



Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

GUIA CURRICULAR

CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL MÓDULO I

O Contexto do Trabalho em Saúde no SUS

Manual do Docente

Belo Horizonte, 2012





Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30190-002
Unidade Geraldo Campos Valadão
Rua Uberaba, 780 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30180-080
www.esp.mg.gov.br

Damião Mendonça Vieira
Diretor Geral da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Fernanda Jorge Maciel
Superintendente de Educação

Marilene Barros de Melo
Superintendente de Pesquisa

Miguel Ângelo Borges de Andrade
Superintendente de Planejamento, Gestão e Finanças

Harrison Miranda
Assessor de Comunicação Social

Junne Menezes Diniz Medrado
Assessora Jurídica

Nina de Melo Dável
Auditora Setorial

Clarice Castilho Figueiredo
Coordenadora de Educação Técnica

Elaboração / Conteudista
Jaqueline Silva Santos
Rosângela de Campos Cordeiro
Wanda Taules Braga

Revisão Pedagógica
Érica Menezes dos Reis
Heloisa Corrêa Moreira Bistene
Jomara Aparecida Trant de Miranda
Roberta Moriya Vaz

Editor Responsável
Harrison Miranda

Diagramação
José Antônio dos Santos

Produção Gráfica
???????
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Edifício Minas - 12º andar - Cidade Administrativa de Minas Gerais
Rodovia Prefeito Américo Giannetti, s/nº, Bairro Serra Verde - 31630-900- Belo Horizonte - MG

Antônio Jorge de Souza Marques
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões
Secretário - Adjunto de Estado de Saúde Minas Gerais

Maurício Rodrigues Botelho
Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Marcílio Dias Magalhães
Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

Daniele Lopes Leal
Diretora de Saúde Bucal

Ministério da Saúde – Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios Edifício Sede, Bloco G, sala 751- Zona Cívico - Administrativa
Brasília - DF
CEP: 70058-900
e-mail:degerts@saude.gov.br

Alexandre Padilha
Ministro da Saúde

Milton de Arruda Martins
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Sigisfredo Luis Brenelli
Diretor do Departamento de Gestão de Educação na Saúde

Clarice Aparecida
Técnicas em Educação na Saúde
Coordenadora Geral de Ações Técnica em Educação na Saúde

M663g	Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
	Guia Curricular. Curso Técnico em Saúde Bucal: Módulo I – O contexto do trabalho em saúde no SUS / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. -- Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
	Manual do Aluno 72 p.; il.
	ISBN 978-85-62047-03-9
	1. Saúde bucal. 2. Saúde bucal, estudo e ensino. I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título.
WU 13	



SUMÁRIO

MÓDULO I

O Contexto do Trabalho em Saúde no SUS

Unidade 2 - Políticas de Saúde no Brasil.....	7
---	---

Atividades de Concentração:

Atividade I – O Eco.....	8
Atividade II – Renovação do Contrato de Convivência.....	9
Atividade III – Apresentação das Atividades de Dispersão.....	10
Atividade IV – Avaliação das Atividades de Dispersão.....	11
Atividade V – Dinâmica: Cooperação.....	11
Atividade VI – Concepção do Aluno em Relação ao Sistema Único de Saúde – SUS.....	12
Atividade VII – História das Políticas de Saúde no Brasil.....	13
Atividade VIII – História das Políticas de Saúde no Brasil – Filme.....	17
Atividade IX – Inspire/Expire.....	18
Atividade X – Sistema Único de Saúde – SUS.....	19
Atividade XI – Estudo de Caso: Universalidade, Integralidade, Equidade.....	23
Atividade XII – Controle Social.....	24
Atividade XIII – Dinâmica: Marreca Voa?.....	26
Atividade XIV – Controle Social – Legislação.....	27
Atividade XV – Reflexão com Música.....	32
Atividade XVI – Cidadania.....	34
Atividade XVII – Dinâmica de Relaxamento.....	35
Atividade XVIII – Normas Operacionais do SUS (NOB, NOAS, Pacto pela Saúde).....	36
Atividade XIX – Organização da Assistência à Saúde.....	39
Atividade XX – Os Serviços de Saúde.....	40
Atividade XXI – Atendimento em uma Unidade de Saúde.....	41
Atividade XXII – Processo de Funcionamento dos Serviços de Saúde.....	42
Atividade XXIII – Dinâmica: Construção Coletiva.....	42
Atividade XXIV – O Processo de Reorganização do Modelo de Atenção à Saúde.....	43
Atividade XXV – Ciranda.....	45
Atividade XXVI – Conhecendo a Estratégia Saúde da Família.....	46
Atividade XXVII – A Equipe faz a força.....	49
Atividade XXVIII – Conhecendo o Projeto Estruturador do Governo do Estado de Minas Gerais – Saúde em Casa.....	51
Atividade XXIX – Reflexão.....	53
Atividade XXX – Os Sistemas de Atenção no SUS em Minas Gerais.....	54
Atividade XXXI – Políticas de Educação para o SUS.....	61
Atividade XXXII – Educação Permanente em Saúde – Portaria GM/MS nº 1996 de 2007.....	63
Atividade XXXIII – Orientações para as Atividades de Dispersão.....	68
Atividade XXXIV – Dinâmica de Avaliação.....	69

Atividades de Dispersão:

Atividade I – Coleta de dados da forma de prestação do Serviço de Saúde em seu Município.....	70
Atividade II – Fontes de financiamento para a Saúde.....	70
Atividade III – Composição e atuação do Conselho Municipal de Saúde.....	71
Atividade IV – Entrevista.....	71
Atividade V – Avaliação da Dispersão.....	72
Para saber mais.....	74



APRESENTAÇÃO

Aliando Ensino, Pesquisa e Serviço, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) propõe o curso Técnico em Saúde Bucal (TSB). O curso tem como objetivo ampliar o tratamento odontológico dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), qualificando os profissionais que já atuam nos serviços de saúde pública.

O material didático deste curso foi elaborado aliando teoria à prática cotidiana de trabalho e auxilia os alunos na reflexão e análise de experiências, ampliando sua compreensão acerca da atuação desse técnico no SUS.

Agradecemos aos diversos parceiros que nos apoiam na concretização dos nossos objetivos, como os cirurgiões dentistas, que atuam como docentes da Concentração (momento teórico do curso) e da Dispersão (momento da prática profissional), as secretarias municipais de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério da Saúde.

Um abraço

Damião Mendonça Vieira

Diretor geral da ESP-MG



MÓDULO I

O contexto do Trabalho em Saúde no SUS

UNIDADE 2

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL







UNIDADE 2

Políticas de Saúde no Brasil

OBJETIVOS

- Apresentar e discutir a história das políticas de saúde no Brasil.
- Compreender a Reforma Sanitária no Brasil.
- Conhecer e analisar o processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.
- Estudar princípios, diretrizes e estratégias do Sistema Único de Saúde.
- Reconhecer as ações das Conferências e Conselhos de Saúde.
- Apresentar as normas operacionais do Sistema Único de Saúde (NOB, NOAS, Pacto pela Saúde).
- Compreender a organização da assistência à saúde - regionalização: atenção primária, atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (alta complexidade), com ênfase na atenção primária;
- Reconhecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como política de organização da atenção primária em saúde.

ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

Serão apresentadas a seguir as atividades pedagógicas a serem realizadas em sala de aula (momento de concentração) e no ambiente de trabalho (momento de dispersão) correspondente a Unidade 1 do Módulo I.

Esta unidade de estudo está articulada em um conjunto de atividades de forma a propiciar o engajamento dos alunos no processo de aquisição de novos conhecimentos que favoreçam a reflexão sobre o seu contexto e o processo de trabalho.

Este guia contém descrição detalhada de todas as atividades incluindo as dinâmicas de ativação, relaxamento e reflexão, bem como os textos de estudo para os alunos e os de apoio ao docente. Além disso, estão contidos também as atividades de conhecimentos prévios e atividades/procedimentos de avaliações.

É importante que o docente se aproprie do conteúdo e metodologia do curso fazendo um estudo cuidadoso, buscando aperfeiçoar sua didática para conduzir com sucesso todas as atividades pedagógicas propostas.

Em todas as unidades de estudo serão trabalhados os temas transversais: a ética, a comunicação, o trabalho em equipe e a ação educativa.





ATIVIDADE I: O ECO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Fortalecer a identidade e auto-estima do grupo.

Material

- Letra da música: “Se tudo pode acontecer”;
- Sugestão: Som

Desenvolvimento

- Convidar a todos para formarem um círculo, dar as mãos e informar o significado do gesto:
 1. A mão direita simboliza nossa capacidade de ajuda e deve estar por cima da mão esquerda do colega da direita;
 2. A mão esquerda simboliza nossos sentimentos, é a mão do coração;
 3. Estar de mãos dadas em círculo simboliza que podemos ajudar e precisamos receber ajuda;
 4. Nenhum de nós é tão forte para somente ajudar e tão fraco que só possa receber ajuda. O equilíbrio entre as pessoas está na nossa grandeza de pedir, dar e receber ajuda;
 5. No círculo todos podem se olhar nos olhos, ficamos no mesmo plano, nos sentimos iguais, um não é mais importante que o outro;
 6. No círculo não disputamos liderança, podemos contar uns com os outros e estamos protegidos;
 7. O círculo é a formação mais democrática que existe, nela temos oportunidades iguais de participação;
- Convidar cada um a dirigir-se ao centro do círculo e dizer, em voz alta, o nome como gosta de ser chamado, fazendo um gesto para representá-lo. Por exemplo: alguém vai ao centro, grita Lúcia e bate palmas;
- Orientar que logo após, uma pessoa ir ao centro do círculo e disser o seu nome fazendo o gesto, todo o grupo deverá repetir em coro, o nome da pessoa em voz alta, repetindo também o seu gesto, até que todos tenham passado pelo centro do círculo.
- A escolha dos nomes pelos pais e familiares têm um significado especial para cada um, cada nome tem uma história. Chamar as pessoas pelo nome significa reconhecê-las em sua identidade única. É uma demonstração de interesse, respeito e uma forma de fortalecer o vínculo;
- Ressaltar os seguintes pontos:

Fechamento

- Finalizar convidando o grupo para, em círculo e de mãos dadas, cantarem a música: “ *Se tudo pode acontecer*”.





SE TUDO PODE ACONTECER¹

Se tudo pode acontecer
Se pode acontecer
qualquer coisa
Um deserto florescer
Uma nuvem cheia não chover

Pode alguém aparecer
E acontecer de ser você
Um cometa vir ao chão
Um relâmpago na escuridão

E a gente caminhando
De mão dada
de qualquer maneira
Eu quero que esse momento
Dure a vida inteira
E além da vida ainda
De manhã
no outro dia
Se for eu e você
Se assim acontecer
Se tudo pode acontecer



ATIVIDADE II - RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE CONVIVÊNCIA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Renovar o contrato estabelecido pelo grupo na concentração da Unidade 1 para viabilizar o bom desempenho das atividades.

Material

- Painel com o contrato celebrado na concentração da Unidade 1.

Desenvolvimento

- Apresentar para o grupo o painel com o contrato feito na concentração da Unidade 1 e pedir para os alunos avaliarem a partir das perguntas:
 1. O que foi cumprido totalmente? Isso contribuiu para o bom desempenho dos trabalhos? Deve permanecer no contrato?
 2. O que foi cumprido parcialmente?
 3. O que não foi cumprido? Trouxe consequências para o grupo? Quais?

¹ ANTUNES, Arnaldo; TATIT, Paulo; RUIZ, Alice; BANDEIRA, João. Se tudo pode acontecer. In: ANTUNES, Arnaldo. *Paradeiro*. São Paulo: Sony/BMG, 2001. 1 CD, Op. 4, digital, estéreo. Disponível em: <http://www.aliceruiz.mpbnet.com.br/discografia/paradeiro/se_tudo_pode_acontecer.htm>. Acesso em: 07 ago. 2009.





4. Esse item deve permanecer no contrato do jeito que está ou deve ser modificado?

5. É necessário incluir modificações no contrato?

- Sistematizar com o grupo as reflexões, perguntando se deve renovar este contrato, lembrando que pode-se incluir modificações sugeridas pelo grupo, sempre com o objetivo de garantir o bom desempenho dos trabalhos;

Fechamento

- Reescrever o contrato, se necessário. Ressaltar que qualquer participante pode, ao longo das atividades, lembrar aos demais o cumprimento do contrato.



ATIVIDADE III - APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE DISPERSÃO

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Reforçar os conceitos chaves trabalhados anteriormente: a relação entre as condições de saúde e o modo de vida e trabalho das pessoas.

Material

- Relatórios das atividades desenvolvidas na dispersão da Unidade 1 - Processo saúde - doença e promoção da saúde

Desenvolvimento

- Apresentação de relatórios das atividades de dispersão da Unidade 1:
 1. Solicitar que os alunos apresentem os relatórios:
 - Resgatar a entrevista realizada junto à população com apresentação do relatório de síntese das entrevistas, incluindo os aspectos facilitadores e dificultadores e os meios utilizados para o enfrentamento;
 - Atividades de levantamento de dados com a sistematização(relatório) dos resultados a seguir:
 - a) Morbidade e mortalidade do seu município;
 - b) Saneamento básico, habitação, educação, serviços de saúde, meio ambiente e tipos de trabalho, composição familiar e renda familiar.
 2. Relatório da pesquisa sobre Equipe de Saúde da Família;
 3. Relatório dos recursos existentes em seu bairro ou região para assistência à saúde da população.
- Finalizar as apresentações reforçando os conteúdos trabalhados na Unidade 1.

Fechamento

- Ao final das apresentações recolher os relatórios referentes às atividades de dispersão da Unidade 1, para leitura e avaliação do docente. Posteriormente o docente devolverá ao aluno estes relatórios;





- Orientar aos alunos que guardem os relatórios, após devolução do docente, pois servirão de base para a realização do trabalho final de curso.



ATIVIDADE IV - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE DISPERSÃO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Avaliar os fatores facilitadores e dificultadores para realização das atividades da dispersão da Unidade 1.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Promover o relato dos alunos sobre as atividades de dispersão, levantando as questões a seguir:
 1. Como foi realizar a dispersão?
 2. Quais foram os fatores facilitadores e dificultadores?

Fechamento

- Sistematizar:
 1. Participar da construção da síntese da primeira unidade de estudo (atividades de dispersão desenvolvidas e apresentadas);
 2. Reforçar os conceitos chaves trabalhados anteriormente: a relação entre as condições de saúde e o modo de vida e trabalho das pessoas.



ATIVIDADE V - DINÂMICA - COOPERAÇÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Sensibilizar a turma para o trabalho em grupo, promovendo o espírito de equipe e cooperação entre os alunos.

Material

- Rolo de barbante, tesoura, caneta e garrafa.

Desenvolvimento

- Cortar os fios de barbante antes de iniciar a atividade (aproximadamente um metro de barbante para cada aluno);





- Todos os alunos irão enrolar a ponta de seu barbante em uma caneta (única para toda a turma);
- Aguardar até que todos os barbantes estejam com uma ponta enrolada na caneta, possibilitando formar uma grande teia;
- Solicitar aos alunos que façam um grande círculo (de pé);
- Após a teia formada, dar o comando para um aluno passar a ponta do barbante que está em sua mão, ao seu colega da direita, e ao mesmo tempo este aluno deverá falar uma característica sua (não precisa ser necessariamente uma característica, fica a critério do docente escolher o que deverá pedir), dar continuidade para o 2º aluno, 3º e assim sucessivamente. Até chegar novamente ao 1º que iniciou a dinâmica, ficando todos com uma ponta de barbante na mão, formando a teia;
- Colocar uma garrafa no chão, no centro do círculo (teia);
- Explicar que deverão colocar a caneta dentro da garrafa, mantendo posição vertical no ponto onde os fios se unem (no centro).

Fechamento

- A cooperação se faz necessária para que o objetivo se concretize: caneta dentro da garrafa.



ATIVIDADE VI - CONCEPÇÃO DO ALUNO EM RELAÇÃO AO SISTEMA DE SAÚDE – SUS

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Identificar o conhecimento prévio dos alunos do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Promover uma reflexão com registro em papel kraft e apresentação em plenária, das seguintes questões:
 1. O que você sabe sobre o Sistema Único de Saúde?
 2. Desde quando existe o SUS? Como era o Sistema de Saúde antes do SUS?
 3. Como era organizado o atendimento aos problemas de saúde antes do SUS?
 4. Como eram os serviços de saúde do seu município?

Fechamento

- Após apresentação em plenária sistematizar com esclarecimentos acerca das questões apresentadas para compreensão dos alunos.





ATIVIDADE VII - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Conhecer e discutir a história das Políticas de Saúde no Brasil.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe;
- Texto: O SUS - Sistema Único de Saúde: primeiros passos.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Fazer a leitura em grupo do texto: O SUS - Sistema Único de Saúde: primeiros passos;
- Grifar as palavras desconhecidas e incluir no Glossário elaborado na Unidade 1;
- Elaborar uma síntese do texto e escolher um relator do grupo para apresentar em plenária;
- Sortear um grupo para apresentar;
- Discutir o tema com os alunos contribuindo com colocações pertinentes.

Fechamento

- Sistematizar a discussão e esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

O SUS - Sistema Único de Saúde: primeiros passos²

No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas a parcela da população que podia pagar pelos serviços de saúde e os trabalhadores contribuintes de previdências sociais (trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”) e seus dependentes tinham acesso à assistência médica. Os não-contribuintes de previdências tinham acesso limitado, normalmente, aos poucos hospitais públicos e às instituições de caráter filantrópico, como as Santas Casas. Naquela época, saúde era sinônimo de assistência médica e as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias, eram desenvolvidas por órgãos públicos.

A previdência social era financiada com recursos dos trabalhadores, das empresas e do governo federal e proporcionava como principais benefícios: a organização de serviços de saúde, pagamento de aposentadoria, pagamento de remuneração e ou seguro durante o período em que o trabalhador estivesse doente, portanto impossibilitado de trabalhar.

² Adaptação do Compilado de Rosângela de Campos Cordeiro e Lucimar Ladeia Colen.





Primeiro foram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAT), com a Lei Eloy Chaves, organizadas por empresas. Depois as CATs se transformam em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), organizadas por categorias profissionais.

Os primeiros grupos de trabalhadores a terem acesso aos benefícios foram os trabalhadores urbanos ligados aos setores econômicos que tinham maior influência e poder: marítimos, ferroviários, industriários e bancários. Gradual e lentamente foi ampliado a outros grupos de trabalhadores como os comerciários e trabalhadores rurais.

Assim, os institutos de seguridade social (que inclui a previdência e a assistência social) eram diferenciados por categorias profissionais e geridos por um grupo composto de representantes dos três financiadores (trabalhadores, empresa e governo federal).

Nos anos 60 e 70 o governo federal assumiu a gestão e direção da seguridade social, a arrecadação e responsabilidade pela assistência médica aos previdenciários. Primeiro efetivou a fusão de todos os IAPs criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ligado ao Ministério do Trabalho e posteriormente o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), dentro do então Ministério da assistência e Previdência Social. Nessa época o Ministério da Saúde era um órgão que se mantinha com baixos recursos e limitava suas ações à prevenção de doenças.

Estas décadas foram marcadas pelo autoritarismo e ditadura do governo militar, além de outros aspectos que agravaram a situação social e econômica do país (industrialização, concentração da população nas cidades, falta de saneamento, poluição ambiental, inflação e desemprego) observando-se o agravamento da situação de saúde da população.

Nessa época existia um movimento de profissionais e intelectuais da área saúde na busca da mudança do modelo de atenção à saúde, o Movimento da Reforma Sanitária, que concretiza suas propostas na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Brasileira de 1988

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e significou um marco na formulação das propostas de mudança no setor saúde em nosso país. Seu relatório definiu saúde como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” e serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova ordem social no âmbito da saúde, criou o Sistema Único de saúde (SUS), pautado em princípios doutrinários e princípios organizacionais, a partir da definição de saúde como direito.

O SUS traz três conceitos importantes:

Saúde: incorpora elementos condicionantes e determinantes (físico, socioeconômico e cultural e a garantia de acesso aos serviços de saúde). Vem se expressar como um retrato das condições de vida;

Sistema: conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado, contratado ou conveniado, seguidores dos mesmos princípios e normas, que interagem para um fim comum;

Unicidade: conjunto de elementos doutrinários e de organização observados em todo país e relacionados às peculiaridades de cada região.

Leis Orgânicas da Saúde

Para regulamentar o SUS foi necessário a criação da Lei nº 8080/1990 e Lei nº 8142/1990.

A Lei nº 8.080 / 90 regulamenta em todo território nacional as ações e serviços de saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A participação da comunidade, controle social, na gestão do SUS é realizado por meio das instâncias cole-





giadas: Conselho de Saúde e Conferência de Saúde, regulamentadas pela Lei nº 8.142 / 90.

Os princípios doutrinários (éticos) e organizativos (operativos) que orientam o SUS.

Os princípios são os eixos que orientam a organização do SUS e estão baseados nas definições retiradas, principalmente, da Constituição Federal Brasileira de 1988. Os princípios doutrinários fundamentam e qualificam as noções do direito à saúde e os princípios organizativos orientam as formas de operacionalização destes direitos.

Instrumentos normativos - Operacionalização do SUS

A partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde se iniciou o processo de construção do SUS. Esse processo tem sido orientado por normas operacionais estabelecidas por meio de portarias do Ministério da Saúde (MS). Estas normas definem os caminhos que orientam ou reorientam a operacionalização do Sistema a partir da avaliação periódica da implantação, implementação e desempenho do SUS.

Desde o início da implantação do SUS foram publicadas, pelo Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS 01/1991, NOB-SUS 01/1992, NOB-SUS 01/1993 e NOB-SUS 01/1996), duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) e, em 2006, o Pacto pela Saúde que se encontra em vigor.

Avanços; desafios; superar obstáculos... o SUS se constroi a cada dia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha: entendendo o SUS*. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 04 ago. 2009.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.

CUNHA, R. E.; SANTOS, F. P. Os desafios do gestor local: estruturas organizacionais e os mecanismos de controle. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.

ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE, 2., 2009, Belo Horizonte. *O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG): o caso do PDR/MG: uma experiência*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 179 p.

FERNANDES, B. S. A política de saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Revista Mineira de Saúde Pública*. Belo Horizonte, n. 2/3, p. 7-13, jan./dez. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. *Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais: 2001 / 2004*. Belo Horizonte, 2002. 91 p. il.

REIS, C. G. V.; GOMES, M. L. Vigilância epidemiológica e participação popular. In: *Textos de apoio em vigilância epidemiológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.





ANO	POLÍTICA DE SAÚDE
Anos 20	Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS)
Anos: 30	Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS)
1960	Lei Orgânica da Previdência Social
1963	Estatuto do trabalhador rural
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
1971	Criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL)
1972	Incorporação de domésticas e autônomos
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Plano de Pronto Ação (PPA) e Apoio de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)
ANO	POLÍTICA DE SAÚDE
1975	Lei Nº 6229 do Sistema Nacional de Saúde
1977	Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do Instituto Nacional de Assistencial Medica da Previdência (INAMPS)
DINÂMICA SOCIAL DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA:	
Anos 70	Projetos de medicina comunitária
1976	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e Plano de Pronto Ação (PPA)
1982	Plano Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)
1983	Ações Integradas de Saúde (AIS)
1986	VIII Conferência de Saúde
1987	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)
1988	Constituição Federal
1990	Lei nº 8080 e Lei nº 8142

QUADRO 1: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE – 1920 A 1988.
FONTE: Isabela Souza Coutinho





ATIVIDADE VIII - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL – FILME

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Conhecer e discutir a trajetória histórica das Políticas de Saúde no Brasil;
- Compreender a Reforma Sanitária no Brasil.

Material

- Sugestão: filme: “Políticas de Saúde no Brasil”³.

Desenvolvimento

- Para complementação do conteúdo da atividade VII, sugere-se a apresentação do filme: “Políticas de Saúde no Brasil” - Direção: Renato Tapajós;
- Oportunizar e estimular uma reflexão (discussão) sobre o filme com a análise de seu conteúdo;
- Sistematizar as questões abordadas no filme:
 1. O filme é uma reconstrução ficcional das principais linhas de desenvolvimento das políticas de saúde articuladas com os principais momentos de história ao longo de 106 anos;
 2. Resgata a história da saúde pública no Brasil utilizando-se dos meios de comunicação dominantes - 1900 a 1930: jornal; 1930 a 1945: rádio; 1945 a 1990: TV (preto e branco e depois a cores); anos 90: internet (computador);
 3. Movimento popular de saúde: cinema independente. “O SUS está em construção” (vamos fazer parte dessa história);
 4. Políticas de Saúde e a organização dos serviços de saúde;
 5. Observar que a história das políticas de saúde no Brasil, ao longo do século XX até a criação do SUS, caracterizou-se pela existência de ações e serviços que refletiram uma postura do Estado que priorizava a “saúde da economia”, em detrimento da “saúde da população”.

Fechamento

- Sistematizar a importância da trajetória das políticas de saúde que resultou na Construção do Sistema Único de Saúde - SUS.

³ Filme Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/filme1.zip>>. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Consultores: João Palma, Emerson Merhy e Túlio Franco
Para receber este Filme, envie e-mail para: <sgep.dema@saude.gov.br>. Ou escreva para: Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS -Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Ministério da Saúde-Edifício-sede - 4º Andar - Sala 403-CEP. 70058-900 – Brasília-DF.





ATIVIDADE IX - INSPIRE/EXPIRE

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Promover um momento de relaxamento.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Escolher uma música suave/relaxante para o desenvolvimento da atividade.
- Iniciar o comando em voz baixa e devagar: Fiquem de pé, de olhos fechados, com o corpo esticado e com as mãos ao longo do corpo;
- Respirar profundamente, inspirando o ar pelas narinas e soltando-o pela boca na mesma proporção;
- Cada vez que expirar, solte partes do corpo em perfeita harmonia;
- Começar soltando a cabeça, depois a testa, as pálpebras, relaxe entre as sobrancelhas, solte o maxilar, o pescoço, os ombros, braços, mãos, dedos, costas, o abdômen, os quadris, os glúteos, coxas, pernas, pés e, finalmente, solte todos os pensamentos;
- Sentir cada parte do seu corpo e perceber se há alguma tensão;
- Soltar as tensões por pequenas que sejam;
- Voltar seu pensamento para o rosto e relaxe toda a musculatura da face, sentindo seu rosto tranquilo e sereno;
- Deixar apenas a energia vital fluir em você, da cabeça aos pés, em forma de luz e de paz;
- Soltar-se completamente e aproveitar esse momento que é só seu, e de mais ninguém! Solte seus pensamentos, solte seu coração e sinta a tranquilidade tocando sua alma;
- Relaxar profundamente e não se preocupar caso haja algum barulho por perto;
- Relaxar sem resistências, soltando-se, naturalmente. Sinta-se agradavelmente descansado e em sossego profundo;
- Dar um tempo;
- Agora, alongue os braços, os dedos, o tronco, as pernas e os pés. Estique-se. Dê uma boa espreguiçada. Abra os olhos. Respire fundo.

Fechamento

- Finalizar a atividade ressaltando a importância dos momentos de relaxamento e descanso para o início das próximas atividades.





ATIVIDADE X - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Conhecer o processo de construção do Sistema Único de Saúde, bem como seus princípios doutrinários e organizativos.

Material

- Papel A4;
- Texto; “Sistema Único de Saúde - SUS”.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Fazer a leitura do texto: “Sistema Único de Saúde-SUS”;
- Grifar as palavras desconhecidas e incluir no Glossário elaborado na Unidade 1.
- Eleger um coordenador e um relator em cada grupo;
- Responder as perguntas a seguir para apresentação em plenária, considerando uma situação real de sua comunidade.
 1. As diretrizes do SUS (Descentralização, Integralidade e Participação social) estão acontecendo na minha comunidade?
 2. Em quais situações elas acontecem? E em quais não acontecem?
 3. O SUS está cumprindo o que preconiza na Constituição Federal – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde?
 4. O profissional da saúde está contribuindo para a melhoria do funcionamento do SUS?

Fechamento

- Sistematizar os conhecimentos adquiridos com a leitura do texto e questões trabalhadas nos grupos.



TEXTO PARA LEITURA

SUS 20 anos - A Saúde do Brasil ⁴

O Sistema Único de Saúde-SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos, e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário.

A trajetória do SUS fortalece sua construção coletiva e estimula a mobilização da sociedade para superação dos desafios do setor Saúde e ampliação dos direitos sociais.

O SUS é uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania.

Existe uma longa caminhada na evolução da saúde pública e o SUS é o maior dos passos para garantir o direito à saúde.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS 20 anos: a saúde do Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.





A constituição brasileira de 1988 diz que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Isso deve ser garantido por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. A gestão das ações e dos serviços deve ser participativa e municipalizada.

O SUS já tem 20 anos.

Linha do tempo:

- 1988 – A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
- 1990 - Leis nº 8.080 e nº 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.
- 1991 – Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- 1992 – Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
- 1993 – Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).
- 1994 – Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
- 1999 – Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos.
- 2002 – Publicação da Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde.
- 2004 - Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador.
- Programa “Brasil Sorridente” - Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal.
- Programa “Farmácia Popular do Brasil”.
- 2005 – Publicação do Plano Nacional de Saúde.
- 2006 – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas.
- 2008 – Programa MAIS SAÚDE: Direito de todos – o setor Saúde inserido no contexto do desenvolvimento social, científico e tecnológico.

ANTES E DEPOIS

Antes de 1988, o atendimento dos hospitais públicos estava restrito a 30 milhões de brasileiros. Com a Constituição de 1988, mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde.





ANTES DE 1988		2008	
• O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia. • Centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. • Assistência médico-hospitalar. • Saúde é ausência de doenças. • 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares.		• O sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação e por toda vida a atenção integral à saúde é um direito. • Descentralizado, municipalizado e participativo com 77 mil conselheiros de saúde. • Promoção, proteção, recuperação e reabilitação. • Saúde é qualidade de vida. • 140 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde.	
O SUS beneficia mais de 190 milhões de brasileiros			
100% público:		20% privado	80% público
• Vigilância em saúde, sanitária e ambiental; • Registro e fiscalização de medicamentos; • Assistência farmacêutica; • Atenção básica; • Distribuição de medicamentos essenciais e antitirretrovirais; • Regulação da saúde; • Bancos de sangue e muito mais...		• Os serviços de atendimento hospitalar público contam com 5.900 hospitais credenciados (públicos, privados e filantrópicos) e 64 mil unidades de atenção primária. • Os planos de saúde e atendimento privado atendem 38 milhões de pessoas, mas é o SUS que realiza 75% dos procedimentos de alta complexidade no País.	

FILOSOFIA DO SUS - Princípios e Diretrizes:

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

CAPÍTULO II**Dos Princípios e Diretrizes**

Art. 7º – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos e acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da **autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral;

IV – **igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;





VII – utilização da **epidemiologia para o estabelecimento de prioridades**, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – **participação da comunidade**;

IX – descentralização político-administrativa, com **direção única** em cada esfera de governo;

a) ênfase na **descentralização** dos serviços para os municípios;

b) **regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde;

X – integração em nível executivo das **ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico**;

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da **União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios** na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – capacidade de **resolução dos serviços** em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade** de meios para fins idênticos.

A **participação** e o **controle social** estão garantidos nas conferências nacionais e com a atuação dos Conselhos de Saúde. A responsabilidade pela gestão da saúde é pactuada nas esferas do governo federal, estadual e municipal.

DESAFIOS:

Mobilização e participação para superar os desafios.

- Financiamento adequado e estável;
- Participação e controle social;
- Integração das políticas públicas;
- Valorização dos trabalhadores;
- Redução da violência e dos acidentes de trânsito e do uso abusivo de álcool;
- Aperfeiçoamento da gestão e redução das filas;
- Redução da mortalidade materna e infantil;
- Maior autonomia na produção de insumos estratégicos e medicamentos;
- Acolhimento Humanizado;
- Prevenção e controle de doenças.

AVALIAÇÃO DA SAÚDE:

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Brasil Saudável

Cidades Saudáveis

Cidadão com Saúde

A população aprova (**Nota 10**):

- Acolhimento, acessibilidade e atendimento com qualidade aos usuários;
- Gestão competente e transparente no setor Saúde;
- Valorização e educação continuada dos profissionais;
- Participação e controle social com os conselhos de saúde;
- Financiamento estável com recursos federais, estaduais e municipais;
- Respeito às diferenças étnicas e culturais;





- Pesquisa, tecnologia e inovação nos serviços e ações de saúde;
- Regulação com eficiência do setor privado;
- Vigilância permanente em saúde, ambiental e sanitária;
- Mais saúde para a população com políticas públicas integradas.

A população desaprova (**Nota 0**):

- Falta de recursos financeiros para a saúde;
- Má gestão de recursos públicos e corrupção;
- Demora na fila do atendimento;
- Falta de respeito aos direitos dos usuários;
- Pouca fiscalização por parte dos órgãos competentes e da sociedade;
- Obras inacabadas e equipamentos que não trazem melhorias;
- Prejuízo para os cofres públicos e superfaturamento;
- Metas dos programas não cumpridas;
- Falta de política de recursos humanos e de concurso público;
- Serviços em condições precárias e sem profissionais.



ATIVIDADE XI - UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE, EQUIDADE

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Aplicar os princípios do SUS no estudo de caso.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe.
- Texto do Estudo de Caso;.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 3 grupos;
- Fazer a leitura do Estudo de Caso;
- Cada grupo deverá escolher um coordenador e um relator para apresentação em plenária;
- Cada grupo ficará responsável por uma parte do texto para analisar e responder as questões de acordo com a sugestão a seguir:
 - Grupo 1: Caso A
 - Grupo 2: Caso B
 - Grupo 3: Caso C
- Apresentar em plenária;





Estudo de Caso⁵:

A) Joana, mora em um povoado.

Ao levar seu filho a unidade de saúde da cidade para uma consulta, por estar com febre, foi informada que aquela unidade não atendia pessoas que não fossem daquele município.

Qual princípio do SUS deixou de ser contemplado?

B) Antônio é um trabalhador da zona rural que há anos vem apresentando dor no peito, tosse e pigarro. Procurou a unidade de saúde devido a um corte na mão. O local onde Antônio mora fica muito distante da unidade de saúde, e por isso nunca procurara atendimento. Ele só veio porque o corte era muito profundo.

Poderia ser feito alguma coisa a mais nesse atendimento?

Qual princípio do SUS deixou de ser contemplado?

C) O Secretário de Saúde do município de Rio Vermelho decidiu que, para economizar e facilitar a organização do serviço, todas as unidades de saúde do município deverão oferecer os mesmos serviços.

Qual a sua opinião em relação a esta decisão?

- Após a apresentação, discutir com a turma:

Caso A: Discutir com o grupo sobre o princípio da “Universalidade” como garantia do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Caso B: Discutir com o grupo sobre a importância do atendimento na perspectiva da “Integralidade”, como conjunto de ações e serviços preventivos e curativos.

Caso C: Discutir com o grupo que o atendimento a população deve ser de acordo com o princípio da “Equidade”, tratar de forma diferente os desiguais, ou seja, oportunizando mais a quem precisa mais, reduzindo as desigualdades na atenção à saúde.

- Sistematizar as discussões.

Fechamento

- Após as atividades acima, o docente deverá esclarecer dúvidas, fazendo uma retrospectiva dos conceitos importantes do texto: “SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS”.



ATIVIDADE XII - CONTROLE SOCIAL

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Reconhecer a importância do Controle Social no SUS.

⁵ TEIXEIRA, Carmem. Sistema Único de Saúde: um sistema de serviços de saúde em construção. In: ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE PROFª VALÉRIA HORA. *Curso técnico de agente comunitário de saúde: Guia Curricular do Módulo 1*. Alagoas, 2005. [Texto adaptado].





Material

- Papel A4.
- Texto: “O CONTROLE SOCIAL NO SUS”.

Desenvolvimento

- Ler o Texto: “O CONTROLE SOCIAL NO SUS”;
- Grifar as palavras desconhecidas e incluir no Glossário da turma;
- Dividir a turma em grupos;
- Discutir as questões a seguir e registrar as respostas para apresentar em plenária:
 - Em seu município quem planeja as ações de saúde?
 - Quem controla os gastos?
 - Existem instâncias de participação popular na saúde de seu município? Quais?
- Sistematizar salientando a importância do Controle Social, objetivando garantir o fortalecimento e funcionamento do SUS.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITUR

O CONTROLE SOCIAL NO SUS⁶

A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde onde a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Como Funcionam as Conferências e os Conselhos de Saúde

Nas Conferências, reúnem-se os representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para “avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” nos municípios, nos estados e no país.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da nossa Constituição Federal de 1988 quando foi criado o Sistema Único de Saúde. De quatro em quatro anos deve acontecer a Conferência Nacional de Saúde após a realização das Conferências estaduais e municipais, onde são apontados os rumos para o aperfeiçoamento do SUS.

Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para que a população possa exercer o controle social sobre a gestão da saúde. O representante dos cidadãos usuários do SUS defende os interesses e necessidades da população que mais precisa e usa os serviços do SUS, exercendo o controle social ao lutar para garantir, na prática, o direito constitucional à saúde com qualidade e o respeito à dignidade humana.

Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados, de caráter permanente e deliberativo, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo. São componentes dos Conselhos os represen

⁶ http://www.saude.rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_14.shtml





tantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários, de forma paritária:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Para conhecer melhor os Conselhos de Saúde procure a Secretaria Municipal de Saúde do seu município e veja como pode participar.

“O Controle Social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde”.

(Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde de 1992)



ATIVIDADE XIII - DINÂMICA – MARRECA VOA?

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Estimular a interação do grupo exercitando a capacidade de concentração.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

1. Iniciar colocando para turma que depois de bastante estudo vamos relaxar nossa mente e exercitar o corpo preparando-o para a próxima atividade;
2. Convidar a turma para ficar de pé e em círculo;
3. Destacar que a atividade que será realizada exercita a agilidade motora e mental;
4. Fazer algumas perguntas investigando objetos e animais que podem voar ou não e sempre que a resposta for sim, todos devem levantar os dois braços no alto da cabeça e quando a resposta for não, todos devem dar um pulo. Ex: Marreca voa? Todos devem levantar os braços. Cadeira voa? Todos pulam;
5. À medida que perceber que todos já compreenderam e estão aquecidos, fazer as perguntas com maior rapidez exigindo cada vez mais a concentração e agilidade dos alunos. Aqueles que realizarem os movimentos atrasados ou trocados deverão dar um passo para trás;
6. Sugestões para os comandos: Jacaré voa? Enxada voa? Garça voa? Papel voa? Porta voa? Papagaio voa? Algodão voa? Avião voa? Batata voa? Pombo voa? Livro voa? Etc.

Fechamento

- Concluir convidando o grupo para manter a concentração na próxima atividade.





ATIVIDADE XIV - CONTROLE SOCIAL – LEGISLAÇÃO

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Conhecer a legislação do Controle Social no SUS.

Material

- Papel A4, Papel Kraft, pincel atômico;
- Texto – Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 4 grupos.
- Momento 1:
 - Fazer a leitura da Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde nos grupos;
 - Grifar as palavras desconhecidas e incluir no Glossário elaborado na Unidade 1;
 - Cada grupo ficará responsável por uma parte do texto para discutir e anotar os pontos relevantes da sua parte:
 - Grupo 1:** INTRODUÇÃO, DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE E DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE;
 - Grupo 2:** DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE;
 - Grupo 3:** DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE;
 - Grupo 4:** A COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE.
- Momento 2:
 - Fazer uma redistribuição dos componentes dos grupos do momento 1 numa nova divisão de grupos (4 grupos), de tal forma que um componente permaneça no grupo origem e o restante direcionado aos outros grupos, possibilitando a troca das informações em todos os grupos sobre todas as partes do texto;
- Momento 3:
 - Fazer uma síntese do texto em cada novo grupo formado, englobando todas as informações discutidas;
 - Eleger um relator para apresentação em plenária.

Fechamento

- Concluir esclarecendo pontos importantes da Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde.



TEXTO PARA LEITURA

RESOLUÇÃO N.º 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003⁷

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições con-

⁷ Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2009.





feridas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º, inciso II, artigo 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de traba-





lhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.





VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei nº 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de





governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de





deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde



ATIVIDADE XV - REFLEXÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o conceito de cidadania.

Material

- Letra da música: “*Pacato Cidadão*” - Skank.
- Sugestão: Som

Desenvolvimento

- Cantar e refletir sobre a música: “*Pacato Cidadão*” - Skank a partir das seguintes perguntas:





- O que esta música nos diz sobre cidadania?
- O direito à cidadania é algo sempre a ser buscado em nossa comunidade?

Fechamento

- Fazer um paralelo entre os conhecimentos adquiridos no desenvolvimento da atividade anterior e a letra da música da atividade atual.



PACATO CIDADÃO⁸ (Skank)

Ô pacato cidadão, te chamei a atenção
Não foi à toa, não
C'est fini la utopia, mas a guerra todo dia
Dia a dia não
E tracei a vida inteira planos tão incríveis
Tramo à luz do sol
Apoiado em poesia e em tecnologia
Agora à luz do sol
Pacato cidadão
Ô pacato da civilização
Pacato cidadão
Ô pacato da civilização

Ô pacato cidadão, te chamei a atenção
Não foi à toa, não
C'est fini la utopia, mas a guerra todo dia
Dia a dia não
E tracei a vida inteira planos tão incríveis
Tramo à luz do sol
Apoiado em poesia e em tecnologia
Agora à luz do sol

Pra que tanta TV, tanto tempo pra perder
Qualquer coisa que se queira saber querer
Tudo bem, dissipação de vez em quando é bão
Misturar o brasileiro com alemão

Pacato cidadão
Ô pacato da civilização

Ô pacato cidadão, te chamei a atenção
Não foi à toa, não

C'est fini la utopia, mas a guerra todo dia
Dia- a- dia não

E tracei a vida inteira planos tão incríveis
Tramo à luz do sol

Apoiado em poesia e em tecnologia
Agora à luz do sol
Pra que tanta sujeira nas ruas e nos rios
Qualquer coisa que se suje tem que limpar Se
você não gosta dele, diga logo a verdade
Sem perder a cabeça, perder a amizade

Pacato cidadão
Ô pacato da civilização
Pacato cidadão
Ô pacato da civilização

Ô pacato cidadão, te chamei a atenção
Não foi à toa, não
C'est fini la utopia, mas a guerra todo dia
Dia a dia não
E tracei a vida inteira planos tão incríveis
Tramo à luz do sol
Apoiado em poesia e em tecnologia
Agora à luz do sol

Consertar o rádio e o casamento é
Corre a felicidade no asfalto cinzento
Se abolir a escravidão do caboclo brasileiro
Numa mão educação, na outra dinheiro

Pacato cidadão
Ô pacato da civilização
Pacato cidadão
Ô pacato da civilização

⁸ ROSA, S.; AMARAL, C. Pacato Cidadão. In: SKANK. *Calango*. Rio de Janeiro: Chaos, 1994. 1 CD, digital, estéreo. Faixa 11.





ATIVIDADE XVI - CIDADANIA

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Conhecer os direitos e deveres civis, sociais e políticos como conquista da cidadania.

Material

- Papel A4, pincel atômico, papel kraft;
- Texto: “Cidadania: uma história de sonhos, lutas e conquistas”.

Desenvolvimento

- Responder individualmente às questões a seguir:
- Como a sociedade se organiza para satisfazer às necessidades humanas?
- Quais dessas necessidades são direitos?
- Como adquirimos esses direitos?
- E os nossos deveres, quais são?
- Qual o papel do cidadão na construção da política de saúde?
- Fazer a leitura de texto: cidadania - uma história de sonhos, lutas e conquistas, esclarecendo possíveis dúvidas;
- Grifar as palavras desconhecidas e incluir no glossário da turma;
- Promover uma discussão sobre os direitos e deveres do cidadão.

Fechamento

- Sistematizar, construindo um conceito de cidadania.



TEXTO PARA LEITURA

CIDADANIA: UMA HISTÓRIA DE SONHOS, LUTAS E CONQUISTAS⁹.

Toda história, é a história de um povo, de homens e mulheres iguais a todos nós, que sonham, lutam e assim constroem uma vida melhor. A palavra CIDADANIA é derivada de cidadão, que vem do latim “civitas”, que quer dizer cidade. A palavra cidadania foi usada na Roma antiga para indicar a situação política de uma pessoa e os direitos que essa pessoa tinha ou podia exercer. Era considerado cidadão aquele que estava integrado na vida política da cidade.

Naquela época, e durante muito tempo, a noção de cidadania esteve ligada à ideia de privilégio, pois os direitos de cidadania eram explicitamente restritos a determinadas classes e grupos. Ao falarmos de CIDADANIA, estamos falando de direitos e deveres do cidadão.

DIREITOS: o que é justo, conforme a Lei e a justiça. Normas de convivência dos homens com a sociedade.

⁹ Texto Disponível em: <www.dhnet.org.br/direitos/sos/textos/o_que_e_cidadania>. Acesso em: 20 jun. 2004.





DIREITOS CIVIS: o direito de dispor do próprio corpo, de ir e vir e de segurança.

DIREITOS SOCIAIS: o direito de ter nossas necessidades humanas básicas atendidas, tais como: trabalho, saúde, escola, lazer, cultura, moradia e etc.

DIREITOS POLÍTICOS: o direito de livre expressão de pensamento e ideias, como também de participar na política (partidária, sindical, comunitária, etc.) além de poder votar e ser votado nas eleições.

DEVERES: obrigação de fazer ou deixar de fazer alguma coisa, imposta por lei, pela moral ou pela própria consciência.

São alguns dos nossos DEVERES de cidadão: Respeitar as Leis; Preservar o meio ambiente; Conhecer e reivindicar nossos direitos, etc.

Durante muito tempo, a noção de cidadania esteve vinculada ao ato de votar. No entanto, o povo queria ser cidadão todo dia, em todos os lugares; no trabalho, na escola, na sua casa, na sua vida...

No Brasil, estamos gestando a nossa cidadania. Damos passos importantes com o processo de redemocratização e a Constituição de 1988. Mas, muito temos que andar. Ainda predomina uma visão reducionista da cidadania (votar, e de forma obrigatória, pagar os impostos... ou seja, fazer coisas que nos são impostas) e encontramos muitas barreiras culturais e históricas para a vivência, acostumados a apanhar calados, a dizer sempre “sim senhor”, a engolir sapos, a achar “normal” as injustiças, a termos um “jeitinho” para tudo, a não levar a sério a coisa pública, a pensar que direitos são privilégios e exigí-los é ser boçal e metido, a pensar que Deus é brasileiro e se as coisas estão como estão é por vontade Dele.

Os direitos que temos não nos foram conferidos, mas conquistados. Muitas vezes, compreendemos os direitos como uma concessão, um favor de quem está em cima para os que estão em baixo. Contudo, a cidadania não nos é dada, ela é construída e conquistada a partir da nossa capacidade de organização, participação e intervenção social.

A cidadania não surge do nada como um toque de magia, nem tão pouco a simples conquista legal de alguns direitos significa a realização destes direitos. É necessário que o cidadão participe, seja ativo, faça valer os seus direitos. Simplesmente porque existe o Código do Consumidor, automaticamente deixarão de existir os desrespeitos aos direitos do consumidor ou então estes direitos se tornarão efetivos? Não! Se o cidadão não se apropriar desses direitos fazendo-os valer, esses serão letra morta, ficarão só no papel.

Construir cidadania é também construir novas relações e consciências. A cidadania é algo que não se aprende com os livros, mas com a convivência, na vida social e pública. É no convívio do dia-a-dia que exercitamos a nossa cidadania, através das relações que estabelecemos com os outros, com a coisa pública e o próprio meio ambiente. A cidadania deve ser perpassada por temáticas como a solidariedade, a democracia, os direitos humanos, a ecologia, a ética.

A cidadania é tarefa que não termina, não é como um dever de casa, onde faço a minha parte, apresento e pronto, acabou. Enquanto seres inacabados que somos, sempre estaremos buscando, descobrindo, criando e tomando consciência mais ampla dos direitos. Nunca poderemos chegar e entregar a tarefa pronta, pois novos desafios na vida social surgirão, demandando novas conquistas e, portanto, mais cidadania.



ATIVIDADE XVII - DINÂMICA DE RELAXAMENTO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Acalmar, tranquilizar e relaxar o grupo.





Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Pedir que os alunos formem um círculo, de pé, com os olhos fechados. Coloquem os braços na posição horizontal apontados para o centro do círculo. Com uma mão bater no braço com tapas rápidos e energéticos, do ombro até as extremidades dos dedos, por todos os lados e relaxem. Segue o mesmo exercício com o braço contrário. Sobre a cabeça, bater com as extremidades dos dedos relaxados. Relaxar. Repetir o mesmo exercício sobre o tórax, a barriga. Após cada movimento relaxar;
- Dar tapas sobre o quadril, perna e pé esquerdo e sobre o quadril, perna e pé direito. Relaxar. Depois, em duplas, bater nas costas do companheiro. Relaxar.

Fechamento

- Concluir salientando a necessidade de eliminar as tensões para dar prosseguimento às atividades.



ATIVIDADE XVIII - NORMAS OPERACIONAIS DO SUS (NOB, NOAS, PACTO PELA SAÚDE)

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Conhecer as normas operacionais do Sistema Único de Saúde (NOB, NOAS e Pacto pela Saúde);
- Apresentar o Pacto pela Saúde.

Material

- Papel kraft, pincel atômico e papel A4;

Desenvolvimento

- Textos;
- “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB/SUS”;
- “Norma Operacional da Assistência a Saúde- NOAS/01/02”;
- “Pacto pela Saúde”.
- Trabalhar com a turma a seguinte questão:
- Existem orientações de operacionalização do SUS, com relação ao repasse financeiro e organização dos serviços para os municípios e estados;
- A partir da questão acima sugere-se, apresentar de forma sistematizada através de slides as Normas Operacionais do SUS (NOB’S, NOAS) e Pacto pela Saúde (exposição dialogada) ou promover a leitura circular ou em grupos dos textos a seguir, pontuando os itens principais;
- Grifar as palavras desconhecidas e incluir no Glossário da turma.

Fechamento

- Sistematizar os conceitos das Normas Operacionais (NOB, NOAS)e Pacto pela Saúde), reforçando o Pacto pela Saúde como a norma operacional do SUS em vigor.





TEXTO PARA LEITURA

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- SUS¹⁰

O processo de implantação do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados

Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativa dentro do Sistema.

As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados para a definição de estratégias que orientam a operacionalização do sistema de saúde, tendo como finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público Municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção a saúde dos seus municípios.

No que aperfeiçoa a gestão do SUS, a NOB aponta para uma nova reordenação do modelo de atenção à saúde definindo:

- Os papéis de cada esfera de governo e em especial, no tocante a direção única.
- Os instrumentos gerenciais para que os Municípios e Estados superem o papel exclusivo de portadores de serviços, e assumam seus papéis de gestores do SUS.
- Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações pactuadas.
- Acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade.
- Os vínculos dos serviços com os seus usuários privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando assim condições para uma efetiva participação e controle social.

Os campos da atuação compreendem três grandes campos:

- O da assistência- são atividades prestadas a nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar ao indivíduo e a coletividade.
- O das intervenções ambientais- incluindo o controle de vetores e hospedeiros, saneamento ambiental, condições sanitárias e do trabalho.
- O das políticas externas ao setor saúde- que interferem nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, incluindo as políticas econômico-sociais como: emprego, habitação, educação, lazer, entre outras.

Nos níveis de atenção à saúde estão presentes as ações de promoção, proteção e recuperação, com prioridade para a prevenção.

Esta norma definiu o financiamento da assistência hospitalar e ambulatorial com transferência regular e automática (Fundo a Fundo), remuneração por serviços produzidos e as condições de: **Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal**, bem como nas condições de **Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do sistema Estadual**.

¹⁰ SALES, Maria Lucélia da Hora. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS. In: ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE PROF^a VALÉRIA HORA. *Curso técnico de agente comunitário de saúde*: Guia Curricular do Módulo 1. Alagoas, 2005. [Texto adaptado].





Norma Operacional da Assistência a Saúde- NOAS/01/02¹¹

A Norma Operacional da Saúde-NOAS, surgiu pra dar continuidade a Descentralização e Organização do Sistema Único de Saúde- SUS e fortalecimento da Norma Operacional Básica do SUS 01/96.

A NOAS tem como objetivo: ampliar as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência, e criar mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde.

O processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade. É na dimensão territorial local onde é possível conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem. Esse conhecer implica assumir compromisso de responsabilizar-se pelos indivíduos e pelos espaços onde esses indivíduos se relacionam.

A regionalização deverá garantir:

- Acesso dos cidadãos, o mais próximo de sua residência.
- Ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas da atenção básica: Controle da tuberculose, Controle da Hanseníase, Controle da hipertensão, Controle do Diabetes Mellitus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da criança, Ações de Saúde da Mulher.
- O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução dos seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores, para atendimento de referências intermunicipais.
- Ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) como uma das condições de gestão do sistema municipal de saúde e Gestão Plena do Sistema (GPAB-A).
- Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população, no âmbito microrregional, ações e serviços ambulatoriais e hospitalares com serviços de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifica a sua oferta em todos os Municípios do país.

Nos serviços de média complexidade cabe ao gestor estadual adotar critérios para organização regionalizada das ações.

Nos serviços de alta complexidade é de responsabilidade do Ministério da Saúde a definição de normas nacionais, o controle de cadastro nacional de prestador de serviços, vistoria dos serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas estabelecidas.

O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as secretarias de saúde dos Estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

A referida norma atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos, enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS, tendo como pilares a **REGIONALIZAÇÃO** que busca a hierarquização dos serviços de saúde e de busca da maior equidade: **O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO** que é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência. Este deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços de saúde; e a **APLICAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA** definindo as formas de gestão Municipal e Estadual e a qualificação das microrregiões na assistência a saúde.

¹¹ SALES, Maria Lucélia da Hora. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS. In: ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE PROF^a VALÉRIA HORA. *Curso técnico de agente comunitário de saúde: Guia Curricular do Módulo 1*. Alagoas, 2005. [Texto adaptado].





PACTO PELA SAÚDE¹²

O Pacto pela Saúde é o resultado do processo de negociação envolvendo os compromissos da operacionalização do SUS entre os gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS. Foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

O Pacto pela Saúde estabeleceu, em seu conteúdo, três componentes que promovem transformações e fortalecem o Sistema Único de Saúde- SUS. São eles:

- Pacto pela Vida- estabelece um conjunto de compromissos prioritários, com metas pactuadas para a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes ou endemias, como a dengue e a hanseníase e a redução das vítimas por câncer de colo de útero e da mama. O Pacto pela Vida tem ainda, como diretrizes estabelecer a Política Nacional de Saúde do Idoso, elaborar e implantar uma Política Nacional de Promoção da Saúde e consolidar a Atenção Básica à Saúde tendo como prioridade o Programa Saúde da Família (PSF).
- Pacto de Gestão- define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social.
- Pacto em Defesa do SUS - estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado, ou seja o governo e a sociedade civil.

A implantação das políticas públicas é um processo que requer a mobilização da população no sentido de garantir que os seus direitos sejam respeitados e efetivados e no caso específico do Pacto pela Saúde alguns momentos não podem prescindir da participação popular, pois é por meio dela que o usuário pode ter suas necessidades e desejos expressos, além de ser um forma direta de exercício do controle social.

Um instrumento de defesa e de controle social apresentado pelo Pacto, é a Carta dos Direitos do Usuário do SUS. Essa carta informa à população os seus direitos de usuária dos serviços de saúde. E outro instrumento importante para o controle social é o Termo de Compromisso de Gestão, assinado pelos gestores que explicita a situação de saúde em cada município, estado e região, os compromissos assumidos e as metas e estratégias a serem implementadas para a construção do SUS.



ATIVIDADE XIX - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Discutir a organização da assistência à saúde no Brasil, conforme a NOAS;
- Compreender a organização da assistência à saúde.

Material

- Papel A4, pincel atômico e papel kraft.

¹² Texto compilado. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE, 2., 2009, Belo Horizonte. O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG): o caso do PDR/MG: uma experiência. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009





Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Ler o Estudo de caso;
- Responder às questões a seguir, acerca do estudo de caso:
 - a) Sob quais aspectos o sistema de saúde descrito no estudo de caso apresenta discordância com os princípios do Sistema Único de Saúde?
 - b) Quais os problemas que essa forma de organização de serviços pode trazer para a população?
- Sistematizar nos grupos o trabalho para apresentação em plenária;
- Finalizar, reforçando os princípios da regionalização, hierarquização, descentralização e adscrição de clientela;
- Buscar a atenção dos alunos para o nível da Atenção Básica enquanto coordenador de redes de assistência;

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

ESTUDO DE CASO

O Município de Maria Feliz, com 80 mil habitantes, possui uma rede de serviços de saúde composta de:

- 1 Hospital Geral Público;
- 6 Unidades de Saúde;
- 2 Hospitais Privados, de pequeno porte.

Não existe articulação entre os dirigentes que desconhecem os serviços prestados pelas outras Unidades. Não existe nenhum tipo de definição da população que é atendida pelos diversos serviços.



ATIVIDADE XX - OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender a utilidade dos serviços de saúde.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe;

Desenvolvimento

- Refletir e responder sobre as seguintes questões:
 1. Por que as pessoas procuram os serviços de saúde?
 2. As pessoas de sua comunidade têm o direito à saúde garantido? Por quê?
 3. Os serviços de saúde satisfazem às necessidades de atendimento da população? Por quê?
- Promover uma discussão com toda turma;
- Sistematizar a discussão, levando a turma a compreensão dos objetivos desta atividade, considerando os seguintes itens:





- A utilidade dos serviços para a satisfação de necessidades (Serviço é o que serve, ou seja, que é útil para satisfazer a uma necessidade);

Reforçar que o direito a saúde do cidadão é um dever do estado, este direito é um preceito constitucional brasileiro.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas



ATIVIDADE XXI - ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Compreender o atendimento na unidade de saúde de sua referência.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

Desenvolvimento

- Formar pequenos grupos para realizar a atividade de dramatização de uma situação de atendimento em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS), a partir da discussão da atividade XX - os serviços de saúde e baseado na forma como as Unidades de Saúde prestam serviços;
- Escolher em cada grupo, um coordenador (coordenar a discussão) e um secretário (sintetizar e registrar a discussão);
- Organizar a dramatização abordando os seguintes aspectos:
 - Acolhimento (Recepção de pacientes; Marcação de consultas)
 - Horários de funcionamento;
 - Características de atendimento:
 - a) Todas as pessoas que procuram a Unidade de saúde são atendidas?
 - b) Seus problemas são resolvidos ou devidamente encaminhados?
 - A assistência oferecida (médica, odontológica, de enfermagem, de assistência social, etc.);
 - Adequação dos ambientes em relação às atividades que desenvolve (salas de espera, vacinação, curativo, consultórios, etc.);
 - A forma como a assistência é organizada;
- Lembrar aos alunos para dramatizarem o “real” e não o “ideal”;
- Apresentar a dramatização em plenária;
- Durante a apresentação da dramatização em plenária, observar e registrar os aspectos mais relevantes da dramatização, que serão discutidos na próxima atividade.

Fechamento

- Sistematizar salientando a importância do trabalho ser elaborado pelos alunos contendo suas percepções sobre o atendimento da unidade de atenção primária à saúde.





ATIVIDADE XXII - PROCESSO DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o funcionamento dos serviços de saúde.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe .

Desenvolvimento

- Considerando as apresentações das dramatizações, promover um debate com registro sobre as questões a seguir:
 1. Na sua percepção, durante a dramatização, o atendimento foi adequado?
 2. A expectativa do usuário foi respondida?
 3. O usuário foi devidamente orientado e encaminhado?
 4. O que você observou com relação a postura dos profissionais?
 5. A Unidade de Saúde representada na dramatização atende às necessidades da população? Por quê?
 6. Quais as consequências do funcionamento inadequado dos serviços de saúde para a população?

Fechamento

- Sistematizar as principais características dos serviços que foram observadas pelos alunos durante a dramatização.



ATIVIDADE XXIII - DINÂMICA – CONSTRUÇÃO COLETIVA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Exercitar o raciocínio;
- Promover a cooperação e a socialização.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincel atômico e fita crepe.





Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Cada aluno do grupo receberá uma folha de papel A4 com um tema específico (escolhido pelo docente de acordo com o conteúdo da unidade de estudo) para desenvolver a atividade, sendo que todos os grupos receberão os mesmos temas;
- Dar o sinal para o início da dinâmica. Todos começam a escrever sobre o tema proposto na folha;
- Após alguns minutos o docente dá um novo sinal e pede para passarem a folha para o companheiro da direita do seu grupo, que continua a escrever sobre o tema da folha recebida;
- A cada sinal do docente os alunos devem efetuar a troca das folhas, passando-as ao companheiro da direita do seu grupo, e assim sucessivamente até o aluno receber novamente a sua folha;
- Ao final, cada aluno estará de posse de sua folha acrescido de anotações feitas pelos colegas do grupo;
- Num segundo momento, solicitar que os alunos formem novos grupos, para sistematização das anotações e construção de um único texto para apresentar em plenária;
- Comentar os textos produzidos, fazendo as complementações necessárias.

Fechamento

- Concluir a dinâmica, possibilitando ao grupo uma discussão no sentido de valorização da construção coletiva.



ATIVIDADE XXIV - REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Compreender a Saúde da Família como estratégia para reorganização do modelo de Atenção à Saúde.

Material

- Papel Kraft, pincel atômico e fita crepe;
- Texto: “Modelo de Atenção à Saúde da Família”.

Desenvolvimento

- Leitura circular do texto: “Modelo de Atenção à Saúde da Família”;
- Após a leitura do texto, construir junto com a turma, um quadro diferenciando as características do Modelo Assistencial Tradicional do Novo Modelo instituído para o SUS. Nesse quadro abordar os seguintes aspectos:
 - a lógica do atendimento;
 - a participação dos profissionais;
 - a prioridade das ações;
 - otimização dos recursos;
 - a participação popular;
 - abordagem com o usuário.

Fechamento

- Finalizar a atividade ressaltando os pontos relevantes sobre a forma como os serviços de saúde estão organizando suas práticas para atender às pessoas.





TEXTO PARA LEITURA

Modelo de Atenção à Saúde da Família¹³

Falar sobre modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial significa falar sobre a forma como os serviços de Saúde estão organizando suas práticas para atender à pessoas.

Poderíamos começar pensando sobre as práticas de saúde. Como as definiríamos? As práticas de saúde são respostas que o sistema deve dar aos problemas e necessidades de saúde da população. Mas essas práticas precisam estar voltadas ao controle dos determinantes implica em ações intersetoriais e à mobilização social em torno da melhoria das condições de vida.

Vamos agora lembrar como aconteceu no Brasil a organização dessas práticas de saúde no decorrer dos anos!

Em toda a história do nosso país, vivemos vários modelos de atenção à saúde, sendo que, por muito tempo, a maior parte deles, estava sempre pensando o atendimento às pessoas muito mais na dimensão curativa. O atendimento tinha predominância no caráter individual e, com uma grande ênfase na assistência médico-hospitalar. Essa forma de organizar a assistência no país permitiu que as ações por muito tempo, fossem voltadas para intervir na cura, privilegiou o médico, tomou como objeto, a doença em sua expressão individualizada, ao invés de investir na promoção da saúde e na prevenção das doenças. A população ficou cada vez mais doente e o sistema hospitalar não conseguiu dar conta de todos os casos e muitos morriam sem nenhuma atenção digna enquanto cidadão. E o país foi gastando a maior parte do recurso da Previdência, (fundo, para onde era destinado o recurso descontado do salário dos trabalhadores, para ser gasto com saúde e alguns direitos, como aposentadoria, benefício) pagando aos hospitais privados e estes por sua vez ficando cada vez mais ricos, outros tantos sendo inaugurados e a situação sanitária cada vez pior. E assim se instalou o caos na saúde pública do Brasil. Como resposta às lutas populares, que expressavam a grande insatisfação com o modelo vigente, surgiu uma nova forma de organizar o modelo de Atenção, forma essa idealizada por aqueles que fizeram a Reforma Sanitária. Foi uma proposta de reordenação e reorganização, das práticas de saúde, de forma oposta a todas que vinham sendo praticadas até então. A partir daí, nasce o Sistema Único de Saúde, que prioriza a Promoção da Saúde e a Prevenção das doenças. Isso não quer dizer que as ações curativas não serão oferecidas. Serão sim, mas a ideia é prevenir, para que as pessoas adoecem menos e precisem menos de assistência curativo-hospitalar. O investimento que antigamente era quase em sua totalidade voltado para pagar internamentos e tratamentos, é dividido de forma a garantir grande investimento nas ações de atenção básica (Educação em Saúde, vacinação, pré-natal, controle de diabéticos e hipertensos, controle das doenças endêmicas, assistência à criança e ao idoso, ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, entre outras). Para implementar esse modelo, utiliza-se a **Estratégia Saúde da Família**. Essa estratégia não olha o homem apenas no plano individual, não é centrada nos sinais e sintomas. Nessa nova forma de organizar a Saúde, esse olhar muda, avança para o reconhecimento dos “fatores de risco” a que os indivíduos se expõem. Vai mais além e tem seu olhar nas condições e estilo de vida, que podem estar determinando a ocorrência das doenças. Essa perspectiva é predominante quando se abordam os problemas em sua dimensão **Coletiva**, propondo intervenção no campo do meio ambiente, no âmbito cultural e social. E a isso é que chamamos de **Intersetorialidade**. Sabemos que ela é fator preponderante para a eficiência/eficácia das ações do setor saúde. Pois ações isoladas de saúde, por si só, não conseguem dar ao cidadão uma boa qualidade de vida, que é sinônimo de Saúde. Investindo na melhoria das condições de vida, somente assim será possível uma mudança na qualidade de saúde da população.

Essas ações deverão ser desenvolvidas de acordo com as necessidades da população, dentro de cada comunidade atendida pelas equipes, no núcleo familiar. Dizemos que essa comunidade corresponde a um **Território**. Este sendo definido, enquanto espaço vivo, em constante movimento, e principalmente um

¹³ ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE PROFª VALÉRIA HORA. *Curso técnico de agente comunitário de saúde: Guia Curricular do Módulo 1*. Alagoas, 2005. [Texto adaptado].





espaço de **Poder**. Isso significa dizer que as práticas locais de saúde deverão ser planejadas por todos os atores envolvidos nesse espaço: profissionais, gestores e comunidade e que tudo é possível de acontecer, de mudar. Desde que nesse território todos estejam organizados, atentos e lutem pelos seus direitos.

Algumas diretrizes são apontadas para organização do modelo de atenção em uma comunidade. São elas:

- O diagnóstico de saúde da comunidade- identificação dos problemas e necessidades
- O planejamento participativo em cima dos problemas identificados
- O trabalho em equipe
- Integralidade e humanização da assistência
- Ações intersetoriais e Controle Social

A operacionalização do Novo Modelo de Atenção deve seguir a seguinte lógica:

1º Definição do território – cada equipe trabalhará com uma população definida. De 600 a 1000 famílias.

2º Garantir ao cidadão os três níveis de atendimento:

- Nível primário: ações básicas de saúde por grupo, ações de vigilância epidemiológica, programas básicos de saúde, dispensação de medicamentos, laboratório básico.
- Nível secundário: além da unidade básica (nível primário) é formado por consultórios especializados e pequenos hospitais.
- Nível terciário: formado por grandes hospitais gerais e especializado.

Entretanto, isso não significa dizer que o município, deve obrigatoriamente ser oferecidos os três níveis de assistência. Mas que o sistema local de saúde deve garantir aos seus munícipes a assistência necessária (em qualquer nível). Deve articular-se então com outras instâncias de forma a garantir a assistência integral. Isso se chama Sistema de Referência (garantir o encaminhamento e o atendimento). E o paciente ao ser atendido, deve voltar ao seu município de origem, para ser acompanhado em seu tratamento, pela equipe de saúde. Isso se chama Sistema de contrarreferência.

As práticas de saúde ou serviços deverão ser prestados pelos setores:

- Público
- Privado
- Conveniado

3º A atenção deverá ser voltada para todos: sadios, doentes, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos. E a equipe deverá ir à comunidade e às famílias, para identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com as próprias famílias, orientando. Informando e promovendo educação sanitária.

As unidades de saúde não devem servir apenas como porta de entrada do Sistema de Saúde. Elas devem desenvolver atividades de assistência que atendam aos problemas mais comuns da população. Dessa forma, a Unidade de Saúde consegue resolver 85% dos problemas de saúde. Encaminhando apenas 15%.



ATIVIDADE XXV - CIRANDA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Fortalecer a integração e reforçar a autoestima.





Material

- Música: “O Cio da Terra” - Milton Nascimento.

Desenvolvimento

- Pedir que os alunos formem um círculo de mãos dadas, lembrando o significado do círculo mágico: igualdade, apoio e participação;
- Comentar que este curso certamente está sendo uma oportunidade de muito aprendizado para quem está envolvido de corpo e alma. Da mesma forma que o nosso corpo precisa de alimento para crescer e viver, nossa alma precisa de conhecimento para evoluir. Esse curso pode estar sendo uma oportunidade de aprendermos e evoluirmos como profissionais;
- Convidar os alunos para, no silêncio do seu pensamento, identificar os alimentos para nossa alma e o que o Curso está proporcionando até este momento;
- Após um tempo de silêncio, cantar a música a seguir.

Fechamento

- Finalizar com um longo aplauso celebrando o tempo de curso vivenciado até o momento.



O Cio da terra¹⁴ Milton Nascimento

Debulhar o trigo
Recolher cada bago do trigo
Forjar no trigo o milagre do pão
e se fartar de pão

Decepar a cana
Recolher a garapa da cana
Roubar da cana a doçura do mel,
se lambuzar de mel

Afagar a terra
Conhecer os desejos da terra
Cio da terra, propícia estação
de fecundar o chão.



ATIVIDADE XXVI - CONHECENDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Conhecer a história e o contexto atual da Saúde da Família no seu município.

¹⁴ NASCIMENTO, Milton; HOLLANDA, Chico Buarque. O Cio da Terra. In: *Uakti* 2. NASCIMENTO, Milton. Rio de Janeiro: Ariola, 1982. 1 CD, digital, estéreo. Faixa 2.





Material

- Papel A4;
- Texto: Estratégia Saúde da Família (PSF).

Desenvolvimento

- Orientar ao alunos a responderem individualmente as seguintes perguntas:
 - O que você sabe sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família no seu município?
 - Quando e como começou?
 - Quantas unidades/equipes existem?
 - Que atividades são desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família?
 - O que mudou na vida da comunidade com a implantação do programa?
- Sortear 3 alunos para apresentar em plenária;
- Pedir que os outros grupos façam a complementação do que não foi colocado pelo grupo escolhido.

Fechamento

- Finalizar a atividade com a leitura do texto: Estratégia Saúde da Família (PSF) a seguir para complementação do conteúdo sobre Estratégia Saúde da Família.



TEXTO PARA LEITURA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)¹⁵

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em junho de 1991, através do PACS. A partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (ESF).

A Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e hospitalização. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

O programa de Saúde da Família (PSF) foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, para cumprir o princípio Constitucional, segundo o qual o Estado deve garantir ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde- com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais- e para permitir que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, os gestores do SUS, aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir.

A Atenção Primária da Saúde (APS) e o PSF se baseiam na modificação positiva do modo de vida da população a partir do controle dos fatores meio-ambientais, sociais e naturais e da mudança do estilo e conduta de vida das pessoas, eliminação dos riscos e orientação de hábitos mais saudáveis.

O processo saúde-doença é determinado por múltiplas causas e fatores envolvidos nas condições de vida da

¹⁵ ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE PROFª VALÉRIA HORA. *Curso técnico de agente comunitário de saúde: Guia Curricular do Módulo 1*. Alagoas, 2005. [Texto adaptado].





população. Portanto, é importante a participação ativa de todos os setores da administração do município, outros atores sociais e a comunidade para a identificação de problemas e necessidade de saúde do povo e também as medidas concretas para melhorar a qualidade de vida.

Outro aspecto importante para a mudança do modelo de assistência à saúde é o envolvimento da equipe de saúde com o dia-a-dia da comunidade. Essa equipe tem o compromisso de organizar o serviço de saúde, no encaminhamento de problemas que não pode resolver e na sua atuação em situações que sinta segurança e capacidade para intervir.

Em muitos municípios, as pessoas já não falam mais PACS ou PSF, mas Saúde da Família. Isto porque Saúde da Família vem demonstrando ser mais do que um programa específico, e sim o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na Constituição Federal. Todas as pessoas cadastradas são atendidas na Unidade de Saúde da Família com igualdade de direitos para todos, recebendo assistência naquilo em que necessitam, de forma permanente e pela mesma equipe. Dessa forma, recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizados (incentivo à participação popular) sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças e estilos e hábitos de vida.

O PSF deve considerar vários componentes ou requisitos, além do estabelecido na legislação vigente, tais como:

- Territorialização (setorialização): cada equipe deve ter como responsabilidade de atenção um território, ou seja, possuir uma população definida;
- Hierarquização: referência e contra-referência: inter-relação de serviços básicos, especializados e hospitalares, que garantem a completa atenção da saúde onde e quando requeira a população;
- Atenção ativa: a equipe terá que ir à comunidade, à família, para identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com as próprias famílias e população; deverá ainda orientar, informar e promover educação sanitária;
- Globalidade: a atenção à saúde deverá ser voltada para todos: doentes, sadios, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos;
- Continuidade: a população é acompanhada pela mesma equipe permanentemente.
- Participação: a participação de toda a sociedade e dos setores da economia no desempenho do PSF é de suma importância para a identificação de problemas, planejamento e controle das atividades dos serviços de saúde e também em sua execução, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

Etapas de Implantação do PSF:

O processo de implantação da estratégia Saúde da Família passa por algumas fases que são importantes de serem conhecidas:

1. Decisão política: tendo-se em vista que a aplicação e desenvolvimento do PSF requerem a participação do Sistema de Saúde e todos os fatores sociais e econômicos, a tomada de decisão corresponde aos níveis de Governo que podem unificar ações de saúde.
Para a aprovação do PSF por Secretaria de Saúde é necessário Ofício do Prefeito ao Secretário de Estado da Saúde, Ata do Conselho Municipal de Saúde, e outros documentos como Plano Municipal de Saúde e Projeto do Programa de Saúde da Família.
2. Elaboração do Plano Municipal de Saúde para a identificação (diagnóstico) de problemas e necessidades de saúde e o consequente estabelecimento de Metas e Planos de Ações.
3. Elaboração do Projeto do PSF: o PSF é considerado uma das estratégias do Plano Municipal de Saúde e, como todo programa de saúde, possui objetivos, atividades e recursos; o projeto do PSF deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.





4. Preparação do Sistema de Informação de Atenção Básica: a secretaria municipal de saúde, além de um sistema de informação ambulatorial, hospitalar e de programas deverá ter, necessariamente, o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).
5. Planificação dos Recursos: humanos, financeiros, materiais e organizacionais para o início no momento oportuno.

As equipes de Saúde da Família devem ter como responsabilidade de atenção uma população em zona geográfica definida (territorialização), segundo as características de cada local.

Portanto, ao serem planejados os recursos e a organização para o Programa de Saúde da Família de um determinado Município, este deve ser dividido em territórios, onde possam residir em torno de 600-800 famílias (sendo 5 pessoas em média por família) atendidas por uma Equipe de Saúde. Este território pode estar configurado por Áreas, que serão subdivididas em micro áreas com 200 a 250 famílias na zona urbana, sendo este número reduzido para 100 a 150 na zona rural, que serão atendidas por um ACS.

A Equipe Básica de Saúde deve estar constituída por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 1 ACS para cada micro área, 1 a 2 técnico de enfermagem, 1 técnico de Saúde Bucal/Atendente de Consultório Dentário.

2. Capacitação da Equipe: as equipes devem ser selecionadas com tempo suficiente, a fim de realizarem treinamento introdutório antes de iniciar as ações na comunidade.



ATIVIDADE XXVII - A EQUIPE FAZ A FORÇA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o trabalho em equipe e a capacidade de cada profissional em interagir com o outro.

Material

- Texto: “A equipe faz a força”.

Desenvolvimento

- Ler o texto: A equipe faz a força;
- Refletir sobre a mensagem que ele apresenta.



TEXTO PARA LEITURA

A equipe faz a força¹⁶

Há muitos anos, Tom era funcionário de uma empresa muito preocupada com a educação. Um dia, o executivo principal decidiu que ele e todo grupo gerencial – um total de 12 pessoas – deveriam participar de um curso de sobrevivência, que tinha a forma de uma longa corrida de obstáculos. A prova era cruzar um rio violento e impetuoso.

Para surpresa de todos, pela primeira vez o grupo gerencial foi solicitado a dividir-se em três grupos menores

¹⁶ Autor desconhecido. Disponível em: <http://www.antoniabraz.com.br/nova_pagina_36.htm>. Acesso em: 14 jul. 2009.





de quatro pessoas para a superação daquele obstáculo. Os grupos eram A, B e C.

O grupo A recebeu quatro tambores de óleos vazios, duas grandes toras e madeira, uma pilha de tábuas, um grande rolo de corda grossa e dois remos.

O grupo B recebeu dois tambores, uma tora e um rolo de barbante.

Já o grupo C não recebeu recurso nenhum para cruzar o rio. Foi solicitado a este grupo, usar recursos fornecidos pela natureza, caso conseguissem encontrar algum perto do rio ou na floresta próxima.

Não foi dada nenhuma instrução a mais. Simplesmente foi dito aos participantes que todos deveriam atravessar o rio dentro de quatro horas.

Tom teve a “sorte” de estar no grupo A, que não levou mais de meia hora para construir uma maravilhosa jangada. Um quarto de hora mais tarde, todo o grupo estava em segurança e com os pés enxutos no outro lado do rio, observando os grupos em sua luta desesperada.

O grupo B, ao contrário, levou quase duas horas para atravessar o rio. Havia muito tempo que Tom e sua equipe não riam tanto como no momento em que a tora e dois tambores viraram com os gerentes financeiro, de computação, de produção e de pessoal. E o melhor estava por vir. Nem mesmo o rugido das águas do rio era suficiente para sufocar o riso dos oito homens quando o grupo C tentou lutar contra as águas espumantes. Os coitados agarraram-se a um emaranhado de galhos, que estavam se movendo rapidamente com a correnteza. O auge da diversão foi quando o grupo bateu em um rochedo, quebrando os galhos. Somente reunindo todas as forças que lhes restavam foi que o último membro do grupo C, o gerente de logística, todo arranhado e com os óculos quebrados conseguiu atingir a margem, 200 metros rio abaixo.

Quando o líder do curso voltou, depois de quatro horas, perguntou: “Então, como vocês se saíram?”

O grupo A respondeu em coro: “Nós vencemos! Nós vencemos!”

O líder do curso respondeu: “Vocês devem ter entendido mal. Vocês não foram solicitados a vencer os outros. A tarefa seria concluída quando os três grupos atravessassem o rio dentro de quatro horas.

Nenhum deles pensou em ajuda mútua, nem sonhou em dividir os recursos para atingirem uma meta comum. Não ocorreu a nenhum dos grupos coordenar os esforços e ajudar os outros. Foi uma lição para todos no grupo gerencial. Todos caíram direto na armadilha. Mas naquele dia, o grupo aprendeu muito a respeito de trabalho em equipe e de lealdade em relação aos outros.

Fechamento

- Moral da História:

Se parássemos de encarar a vida e as pessoas como um jogo e milhões de adversários, muito provavelmente sofreríamos menos, compreenderíamos mais os problemas alheios e encontraríamos muito mais conforto no abraço de cada um.

Mas infelizmente nos enxergamos como rivais, como se estivéssemos em busca de um tesouro tão pequeno que só poderia fazer vitorioso a uma única pessoa. Ledo engano: o maior prêmio de nossa existência está na capacidade de compartilharmos a vida.





ATIVIDADE XXVIII - CONHECENDO O PROJETO ESTRUTURADOR DO GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS – SAÚDE EM CASA

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Conhecer o Projeto Estruturador do Governo do Estado de Minas Gerais: Saúde em Casa.

Material

- Texto: “Saúde em Casa- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde”

Desenvolvimento

- Sugere-se fazer uma exposição através de slides ou de forma dialogada sobre o Projeto Estruturador do Governo do Estado de Minas Gerais - Saúde em Casa;
- Ler o texto: Saúde em Casa - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde;
- Promover um debate com os alunos a partir dos conhecimentos e vivências destes sobre o assunto.

Fechamento

- Finalizar após verificar se os alunos compreenderam o conteúdo da atividade proposta.



TEXTO PARA LEITURA

Saúde em Casa- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde¹⁷

O Saúde em Casa é um dos Projetos Estruturadores do Governo do Estado de Minas Gerais e tem por objetivo a melhoria da qualidade da Atenção Primária prestada à saúde (APS) dos mineiros. Essa melhoria da qualidade deve ser medida pelo aumento das equipes de Saúde da Família, ampliando a cobertura e o acesso da população à rede de atenção à saúde, e pela redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Minas Gerais é o Estado com o maior número de Equipes de Saúde da Família do Brasil. São em torno de 3.884 equipes(*), o que perfaz uma cobertura de 67,50% da população mineira (*). Conta ainda com o quantitativo de em torno de 24.642 Agentes Comunitários de Saúde-ACS (*) e o projeto se encontra em implantação em 830 municípios.(*)

As internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial são aquelas que poderiam ser prevenidas ou, estando instalada a condição ou doença, poderiam ser tratadas na própria APS, evitando-se assim a internação, caso a APS funcionasse com qualidade, de forma resolutiva e responsável. Vem sendo observada uma forte redução nesse indicador, saindo de uma situação inicial de 38,4% em 2002, para 32,8%, em 2008, uma redução de 5,6 pontos percentuais, ou 14,6%. Pretende-se que até 2011 estas internações sejam reduzidas a, no máximo, 28% do total.

¹⁷ ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE, 2., 2009, Belo Horizonte. *O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG): o caso do PDR/MG: uma experiência*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. [* Dados atualizados]. Disponíveis em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2009.





É sabido que são muitos os entraves para a construção de uma APS de qualidade. Assim, são muitos os investimentos do Governo de Minas para a melhoria da estrutura:

- Programa arquitetônico de Unidades Básicas de Saúde (UBS): desenhadas para garantir segurança para os profissionais de saúde, qualidade e conforto aos usuários, foram desenhadas quatro modalidades de Unidades Básicas de Saúde: UBS para uma, duas ou três equipes e UBS-Apoio (que não são sede de equipe de Saúde da Família, servindo como ponto de atenção de apoio urbano ou rural), para garantir o acesso aos serviços o mais próximo possível das casas das pessoas;
- Incentivo para construção, reforma e/ou ampliação de Unidades Básicas de Saúde: sabendo as enormes dificuldades de financiamento dos municípios, em especial os de menor porte;
- Incentivo financeiro às equipes: buscando apoiar os municípios no custeio das atividades das equipes, é disponibilizado mensalmente, de acordo com o Fator de Alocação, que é o Índice de Necessidades em Saúde e o Índice de Porte Econômico, buscando promover o princípio da equidade;
- Veículos: reconhecendo uma das maiores dificuldades para a execução de ações da APS, a SES-MG doou aos municípios mineiros mais de 900 veículos para garantir o acesso dos profissionais das equipes de Saúde da Família aos domicílios de sua área de abrangência, em especial àqueles usuários com dificuldades de locomoção, idosos e acamados.

Mas, para que se consiga atingir a qualidade que se espera, é necessário ainda que se tenha bons processos. Por essa razão, a SES-MG disponibiliza, através do Saúde em Casa, os seguintes produtos:

- Elaboração e publicação de linhas-guia de atenção à saúde: elaboradas de acordo com os ciclos de vida (neonato, criança, adolescente, adulto e idoso) e as condições de saúde (hipertensão/diabetes, tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, saúde mental e bucal), perfazem uma coleção de 11 linhas-guia, que visam normalizar a rede de atenção à saúde, definindo os pontos necessários e a competência de cada um deles;
- Elaboração de protocolos de patologia clínica: para subsidiar a decisão clínica na solicitação de exames, as equipes nos procedimentos de coleta e transporte das amostras e aos laboratórios nos procedimentos de análise e emissão de laudos.
- Programação de Educação Permanente (PEP): Reúne os médicos de família em Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAPs), cujo objetivo é a identificação de necessidades de aprendizado e o compartilhamento de experiências, buscando o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais.
- Educação Permanente a Distância- Canal Minas Saúde: A partir do conteúdo das linhas-guia de atenção à saúde publicadas pela SES-MG, são transmitidos ao vivo programas televisivos interativos.
- Prontuário Eletrônico;
- Prêmio Dario Tavares: tem o objetivo de reconhecer e dar visibilidade a boas práticas de sistemas municipais de saúde (re)organizados a partir da APS.
- Saúde Minas Online: busca ampliar o acesso da população a serviços especializados e de apoio diagnóstico, contemplando a teleassistência, teleconsultas e a teleeducação dos profissionais. Seu objetivo é aumentar a resolubilidade da APS, utilizando-se da tecnologia da informação em mais de 20 especialidades clínicas, como cardiologia, dermatologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia, odontologia, enfermagem, nutrição, entre outros.
- Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: é a principal linha de ação da SES-MG para a melhoria da qualidade da APS no biênio 2009/10. Trata-se de um percurso de 10 oficinas, às quais se seguem períodos de dispersão para implantação de instrumentos de gestão da clínica pelas equipes de APS.





ATIVIDADE XXIX - REFLEXÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a responsabilidade de cada um na construção de melhores condições de vida e cuidado com as gerações futuras.

Material

- Texto: “Plantando o Futuro no Presente” - Salette, M; Ruggeri, W.

Desenvolvimento

- Convidar um aluno para ler o texto;
- A partir do texto, refletir com o grupo as seguintes perguntas:
 - Que lição este texto nos ensina?
 - Que relação podemos estabelecer entre a lição que este texto nos ensina e o que estamos trabalhando em nosso curso esta semana?

Fechamento

- Sistematizar as reflexões da turma.



TEXTO PARA LEITURA

PLANTANDO O FUTURO NO PRESENTE¹⁸

Um senhor já idoso amava as plantas. Todos os dias, acordava bem cedo para cuidar de seu jardim. Fazia isso com tanto carinho e mantinha o jardim tão lindo que não havia quem não admirasse suas plantas e flores. Certo dia resolveu plantar uma jabuticabeira. Enquanto fazia o serviço com toda dedicação, aproximou-se dele um homem que lhe perguntou:

- Que planta é essa que o senhor está cuidando?
- Acabo de plantar uma jabuticabeira! - respondeu.
- E quanto tempo ela demora a dar frutos? - indagou o jovem.
- Ah! Mais ou menos uns quinze anos - respondeu o velho.
- E o senhor espera viver tanto tempo assim? - questionou o rapaz.
- Não, provavelmente não comerei de seu fruto.
- E qual a vantagem de plantar uma árvore se o senhor não comerá de seu fruto?

O velho olhando serenamente nos olhos do rapaz, respondeu:

- Nenhuma, meu filho, exceto a vantagem de saber que ninguém comeria jabuticabas se todos pensassem como você.

¹⁸ SALETTE, M.; RUGGERI, W. *Para que minha vida se transforme*. 15. ed. v. 2. Campinas, SP: Verus, 2002. p. 111.





O rapaz, ouvindo aquilo, despediu-se do velho e saiu pensativo. Depois de caminhar um pouco, encontrou à sua frente uma árvore e parou para descansar à sua sombra. De repente olhou para cima e percebeu que era uma jabuticabeira carregada de frutos maduros. Pôde então saborear deliciosas jabuticabas. Enquanto comia, lembrou-se de sua conversa com o velho e refletiu: “Estou comendo esta jabuticaba porque alguém 15 anos atrás plantou esta árvore. Talvez esta pessoa não esteja mais viva, mas seus frutos estão”.

E pensando assim, o rapaz voltou ao jardim e se juntou ao velho no trabalho de plantar árvores frutíferas.

A sua contribuição para o mundo não deve depender da época em que se colherão os frutos ou de quem irá comê-los. O importante é plantar e saber que um dia será beneficiado.



ATIVIDADE XXX - OS SISTEMAS DE ATENÇÃO NO SUS EM MINAS GERAIS

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o funcionamento dos sistemas de atenção à saúde em Minas Gerais.

Material

- Texto: “Os Sistemas de Atenção à Saúde” - Eugênio Vilaça Mendes.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 2 grupos;
- Ler o texto: “Os Sistemas de Atenção à Saúde” – Eugênio Vilaça Mendes;
- Promover a discussão dos pontos mais importantes nos grupos;
- Em plenária promover uma dinâmica, onde um grupo ficará responsável pela discussão e o outro grupo ficará responsável pela observação da discussão. Após este momento troca-se os papéis: o grupo que verbalizou passa a observar.
- Finalizar solicitando aos alunos que façam individualmente uma síntese das discussões e anotem as dúvidas para que o docente as esclareça;
- Sistematizar o texto para melhor compreensão do aluno e responder as possíveis dúvidas.

Fechamento

- Fazer a leitura do texto: “Estruturação das Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais”, para complementação do conteúdo.





TEXTO PARA LEITURA

OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE ¹⁹

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Daí que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo.

Os sistemas de atenção à saúde apresentam os seguintes objetivos:

I. O alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; II. A garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; III. O acolhimento humanizado de todos os cidadãos; IV. A garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; V. A garantia da prestação de serviços com eficiência (MENDES, 2002).

Os sistemas de serviços de saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e redes de atenção à saúde.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Diferentemente, os modelos integrados de atenção à saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Além da organização por componentes isolados ou por uma rede integrada - o que caracteriza mais fortemente os nomes de fragmentação e de redes de atenção à saúde -, essas formas alternativas de organização dos sistemas de atenção à saúde apresentam outra diferença marcante, dada pelos fundamentos conceituais as sustentam.

Nos modelos fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis. Esta concepção de sistema hierarquizado, organizado por níveis de atenção segundo uma complexidade crescente, tem sérios problemas. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

¹⁹ MENDES, Eugênio Vilaça. Os Sistemas de Atenção à Saúde. In: Minas Gerais: Escola de Saúde de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. p. 43-48.





A figura abaixo procura ilustrar essa mudança de um sistema hierárquico, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, para uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, o ponto da atenção primária à saúde, representado pelo círculo central.

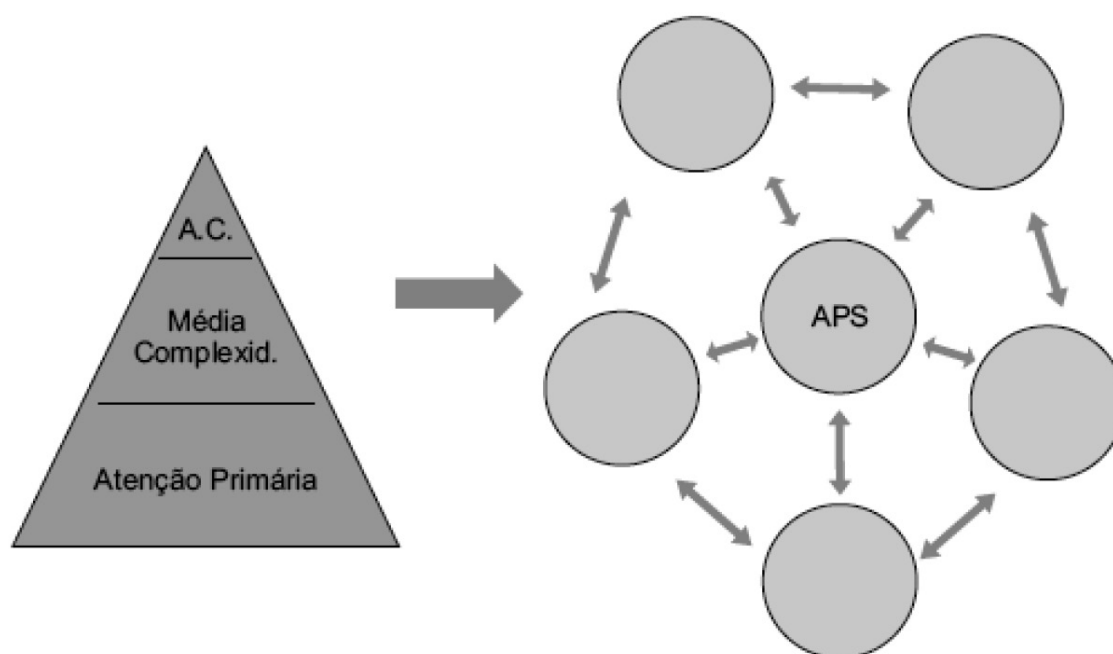


FIGURA 1: DO SISTEMA PIRAMIDAL HIERÁRQUICO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE POLIÁRQUICA

A figura acima aponta para mudança radical da organização dos sistemas de atenção à saúde que não pode se limitar a uma inversão destes sistemas, como é proposto frequentemente. Porque não se trata, apenas, de inverter a forma piramidal, mas de subvertê-la, substituindo-a por uma outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta, a rede poliárquica de atenção à saúde.

Ademais, o dilema entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde contém dois modos alternativos de organizar os serviços de saúde: sistemas voltados para a atenção às condições agudas, inerentes à fragmentação, ou sistemas voltados para a atenção às condições agudas e crônicas, as redes de atenção à saúde. Em geral, os sistemas fragmentados de atenção à saúde focam-se na atenção às condições agudas; ao contrário, as redes de atenção à saúde voltam-se para as condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas.

Uma análise mais detalhada das diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde é feita na tabela abaixo.





CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela atenção primária
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada d pontos de atenção à saúde
Objetivo	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa, acionada pela demanda dos pacientes	Proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas
Modelo de atenção	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as doenças ou condições estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas
Planejamento	Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita
Ênfase do cuidado	Nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos	Na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no auto cuidado orientado
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhado por equipes multiprofissionais e usuários
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes	Integrada a partir de cartão de identidade dos usuários e dos prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação da rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

QUADRO 2: AS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIAIS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS E DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE





As lógicas subjacentes aos sistemas alternativos é dada pelas singularidades da atenção às condições agudas e crônicas. Dadas essas características singulares das condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de saúde, são inteiramente diversos.

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes momentos de agudização das condições crônicas, auto percebidos pelas pessoas, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem. É o que se vê na FIGURA a seguir:

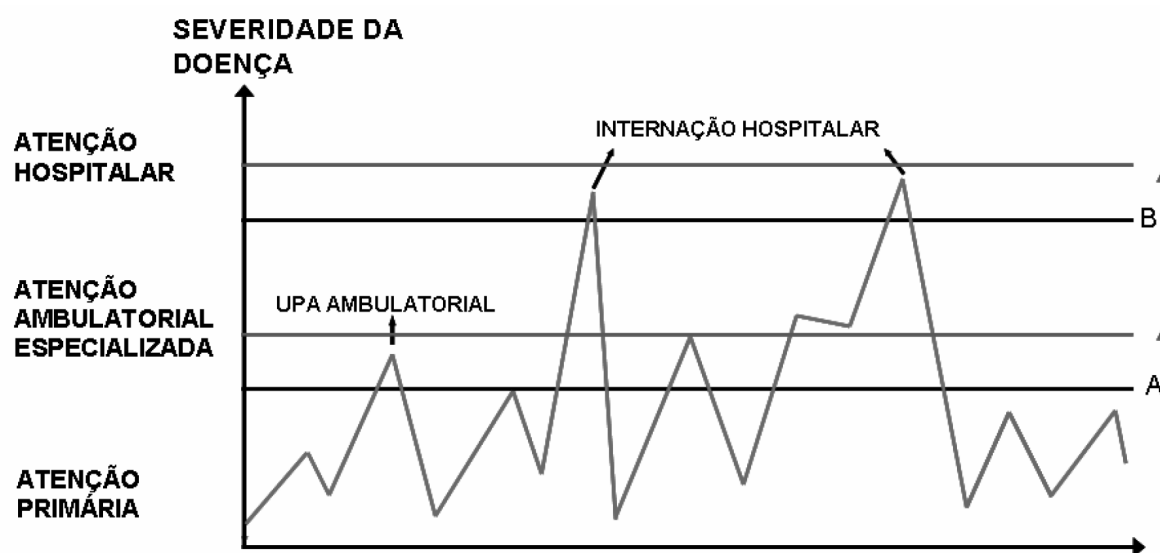


FIGURA 2 - As lógicas de atenção às condições agudas e crônicas

Esta figura mostra o curso hipotético da severidade de uma doença em uma pessoa portadora de uma doença crônica. A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, num determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser gerido rotineiramente pela atenção primária à saúde; o espaço entre a linha A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser enfrentado pela atenção ambulatorial especializada; finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que necessita de internação hospitalar. Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal ou quando agudiza sua doença, aciona o sistema e é atendida, no pronto atendimento ambulatorial (ponto X); num segundo momento, descompensa e é internada num hospital (ponto Y). Contudo, nos intervalos não tem uma atenção contínua e proativa sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde. Esse sistema de atenção – o sistema fragmentado de atenção às condições agudas –, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários desastrosos. Esse portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de extremidades etc. A razão disso é que esse sistema só atua sobre as doenças e condições já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, auto-percebidas pelos “pacientes”, desconhecendo os determinantes sociais, os fatores de riscos e os riscos fisiológicos. Por isso, é imprescindível mudar, radicalmente essa lógica, implantando-se uma rede de atenção à saúde que, além de responder aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes, sobre os riscos e, também, sobre os danos e doenças.

Ainda que os resultados do sistema fragmentado de atenção às condições agudas sejam desastrosos, ele conta com o apoio forte dos decisores políticos e da população em geral que é sua grande vítima.





Os resultados dessa forma de atenção das condições crônicas através de modelos de atenção à saúde voltados para a atenção a eventos agudos, são dramáticos. Tome-se o exemplo do diabetes nos Estados Unidos: há 8 milhões de portadores de diabetes com diagnóstico da doença e outros tantos sem diagnóstico; 35% dos portadores de diabetes desenvolvem nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de diabetes têm 5 vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentar um acidente vascular cerebral; aproximadamente 15% dos portadores de diabetes sofrem algum tipo de amputação de extremidade; há 144.000 mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1.445.000 anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951.000 pessoas; a produtividade anual é 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tem o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; a carga econômica anual do diabetes foi estimada em torno de 90 bilhões de dólares; e um portador de diabetes custa anualmente, ao sistema de serviços de saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes (BARR, BOUWAN e LOBECK, 1996).

Outro dado que mostra a irracionalidade da atenção aos portadores de diabetes através de modelos fragmentados de atenção à saúde, voltados para as condições agudas, está no fato de que o custo de um único episódio de internação por diabetes corresponde a uma atenção contínua ambulatorial de 10 a 20 de portadores de diabetes durante um ano (ENGLAND, GRANT e SANCHO, 1997).

A razão desses precários resultados está num completo divórcio entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com alta prevalência de condições crônicas e um sistema de atenção fragmentado, voltado para a atenção às condições agudas.

A incoerência entre a situação de saúde mineira e o sistema fragmentado de atenção à saúde praticado configura a crise fundamental do sistema de saúde no estado. Essa crise só será superada com a substituição do sistema fragmentado por redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Desta definição emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: têm uma responsabilidades sanitárias e econômicas inequívoca por sua população; são organizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; implicam a atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com a qualidade certa.

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, componentes das redes e modelo de atenção à saúde.

A população de responsabilidade das redes vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em sub-populações por riscos sócio-sanitários.

Os componentes das redes de atenção à saúde são:

- os pontos de atenção à saúde;
- o centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde;
- os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde);
- os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico único, central de regulação e sistema de transporte sanitário);
- o sistema de governança.

O modelo de atenção à saúde é o sistema lógico que permite funcionamento das redes de atenção à saúde.





REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. Unidade de Gerenciamento do Brasil. *Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil*. Brasília: Banco Mundial, 2005.

BARR, C. E.; BOUWMAN, D. I.; LOBECK, F. Disease state considerations. In: TODD, W. E.; NASH, D. *Disease management: a systems approach to improving patients outcomes*. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

ENGLAND, R.; GRANT, K.; SANCHO, J. *Health sector reform: a toolkit for communication*. London: Institute for Health Sector Development, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Fechamento

- Após atividade com texto “Os sistemas de atenção à saúde” – Eugênio Vilaça Mendes, apresentamos como sugestão o texto “Estruturação das Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais”, para complementação do conteúdo.

Estruturação das Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais²⁰

A principal estratégia do Governo de Minas na área da saúde é a construção das redes de atenção à saúde nos territórios micro e macrorregionais. Isso significa organizar e qualificar os pontos de atenção dos níveis primário, secundário e terciário, identificando as suas respectivas competências e definindo e programando os fluxos da assistência, garantidos por sistemas logísticos e de apoio(cartão de identificação, prontuário clínico, SUS Fácil e Sistema de Transporte em Saúde)

As redes que prioritariamente estão sendo implantadas no Estado são: **Rede Viva Vida, de atenção à gestante e criança de risco e à mulher na prevenção e tratamento do câncer de colo uterino e mama; a Rede Mais Vida, de atenção ao idoso e a rede de Atenção em Urgências e Emergências**. Em todas as redes a Atenção Primária à Saúde se coloca como centro coordenador da rede. O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) está organizando o parque hospitalar de todo o Estado (atenção secundária e terciária), identificando os hospitais socialmente necessários e qualificando à sua assistência.

O que é cada Rede?

- **Rede Viva Vida, de atenção à gestante e criança de risco e à mulher na prevenção e tratamento do câncer de colo uterino e mama**

O Programa Viva Vida, lançado em 2003, surgiu da conclusão de que mortalidade infantil e materna podem ser reduzidas com atendimento de qualidade, antes, durante e depois da gestação, com planejamento familiar e com o acompanhamento do desenvolvimento das crianças.

Diretrizes: - Reduzir a mortalidade materno-infantil; Promover a mobilização social para a redução da morte materna e infantil.

- **Rede Mais Vida, de atenção ao idoso** – este programa tem como propósito ofertar padrão de excelência em atenção à saúde do idoso com o objetivo de agregar anos à vida, com independência e autonomia.
- **Rede de Atenção em Urgências e Emergências** – para combater as dificuldades no diagnóstico sobre a importância das causas externas é necessário que o atendimento ocorra preferencialmente

²⁰ ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE, 2., 2009, Belo Horizonte. *O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG): o caso do PDR/MG: uma experiência*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 179 p. [Texto compilado].





na primeira hora após o trauma. O atendimento será realizado de acordo com a classificação de risco, prevista no Protocolo de “Manchester” (metodologia de trabalho implementada na cidade de Manchester-Inglaterra, em 1997).



ATIVIDADE XXXI - POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PARA O SUS

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Conhecer a Política de Educação para a Saúde no SUS;
- Compreender o Conceito de Educação Permanente em Saúde.

Material

- Papel A4;
- Texto: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Patrícia Parreira.

Desenvolvimento:

- Dividir a turma em grupos;
- Pedir que cada grupo escolha um coordenador, um secretário e um relator para apresentar em plenária
- Refletir e responder sobre as questões a seguir:
 1. Você conhece a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde? Se positivo, comente o que sabe sobre ela.
 2. Qual o conceito do grupo: Educação Permanente em Saúde
 3. Você já participou de alguma ação educacional da Política de Educação Permanente em Saúde? Se positivo, comente sobre a sua experiência.
- Discutir com toda a turma as respostas apresentadas;
- Fazer a leitura dialogada do texto: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Patrícia Parreiras.

Fechamento

- Durante a leitura do texto, discutir as respostas dos grupos com as informações do mesmo.



TEXTO PARA A LEITURA

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Patricia Parreiras²¹

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual

²¹ Coordenadora do Núcleo de Gestão Pedagógica da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Texto elaborado especialmente para o Guia de Estudo do Curso Técnico em Saúde Bucal da ESP-MG/2009.





e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social. Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, foi alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras

Compreendendo a Educação Permanente em Saúde

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços.

A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

‘Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

As ações educacionais dos Programas de Educação Permanente em Saúde:

Destinam-se a públicos multiprofissionais.

Possuem enfoque nos problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde.

Inserem-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, os gestores, as instituições de ensino e os usuários para o desenvolvimento institucional e individual.

Objetivam as transformações das práticas técnicas e sociais.

Utilizam-se de pedagogias centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada, oficinas de trabalho, realizadas preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho.

São contínuas dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS.





REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).



ATIVIDADE XXXII - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PORTARIA GM/MS Nº 1996 DE 2007

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Compreender as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Material:

- Papel A4, papel kraft e pincel atômico.

Desenvolvimento:

- Dividir a turma em grupos;
- Ler a Portaria GM/MS 1996 de 20 de Agosto de 2007.
- Refletir e discutir em plenária responder as questões a seguir:
 1. Como se dá a condução regional da Política da Educação Permanente em Saúde?
 2. O que são as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), suas competências e sua composição?
 3. Você teria interesse em participar de uma CIES, representando sua categoria profissional? Justifique
 4. Você acredita que a Política de Educação Permanente em Saúde contribuirá para o seu desenvolvimento profissional e para o desenvolvimento do SUS?
- Problematicar a necessidade de formação dos profissionais para o desenvolvimento do SUS e a condução da Política em sua região de atuação.

Fechamento

- Sistematizar a discussão.



TEXTO PARA LEITURA

PORTARIA GM/MS Nº 1.996 , DE 20 DE AGOSTO DE 2007²²

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo inciso II, do artigo 87, da Constituição Federal de 1988 e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e

²² Texto disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>





processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o artigo 14 da lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino;

Considerando que para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde é necessário observar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico estabelecidas pelo Ministério da Educação conforme Parecer nº. 16/1999, Resolução nº. 04/1999 e Decreto nº. 5.154/2004.

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003; Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;

Considerando a Portaria nº. 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº. 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB;

Considerando a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS;

Considerando a Portaria nº. 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006;

Considerando a Portaria nº. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e

Considerando, as decisões da Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º. Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.





Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º. A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º. Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS.

Art. 3º. Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

Art. 4º. São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;

II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;

III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;

IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;

V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Art. 5º. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;

II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;

III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e

IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo Único: A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II desta portaria.

Art. 6º. São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:





I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;

II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;

III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 7º. A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. Nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

Art. 8º. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde.

Art. 9º. A Comissão Intergestores Bipartite - CIB deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por:

I – Representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no estado;

II – Gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e

III – Um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme artigo 5º desta portaria.

Art. 10. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite:

I – Assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;

II – Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando a integração das propostas; e

III – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constante do Plano Estadual de Saúde.

Art. 11. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;

II – Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado;

III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;

IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;





V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.

Art. 12. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;

II – Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e

III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria.

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do anexo III.

Art. 14. Anualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

Art. 15. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão.

Art. 16. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Art. 17. O financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Município para execução dessas ações.

§ 1º. Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no anexo I desta portaria.

§ 2º. O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e do Distrito Federal, constantes do Limite Financeiro dos Estados e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do estado.

§ 3º. A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite - CIT para homologação.

Art. 18. Os recursos financeiros de que trata esta portaria, relativos ao Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde.

§ 1º. Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, devem ser aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação.

§ 2º. As transferências Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios poderão ser alteradas conforme as situações previstas na portaria 699/GM, de 30/03/2006.





Art. 19. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignados no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

§ 1º. Para viabilizar o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros de 2007, as CIBs deverão enviar o resultado do processo de pactuação sobre a distribuição e alocação dos recursos financeiros da educação Permanente em Saúde para a homologação na CIT.

§ 2º. A partir do ano de 2008 os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos estados, Distrito Federal e municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 20. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

I – A organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/graduação/especialização);

II – Elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;

III – A orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente;

IV – A qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

V – A instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

I – Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;

II – Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e

III – Articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade de sanitária.

Art. 22. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde. Esta Comissão será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações.

Art. 23. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado de Saúde



ATIVIDADE XXXIII - ORIENTAÇÕES PARA AS ATIVIDADES DE DISPERSÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender as atividades de dispersão a serem realizadas no local de trabalho.





Material

- Roteiro para atividades de dispersão.

Desenvolvimento

- Orientar os alunos para as atividades de dispersão a serem realizadas na rotina de trabalho;
- Fazer uma leitura das atividades de dispersão com os alunos;
- Informar que os alunos podem e devem fazer anotações no caderno de atividades sobre possíveis dúvidas durante a realização das tarefas para serem esclarecidas na semana de concentração.

Fechamento

- Concluir certificando-se de que não resta alguma dúvida sem esclarecimento em relação às tarefas de prática profissional.



ATIVIDADE XXXIV - DINÂMICA DE AVALIAÇÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Avaliar os trabalhos desenvolvidos na concentração desta unidade (Unidade de Estudo 2) e em que medida os objetivos propostos para o processo ensino-aprendizagem estão sendo atingidos.

Material

- Tarjetas, Papel kraft, cartolina, pincel atômico.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Entregar uma tarjeta para que cada aluno expresse em uma palavra o que esta concentração representou para ele;
- Socializar com o seu grupo, criando a partir de todas as tarjetas do grupo, frases, cartazes, ou outra expressão que represente a avaliação coletiva;
- Apresentar em plenária os trabalhos elaborados;
- Discutir os pontos em comum e identificar questões não contempladas na avaliação e as possíveis sugestões.

Fechamento

- Promover um momento de despedidas do grupo para encerramento das atividades da concentração, cantando uma música que o docente escolher para este momento.





ATIVIDADE DE DISPERSÃO ATIVIDADES SUPERVISIONADAS PELO DOCENTE DE DISPERSÃO

Para o Curso em questão estão previstas várias atividades que deverão ser realizadas nos espaços de atuação do aluno, no seu cotidiano de trabalho e acompanhadas pelo Docente de Dispersão. Cabe ao docente (Concentração e Dispersão) e Coordenador local esclarecer e motivar com sua contribuição no momento de Formação do Profissional. Esta contribuição estará criando e fortalecendo o processo de Educação Permanente da Equipe.

Apresentamos abaixo as atividades a serem realizadas nesta fase:



ATIVIDADE I – COLETA DE DADOS DA FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE EM SEU MUNICÍPIO

Objetivo

- Obter dados da forma de prestação do serviço de saúde.

Material

- Papel A4, pincel atômico, papel kraft.

Desenvolvimento

- Orientar ao aluno para analisar a organização da prestação de serviços de saúde, no seu local de trabalho (na Unidade de Saúde do seu município, na policlínica, no hospital, entre outros) e registrar para apresentação na próxima concentração:
 1. Características da população da área de abrangência da unidade de saúde;
 2. Subordinação técnica e administrativa da unidade de saúde escolhida;
 3. Profissionais que prestam assistência e as atividades que desenvolvem;
 4. Descrição do espaço físico em relação as atividades que nele são desenvolvidas;
 5. Programas implantados na Unidade de Saúde;
 6. Integração entre as diversas atividades profissionais;
 7. Papel da gerência local;
 8. Participação do Conselho local de saúde;
 9. Sistema de referência e contrarreferência.



ATIVIDADE II – FONTES DE FINANCIAMENTO PARA A SAÚDE

Objetivo

- Identificar as fontes de financiamento destinadas para o setor saúde do seu município.





Material

- Papel A4, pincel atômico, papel kraft.

Desenvolvimento

- Identificar as fontes de financiamento destinadas para o setor saúde do seu município;
- Em seu município, qual o percentual destinado ao setor saúde?
Utilizar o Capítulo de Saúde da Constituição Federal, a Lei Orgânica do Município e a NOB SUS 1996 e a NOAS 2001 para subsidiar o trabalho de pesquisa;
- Elaborar relatório da atividade para apresentação na próxima concentração.



ATIVIDADE III – COMPOSIÇÃO E ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Objetivo

- Conhecer a composição e a atuação do Conselho Municipal de Saúde em seu município.

Material

- Papel A4, pincel atômico, papel kraft.

Desenvolvimento

- Realizar contatos com o Conselho Municipal de Saúde a fim de conhecer a composição e sua atuação em seu município;
- Elaborar relatório para apresentação na próxima concentração.



ATIVIDADE IV – ENTREVISTA

Objetivo

- Identificar a organização da atenção primária em seu município.

Material

- Papel A4, pincel atômico e papel kraft.

Desenvolvimento

- Com base nos conhecimentos adquiridos nesta unidade de estudo e entrevista com o gestor e/ ou técnicos da área, para obtenção de informações, elaborar um texto (relatório) crítico com o tema:
- A atenção primária à saúde na minha cidade;
- O relatório será apresentado na próxima concentração.





ATIVIDADE V – AVALIAÇÃO DA DISPERSÃO

Objetivo

- Avaliar as atividades desenvolvidas na dispersão.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Fazer uma reflexão:
 - 1 Como foi realizar a dispersão?
 - 2 Quais foram os fatores facilitadores e dificultadores?

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. *Lei n. 8.080* de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. *Lei n. 8.142* de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha: entendendo o SUS*. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 04 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro, 2001. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990. 20 p.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.

CUNHA, R. E.; SANTOS, F. P. Os desafios do gestor local: estruturas organizacionais e os mecanismos de controle. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.

ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE, 2., 2009, Belo Horizonte. *O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG): o caso do PDR/MG: uma experiência*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 179 p.

FERNANDES, B. S. A política de saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Revista Mineira de Saúde Pública*. Belo Horizonte, n. 2/3, p. 7-13, jan./dez. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. *Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais: 2001 / 2004*. Belo Horizonte, 2002. 91 p. il.





REIS, C. G. V.; GOMES, M. L. Vigilância epidemiológica e participação popular. In: *Textos ...de apoio em vigilância epidemiológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.

Relatório Mundial de Saúde / 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/06>>. Acesso em: 26 nov. 2008.

<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/visa_glossario.html>. Acesso em: 20 nov. 2008.

<<http://www.e-glossario.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

<http://www.antoniabraz.com.br/nova_página_36.htm>. Acesso em: 14 jul.2009.



PARA SABER MAIS:

Prezado Docente

Indicamos abaixo algumas referências bibliográficas que servirão de apoio sobre o conteúdo trabalhado nesta Unidade de Estudo.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.648/GM, de 28 de março de 2006*. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 28 mar. 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Leis e os Princípios que regem os Sistemas de Serviços de Saúde. In: *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Planejamento da infraestrutura física da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. In: *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Modelo de Atenção à Saúde. In: Minas Gerais. Escola de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais*. -Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 57 - 61

MENDES, Eugênio Vilaça. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: Minas Gerais. Escola de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais*. -Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 50 - 56.

