

ANAIS



7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

UFMT - Cuiabá
9 a 12 de outubro de 2016

Pensamento crítico, emancipação e alteridade:
agir em saúde na (ad)diversidade

Organizadores

Tatiana Engel Gerhardt
Leny Alves Bonfim Trad
Reni Aparecida Barsaglini

ISBN: 978-85-85740-07-8

Realização



interdependência de fatores (controle e autocontrole de pulsões e valorização de determinadas atitudes em diferentes modos de viver). O controle dos impulsos pelo indivíduo decorre de processo associado a sentimentos de: vergonha, medo e embaraço de modo que, na mente dos indivíduos, pareçam resultado do seu livre arbítrio. Os documentos oficiais enfatizam uma proposta pedagógica de diálogo com o Outro e a busca da autonomia do sujeito nas práticas coletivas em saúde bucal. A PNSB ressalta a importância de considerar diferenças sociais e culturais para discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, “considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa” Reforça que a higiene bucal é componente fundamental da higiene corporal das pessoas, mas que “para realizá-la adequadamente requer aprendizado”. Essa normatização da maneira de propor as ações coletivas, apesar de um discurso que propõe conhecer o outro e respeitar diferenças, ainda está longe de ser realizado na prática dos serviços

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos inferir que, historicamente, a produção do cuidado em saúde bucal, bem como suas práticas clínicas (e mesmo quando elas se embasam pelos pressupostos da saúde coletiva), demonstram íntima e contínua relação de “civilizar” atos e ações da e para a sociedade. Na forma de discurso sem desvincular de um “como proceder na sociedade”, as ações coletivas assumiram destacado papel nas práticas e na política de saúde bucal, desde a década de 1990, e mantêm-se como verdade inexorável, mesmo que evidências não biológicas (ressaltamos aqui os fatores de determinação social para doenças bucais) insistam em desmistificar tais práticas

AUTORES: maria aparecida de oliveira; carlos botazzo;

11085 - ANÁLISES ERGOLÓGICAS DO AGIR PROFISSIONAL DE EQUIPES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

A ergologia defende que, ao confrontar-se com situações inusitadas de trabalho, o trabalhador ultrapassa as normas prévias ou antecedentes (protocolos, fluxos, evidências) que guiam e organizam o trabalho e mobiliza ou investe em seu próprio saber. O agir em competência para a ergologia significa articular na atividade de trabalho dimensões subjetivas da experiência humana, as quais por serem intrinsecamente heterogêneas, não tão facilmente suscetíveis de padronização. Isso se traduz numa renegociação permanente com as normas presentes na atividade de trabalho - de cada um e do coletivo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; DI RUZZA, 2006). O conceito de competências profissionais emerge nos discursos da gestão dos serviços com análises ainda tradicionalmente centradas na aquisição de conhecimentos e técnicas (FULLERTON; GHÉRISSE; JOHNSON; THOMPSON; 2011) e/ou no desempenho individual dos trabalhadores (BOREHAM, 2004). Mais raramente as interrogações voltam-se para a compreensão das condições do espaço de trabalho em que os trabalhadores adquirem e/ou utilizam as competências exigidas (HAMPSON; JUNOR, 2012; ARMSTRONG, 2013) ou como recriam as situações de trabalho (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007).

OBJETIVOS

O presente estudo pretende analisar o modo como o uso dos conceitos ergológicos do agir em competência, enquanto arcabouço teórico, contribui para a compreensão dos processos de trabalho de equipes de saúde na atenção primária do SUS. Foram analisados os percursos teórico-metodológicos-analíticos de dois estudos realizados no nível de Mestrado Profissional/PPG Ensino na Saúde/UFRGS.

METODOLOGIA

Estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise. O grupo focal foi adotado para compreensão da interação na perspectiva social construtivista (Ryan, et all. 2014). De 12/2013 a 12/2014, 26 grupos focais: 1) 17 grupos focais com 16 equipes de saúde de municípios de uma macro-região administrativa de saúde (17

médicos, 17 enfermeiros e 17 cirurgiões-dentistas); 2) 9 grupos focais com 10 equipes de saúde bucal em uma capital de grande porte (18 cirurgiões-dentistas, 6 técnicos e 4 auxiliares de saúde bucal). Gravados e transcritos. Roteiro fundamentado no conceito de agir profissional de Schwartz (2007), aporte teórico sobre os limites imprecisos de uma situação de trabalho, alcançando o conjunto de singularidades, vivências e valores. As análises dos discursos realizadas no sentido foucaulteano para compreender o modo como os poderes/saberes, no caso as biopolíticas, ligam-se aos discursos e produzem efeitos de verdade (Foucault, 2007a; 2007b).

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Programas de avaliação dos sistemas e serviços de saúde são processos utilizados para compreender as dinâmicas da atenção à saúde. Muitas vezes dados/indicadores numéricos dos processos avaliativos não auxiliam as equipes a aumentarem suas capacidades analíticas e de intervenção. Há escassez de estudos que aliem teoria humana e social às análises de organização dos sistemas de saúde ou que procurem compreender interações múltiplas entre contextos e sujeitos distanciando-se de uma sociologia linear das práticas e processos de trabalho em saúde. (GRIFFITHS, 2003; DAVIES, 2003; MAY, 2007). Nos discursos o uso dos protocolos pelo trabalhador é um movimento mais complexo do que o compreendido tradicionalmente no campo do planejamento na saúde. Para trabalhar e valer-se do protocolo o trabalhador precisa recorrer a seus próprios julgamentos e valores, talentos e criatividade, de forma a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho possam apresentar.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar e, essencialmente, trabalhar no campo da saúde, é gerir variabilidades inerentes à produção do cuidado em saúde, e está imbricado a dimensão gestonária dos processos e cenários das atividades. Os resultados apontam para a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. O redescobrimto do próprio trabalho pelo trabalhador incide na compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. Relações de trabalho necessitam ser despertadas nos serviços de saúde através da reestruturação e consolidação de espaços de educação permanente que propiciem o debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde e que coloquem em diálogo as necessidades das partes envolvidas – trabalhador, aluno, serviço, instituições de ensino e de saúde, usuários, controle social; contudo, fundamentando a produção do cuidado em saúde como eixo condutor deste processo.

AUTORES: Cristine Maria; Julio Baldisserotto; Evelise Tarouco da Rocha; Camilla Ferreira do Nascimento;

11364 - ARQUEOLOGIA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO NO SUS

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Historicamente Saúde Bucal confunde-se com Odontologia e se caracterizou centrada em procedimentos, operando numa boca como órgão fragmentado e destituído de corpo. Ao planejar suas ações ou organizar a prática clínica, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB se baseiam em dados epidemiológicos de cárie e doença periodontal, desconsiderando as demais doenças bucais e subjetividades produzidas na condição do adoecimento. Estas ações de vigilância à saúde voltam-se à erradicação da cárie de forma recorrente, ao longo dos anos e das políticas de saúde, reforçando que tecnologias duras e biomédicas permanentemente sustentam a concretude da prática pública. A atual PNSB indica e orienta ações que transformem esta prática e promovam novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, com vínculo e com –prometimento na relação entre os atores. É clara a necessidade de melhorar a formação dos profissionais na direção de uma prática profissional sensível ao cotidiano daqueles para os quais se planeja um projeto terapêutico. É necessário repensar a tecnologia do cuidado como possibilidade da atenção com integralidade e de legitimação da saúde como qualidade de vida.

OBJETIVOS

Compreender nas políticas de saúde bucal qual a organização tecnológica esteve colocada e se esta poderia ser o fio condutor para as práticas, tecendo percursos e encontrando regularidades teóricas, compreendendo mudanças no modelo, no qual convivem a técnica e a perspectiva de integralidade, autonomia dos sujeitos, promoção e vigilância à saúde. Assim seria possível apreender a materialidade do enunciado ao longo da história e suas consequências para a formulação de políticas, o que poderia iluminar impasses localizados na condução da mudança do modelo de atenção que propõe a atual PNSB.

METODOLOGIA

Para estudo das políticas de saúde bucal e da organização tecnológica do trabalho no âmbito do SUS, no histórico das políticas e seus modelos de atenção, foi utilizado o discurso real, pronunciado, existente como materialidade, definindo um método arqueológico a partir das políticas de saúde bucal, descortinando o discurso, o enunciado e o saber sob a ótica das construções teóricas de Foucault (Arqueologia do Saber, 1997). Utilizou-se de revisão de documentos normativos do SUS e de publicações do período de 2000 a 2012 buscando apreender as possíveis materialidades dos enunciados sobre saúde bucal e a categoria central -o objeto de pesquisa no percurso desta pesquisa - foi a organização tecnológica do trabalho, posto constituir-se como ponto convergente das políticas, desvelando-se como meio, como diretriz para modelo de atenção e também como política pública.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A odontologia caracteriza modelos de atenção em saúde bucal desde a década de 1950 até 2000 e vinha sendo uma forma de política, reproduzindo a técnica odontológica no setor público de forma acrítica. As ações, alicerçadas na tecnociência odontológica, conduziram os serviços públicos para a exclusão da maioria da população de benefícios e tecnologias de cuidado. Mesmo com novas diretrizes propostas pela atual PNSB, em diferentes partes do Brasil (com particularidades geográficas, demográficas, políticas e econômicas) se encontram descompassos entre política e prática no cotidiano. Predominam características do modelo tradicional, indicando que incentivos financeiros não são suficientes para promover mudanças. Destaca-se um nó crítico: a real possibilidade de estabelecer um modelo com base no ideário do SUS. A epidemiologia poderia constituir-se ferramenta fundamental (aproximando modelos assistenciais do ideário de universalidade, integralidade e equidade) ao fomentar discussões sobre os determinantes sociais das doenças bucais, mas seus índices balizam arranjos tecnológicos e formatação dos modelos e passam a sustentar e organizar até mesmo a prática clínica.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método possibilitou delinear, nas políticas enquanto conjunto, delimitadas por conjunturas econômicas e sociais que conformam o pano de fundo, quais tecnologias respondem às necessidades em saúde bucal. Tecnologias que operam o trabalho vivo em saúde, que são ao mesmo tempo projeto terapêutico e recorte de objeto, na medida em que dispõem trabalhadores e instrumentos/material na execução de práticas reveladoras de saberes. Não quaisquer saberes, mas aqueles que podem constituir o saber operatório do trabalho e que não tem considerado a dimensão solidária e humana da prática em saúde nem discutido o envolvimento subjetivo do profissional ou usuário na produção viva do cuidado em saúde. O vínculo – pressuposto das ações no novo modelo – e a perspectiva da subjetividade na prática clínica odontológica, menosprezada pelo viés programático das políticas de saúde, devem ser valorizados, enfatizados e almejados. Para equipes de saúde, gestores e centros formadores em saúde. Para todos.

AUTORES: Fabiana Schneider Pires; Carlos Botazzo; Graciela Soares Fonsêca;

10935 - AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE BUCAL E EXPERIÊNCIAS DE PERDA DENTÁRIA: COMPREENSÃO E SIGNIFICADOS A PARTIR DA PESQUISA QUALITATIVA

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Perdas dentárias, bem como a utilização de próteses inadequadas, refletem em limitações funcionais – mastigar e falar –, além de sociais, associadas a mudanças no comportamento, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e insatisfação ou rejeição da aparência física. Tais condições têm potencial para gerar graves repercussões emocionais como diminuição da autoestima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de constrangimento e humilhação. Neste contexto, o impacto que a perda dentária pode ter sobre a vida das não deve ser subestimado. Apesar de serem temas de interesse da comunidade científica, a autopercepção da saúde bucal, bem como o impacto da perda dentária sobre a qualidade de vida das populações têm sido estudados por meio de indicadores sociodontais, quantitativos (questionário estruturado). Poucos são, ainda, os estudos de abordagem qualitativa encontrados na literatura buscando compreender o significado desta perda dentária na vida das pessoas em seus contextos sociais.

OBJETIVOS

Os temas ‘autopercepção da saúde bucal’ e ‘perda dentária’ compõem esta pesquisa qualitativa cujo objetivo foi analisar a autopercepção da saúde bucal relacionando ao uso e necessidade de prótese dentária e compreender o significado da experiência de perda dentária em adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)/Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa buscou fundamentos nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa (MYNAYO, 2012), caracterizando-se como um estudo de caso (YIN, 2010). O campo de investigação foi o serviço de Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Os participantes foram usuários adultos e idosos do serviço de saúde bucal de uma Unidade de Saúde da Família. A coleta de dados incluiu a observação com registro em diário de campo e a realização de entrevistas domiciliares individuais, seguindo roteiro semiestruturado previamente testado, gravadas em equipamento de áudio e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas foram conduzidas por dois pesquisadores. A amostra foi intencional seguindo o critério de fechamento amostral por saturação. O material textual foi interpretado pela análise de conteúdo de Bardin (2011) com apoio do software ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis). A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, iniciando em 2014.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Participaram das entrevistas domiciliares 66 usuários, adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos). As categorias emergentes, ou seja, os resultados, foram guiados tendo por base o referencial teórico que incluiu o significado da boca, da experiência de perda dentária e sua substituição, enquanto expressão histórico-cultural de um grupo social (BOTAZZO, 2006; MACENTEE; HOLE; STOLAR, 1997; ROUSSEAU et al., 2014). As narrativas dos usuários do SUS mostraram a perda dentária ligada a limitações na mastigação, aparência física, fala, sorriso, emprego, convívio social e com dor. Tais problemas não apareceram de modo isolado, mas sim associados, afetando a vida das pessoas. Em outras experiências, quando a ausência dentária era de dentes posteriores, não afetando o sorriso das pessoas e não havia dentes quebrados ou dor de dente presente, a perda dentária pareceu não afetar a vida dessas pessoas, mesmo sem a reabilitação protética. A presença de ‘dor’ foi um aspecto que esteve sempre presente nas narrativas de usuários insatisfeitos com sua boca. Pessoas com perda dentária sem reabilitação mostraram o desejo de colocação da prótese, associando-a com melhor qualidade de vida.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS