de comportamentos, é possível promover mudanças, através de políticas de abrangência populacional, que estimulem a mudança de comportamento, tais como programas educativos promovendo adoção de hábitos saudáveis, realização de ações intersetoriais construindo espaços de lazer, para que todos tenham acesso a práticas esportivas, por exemplo.

No segundo nível, referente às redes comunitárias, estabelecer políticas que as fortaleçam, estimular a participação da coletividade , principalmente dos grupos de risco, para que sejam participantes ativos da vida social.

No terceiro nível, construir políticas públicas que assegurem a qualidade de vida dos indivíduos, através de investimentos em habitação, trabalho, educação, acesso ao serviço de saúde, entre outras. Essas ações estão na dependência de diferentes setores que geralmente atuam independentemente, sendo necessárias articulações políticas para que as ações sejam integradas.

No quarto nível, referente aos macrodeterminantes, devem-se estabelecer políticas de mercado de trabalho, proteção ambiental, promoção da paz, que levem à construção de ambientes mais saudáveis, reduzindo desta forma as desigualdades sócioeconômicas.

No segundo modelo, de Diderichsen e Hallqvist, as intervenções dependem de políticas que diminuam as diferenças entre os estratos sociais, todos na dependência de outros setores, que no entanto são fundamentais, tais como ações políticas que melhorem a educação, o mercado de trabalho e a seguridade social, aliadas a práticas contínuas de avaliação de impacto na mudança ou não de qualidade de vida da população.

Devem-se ainda assegurar políticas que tenham como público-alvo as populações de maior vulnerabilidade, quer seja morando em condições de risco, ou que não tenham acesso à alimentação adequada, que trabalhem em situações insalubres, ou populações expostas a maior violência, a fim de minimizar o impacto sobre a saúde do indivíduo.

As ações que visam a minimizar os problemas gerados pela estratificação social precisam ser feitas de forma coordenada, com ações multissetoriais, buscando ainda promover a participação social, para que se possam implementar políticas eficazes na resolução dos problemas diagnosticados.

Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

Em 2005 a OMS, criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), cujo objetivo é fazer conhecer a importância dos determinantes sociais no que se refere à saúde dos indivíduos e buscar desenvolver ações que diminuam as iniquidades entre os indivíduos. No Brasil, foi criada em 2006, através de decreto presidencial, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com o mesmo fim.

"A CNDSS está integrada por 16 personalidades expressivas de nossa vida social, cultural, científica e empresarial. Sua constituição diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público, construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira (2007).

No mesmo decreto, é criado um grupo de trabalho, constituído por pessoas ligadas a ministérios relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), personalidades do Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais e Estaduais, buscando estabelecer ações integradas com objetivo de melhorar as condições de saúde. Esta comissão tem como referencial de saúde o conceito adotado pela OMS,

"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" - é o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (artigo 196 da Constituição brasileira de 1988).

Seus compromissos:

Compromisso com a ação: implica apresentar recomendações concretas de políticas, programas e intervenções

para o combate às iniqüidades de saúde geradas pelos DSS.

Compromisso com a equidade: é fundamentalmente um compromisso ético e uma posição política que orienta as ações da CNDSS para assegurar o direito universal à saúde.

Compromisso com a evidência: as recomendações da Comissão devem estar solidamente fundamentadas em evidências científicas, que permitam, por um lado, entender como operam os determinantes sociais na geração das iniquidades em saúde e, por outro, como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e que resultados podem ser esperados em termos de efetividade e eficiência.

A fim de conhecer melhor do que falamos, acesse: www.determinantes.fiocruz.br

Linhas de ações:

1 - Produção de conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde, com vistas a fundamentar políticas e programas.

2 - Promoção, apoio, seguimento e avaliação de políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional.

3 - Desenvolvimento de ações de promoção e mobilização junto a diversos setores da sociedade civil, para a tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde.

Seção 4 - FERRAMENTAS DE ABORDAGEM INDIVIDUAL E COLETIVA[2]

A escolha de tecnologias apropriadas para a concretização de um determinado modelo tem relação intrínseca com os pressupostos ou princípios do modelo escolhido. No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Essa aproximação, sem dúvida, trouxe como consequência, para a maioria das Unidades Básicas, expressivo aumento da demanda espontânea. Assim, tem sido essencial pensar em estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso e, portanto, deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção.

A visita domiciliar e o acolhimento são bons exemplos de tecnologias que estão inseridas neste contexto. Neste Módulo, além dos dois exemplos citados, queremos discutir com você mais duas tecnologias ou estratégias: o trabalho com grupos e a consulta. Você já as conhece e as utiliza há mais tempo. Talvez exatamente porque já fazem parte do fazer do profissional de saúde no modelo tradicional, não têm sido foco de reflexão na perspectiva de outro modo de fazer.

Nesta Seção, portanto, discutiremos os temas: acolhimento, trabalho com grupos, visita domiciliar e consulta. Desejamos que, ao final, você seja capaz de:

---

2 Esse texto é uma adaptação do Módulo 4: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. do curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família,do Programa Ágora, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, feita pelos organizadores do presente caderno, por isso os créditos devem ser atribuídos aos seus autores – Mara Vasconcelos, Maria José Cabral Grillo e Sônia Maria Soares (2009).

• discutir humanização como aprimoramento das relações humanas, essencial para a produção da saúde;

• compreender acolhimento como processo contínuo de construção de vínculo com usuários, famílias e comunidade;

• explicar a proposta teórica do grupo operativo;

• argumentar em favor do trabalho com grupos como uma tecnologia a ser utilizada pelos profissionais de saúde;

• compreender a importância da interdisciplinaridade para o desenvolvimento exitoso do trabalho com grupos;

• identificar as finalidades das visitas domiciliares em seu processo de trabalho;

• compreender a importância da sistematização dos registros das visitas domiciliares;

• reconhecer o significado da consulta como encontro entre o usuário e o profissional de saúde com potencial de transformação do cuidado com a saúde.

O trabalho com grupos

Uma longa tradição tem marcado a utilização de trabalho com grupos na área da saúde, tanto na atenção à saúde psíquica quanto à saúde somática. Nos anos de 1970, os grupos denominados operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. No Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), por exemplo, está contida a indicação de que o enfermeiro deve realizar atendimento grupal com hipertensos e diabéticos como estratégia que favorece a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações). Em relação às atribuições do médico, ainda que não cite os grupos como exemplo, há uma

indicação de que ele programe, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente. No referido plano, não há atribuições específicas para o cirurgião-dentista, mas ele é citado como membro da equipe interprofissional, considerada essencial para o controle da hipertensão e do diabetes mellitus (BRASIL, 2001).

Provavelmente, o trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção básica. É possível, até, que alguns usuários participem em mais de um dos grupos formados na Unidade, considerando que, geralmente, eles têm como um dos critérios organizadores um agravo à saúde, como diabetes e hipertensão, ou uma situação específica, como gestação ou adolescência.

Discutir esse fazer é fundamental quando nos propomos a refletir sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. É possível que sua equipe considere um desafio manter um grupo funcionando, tanto do ponto de vista quantitativo (frequência dos membros, por exemplo), quanto qualitativo (participação efetiva e resultados).

Apresentaremos na sequência, uma proposta de trabalho com grupos que pode ser uma opção para sua equipe - os grupos operativos. Vamos saber mais sobre eles?

Grupos operativos - abordagem teórica

Encontramos na prática e na literatura várias nomenclaturas para designar o trabalho com grupos: grupo temático, grupo de intervenção, oficina de dinâmica de grupos, grupo de encontro/vivencial, grupo de adesão ao tratamento, grupo de promoção da saúde, grupo terapêutico, entre outros. Mas é importante ressaltar que não se trata apenas da nomenclatura, há modalidades e referenciais teóricos diferentes. Algumas são subcategorias de outras.

Considerando os objetivos deste Módulo, pontuamos duas vertentes amplas: grupos sócioeducativos e grupos psico educativos. Ambos são organizados tendo como pressuposto

o processo educativo, ou seja, a intenção é possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamentos, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado. Enquanto o grupo sócioeducativo está mais voltado para os aspectos socioculturais que interferem na condição de saúde e doença, o psicoeducativo remete aos processos psíquicos. Zimerman (2007) classifica os grupos, segundo o critério de finalidade, em operativos e psicoterápicos. Divide, ainda, os grupos operativos em quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos.

Podemos afirmar que há tendência entre os profissionais de saúde em denominar e generalizar toda atividade de grupo como grupo operativo.

Isso acaba por reforçar alguns equívocos teórico-técnicos, pois o termo grupo operativo não se refere apenas a uma técnica específica ou a um tipo de grupo. O grupo operativo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon-Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. Essa abordagem teórica tem sido muito utilizada, por exemplo, para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas.

Para Pichon-Rivière, o grupo operativo cumpre uma função terapêutica, pois se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc. Ele definiu “grupo” como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham explícita ou implicitamente a uma tarefa, interatuando para isso em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

O grupo se une em torno de uma “tarefa” que é compreendida no nível consciente, mas que também traduz uma dimensão afetiva existente no seu inconsciente. Assim, um

nível de funcionamento do grupo é lógico e relacionado à tarefa e outro está envolvido com as suas emoções e com sua dinâmica psíquica, seus medos, suas fantasias, seus desejos etc.

Os objetivos conscientes do grupo delimitam a sua tarefa externa. Mas ele também tem uma tarefa interna, que é trabalhar com os processos que dificultam ou mesmo impedem a realização da tarefa externa e até mesmo o funcionamento do grupo – em níveis, consciente e inconsciente (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

A dinâmica de um grupo que está reunido para produzir algo é marcada por três momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto.

A pré-tarefa é o momento em que predominam mecanismos de dissociação, com finalidade de defesa dos sentimentos de culpa e ambivalência, dificuldades de tolerância, frustração e postergação. Todo grupo, ao formular os seus objetivos, se propõe a uma mudança ou realização. Mas, também, apresenta um grau menor ou maior de resistência a essa mudança. Diante da possibilidade de ela ocorrer, deixa evidentes os medos básicos de perda e de ataque, isto é, o medo de perder o que já tem – inclusive a própria identidade – e que se manifesta por ansiedade. Por outro lado, há o medo do desconhecido, que se liga a uma ansiedade paranoica ou persecutória. Tal resistência à mudança provoca entraves psíquicos e afetivos à aprendizagem e à comunicação intragrupo (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

A tarefa é o momento em que se rompe a estereotipia, e os sentimentos que surgem no momento da pré-tarefa são elaborados, avançando na consecução de seu objetivo. A execução da tarefa acarreta enfrentar alguns obstáculos relacionados a conceitos preestabelecidos que devem ser desconstruídos e reconstruídos. Para o grupo, significa trabalhar sobre o objeto-objetivo (tarefa externa/explícita) e sobre si (tarefa interna/implícita).

Nesse momento, alcança-se maior operatividade e

criatividade, podendo ser sistematizados objetivos e realizadas tarefas propostas ou novas tarefas. O grupo está em tarefa implícita quando se dedica a elaborar as ansiedades e contradições que emergem no transcorrer do processo grupal.

No momento do projeto, uma vez alcançado um nível de operatividade, o grupo pode se planejar (BERSTEIN, 1986; PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989 PICHON-RIVIÈRE, 2000;). Assim, a operatividade está relacionada com o processo de mudança da operação de transformação da realidade.

Esses momentos do grupo (pré-tarefa, tarefa e projeto) não seguem uma lógica linear e cumulativa. Pelo contrário, todo grupo apresenta ambivalências, regressão, dispersão diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele. Isso quer dizer estar continuamente se reorganizando e se recriando. É o que acontece quando o sujeito está exercitando a mudança de hábitos. Ou seja, processa a revisão – em um sentido imaginário, a destruição – de seus ideais para que possa reconstruí-los, procurando a realização da tarefa. Pichon-Rivière enfatiza, então, uma "recriação do objeto destruído", isto é, a recuperação de uma imagem do grupo e dos seus objetivos, mas sempre de forma renovada (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Papéis desempenhados em um grupo operativo

Cada um dos participantes de um grupo constrói seu papel em relação aos outros, resultando a atuação característica de cada um dos seus membros. Os papéis sociais constituintes de um grupo em tarefa podem ser classificados em duas categorias: formais e informais.

Em relação aos papéis formais, a teoria de grupo operativo propõe duas funções ou tarefas: o de coordenador e o de observador da dinâmica grupal. O coordenador deve contribuir para que o grupo foque sua operação e realize sua tarefa interna reflexiva, por meio de intervenções interpretativas,

para atingir a condição de desenvolver sua tarefa externa. A explicitação e interpretação dos fatores implícitos que emergem no desenvolvimento do grupo permitem aos membros tomar consciência e enfrentar obstáculos que, se permanecerem inconscientes, continuarão a interferir na realização da tarefa externa (PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989:137).

Cabe ao coordenador manter o grupo centrado na tarefa e favorecer a fala de todos, estimulando a expressão dos sentimentos, assim como a comunicação entre os membros do grupo e com ele. O coordenador deve estar atento à necessidade de reforço à autoimagem e à autoestima; fornecer as informações necessárias e adequadas – as informações devem ser aquelas que o grupo explicita como necessárias. Ele deve, ainda, ser um facilitador da interação entre os membros do grupo e ser capaz de lidar com os vários papéis que os membros do grupo interpretam.

Os desempenhos em papéis informais emergem espontaneamente no cotidiano das atividades de um grupo. Pichon-Rivière descreveu quatro modalidades desses papéis: líder, porta-voz, "bode expiatório", sabotador.

Sinteticamente, o líder é geralmente aquele que favorece o trabalho do grupo, estimula ou sugere o desenvolvimento de suas atividades; o coordenador deve aproveitar a capacidade do líder espontâneo que emerge do grupo para auxiliá-lo em seu papel de coordenador. O porta-voz expressa os conteúdos latentes da grupalidade – ansiedades, conflitos, busca de autonomia etc.; manifesta o que Pichon-Rivière denominou verticalidade – o indivíduo e sua história de vida – e a horizontalidade – o aqui e agora do processo grupal. O "bode expiatório" personifica os aspectos difíceis ou amedrontadores da vivência do grupo. Aquele que dificulta ou que obstrui as propostas no processo grupal é, por sua vez, o sabotador. Todos esses papéis podem ser expressos de diversas maneiras (ação, palavras ou silêncio).

Ao assumir a coordenação de um grupo, você poderá conduzi-lo melhor se puder interligar, por exemplo, dificuldades diante da tarefa externa (digamos, a necessidade de mudar os hábitos sedentários dos componentes do grupo) e ansiedades e conflitos que essa tarefa provoca (por exemplo, o medo de ser estigmatizado na família ou por amigos). Assim, a troca de experiências entre eles pode ser esclarecedora e motivadora para a mudança necessária. Você deve estar atento ao esquema referencial estruturado por cada membro, a cada momento, facilitando a participação e a decisão de todos. É importante compreender que o coordenador não é o psicanalista, mas também não é um simples coordenador de grupos de estudo ou de discussão. Deve, ele mesmo, ser operativo.

Na proposta de grupo operativo há um observador não participante. Sua função é registrar todas as expressões verbais e não-verbais para retroalimentar a coordenação. Logo após a reunião, coordenador e observador devem analisar as anotações do observador e planejar as próximas atividades do grupo.

Considerando a importância do trabalho multidisciplinar na abordagem aos usuários, podem ser criadas outras funções como, por exemplo, orientador de atividades específicas ou especializadas.

De forma bastante sintética, procuramos mostrar que não é "tão simples" trabalhar com grupos operativos, mas também não é impossível.

A partir do que foi apresentado, você deve ter percebido que o trabalho com grupos exige planejamento e referencial teórico e que quando falamos em "grupo operativo" temos que reportar aos conceitos preconizados por Pichon-Rivière. Portanto, reforçamos a ideia de que os profissionais de saúde devem se apropriar das referências aqui apresentadas ou outras, para desempenhar de forma mais adequada o papel de coordenadores de grupos.

Em todas as modalidades, podemos ter limitações

técnicas, mas a forma de abordagem e a postura do coordenador são decisivas para que o grupo atinja a sua finalidade. Antes de tudo, porém, reafirmamos o que discutimos nas seções anteriores: a compreensão do processo de trabalho e o planejamento sistematizado de todas as nossas ações são decisivos.

De qualquer forma, acreditamos que outras modalidades de trabalho com grupos podem ser utilizadas com o mesmo objetivo: promover a saúde do indivíduo. Ou seja, qualquer grupo de usuários, quando bem planejado, possibilita mudanças no modo de ver e agir frente às dificuldades, facilita trocas e aprendizado pessoal, permitindo ao indivíduo perceber que ele não está sozinho e que não é a única pessoa com problemas ou dúvidas (YALON, 1975; MUNARI, 1995; RODRIGUES, 2003; ALMEIDA, 2006).

Considerando que a promoção da saúde e a prevenção de doenças envolvem práticas pedagógicas, a construção de relações interativas solidárias entre os membros do grupo pode ser produtiva. O trabalho com os mais variados grupos deve ser utilizado, também, como espaço de escuta para identificação e construção coletiva de soluções para problemas da comunidade.

As Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial (Equipes Matriciais), implantadas em alguns municípios brasileiros, podem vir a ser um importante dispositivo para alavancar uma prática mais efetiva do trabalho com grupos, agregando o apoio de outros profissionais.

Algumas dicas úteis

"Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse de todos eles. O tamanho de um grupo não pode exceder ao limite que ponha em risco a indispensável

preservação da comunicação, tanto a visual, como a auditiva e a conceitual, além de ter os objetivos claramente definidos, o grupo deve levar em conta a preservação do espaço (os dias e o local certo das reuniões), do tempo (horários, tempo de duração das reuniões, plano de férias etc.) e a combinação de regras e outras variáveis que delimitem e normatizem a atividade grupal proposta.

O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa. Cabe uma analogia com a relação que existe entre as peças separadas de um quebra-cabeça e deste com o todo a ser armado" (ZIMERMAN, 2007).

Visita domiciliar

A seguir, abordaremos a visita domiciliar como tecnologia apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.

A VD foi (re)introduzida no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse Programa foi criado em 1991, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Com as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, buscou-se uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e com menos acesso aos serviços de saúde. Antes de ser um programa nacional proposto oficialmente pelo Ministério da Saúde, o estado do Ceará acumulou experiência com sua implementação, conseguindo significativo declínio em mortalidade infantil (VIANA, 2005).

Portanto, adotado como política pública na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) introduziu o Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cenário da saúde e reintroduziu a VD utilizada em outros momentos no

Brasil pelos visitadores sanitários, entre outros.

A Estratégia de Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a VD às suas ações como tecnologia de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, que deve ser explorada por todos os membros da equipe. A sua utilização favorece, entre outros aspectos, a possibilidade de conhecer a realidade do território.

A VD é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente.

Considerando, ainda, que a atenção básica bem estruturada pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a VD se insere nesta situação como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. Tem potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e o comprometimento com a proteção ao meio ambiente por parte dos profissionais e dos usuários.

A VD permite ao profissional a percepção do momento vivido pela família, suas dificuldades e fortalezas. Esta vinculação equipe/ família facilita a construção de atitudes que auxiliarão na melhoria das condições da família em situação de risco.

No domicílio, a relação profissional-usuário tende a se tornar mais horizontal, pois evidencia o papel do usuário-sujeito

em um espaço que é de seu domínio – o seu lar.

A VD é fundamental ainda para a aproximação com o "não-usuário", ou seja, aquele que não tem condições físicas para ir até a Unidade de Saúde. Neste caso, a VD é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Na Estratégia de Saúde da Família, várias são as finalidades das VDs, tais como:

• realizar e atualizar o cadastramento das famílias, identificando as condições sociais e sanitárias;

• avaliar as demandas exigidas por uma família, bem como o ambiente onde vivem e a dinâmica familiar, visando a um diagnóstico da saúde da família e da comunidade, com avaliação de riscos e estabelecimento de prioridades, individuais e coletivas;

• manter contato com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações, acompanhamento e intervenções;

• identificar as possibilidades de articulação com equipamentos sociais existentes na comunidade para construção de redes de apoio e solidariedade e de trabalho intersetorial;

• complementar orientações iniciadas na consulta ou em grupo, bem como adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do usuário-família;

• planejar e prestar cuidados no domicílio ou orientar membro(s) da família para a prestação de cuidados e supervisão dos cuidados delegados, quando for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde sob o aspecto econômico, social ou psicológico;

• observar e orientar sobre saneamento básico, higiene, amamentação, controle de peso, controle vacinal, cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes e uso correto das medicações;

• levantar dados que subsidiem intervenções no processo

saúde-doença e o planejamento de ações visando à promoção da saúde e prevenção de doenças em ações no coletivo;

• realizar busca ativa de faltosos acompanhados por meio de programas específicos.

Para quaisquer dessas finalidades, pode ocorrer uma ou mais visitas, realizadas por um ou mais profissionais da ESF. Contudo, é preciso que haja planejamento (da etapa de diagnóstico à de avaliação), para que a visita seja utilizada realmente como um recurso estratégico de conformação de um modelo. Realizada aleatoriamente, para cumprimento de normas quantitativas, a visita passa a ser mais uma atividade a sobrecarregar os profissionais e, o que é pior, a invadir a privacidade das famílias, sem resolutividade.

VAMOS SABER MAIS!

Leitura obrigatória: "Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares." O texto encontra-se disponível em sua biblioteca.

A visita domiciliar e o profissional que a realiza

Vamos primeiro abordar a visita domiciliar feita pelo profissional que a considera como a essência de seu trabalho: o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Como membro da ESF, o ACS é o elo entre a comunidade e os demais profissionais da equipe, e a VD é a sua ação prioritária. Assim, considerando que o exercício das atividades do ACS "dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS" (BRASIL, Lei 11.350/2006), conclui-se que a VD é uma das tecnologias que caracteriza o modelo proposto. Considerando, ainda, a atuação em um território definido como outra característica do modelo, e o potencial da VD para compreendê-lo em sua amplitude e profundidade de relações individuais e

coletivas, esta deve ser um instrumento imprescindível para o planejamento e a organização do processo de trabalho da UBS.

Conforme pré-requisito para cadastramento de uma equipe no Ministério da Saúde, estabelecido **na Portaria nº 648/GM/MS**, de 28 de março de 2006, uma Equipe de Saúde da Família deve ter "número de ACSs suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS, e de 12 ACSs por equipe", distribuídos em microáreas.

Considerando que a mesma Portaria contém a recomendação de que cada equipe fique responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, é possível estabelecer uma relação quantitativamente menor de habitantes por ACS (menos de 750), contemplando situações específicas, principalmente no meio rural, onde a dispersão geográfica das famílias costuma ser significativa. Essa adequação é fundamental para que o ACS realize, no mínimo, uma visita por família por mês, uma vez que todas as suas atividades, direta ou indiretamente, estão relacionadas com o uso dessa tecnologia.

Quando necessário, uma família deve ser visitada mais de uma vez em um mês, conforme planejamento da equipe.

VAMOS SABER MAIS!

Para que você possa conhecer melhor as funções dos ACS, leia a portaria nº 648/GM/MS.

A visita domiciliar e os demais profissionais da ESF

Para os demais profissionais da equipe, a VD deve ser incorporada ao processo de trabalho cotidiano a partir de dois aspectos: uso direto e uso indireto.

Nesse exemplo, podemos verificar os dois aspectos mencionados: a análise dos dados coletados pelo ACS (uso

indireto) e o planejamento de visita domiciliar a ser realizada diretamente por outros profissionais da equipe (uso direto).

A equipe deve estabelecer uma ficha-roteiro que facilite o registro das visitas domiciliares. Assim como temos uma ficha para o cadastramento da família, que deve ser preenchida na primeira visita a cada família do território, também as visitas subsequentes devem ser sistematicamente registradas. Considerando que a observação é um fator essencial na VD, detalhes importantes podem ser perdidos se confiarmos apenas em nossa memória, tanto durante a visita quanto no repasse das informações para os demais membros da equipe. Uma ficha objetiva, que deve ser elaborada e utilizada pela equipe, mas é importante lembrar que a utilização de uma ficha de registro não deve transformar ou anular a interatividade da comunicação.

A ficha deve conter identificação da família, registro do membro da família que motivou a VD, aspectos relacionados à saúde física, saúde bucal, saúde mental e aspectos ambientais da família. Ainda deve ter espaço para observações feitas antes da visita, que possam contribuir para o êxito da mesma (resultado de algum exame, valores de sinais vitais anteriores e outros dados relevantes).

Em nosso estado, **o decreto nº 12005, de 22 de dezembro de 2005** regulamenta as visitas domiciliares por categoria profissional. Porém, é importante frisar que a equipe deve estar atenta para ouvir as necessidades apresentadas pela comunidade, através dos ACS.

Considerando que a saúde bucal ainda não é um valor incorporado à cultura nacional, é importante que a Equipe de Saúde Bucal participe desses momentos, construindo um olhar de totalidade, de visão multidimensional do todo (homem e sociedade). A reconstrução social do conceito de saúde precisa ocorrer intraequipe, com participação ativa do ACS, para que a comunidade perceba, em todos os seus membros, uma forma

diferente de fazer atenção à saúde e assimile novos conceitos.

O respeito ao domicílio e todos os aspectos éticos que envolvem a abordagem a seres humanos devem caracterizar o comportamento da equipe.

Consulta

Nossa conhecida de muitos anos, com séculos de idade, nasceu com a própria medicina: a consulta! Do ponto de vista de dicionários da língua portuguesa, é uma palavra substantiva feminina que significa ação de consultar, de pedir uma opinião ou conselho; do ponto de vista da medicina, é um procedimento que, por muito tempo em sua história, foi quase o único recurso terapêutico utilizado.

Acrescentamos que, também por muito tempo, na área de saúde, foi considerada instrumento de trabalho exclusivo do profissional médico. Com o avanço do reconhecimento da necessidade de múltiplos olhares e saberes frente à complexidade do viver e do processo saúde-doença, deixou de ser exclusividade do médico.

É preciso que você tenha compreendido que na área de saúde ainda é muito forte o paradigma científico, sintetizado por uma visão cartesiana, biológica e reducionista do ser humano. Essas visões estão impregnadas na sociedade e se manifestam tanto na forma como nós, profissionais, atuamos, quanto nas ações dos demais membros de uma comunidade. "O sintoma deixa de ser representado como sinal ou tentativa de solução de conflito para tornar-se sinônimo de doença. Dessa maneira, tudo parece indicar uma confusão entre sinal e sintoma, sintoma e signo, signo e significado, significado e significante" (MELO; BRANT, 2005, p.3).

Predomina a lógica que considera que, atuando sobre o corpo doente, por meio da clínica, o médico é capaz de dar conta da singularidade do sujeito (FOUCAULT, 1980) e, ainda, com forte medicalização. Consequentemente, ao se sentir

doente, o usuário procura a avaliação do profissional de saúde, para resolver o seu problema.

Prevalece o famoso modelo cartesiano que concebe o corpo como uma máquina, que precisa ser consertada caso dê algum defeito: mecanicista. Nesse contexto, não só o potencial de intervenção dos demais profissionais e do próprio médico, quanto a outras abordagens– inclusive aquelas discutidas anteriormente – são pouco valorizadas.

A visão reducionista do ser ainda responde por grande parte da nossa dificuldade – profissionais e usuários – de fazer a passagem de uma rotina de trabalho com indivíduos diagnosticados como doentes para uma prática que considere as ações programáticas de saúde, o acolhimento, a vigilância da saúde, os ambientes saudáveis e a promoção da saúde.

No cotidiano, a maioria das equipes encontra dificuldade em compatibilizar as ações programáticas com a demanda espontânea, pois a consulta médica continua sendo um forte componente do atual modelo assistencial. Nesse sentido, a análise da demanda por consultas médicas em sua Unidade, sem dúvida, poderá instrumentalizar sua equipe para melhor organizar o processo de trabalho, dando especial atenção aos grupos que apresentem superutilização. No entanto, não faça uma análise apenas estatística, ou seja, dê nome e vida aos números. Procure entender qualitativamente essa procura por uma consulta.

Para reforçar a importância de pensarmos a consulta como um instrumento que deve contribuir para a mudança do modelo assistência (centrado na doença) , vamos partir de duas premissas básicas:

• todos devem ter acesso ao serviço de saúde para explicitar sua consulta - programada ou espontânea - ao médico, ao enfermeiro ou ao cirurgião-dentista (em se tratando da Equipe Mínima de Saúde da Família e Saúde Bucal);

Aspectos do encontro em que se dá na consulta

Talvez por ser tão familiar, a consulta não tenha o destaque que deveria ter como estratégia de mudança do modelo assistencial. Ela deve ser considerada um momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade: recebê-lo com o seu mundo-vida integral no consultório.

Cabe explicitar nesse encontro todos os aspectos discutidos neste Módulo que, desde o início, busca refletir sobre as relações entre seres humanos. Entre outros aspectos, deve considerar: o resgate da relação entre sujeitos autônomos e o respeito a essa autonomia; a valorização e sinergismo dos diferentes saberes envolvidos na relação; os aspectos cultural, econômico e social dos sujeitos envolvidos; a necessidade de identificar qual a fundamentação do saber do outro; os determinantes dos processos por ele vivenciados; o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico; a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade; a dimensão simbólica e psíquica do adoecer; a relação de poder presente nas relações entre sujeitos; os aspectos éticos; a aplicação de conceitos teóricos, como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo; as necessidades apresentadas pelos usuários como centro de todas as suas ações; a negociação e a participação do usuário nas tomadas de decisão; e a necessidade de ter domínio e aplicar saberes profissionais específicos.

No encontro estabelecido na consulta, o usuário deve perceber que uma mudança está em curso no sistema de saúde. Esse é um encontro no qual o vínculo pode ser estabelecido na perspectiva de soluções conjuntas para a necessidade premente, que gerou a consulta, e outras necessidades subjacentes e futuras. A capacidade de escutar o usuário deve ser considerada elemento fundamental para o estabelecimento de laços de confiança e de vínculo.

Atente, também, para a linguagem corporal e gestual. A percepção de que foi ouvido faz com que o usuário se identifique com o profissional, principalmente quando este explica como entendeu seu quadro de sofrimento, utilizando linguagem simples. Deve ficar evidente para o usuário que o profissional que o está atendendo se preocupa com ele, com sua família e com a comunidade com a qual se relaciona.

É preciso que fique evidente também a responsabilidade sanitária da Equipe de Saúde da Família com o seu território. Aspectos vitais, como a adesão ao tratamento, podem ser construídos – ou destruídos – nesses encontros. Uma forma de destruí-los é assumir posição prescritiva quanto à necessidade de mudança de hábito de vida, por exemplo, sem o estabelecimento mínimo de uma relação empática, solidária. Por outro lado, fazer escuta atenta, agendar retorno, indicar a possibilidade de uma visita domiciliar são aspectos vitais para a construção de uma rede de recursos terapêuticos que deve ser sistematicamente estabelecida.

É preciso, portanto, utilizar de forma adequada o potencial e a força simbólica da consulta, legitimando o novo papel social que ela pode exercer. Uma consulta respondida por um profissional com formação humanista pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde assim como "um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença" (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

VAMOS SABER MAIS!

Discutimos os aspectos importantes na consulta, recomendamos a leitura do texto: "A Consulta de Enfermagem no contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz De Fora, Minas Gerais", disponível em sua biblioteca.

Acolhimento

Não é possível discutir acolhimento nos serviços de saúde sem relembrar princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Lei nº 8.080, tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Também não é possível discuti-lo sem que venha à tona o cuidado como ação humana fundamental.

O Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa define acolher como: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Estamos falando de uma forma de relação em que o profissional de saúde, que se reconstrói em seu processo de trabalho, atua de forma a possibilitar que o usuário construa sua própria saúde, com autonomia. Para tanto, ele ouve com atenção, admite o saber do outro em seu mundo de saberes acadêmicos, leva em consideração o que o outro expressa, qualquer que seja o modo de comunicação. É assim que todos nós gostamos de ser atendidos em qualquer serviço: gostamos de ser acolhidos!

Podemos dizer, portanto, que desde o início deste Módulo estamos falando de um acolhimento cotidiano nas relações pedagógicas estabelecidas entre todos os envolvidos no processo de produção de saúde.

Cada "gente" é sujeito de sua vida, que deve ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral, numa relação que gera vínculos institucionais e emocionais. Isto vale para abordagens coletivas e individuais (no consultório ou no gabinete odontológico, na recepção, no local de espera, na sala de vacina, na sala de procedimentos, na garagem da ambulância que também é "sala" de espera e outros – que você sabe bem quais são!).

Esta é uma das dimensões do acolhimento, do nosso ponto de vista, a mais importante: o ato de acolher de modo que demonstre a preocupação com o outro, a disponibilidade

para cuidar para fazer o melhor possível. Cuidar pressupõe um encontro afetivo – com laços de humanidade – e efetivo – do ponto de vista de identificação e resposta às necessidades singulares de saúde do usuário. É uma dimensão comportamental que deve ser mobilizadora de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde para uma atenção focada no usuário.

Algumas vezes você pondera que também quer ser acolhido pelo usuário?

Tudo bem, isso é o que todos queremos, a todo o momento: viver relações acolhedoras. Contudo, como agente do processo de trabalho em saúde, o que deve distinguir a sua postura da postura daquele que você assiste – e que muitas vezes não acolhe você – é a essência da prática profissional que escolheu, é o "cuidar como ofício". Talvez seja a construção dessa concepção que nos permite entender a proposta de humanização dos serviços de saúde como política nacional que propõe humanizar o que é humano. É um aprimoramento das relações humanas, essencial para a produção da saúde. É preciso construir vínculos com a comunidade para que você também seja acolhido. É essencial que fique perceptível, no comportamento da equipe, a compreensão de que vínculo significa "a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo" (FRANCO et al., 1999).

Sob esse aspecto, o acolhimento se concretiza como "tecnologia do encontro", que se constrói no cotidiano (BRASIL, 2006b).

Mas é preciso, também, (re)construir os laços de solidariedade entre aqueles que trabalham juntos na Unidade; arguir as condições de trabalho; dignificar os espaços físicos de atenção; flexibilizar as relações hierárquicas de poder, entre outros aspectos que precisam ser humanizados no nosso cotidiano.

VAMOS SABER MAIS!

Leia:

Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário (SOLLA, 2005). Oferecer sempre uma resposta positiva à demanda do usuário, que pode ser ou não um agravo físico, traduz a ideia do acolhimento como diretriz operacional. Em uma sociedade impregnada pela lógica do modelo biomédico, os profissionais da atenção básica enfrentam o desafio de priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e, ao mesmo tempo, garantir o direito que todos têm de serem atendidos. Ou seja, a partir de um diagnóstico situacional, você deve ter identificado vários problemas individuais e coletivos e planejado intervenções, junto com sua equipe. Para muitas dessas intervenções, vocês pensaram alternativas de abordagem, tais como: consultas agendadas, grupos operativos, visitas domiciliares, reuniões informativas, oficinas educativas, atendimento a pacientes que requerem cuidados especiais, atendimento em comunidades rurais, criação de redes de solidariedade, desenvolvimento de atividades integradas com as escolas, construção de outras parcerias intersetoriais etc. O que fazer? Como ter tempo para executar a programação, planejada a

partir do diagnóstico situacional, e garantir o atendimento sem agendamento (denominado demanda espontânea para alguns e atendimento a agudos por outros)?

É na busca de resposta a esse desafio que o acolhimento se aplica à possibilidade de garantir atendimento aos usuários que vão aos serviços de saúde sem constarem nas agendas e contribuir com a viabilização das ações programáticas. Ou seja, entre tantas barreiras que, infelizmente, ainda vão continuar existindo, impostas pelas condições socioeconômicas e geográficas, o acolhimento possibilita a intervenção naquelas sobre as quais você e sua equipe têm governabilidade para intervir. Organizar a atenção a essa demanda gera repercussões importantes, desde a possibilidade de evitar o risco potencial da automedicação, passando pela redução do deslocamento desnecessário a outra localidade, até a redução da procura desnecessária por níveis de atenção de maior complexidade.

O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento. É reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta. "O enunciado desta resposta pode ser sim ou não, agora ou depois, aqui ou noutro lugar, comigo ou com outra pessoa – contudo, seja qual for, só opera como acolhimento se parte de uma afirmação, logicamente anterior a qualquer pergunta" (BELO HORIZONTE, 2003).

VAMOS ANOTAR!

Estar disponível para escutar pressupõe alguns requisitos "técnicos", além do seu real interesse de acolher de forma cuidadosa, preocupando-se com a enfermidade ou o sentimento de enfermidade do usuário.

Algumas dicas:

• *Tente compreender exatamente o que o outro pretende comunicar-lhe;*

• *Coloque-se em frente à pessoa que está falando e olhe para ela, de preferência olhe nos seus olhos;*

• *Ouça sem interromper, mesmo quando estiver em desacordo. Dê ao outro a oportunidade de expressar-se até o fim;*

• *Enquanto ouve, não se distraia com sons, acontecimentos do ambiente ou conversas paralelas;*

• *Não prepare a resposta enquanto o outro fala. Se assim você fizer, não compreenderá o que ele tem a dizer e, consequentemente, sua resposta pode ser inadequada;*

• *Antes de dar sua opinião, certifique-se de que compreendeu. Você pode fazer isso repetindo o que ouviu para que o outro confirme ou não;*

• *Não antecipe o que o outro vai dizer. A pessoa sente-se desrespeitada e desvalorizada;*

• *Tome cuidado para que suas preocupações e preconceitos não integrem sua fala e mudem o sentido do que você gostaria de dizer;*

• *Cuidado para não selecionar o que ouve, isto é, ouvir só o que lhe convém;*

• *Quando estiver ouvindo, distinga fatos de opiniões e impressões;*

Autor desconhecido

Como qualquer outro espaço destinado ao diálogo entre um profissional de saúde e o usuário, o atendimento à demanda

espontânea deve ser feito em local que preserve a privacidade desse diálogo. Você tem que estar atento para o fato de que ele foi à Unidade fazer uma consulta sobre um problema que o aflige. O primeiro passo para demonstrar o interesse em escutá-lo é ter um espaço reservado especificamente para isso. Obviamente, se a demanda é por informação, esclarecimento ou outras questões similares, quem o recebe na recepção da Unidade pode responder adequadamente, com interesse e atenção, de forma acolhedora. Entretanto, mesmo nessas situações, caso quem o recebe venha a perceber que há necessidade de uma resposta mais qualificada, deve encaminhá-lo ao profissional que estiver respondendo pelo acolhimento naquele momento.

Em síntese:

O acolhimento é realizado através da escuta qualificada de todos os profissionais da unidade, respeitando-se a necessidade dos usuários e a capacidade de oferta de trabalho das equipes, assegurando aos indivíduos, o direito de alguma resposta à demanda apresentada. O acolhimento deve ser feito em qualquer local, na unidade, no domicílio ou na comunidade, inclusive em serviços de urgência ou nos ambulatórios de especialidades. Enfim, todo o serviço de saúde, não importando se nível primário ou terciário, necessita desenvolver a atitude de acolher.

Seção 5 - OUTROS ASPECTOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Clínica ampliada[3]

Em somatório ao desafio de humanizar a atenção e a gestão do SUS, a proposta de Clínica Ampliada surge como um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Dessa forma, os gestores podem falar de clínica e os clínicos podem falar de gestão (não só médicos fazem clínica, todos os profissionais de saúde fazem cada um sua clínica), fazendo uma inter-relação que visa reconhecer o caráter biopsicossocial da doença e nela intervir com estratégias adequadas formuladas pela Equipe Responsável. Nesse contexto, coloca-se o sujeito também como agente nessa intervenção, uma vez que se reconhece a importância da autonomia do paciente em seu processo de tratamento/cura. (Brasil, 2008)

É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso. Mas isto pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado: “cada caso é um caso”. E isto pode mudar, ao menos em parte, a conduta do profissional de saúde. Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se tem relacionamentos com outras pessoas ou não, se está desempregada ou não, tudo isto interfere no desenvolvimento da doença. O diagnóstico pressupõe uma certa

3 Este texto é uma adaptação do texto de Clínica Ampliada e Compartilhada/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS- Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Os créditos devem ser atribuídos aos seus autores.

regularidade, uma repetição. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas.

Podemos dizer então que a clínica ampliada é:

- Um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular;
- Assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde;
- Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de INTERSETORIALIDADE;
- RECONHECER OS LIMITES DO CONHECIMENTO dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas - tarefa muito difícil para esses profissionais - e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente em que o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários;
- Assumir um compromisso ÉTICO profundo.

Algumas dicas práticas: a escuta, vínculos e afetos, "muito ajuda quem não atrapalha", evitar recomendações pastorais e culpabilizantes, negociar restrições sem rancor e levando em conta os investimentos do doente, trabalhar com ofertas e não apenas com restrições, especificar oferta para cada sujeito, valorizar a qualidade de vida, perguntar se o usuário entendeu o que foi dito sobre sua doença e medicação, evitar assustar o usuário, evitar o sempre e o nunca, produção de vida, etc. (maiores informações no texto)

Equipe de referência e apoio matricial

O trabalho em saúde pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço. Esta metáfora demonstra a grande interdependência do trabalho em saúde. É válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais, quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços. Portanto, a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita este diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde. É por isso que a proposta de Equipe Responsável (de Referência) e Apoio Matricial objetiva facilitar a humanização da gestão e da atenção ao mesmo tempo. (Brasil, 2008)

O conceito de equipe de referência é simples. Podemos tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população. No plano da gestão esta referência facilita um **vínculo específico** entre **um grupo de profissionais** e **um certo número de usuários**. Isto possibilita uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios (consultas por hora é um exemplo de gestão centrada nos meios). No entanto, a proposta de equipes de referência vai além da responsabilização e chega até a *divisão de poder gerencial*. As equipes transdisciplinares (o "trans" aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe) têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe. Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização, e na relação da organização com o usuário. Primeiro porque, do contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de

saúde ou em um profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros trabalhadores à simples execução, o que, além de ser adoecedor para esses trabalhadores, será péssimo para a qualidade da atenção, já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho a se burocratizar. Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: produz fragmentação desta equipe. Em outras palavras: nada pior para dois profissionais que estão na mesma equipe, trabalhando com o mesmo usuário, do que estarem obrigados a dialogar através de terceiros, ou seja, através dos seus coordenadores ("superiores", como se costuma dizer). Neste caso, uma eventual mudança no modo de trabalho de um membro da equipe pode ocorrer, afetando diretamente seu colega de equipe, sem necessariamente ser pactuada com a equipe em que este membro está inserido cotidianamente. Ou mais grave, as diferenças e conflitos, em vez de serem preferencialmente resolvidas no grupo, são remetidas aos coordenadores, para que eles conversem e resolvam. Isto é, produz-se uma certa "infantilização" dos trabalhadores e induz-se mais à competição do que à cooperação e coletivização. Fica evidente um princípio da humanização de que a gestão e a atenção "produzem" subjetividade, produzem afetos e mobilizam emoções. A falta de equipe de referências pode induzir uma ilusão de autossuficiência das corporações e um clima de disputa estéril no serviço. A proposta de equipe de referência pretende, ao menos, não alimentar estes conflitos corporativos, colocando **o usuário no centro** do processo gerencial e da atenção.

Num **serviço hospitalar** pode-se definir a equipe de referência como o conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente. Por exemplo, um certo número de leitos em uma enfermaria a cargo de uma equipe. Esta mesma equipe pode ter profissionais que trabalhem como

apoiadores, quando fazem uma "interconsulta" ou outra atividade em usuários que estão sob a responsabilidade de outra equipe. A diferença do apoio e da interconsulta tradicional é que o apoiador faz mais do que a interconsulta, ele deve negociar sua proposta com a equipe responsável. Ou seja, é da responsabilidade da equipe de referência entender as propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e a proposta do apoiador vão produzir. Nesta proposta não é possível transferir a responsabilidade dos pedidos do usuário por especialidades.

Outros tipos de apoio também podem existir. A coordenação por categorias profissionais (clínica, de enfermagem, de fisioterapia etc.), por programas e temas (como o Controle de Infecções Hospitalares) também podem funcionar como apoiadores. Em vez de apenas prescrever determinações, estes apoiadores deverão reconhecer a legitimidade da equipe e negociar as propostas e as formas de realizá-las com cada uma das equipes. Passam a fazer o chamado **apoio à gestão para as equipes de referência**, ajudando-as a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção.

Em relação à REDE ASSISTENCIAL, como funciona o princípio da equipe de referência? Da mesma forma. Os centros de especialidade passam a ter "dois usuários": os seus usuários propriamente ditos e as equipes de referência da atenção básica com a qual estes usuários serão compartilhados. Um grande centro de especialidade pode ter várias equipes de referência locais. O "contrato de gestão" com o gestor local pode não ser mais apenas sobre o número de procedimentos, mas também sobre os resultados. Um centro de referência em oncologia, por exemplo, vai ter muitos usuários crônicos ou sob tratamento longo. Os seus resultados (a serem pactuados e avaliados em contratos de gestão com o gestor da rede local) podem depender da equipe local de Saúde da Família, da capacidade desta, por exemplo, de lidar com a rede social necessária a um bom pós-operatório. Ou do atendimento adequado de

pequenas intercorrências. A equipe especialista poderia fazer reuniões com a equipe local, para trocar informações, orientar e planejar conjuntamente o **Projeto Terapêutico** de usuários compartilhados que estão em situação mais grave. Quem está na atenção básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está num centro de referência.

Projeto Terapêutico Singular

O PTS nada mais é do que uma variação da discussão de "caso clínico". Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de considerar outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações. O nome *Projeto Terapêutico Singular,* em lugar de *Projeto Terapêutico Individual*, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: "hipertensos", "diabéticos" etc.)

O PTS contém quatro momentos:

1 - O Diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.

2 - Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo,

que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

3 - Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

4 - Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

É realmente muito simples, mas alguns aspectos precisam ser observados:

- **a escolha dos casos para reuniões de PTS**: a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe).
- **as reuniões para discussão de PTS**: de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso deste encontro para a realização do PTS é o **vínculo** dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e qualidade desse vínculo. Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do PTS. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento frente a outros profissionais; um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um projeto terapêutico singular frente à equipe. Uma estratégia que algumas equipes utilizam é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.
- **o tempo de um PTS:** o tempo mais dilatado de

formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTS´s com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista que a cultura hospitalar imprimiu em profissionais e usuários. Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai-se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

- **PTS e Mudança:** quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário, como projeto em que se (re)constrói, e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor. No entanto, não se costuma investir em usuários tidos como “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, no caso de uma patologia grave. Se essa participação

do usuário é importante, é necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados. Nos casos de "prognóstico fechado", ou seja, de usuários para quem existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários terminais, é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nestes casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O PTS, nesses casos, pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de "não envolvimento" compromete as ações de cuidado e adoece trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe (ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer).

A Reunião de equipe

Para que a equipe consiga inventar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário, é importante lembrar que:

Reunião de EQUIPE NÃO É um espaço apenas para que um componente distribua tarefas a outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros a calar e obedecer.

Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

Conclusão

Discutimos, neste módulo, diversos aspectos do trabalho em saúde da família e você, certamente, teve a oportunidade de fazer diversas reflexões a respeito de seu trabalho. Desejamos que você possa adequar o seu processo de trabalho às necessidades de sua população, garantindo à mesma, a integralidade na atenção à saúde. Vamos elaborar a última atividade deste módulo.

REFERÊNCIAS

Literatura adaptada:

FARIA HP, WERNECK MAF, SANTOS MA, TEIXEIRAPF. Módulo 1: Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG-Nescon, UFMG, 2009.

VASCONCELOS M, GRILLO MJC, SOARES SM. Módulo 4: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte,Editora UFMG - Nescon UFMG 2009.

Literatura utilizada:

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária- Seminário do Conass para construção de consensos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pactos pela Saúde**. Brasília, v. 4. 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUSS, PM e PELEGRINI A.: A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1):77-93, 2007.

COSTA GD, COTTA RMM, FERREIRA MLSM, REIS JR,FRANCESCHINI SCC: Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2009 jan-fev;

FRANCO T, Merhy EE: PSF: CONTRADIÇÕES E

NOVOS DESAFIOS. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm

FRANCO T, MAGALHÂES HM. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

MELLO GA, MATTOS ATR,SOUTO BGA, FONTANELLA BJB, DEMARZO MMP: Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Revista Brasileira de Educação Médica, 33 (3) : 475 – 482 ; 2009.

MAGALHÃES R.: Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (3):667-673, 2007.

MENDES EV: Uma Agenda para Saúde. Hucitec, São Paulo, 1996.

MERHY EE: Palestra sobre Acolhimento na Rede de Serviços. SEMINÁRIO SOBRE ACOLHIMENTO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SÃO PAULO – 12/03/04. : http//www.uff.br/saudecoletiva

MERHY EE: A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva

MERHY E.E: O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde, 1998. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva

NASCIMENTO LC, ROCHA SMM, HAYES VE: Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):280-6.

REBELO L: Genograma familiar: O bisturi do Médico de Família. *Rev Port Clin Geral 2007;23:309-17.*

RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG: A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- a b r, 2004.

RODRIGUES MP, ARAÚJO MSS: O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família- disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf

SILVA JUNIOR AG e ALVES CA: Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Disponível em: http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf.

© 2011 - Todos os direitos reservados.

EAD - UFMS

REVISÃO:
Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:
Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:
Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:
Carla Calarge

Parceiros:

Educação
Ministério da Educação

Saúde
Ministério da Saúde

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

UFMS

FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

ASMEFAC
Associação Sul-Mato-Grossense de Médicos de Família e da Comunidade

ead
UFMS

SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública

UNASUS
Universidade Aberta do SUS