

GUIA CURRICULAR PARA FORMAÇÃO DE TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL PARA ATUAR NA REDE BÁSICA DO SUS

ÁREA CURRICULAR III

PREVENINDO E CONTROLANDO O PROCESSO SAÚDE - DOENÇA BUCAL



**GUIA CURRICULAR
PARA FORMAÇÃO DE
TÉCNICO EM HIGIENE
DENTAL PARA
ATUAR NA REDE
BÁSICA DO SUS**

Área I — "Prevenindo e
Controlando o Processo
Saúde - Doença Bucal"

Área II — "Participando
do Processo de
Recuperação da Saúde
Bucal"

Área III — "Participando
do Planejamento e
Administração dos
Serviços de Saúde"

MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS
HUMANOS PARA O SUS

**GUIA CURRICULAR PARA FORMAÇÃO DE
TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL PARA
ATUAR
NA REDE BÁSICA DO SUS**

ÁREA CURRICULAR III

**PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E
ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE**

BRASÍLIA – 1994

© 1994, Ministério da Saúde

Série Formação de Recursos Humanos de Nível Médio em Saúde, THD; 3

Só é permitida a reprodução total, com identificação de fonte e autoria.

Tiragem: 5.000 exemplares

Edição: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

Endereço: Esplanada dos Ministérios – Bloco G – 6º andar – Sala 639
70058-900 – Brasília – DF – Brasil

Telefones: (061) 315.2846

(061) 315.2308

Fax: (061) 315.2862

Impresso com recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD – Projeto BRA/90032 – Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde – Projeto Nordeste – Acordo de Empréstimo BIRD 3135/BR

Impresso no Brasil - Printed in Brazil

ISBN 85-334-0078-0

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.

Guia Curricular para Formação de Técnico em Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS. Área Curricular III: Participando do Planejamento e Administração do Serviço de Saúde. – Brasília, 1994.

107p. (Série Formação de Recursos Humanos de Nível Médio em Saúde, de THD; 3)

1. Recursos Humanos em Saúde 2. Técnico em Higiene Dental I. Título

APRESENTAÇÃO

O atual contexto de consolidação do SUS exige decisão e soma de esforços a fim de garantir suas diretrizes e princípios, que orientam, em última instância, a melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

O Ministério da Saúde, no exercício de sua competência de Gestão Nacional desse Sistema, definiu como prioridade, através do Programa de Trabalho da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, o apoio aos Estados e Municípios para a profissionalização do trabalhador da rede básica do SUS, através, inclusive, da elaboração de material didático (currículos integrados) específico que viabilize o processo de formação, tendo em vista as especificidades da clientela. Tal processo de formação se caracteriza pela concepção pedagógica de integração ensino-serviço, onde a realidade local se torna a "referência problematizadora" e as ações educativas consistentes com a proposta da Reforma Sanitária, no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional. Essa proposta de formação já vem sendo desenvolvida, com êxito, na área de enfermagem, através do Currículo Integrado para Formação de Auxiliar de Enfermagem e da Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para o SUS.

O programa ora apresentado, **Guia Curricular para Formação de Técnico em Higiene Dental para atuar na Rede Básica do SUS** insere-se no esforço de valorizar os profissionais de saúde de nível médio na área de odontologia e de priorizar as medidas de prevenção e controle das doenças bucais, com base nos princípios de descentralização, equidade, integralidade e universalização, definidos pelo SUS, e ainda de buscar novos modelos assistenciais que levem em consideração as necessidades da população, as características dos serviços e dos trabalhadores de saúde bucal.

Com essa publicação, a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde espera estar trabalhando no sentido de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Joana Azevedo da Silva
Coordenação Geral de Desenvolvimento
de Recursos Humanos para o SUS

SUMÁRIO

• Apresentação	3
• Introdução	7
• Primeira Unidade	
– Concentração	13
– Dispersão	29
– Avaliação	31
– Textos de Apoio	
» Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde Tema I - Saúde como Direito.....	35
» Considerações sobre o SUS na Perspectiva de Integração Inter-institucional ..	39
» Programação em Saúde	47
• Segunda Unidade	
– Concentração	55
– Dispersão	65
– Avaliação	67
– Texto de Apoio	
» Supervisão	71
• Terceira Unidade	
– Concentração	79
– Dispersão	89
– Avaliação	91
– Texto de Apoio	
» Avaliação dos Serviços de Saúde	97
• Avaliação Geral da Área	105

INTRODUÇÃO

O Técnico em Higiene Dental é uma habilitação de 2º Grau, aprovada pelo Conselho Federal de Educação (CFE) através do parecer nº 460, de 06 de fevereiro de 1975.

O currículo mínimo para a formação do Técnico em Higiene Dental é constituído por um elenco de matérias profissionalizantes e instrumentais com base na estruturação das atividades, que visam desenvolver conhecimentos, aquisição de habilidades e destrezas requeridas pelo perfil profissional desta habilitação, para atuar na área da saúde bucal.

Todo esse conjunto de atividades pedagógicas está estruturado em unidades didáticas que se agrupam em áreas curriculares. Deste modo, o **Currículo Integrado para Formação do Técnico em Higiene Dental** é composto das Áreas I, II e III. Cada uma das unidades didáticas abrange conhecimentos, habilidades e destrezas de um conjunto de práticas específicas que compõem o perfil profissional. São compostas por uma série de atividades, organizadas em forma seqüenciada, levando os alunos a integralizar os conhecimentos e desenvolver condições para desempenharem suas funções. Textos complementares sistematizam o conhecimento ao final de cada unidade.

ÁREA CURRICULAR I - "Prevenindo e Controlando o Processo Saúde-Doença Bucal"

Abrange o processo saúde-doença na sua dimensão social; os principais problemas de saúde geral e bucal da população; o estudo da anatomia e do funcionamento do corpo humano, em especial da cavidade bucal; as relações do corpo com o trabalho odontológico, destacando os riscos ocupacionais a que os trabalhadores em saúde bucal estão expostos; a prestação de cuidados odontológicos que visam romper a cadeia de transmissão de doenças; o manuseio de arquivos e documentos relativos ao atendimento odontológico dos pacientes; as manifestações das doenças bucais (especialmente da cárie e doença periodontal) nas populações; e a prática do técnico em higiene dental para o controle e prevenção dessas doenças.

ÁREA CURRICULAR II - "Participando do Processo de Recuperação da Saúde Bucal"

Abrange a prestação de serviços odontológicos, em nível clínico, nas áreas de endodontia, radiologia, exodontia e urgência, bem como a prestação de primeiros socorros; o estudo da oclusão dentária e sua aplicação aos procedimentos restauradores; execução de restaurações dentárias definitivas (amálgama, cimento de silicato, cimento de ionômero de vidro, resinas auto e fotopolimerizáveis) e provisórias (IRM, cimento fosfato de zinco, cimento de óxido de zinco-eugenol, etc.); o estudo da relação entre as restaurações e o periodonto.

ÁREA CURRICULAR III - "Participando do Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde"

Abrange a organização, programação, execução e avaliação do processo de trabalho de odontologia no coletivo dos trabalhadores de saúde da unidade.

Cabe ressaltar que a Área III foi baseada na Área Curricular IV do Currículo Integrado para Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS: "Organizando e Desenvolvendo seu Processo de Trabalho".

A grade curricular para a formação do Técnico em Higiene Dental, aprovada pela Câmara de 1º e 2º Graus, do Conselho Federal de Educação (Parecer nº 460/75), estabelece o mínimo de matérias profissionalizantes, a saber:

DISCIPLINAS PROFISSIONALIZANTES

1. Higiene Dentária
2. Técnicas Auxiliares em Odontologia
3. Odontologia Social
4. Material, Equipamento e Instrumental
5. Fundamentos de Enfermagem

DISCIPLINAS INSTRUMENTAIS

1. Biologia, com ênfase em Anatomia e Fisiologia Humanas, Microbiologia e Parasitologia
2. Química

Dessa maneira, os conteúdos da grade curricular são contemplados, integrando conhecimentos e associando-os às práticas profissionais.

Esse plano pedagógico articula dinamicamente ensino e trabalho, prática e teoria, alternando momentos de concentração e de dispersão. Nos momentos de concentração, os alunos reunidos num mesmo espaço físico realizam, sob a orientação do Instrutor/Supervisor, uma série de atividades programadas com a finalidade de discutir questões referentes à sua prática profissional, inclusive novos conhecimentos e habilidades. Já nos momentos de dispersão, os alunos voltam ao seu ambiente de trabalho e realizam uma série de atividades, também programadas, e sob a supervisão do Instrutor/Supervisor.

Os períodos de concentração e dispersão estabelecem um contínuo entre prática-reflexão-prática, fazendo com que esta opção educativa permita a real integração entre prática-teoria, o imediato teste da prática e a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações.

Finalmente, para acompanhar e documentar todo esse processo de ensino-aprendizagem dos alunos, estão previstos nesta proposta curricular vários instrumentos de avaliação, adequados a diferentes situações que, para cumprirem suas finalidades (fazerem parte do processo pedagógico), requerem do Instrutor/Supervisor uma observação dirigida e atenta dos alunos, nos períodos de concentração e dispersão.

PRIMEIRA UNIDADE

PRIMEIRA UNIDADE

PROPÓSITO

Aprofundar o estudo sobre os fatores que determinam o estado de saúde de uma população e compreender a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Reconhecer o processo de organização dos Serviços Locais de Saúde e o processo de municipalização como estratégias de implantação do Sistema Nacional de Saúde (Sistema Único de Saúde - SUS). Compreender ainda os processos de programação, aplicados ao nível local, como instrumentos de intervenção na realidade.

OBJETIVOS

- 1 – Aprofundar a discussão sobre o diagnóstico de saúde/doença da população.
- 2 – Rever o conceito de saúde e os fatores que determinam o estado de saúde de uma dada população, identificando a contribuição do serviço de saúde.
- 3 – Discutir o conceito de cidadania e os direitos do cidadão, dentre eles, o da saúde e as bases legais que os legitimam.
- 4 – Caracterizar o processo de municipalização com base no princípio de descentralização, identificando as relações com os níveis Estadual e Federal e as bases legais que regulamentam o SUS.
- 5 – Analisar os princípios que definem Sistema Local de Saúde que visam garantir o direito do cidadão e a qualidade da assistência prestada.
- 6 – Discutir o conceito de participação popular e sua aplicação na gestão dos serviços locais de saúde.
- 7 – Identificar as relações que devem existir entre os diferentes serviços de saúde de uma dada localidade e as relações destes com serviços de outros setores que também são responsáveis e contribuem para o estado de saúde da população.
- 8 – Conceituar programação em saúde, compreendendo sua importância enquanto instrumento na organização dos serviços.
- 9 – Rever o processo de identificação de problemas de saúde de uma população e seus fatores determinantes para aplicação no processo de programação.
- 10 – Discutir o processo de programação de atividades de uma unidade de saúde no que se refere às ações dirigidas às pessoas e às ações sobre o meio ambiente.

PRIMEIRA UNIDADE

CONCENTRAÇÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR
I	I
1 • Discutir meios de obter dados sobre a situação de saúde-doença na população.	1 • Trabalhar com todo o grupo, estimulando a discussão sobre os meios de obter informações: documentos (jornais, revistas, artigos, registros, publicações, etc.), discurso (falas do usuário, dos profissionais, reuniões, conferências, etc.), observação da realidade e experiência de vida e trabalho dos treinandos.
2 • Discutir a realização de uma pesquisa para aprofundar e sistematizar os dados sobre as condições de saúde da população.	2 • Orientar a atividade para que os treinandos realizem um levantamento das principais doenças da população brasileira e sua importância na caracterização do quadro de saúde. Orientar a pesquisa a partir das áreas temáticas de saúde das instituições, tais como: materno-infantil, saúde bucal, saúde do trabalhador, saúde mental, doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, etc.. Utilizar boletins e documentos do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde, Caderno de Saúde Pública da ENSP, etc.. Organizar escala de visita a uma biblioteca, ajudando no manuseio dos documentos e na seleção das informações.
3 • Realizar o levantamento	3
4 • Apresentar e discutir o resultado do levantamento.	4 • Discutir com os treinandos a atividade realizada na biblioteca, o manuseio de documentos, a quantidade e qualidade de informações disponíveis, bem como as dificuldades encontradas. Retomando a discussão sobre a determinação de saúde-doença da população, estabelecer um diagnóstico do quadro de saúde no Brasil.

- 5** • Retomando o item 1, debater sobre a importância de conhecer o quadro de saúde de sua localidade, utilizando também outras fontes de informação.

- 5** • Concluir sobre a necessidade de se ter um diagnóstico da realidade regional, buscando também fontes de informações alternativas, tais como: a observação, a fala dos usuários (ver Unidade 1, Área 1) e documentos da instituição prestadora de serviços, etc.. Concluir também sobre a necessidade deste diagnóstico para a organização e planejamento dos serviços.

- 6** • Conhecer o sistema de informação do seu local de trabalho.

- 6** • Organizar escala de visita. Orientar o manuseio de arquivos.

SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES

II

- 1 • Discutir a seguinte questão:
 - ➔ Quais os fatores que determinam o estado de saúde de uma população?

- 2 • Refletir sobre a seguinte questão:
 - ➔ As pessoas de sua comunidade têm o direito à saúde garantido?
Por quê?

- 3 • Leitura e discussão do texto:
 - ➔ Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde - Tema 1 - "Saúde como Direito".

- 4 • Assistir ao filme "8ª Conferência".

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

II

- 1 • Retomar as discussões já efetuadas na primeira área curricular, aprofundando a discussão sobre os fatores determinantes do estado de saúde de uma dada população que conformam seu perfil epidemiológico, destacando as formas de produção (acesso a terra e ao trabalho, condições de efetuar o trabalho, etc.) e consumo (habitação, alimentação, transporte, saneamento básico, educação, lazer, serviço de saúde, etc.). Ajudar o grupo a sistematizar o conceito de saúde. Refletir sobre a responsabilidade, a contribuição e as limitações dos serviços de saúde na determinação do estado de saúde das populações.

- 2 • Levar os alunos a comparar o conceito de saúde discutido na atividade anterior com as condições de saúde em sua comunidade. Refletir sobre o direito à saúde como direito do cidadão, que deve ser garantido pelo Estado. Discutir ainda sobre o exercício da cidadania.

- 3 • Utilizar o Texto 1 da Área III. Apoiar a atividade de leitura e refletir sobre o exercício do direito assegurado na Constituição. Discutir ainda o papel importante que representou a 8ª CNS, como fórum de participação da sociedade civil na discussão e luta pelo direito à saúde (desdobramentos).

- 4 • Apresentar o filme e realizar a discussão.

- | | |
|---|---|
| <p>5 • Identificar quais são os serviços de saúde existentes na sua comunidade.</p> | <p>5 • Orientar a discussão de forma que os alunos identifiquem os serviços existentes e compreendam a idéia de sistema e como este conjunto de serviços compõe o sistema de saúde da localidade.</p> |
| <p>6 • Com relação aos serviços identificados no item anterior, analisar os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ sua subordinação administrativa; ➔ que atividade desenvolvem; ➔ como se relacionam entre si e com outras instituições; ➔ como se relacionam com os diferentes níveis do governo; ➔ como se relacionam com a população. | <p>6 • Organizar formas de obter as informações. Analisar as características do sistema de saúde da sua localidade e as relações de poder existentes nele.</p> |
| <p>7 • Com base na análise feita na atividade anterior, discutir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Esse sistema de saúde atende às necessidades de saúde da população? | <p>7 • Apoiar a discussão de forma que o grupo indetifique até que ponto a organização desse sistema está contribuindo para possibilitar o exercício do direito à saúde.</p> |
| <p>8 • Refletir sobre o seguinte princípio constitucional:</p> <p>"A Saúde é um dever do Estado".</p> | <p>8 • Ajudar os alunos a refletir sobre as formas de atuação do Estado no que se refere ao atendimento das necessidades de saúde das população, no seu sentido amplo.</p> |
| <p>9 • Assistir ao filme "Depoimentos da população sobre os serviços de saúde".</p> | <p>9 • Apresentar e discutir o filme.</p> |
| <p>10 • Discutir a questão abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Existe alguma instituição que co-ordena ou comanda o sistema de saúde analisado? | <p>10 • Ajudar o grupo a identificar o comando (ou os comandos) desse sistema e iniciar a discussão sobre descentralização de poder e comando único através do processo de municipalização, como estratégia de implementação do SUS.</p> |

- 11 • Discutir a seguinte questão:
- ➔ Quais são as fontes de recursos que são destinadas ao setor saúde em seu município? Em seu estado? E no Brasil?
- 12 • Sistematizar as discussões anteriores.
- 13 • Assistir ao filme "Constituinte e Saúde".
- 14 • O município de Serra Grande, com 80.000 habitantes, possui uma rede de serviços de saúde composta de: 1 Hospital Geral e 1 Posto de Saúde do estado, 1 Centro de Saúde, 2 Postos de Saúde da FSESP, 2 Hospitais Privados de pequeno porte, 3 Postos de Saúde do município. As unidades do estado estão subordinadas à diretoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde, as unidades da FSESP à respectiva Diretoria Regional e as unidades do município à Secretaria Municipal de Saúde. 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.
- Analisar o Sistema de Saúde acima descrito e discutir que problemas a forma de organização referida pode trazer à população.
- 11 • Apoiar a discussão para que o grupo compreenda as formas de financiamento do setor saúde nos diferentes níveis de governo. Utilizar o capítulo da saúde da Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei Orgânica do município para subsidiar a discussão. Analisar os recursos destinados à saúde no Brasil comprando com dados de outros países.
- 12 • Apoiar a sistematização firmando o conceito de Saúde e o direito à Saúde como direito do cidadão e responsabilidade do Estado. Enfatizar a noção de sistema de saúde como conjunto de serviços e a estratégia de implantação do SUS através do processo de municipalização, seu financiamento e suas relações de poder.
- 13 • Apresentar e discutir o filme.
- 14 • Ajudar o grupo a identificar os problemas tais como: multiplicidade de comando; desarticulação entre os serviços, impossibilitando um sistema de referência por nível de complexidade da assistência a ser prestada; indefinição da população adscrita ao serviço; desorganização da demanda; etc.. Ajudar ainda o grupo a refletir sobre os princípios que caracterizam a proposta dos Sistemas Locais de Saúde/SILOS, dentro de um distrito sanitário (base territorial definida, população adscrita e comando único). Discutir, ainda, que os distritos podem corresponder ou não à área de um município e ainda que o processo de municipalização de saúde e de organização de Sistemas Locais de Saúde, são a base de estruturação do SUS.

- 15** • Sr. José Maria mora na zona rural do município. Aproveitando o dia da feira na cidade, pegou uma carona num caminhão e trouxe toda a família (mulher grávida, sogra hiper-tensa, bebê de 2 anos, um adolescente com problemas mentais e um rapaz de 21 anos, trabalhador rural, com dor de dente) ao Centro de Saúde para consulta. Chegando lá, foi informado de que só a mulher grávida e a criança podiam ser atendidas. Para os demais não havia nada que a unidade pudesse fazer; teriam que procurar o ambulatório do INAMPS em outro município. Por outro lado, disseram-lhe também que sua mulher precisava fazer exames de laboratório que eram feitos em serviço particular. Se ele não pudesse pagar, nada feito.

Discutir as seguintes questões:

- ➔ Que problemas esta família enfrenta para ter acesso ao serviço de saúde?
- ➔ Que direitos não estão sendo assegurados a essa família?

- 16** • D. Maria Francisca foi à unidade de saúde mais próxima de sua casa procurando uma consulta para seu filho de 2 meses de idade que nasceu com o pé esquerdo torto. O médico que a atendeu limitou-se a informar que a unidade de saúde não tinha condições para atender o caso. Não examinou a criança, não indicou imunização, apenas recomendou alimentação com leite materno.

Analisar o caso e discutir a seguinte questão:

- ➔ As necessidades da criança foram atendidas pelo serviço de saúde? Por quê?

- 15** • Orientar a discussão, de modo a ajudar os alunos a identificar os problemas que a família enfrenta para ter acesso ao serviço de saúde, enfatizando os princípios de acessibilidade, universalidade, equidade e integralidade, que devem ser observados na organização do Sistema Local de Saúde.

- 16** • Orientar a discussão ajudando os alunos a identificar os problemas que não foram resolvidos, destacando os princípios de resolubilidade e integralidade que conferem qualidade à assistência.

- 17 • A visitadora Valmira, da comunidade de Barro Grande, responsável por uma área periférica da cidade, informou à supervisora que estava muito desanimada porque em sua área de trabalho, apesar de seus esforços, os problemas de saúde da população continuavam os mesmos: as crianças viviam com diarreia (os serviços de água e esgoto da Companhia Estadual de Saneamento passavam perto mas não atingiam os domicílios); freqüentemente era informada sobre crianças com dor de dente na escola; a creche, instalada em casa improvisada, apresentava péssimas condições de higiene, ocasionando surtos freqüentes de diarreia e outras doenças transmissíveis entre as crianças.

Analisar o caso e refletir sobre a seguinte questão:

- ➔ Nessa situação, o que o serviço de saúde poderia fazer para ampliar sua atuação e diminuir os agravos à saúde desta comunidade?

- 18 • Discutir as seguintes questões:

- ➔ Qual a participação de sua comunidade na discussão sobre as questões de saúde e como ela interfere na prestação de serviços? Relatar e discutir as experiências vivenciadas ou conhecidas.
- ➔ É importante a participação da população? Por quê?

- 17 • Orientar a discussão, ajudando os alunos a identificar as condições presentes na comunidade e que contribuem para manter os problemas de saúde e a identificar a necessidade de ação conjunta da unidade de saúde com os outros setores (Companhia de Saneamento, Educação, Assistência Social, etc.) para intervir com mais eficácia sobre a problemática de saúde.

- 18 • Apoiar o grupo a identificar e analisar as formas de participação da população em sua comunidade nas questões relativas à saúde, através de relatos de experiências vivenciadas ou conhecidas. Registrar para utilização posterior. Avaliar a percepção dos alunos sobre a questão, o que servirá de base para a discussão a seguir.

19 • Analisar as seguintes situações:

a) A comunidade "A", situada em região rural, pobre e com assistência precária à saúde, não tinha tradição de organização popular para enfrentar seus problemas. Os profissionais de saúde de instituições públicas da região, decididos a implementar um projeto de saúde que viesse a melhorar as condições sanitárias, e convencidos da importância da participação comunitária para o êxito do projeto, adotaram como estratégia preparar agentes de saúde, recrutando-os na própria comunidade, para atuarem nos postos de saúde e como agentes mobilizadores da participação popular, visando desenvolver graus de consciência e de organização suficientes para mudar suas condições de vida.

b) A comunidade "B", de pequenos produtores rurais, com uma história de luta organizada em torno da posse da terra, através de um Sindicato de Trabalhadores Rurais, dispunha de um sistema de atendimento à saúde que não atendia às necessidades da população, uma vez que os serviços existentes eram predominantemente privados. O sindicato iniciou um grande processo de discussão e mobilização da comunidade e conquistou, junto ao Estado, oferta de leitos públicos para atender suas necessidades de assistência médica, bem como a aquisição de um consultório dentário.

Pede-se ao grupo:

- Identificar em que diferem as duas situações relatadas, no que diz respeito às características das comunidades e da participação da população.

19 • Orientar os alunos na caracterização das duas situações, levando-os a construir um quadro com as principais características de cada comunidade e as formas de participação da população. Estimular ainda a reflexão sobre o papel exercido pelo Estado e pela sociedade em cada uma. Por fim, fazê-los refletir sobre o potencial que cada uma oferece para a melhoria dos serviços prestados e quais as suas limitações e possibilidades.

- ➔ Identificar em cada uma o papel exercido pelo Estado (através das instituições oficiais de saúde e seus funcionários) e o papel da sociedade.
- ➔ Discutir as possibilidades de contribuição das duas situações aqui descritas para a melhoria dos serviços de saúde e desenvolvimento da própria comunidade.

20 • Analisar as seguintes situações:

a) Numa região periférica, com grandes deficiências de oferta de serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, visando aumentar a cobertura, utilizou como estratégia o treinamento de voluntários da comunidade para desenvolver atividades simplificadas de atenção à saúde. Estes agentes eram recrutados pelas associações de moradores e não recebiam remuneração pelos serviços prestados.

b) Numa comunidade periférica de um grande centro urbano, a população, através das Associações de Moradores, organizou uma manifestação para protestar contra as condições de atendimento da unidade local de saúde. Diante desta situação a chefia da unidade resolveu criar uma comissão composta predominantemente de representantes da comunidade, confiando à mesma a tarefa de reorganizar o funcionamento dos serviços, incluindo a redefinição de prioridades, normas técnicas, política de pessoal, etc..

20 • Ajudar o grupo a analisar as duas situações descritas identificando, no primeiro caso a utilização da comunidade para execução de atividades que deveriam ser executadas pelas instituições de saúde (Estado), e no segundo caso, a transferência de responsabilidade técnica para a população que não está instrumentada para exercê-la. Discutir ainda os possíveis resultados que podem ser obtidos de tais abordagens de participação popular e os conseqüentes reflexos na prestação de serviços.

Identificar nas duas situações:

- ➔ o papel desempenhado pelas instituições de saúde e o papel desempenhado pela comunidade;
- ➔ os resultados que se podem esperar dessas experiências de participação popular.

21 • Comparar as discussões dos itens 18, 19 e 20.

21 • Apoiar a discussão ressaltando a importância da participação da população na indicação de suas necessidades em relação à prestação de serviços, de estar informada pelas instituições das ações desenvolvidas e de seu papel na fiscalização dessas ações. Distinguir os diferentes papéis desempenhados pelo Estado e sociedade, e as possíveis conseqüências da inversão destes papéis. Alertar ainda para situação em que, a pretexto de promover a participação popular, a população é utilizada apenas para legitimar as propostas apresentadas pelo grupo que representa o poder institucional.

22 • Com base nas discussões anteriores, discutir a seguinte questão:

➔ Como se situa o Conselho Municipal de Saúde previsto na Lei que regulamenta o SUS?

22 • Ajudar a analisar a Lei Orgânica do Município (Capítulo da Saúde), as atribuições definidas para o Conselho, identificando seu papel e o canal que representa para a participação da população nas questões referentes à saúde.

23 • Leitura e discussão do texto "Considerações sobre o SUS na perspectiva de integração interinstitucional."

23 • Utilizar o Texto 2 da Área III.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

III

- 1 • D. Conceição foi ao supermercado para fazer as compras da semana. Pegou o carrinho e foi colocando tudo que achava que precisava. No caixa verificou que não tinha dinheiro suficiente para pagar as compras e foi obrigada a retirar algumas mercadorias. Chegando em casa, ao guardar as compras, descobriu que havia em estoque 3 latas de azeitonas e comprara mais 2 latas. O feijão e o arroz que tinha em casa só davam para mais 2 dias e esquecera de comprar mais. Verificou ainda, que havia comprado muitas outras mercadorias de que realmente não necessitava, consumindo assim todo o dinheiro disponível. Teve que tomar dinheiro emprestado aos familiares e retornar ao supermercado para comprar as coisas essenciais que esquecera.

Analisar a situação e discutir as seguintes questões:

- ➔ Identifique os problemas presentes nesta situação e suas conseqüências.
- ➔ O que você faria e como procederia para evitar estes problemas?

- 2 • Discutir a seguinte questão:
 - ➔ É importante programar ações de saúde? Por quê?

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

III

- 1 • Orientar a discussão ajudando o grupo na identificação dos problemas e suas conseqüências. Estimular o grupo a iniciar a elaboração do conceito de programação.

- 2 • Apoiar a discussão levando o grupo a identificar a importância da programação para obtenção de melhores resultados dos serviços, em função dos recursos disponíveis. Destacar o conceito de programação.

- 3** • Retomar os levantamentos sobre condições de saúde de uma população realizados na Área 1 e refletir sobre:
- a)** Que tipos de dados foram levantados e que outros dados o grupo considera importantes para avaliar o estado de saúde de uma população, identificando seus problemas de saúde e os problemas dos serviços de saúde.
- b)** Para que serve a identificação desses problemas?
- 4** • Buscar explicações para os seguintes problemas:
- a)** Diarréia em crianças menores de 1 ano.
- b)** População procurando a unidade de saúde e não conseguindo atendimento.
- 3** • Levar os alunos a recuperar os dados desses levantamentos e fazê-los refletir sobre a utilidade desses dados e a necessidade de sua complementação para a análise da saúde de uma população. Ajudar ainda os alunos a compreender a importância da identificação e da explicação dos problemas para orientar as formas de ação.
- 4** • Ajudar o grupo a montar a rede explicativa, identificando os nós críticos.
- a)** Diarréia: (água - acesso e qualidade, esgoto, dejetos, condições de higiene, alimentação, desnutrição, aleitamento, acesso ao serviço, habitação, renda, trabalho, etc.).
- b)** Escassez de recursos (relação oferta x demanda), organização do serviço (tipo e forma), financiamento, gerência, etc..

- 5 • O prefeito do Município de Canabrava (com 10.000 habitantes) atendendo a promessas de campanha, construiu um hospital de 50 leitos, oferecendo internação em casos de parto e pediatria, de 1 Centro de Saúde, oferecendo consulta médica e vacinas, na sede do município. Construiu 1 Posto de Saúde no distrito de Riachão com 500 habitantes, realizando apenas alguns tipos de vacinas (Sabin e DPT). Após alguns meses de funcionamento, verificou-se que apenas 20% dos leitos eram ocupados, o Centro de Saúde tinha uma frequência muito pequena (50 atendimentos por mês). O Posto de Saúde não tinha demanda. Analisando a situação, descobriu-se que a população buscava assistência no Hospital Regional do Município vizinho, mais bem equipado, com atividades básicas, inclusive com cirurgias, Raio X e Laboratório.

Analisar a situação e refletir sobre as seguintes questões:

- ➔ Por que os projetos da Prefeitura não deram bons resultados?
- ➔ O que deveria ter sido feito antes de implantar as unidades de saúde?

- 6 • Sistematizar os itens 1 a 5.

- 5 • Encaminhar a discussão ajudando o grupo a identificar a inexistência de dados que permitam realizar a análise da situação de saúde desta população. Ajudar também a compreender a importância desta análise como parte do processo de programação de forma a possibilitar a definição de prioridades de acordo com as necessidades.

- 6 • Apoiar a sistematização, sintetizando o conceito de programação, e sua importância enquanto instrumento de intervenção sobre a realidade.

- | | |
|---|--|
| <p>7 • Analisar a programação de uma unidade de saúde e discutir:</p> <p>a) Quem participou de sua elaboração?</p> <p>b) Que dados foram utilizados?</p> <p>c) Quais os princípios e diretrizes que nortearam sua elaboração?</p> <p>d) Quais as dificuldades na execução dessa programação?</p> | <p>7 • Colocar a programação de uma unidade de saúde à disposição dos alunos para a análise. Ajudar os alunos a identificar os elementos necessários para a programação: dados de população, população alvo, normas de serviços que servem de base, dados de produção, estudos epidemiológicos, dados de morbidade. Enfatizar que a programação deve fazer parte do plano de ação dos serviços de saúde. Destacar a função organizativa da programação.</p> |
| <p>8 • Discutir as seguintes questões:</p> <p>➔ É importante avaliar os resultados da programação? Por quê?</p> <p>➔ Como e em que momento deve ser esta avaliação?</p> | <p>8 • Assegurar que a discussão aborde os seguintes aspectos: compreender a avaliação quantitativa e qualitativa como parte do processo de programação e que a avaliação deve ser realizada de forma contínua.</p> |
| <p>9 • Leitura e discussão do texto "Programação em Saúde".</p> | <p>9 • Utilizar o Texto 3 da Área III.</p> |

PRIMEIRA UNIDADE

DISPERSÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

- 1 • Realizar o mesmo levantamento de dados sobre a situação de saúde-doença na sua comunidade.
- 2 • Identificar quais são os serviços de saúde existentes na sua comunidade e analisar: subordinação administrativa; atividades que desenvolvem; relações entre si, com os diferentes níveis do governo e com a população; fontes de recursos.

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

- 1 • Acompanhar o trabalho orientando nas formas de obtenção e registro dos dados.
- 2 • Apoiar o trabalho ajudando na organização das visitas e sistematização dos resultados.

Observação:

Esta atividade só deve ser aplicada quando os alunos são procedentes de outras localidades.

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO

“PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”

REGISTRO DE FATOS

NOME DO ALUNO:		ESCOLA/CENTRO FORMADOR:	
ÁREA III - PRIMEIRA UNIDADE		ESTADO:	
DATA	DESCRIÇÃO	ENTREVISTA	

TEXTOS DE APOIO À PRIMEIRA UNIDADE

Texto 1

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA 1 - SAÚDE COMO DIREITO

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é 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. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social,

emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- ➔ trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- ➔ alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- ➔ moradia higiênica e digna;
- ➔ educação e informação plenas;
- ➔ qualidade adequada do meio-ambiente;
- ➔ transporte seguro e acessível;
- ➔ repouso, lazer e segurança;
- ➔ participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- ➔ direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- ➔ acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a co-existência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais

existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

Este quadro decorre basicamente do seguinte:

- ➔ não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa;
- ➔ vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao assor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
- ➔ debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;
- ➔ modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;

- ➔ falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população;
- ➔ inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;
- ➔ controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;
- ➔ privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;
- ➔ interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;
- ➔ excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

- ➔ adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- ➔ definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- ➔ operação descentralizada de serviços de saúde;
- ➔ normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível:

- ➔ garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;
- ➔ assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve;
- ➔ suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da Nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa;
- ➔ Implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes;
- ➔ estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;
- ➔ fortalecer os estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária;
- ➔ estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, Estados e Municípios para o adequado financiamento das ações de saúde.
- ➔ É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser

deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- ➔ a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- ➔ a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- ➔ a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tema 1: Saúde como Direito. Brasília, 1986.

Texto 2

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUS NA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO

INTER-INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti ()*

Francisco C. Cardoso Campos ()*

Maria Cristina Fekete ()*

Com o objetivo de suscitar uma discussão sobre a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), enfocamos aspectos relativos a sua conceituação, a organização atual do sistema de saúde e algumas questões a serem abordadas no processo de sua implantação na perspectiva da integração inter-institucional.

1. Aspectos conceituais

A partir do texto da nova Constituição da República e do projeto da Lei Orgânica da Saúde, selecionamos algumas diretrizes com o objetivo de subsidiar uma discussão sobre a implantação do SUS:

1.1. A saúde como direito à cidadania

A nova Constituição assegura, no seu artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Depreende-se do texto constitucional que o direito à saúde configura-se como um direito de cidadania, rompendo-se com o status anterior de política social restritiva com frágeis garantias de atenção aos estratos sociais marginalizados do sistema econômico e do modelo de seguro social para as parcelas assalariadas, contrapon-

do benefícios previdenciários à prévia e compulsória contribuição.

A condição de plena cidadania só se dará se garantidas as formas de efetivo controle social sobre o Sistema Único, fragilmente inscrito na Constituição, pelo princípio da "participação da comunidade".

1.2. O que é SUS?

O artigo 198 da Constituição Federal define que **"ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único"** (grifo nosso). As diretrizes que orientam a organização do Sistema Único são:

- I – descentralização, com **direção única** em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (Artigo 198, Constituição Federal).

A constituição define as ações e serviços de saúde como "de relevância pública" (artigo 197) e não como concessão do poder público, e dá à iniciativa privada a possibilidade de se integrar ao SUS de forma complementar, porém submetida ao controle e fiscalização pelo poder público.

(*) Pesquisadores do NESCON/UFMG.

1.3. Da competência dos níveis

O projeto de Lei Orgânica da Saúde, em tramitação no Congresso Nacional, define as competências e atribuições dos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal).

"À **direção nacional** do SUS compete promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal" (Artigo 16, alínea XV, LOS).

"À **direção estadual** do SUS, compete:

- I – promover a descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde; (...)
- IX – identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir os sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional". (Artigo 17, alíneas 1 e IX, LOS).

"À **direção municipal** do SUS compete:

- I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual". (Artigo 18, incisos 1 e II, LOS).

Os ordenamentos legais indicam, portanto, no sentido da descentralização da rede de serviço para estados ("sistemas de alta complexidade, de referência estadual ou regional") e municípios (demais serviços) e "com direção única em cada nível".

2. O atual sistema de saúde

Os objetivos e diretrizes definidos pela nova Constituição, no que concerne ao Sistema Único de Saúde, ainda estão longe de serem concretizados e encontram na prática muitas dificuldades.

O atual sistema de saúde ainda se caracteriza por uma multiplicidade de órgãos e instituições públicas desintegradas e desarticuladas, que competem entre si, sobrepondo atividades, com alta ociosidade, baixa resolutividade, sem mecanismos eficazes de relacionamento com o setor privado, que por sua vez atua e se direciona pelas regras de mercado. A atual organização do sistema não guarda qualquer coerência com necessidades definidas pelo perfil epidemiológico e, em síntese, reflete a resultante da atuação dos diversos atores sociais que, ao longo do tempo, imprimiram as marcas de seus interesses.

Esta situação perdura apesar de grandes esforços de reformulação ocorridos nos últimos anos, como o amplo debate ocorrido no processo da 8 Conferência Nacional de Saúde, na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, principalmente, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou inicialmente uma proposta de descentralização do INAMPS, com transferência de parte de seus recursos, serviços, administração de convênios e contratos para os estados e alguns municípios, reforçando a ação das Secretarias Estaduais no comando e gerência dos sistemas estaduais de saúde.

Neste movimento, muitas prefeituras se mobilizaram no sentido da municipalização dos serviços de saúde, se habilitando como um terceiro pólo de poder na condução, decisão e negociação no sistema de saúde.

A coexistência de múltiplas esferas de governo e órgãos prestadores de serviços, portanto diferentes racionalidades e culturas institucionais, a organização de forças resistentes à integração (dentro e fora do governo) e as dificuldades técnicas e admi-

nistrativas que surgem no reordenamento do setor, levaram à construção de diferentes realidades de sistemas de saúde com a persistência de diferentes graus de desarticulação e desintegração.

Assim sendo, a questão que aqui se coloca é a seguinte: quais são os principais problemas e pontos de estrangulamento que deverão ser superados no sentido da implantação do Sistema Único de Saúde?

3. Algumas questões a serem aprofundadas no processo de implantação do SUS

Apesar do Governo Federal já contar com um respaldo jurídico-institucional para a implementação do SUS, deverá se aprofundar na definição de conceitos, diretrizes e estratégias de seu plano de ação, bem como na análise de inúmeras dificuldades, indefinições e resistências que deverão ser superadas para a viabilização do Sistema Único de Saúde.

Dentre estas questões, destacamos algumas:

3.1. O Conceito de "Sistema de Saúde"

O conceito de sistema de saúde, assumido na definição do SUS, pressupõe a existência e atuação integrada das distintas esferas de governo (federal, estadual e municipal), instituições e órgãos públicos subordinados a cada esfera de governo, a participação opcional mediante contratos ou convênios de prestadores privados, além da articulação do setor saúde com outras áreas governamentais.

Na prática, como vimos, isto não ocorre, gerando uma grande dificuldade para a operacionalização dos serviços de saúde. Há portanto que se definir:

- a) Quais os mecanismos de integração e de articulação interinstitucionais que permitiram a transformação do atual aglomerado caótico, anárquico e descoordenado de

prestadores de serviço em um SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE?

- b) Quais as instâncias e respectivas competências e abrangência do sistema?
- c) Quais prestadores compõem o sistema e de que forma?

3.2. A direção única do sistema

A "direção única em cada esfera de governo", diretriz do SUS definida na Constituição da República, requer uma melhor conceituação e tradução na prática de operacionalização do Sistema.

Assim sendo, há necessidade de uma maior reflexão sobre os vários aspectos e funções do comando do SUS como, por exemplo, os seguintes:

- a) Como a atuação do comando em cada esfera de governo deve ser hierarquizada, complementar, integrada e articulada, a "GESTÃO" dos sistemas nacional, estadual e municipal de saúde deve ser conduzida por instâncias colegiadas com representação de pelo menos cada uma destas esferas, além de representantes de usuários, trabalhadores, etc.. Isto se faz necessário na medida em que, no regime federativo da República, cada esfera de governo poderá representar realidades, propostas e diretrizes políticas distintas, sendo que em determinadas situações conjunturais, até mesmo oposição política, exigindo assim a existência de um fórum de negociação, articulação, compatibilização e decisão, no que se refere às políticas e planos de saúde em cada esfera de governo.
- b) A implementação das decisões tomadas de forma colegiada nestas instâncias de GESTÃO, devem ser coordenadas por uma "DIREÇÃO ÚNICA" em cada esfera de gover-

no, respeitando sua abrangência, responsabilidades e competências. Assim, a DIREÇÃO ÚNICA a nível federal deverá ser exercida pelo Ministério da Saúde, a nível estadual pela Secretaria Estadual de Saúde, e a nível municipal pela Secretaria Municipal de Saúde.

- c) Cada nível do Sistema, além de estar subordinado a uma instância colegiada de GESTÃO e a uma DIREÇÃO ÚNICA, será composto por diversas instituições que por sua vez definirão seus níveis e mecanismos de "GERÊNCIA" e as respectivas vinculações administrativas e funcionais.

Assim, num sistema estadual, por exemplo, as indefinições quanto à vinculação e subordinação técnica e administrativa de unidades de órgãos federais tem gerado muitas dificuldades na implementação do SUS. Algumas unidades (PAM's, Hospitais) que compõem o Sistema Estadual continuam gerencialmente subordinadas ao nível federal, e atuando autonomamente em relação à "DIREÇÃO ÚNICA" estadual. Em outros casos, unidades foram formalmente transferidas para os estados, porém sem os meios administrativos para sua operação. O mesmo acontece em nível municipal com unidades estaduais e federais.

A falta de uma definição precisa das competências e responsabilidades quanto à GESTÃO, DIREÇÃO e GERÊNCIA do sistema, bem como à vinculação e subordinação administrativa e funcional de cada instituição ou órgão, tem gerado duplicidade de comando, superposição de atuação e descoordenação operacional em cada nível do SUS. Esta é uma questão crítica a ser equacionada na implantação do SUS.

3.3. A relação setor público-privado

O arcabouço jurídico-institucional que vem se consolidando, a partir da promulgação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, define uma estrutura organi-

zacional que possibilita diferentes formas de relação entre o setor público e o privado, como por exemplo:

- a) Não define qual grau de participação dos setores público e privado na prestação da assistência abrindo múltiplas possibilidades nas diferentes realidades regionais e locais. Até onde vai a complementariedade do setor privado?
- b) Não define limites de tempo para que o setor público se estruture com vistas a garantir a sua plena suficiência.

3.4. A questão da descentralização

O princípio da DESCENTRALIZAÇÃO do SUS, inscrito no Art. 198 da Constituição, não garante necessariamente um correspondente processo de democratização do sistema, nem tão pouco uma maior efficientização, como à primeira vista pode parecer. A adoção distorcida do conceito de descentralização tem servido, freqüentemente, para encobrir um processo de desconcentração de encargos, pulverização de iniciativas e uma centralização das decisões mais importantes. Assim, vimos no SUDS que apesar de sua proposta inovadora, houve até agora uma transferência de serviços e encargos para estados e municípios e uma centralização, a nível federal, das decisões sobre o financiamento do setor. Da mesma forma, a nível dos estados, uma visão deformada de "descentralização" e de "direção única" levou a uma desordenada desconcentração de responsabilidades, associada a uma concentração de poder do Secretário Estadual de Saúde, ao que se refere a decisões que deveriam ser compartilhadas com as esferas federal e municipal, bem como outros segmentos da sociedade. Por outro lado, o nível municipal se vê sufocado com a boa vontade das demais esferas em lhe transferir serviços e encargos, sem a respectiva descentralização de recursos (principalmente financeiros e humanos) e sem seu efetivo acesso às instâncias de decisão sobre questões fundamentais para a implantação do SUS.

3.5. A questão gerencial

Os mecanismos gerenciais de um sistema de saúde numa perspectiva de integração entre setores governamentais, esferas de governo, instituições, órgãos e prestadores públicos e privados tem que ser objeto de uma profunda reformulação.

Um sistema integrado de saúde, com as características e peculiaridades do SUS, não pode sobreviver a expedientes, procedimentos e normas tão inadequadas às suas exigências, quanto as que, atualmente, vigoram na administração pública federal, estadual e municipal.

Assim, como gerenciar um sistema integrado de saúde quando:

- a) os recursos humanos, que compõem os serviços, são freqüentemente convocados a se reapresentar a seus órgãos de origem, desrespeitando e dificultando sucessivamente o esforço de composição de equipes adequadas?
- b) as equipes de funcionários oriundos de diversas instituições convivem num mesmo serviço com regimes de trabalho e níveis salariais tão discrepantes?
- c) cada instituição mantém seus próprios sistemas de planejamento, normatização, administração, supervisão, como se o sistema de saúde se esgotasse nos limites da própria instituição?
- d) a captação de recursos financeiros é problema de cada instituição e não do sistema como um todo, no sentido de torná-lo viável e exequível?
- e) o financiamento não tem qualquer correspondência com o planejamento e são produto apenas de uma lógica política?
- f) não há, por parte das instâncias gestoras, mecanismos adequados de acompanhamento, avaliação e controle dos serviços prestados, principalmente pelo setor privado?
- g) ao invés de integração, observamos uma competição e duplicação de rede física e serviços entre os diversos prestadores?
- h) não há um esforço coordenado no sentido de construir mecanismos gerenciais interinstitucionais que viabilizem um sistema tão complexo como o SUS?

3.6. A necessidade de um modelo assistencial

O Sistema Único de Saúde precisa, enfim, do delineamento de um Modelo Assistencial, que oriente sua organização em cada instância e realidade, conferindo-lhe integridade. No que se refere à organização dos Sistemas Locais de Saúde, algumas questões merecem ser analisadas.

A reorganização dos serviços de saúde na ponta do sistema deve contemplar os princípios operativos fundamentais ao processo de organização dos Distritos Sanitários.

Importante considerar que a organização dos Distritos Sanitários não pode se dar sob uma perspectiva técnica de rearranjo físico-funcional, já que seu objetivo é a construção no concreto de um serviço de saúde eficiente, eficaz, tendente à igualdade e democrático.

Assim sendo, alguns princípios organizativos devem ser colocados para que os serviços adquiram, ao nível local, uma nova configuração:

- a) Os serviços devem ser orientados para a solução dos problemas e devem causar impacto, entendido enquanto mudança quantitativa e qualitativa nos níveis e indicadores de saúde.

- b)** Para medir impacto e trabalhar sobre problemas é preciso delimitar a base territorial. Trata-se de definir, num determinado espaço geográfico, qual a população, suas características e seus problemas de saúde.
- c)** O espaço geográfico é, além da área física a ser delimitada, o local de troca entre os homens e entre esses e a natureza. Os serviços de saúde, localizados num determinado espaço - população, são todos os recursos de saúde existentes, bem como suas formas de atuação.
- d)** Delimitada a base territorial é necessário que se proceda à sua divisão em setores (setorização) para que seja possível realizar a adscrição da clientela.
- e)** A modalidade operativa de adscrição da clientela (a unidade, a equipe, etc.) dependerá das características específicas da situação local.
- f)** O acesso ao serviço deve ser universal e equânime, o que implica na existência de uma rede hierarquizada e regionalizada de unidades de saúde, situada nas proximidades dos locais de trabalho ou de residências.
- g)** Os princípios de referência e contra-referência precisam ser claramente definidos e normatizados de tal forma que possibilite o fluxo dos usuários no interior dos diferentes níveis do sistema de saúde.
- h)** A definição da oferta de serviços deve se dar na perspectiva do processo democrático, onde o efeito controle popular seja comitante a um amplo processo de conscientização e informação sobre os problemas de saúde da população bem como seus condicionantes e determinantes.

BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Currículo Integrado para Formação do Visitador Sanitário, Área III. Brasília, 1985. (mimeo.)

Texto 3

PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Cláudia M. Silva (*)

Programação significa estabelecer o conjunto de ações, atividades e tarefas que serão executadas de acordo com os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários para se cumprir os objetivos desejados. A programação em saúde é uma atividade institucional e sua elaboração deve ser feita a partir da **identificação, priorização e análise dos problemas**, buscando alternativas para transformar as decisões em ações efetivas. Está diretamente relacionada com a organização dos serviços, devendo elaborar propostas e estratégias que possibilitem enfrentar e equacionar os problemas de saúde da população.

As duas principais funções da programação são, portanto, a **organizativa** e a **gerencial**: a programação local deve orientar a execução e a gerência dos serviços, detalhando os problemas, as prioridades, as estratégias de ação, as atividades, metas, recursos e procedimentos técnico-administrativos.

A elaboração de um programa local de saúde deve se dar a partir de três fases:

- ➔ análise da situação;
- ➔ definição de prioridades, objetivos e estratégias;
- ➔ avaliação e acompanhamento.

A - Análise da situação

Tem como objetivo entender **como** e **de que** adoece e morre um determinado grupo populacional. Isso implica num conhecimento detalhado da realidade local: os problemas de saúde da população, a situação sanitária do ambiente em que vive, os serviços de saúde que utiliza, os fatores que condicionam e determinam seu estado de saúde. Estes dados podem ser obtidos de várias formas, como por exemplo: entrevistas com os usuários e trabalhadores do setor, pesquisas junto à população, análises técnicas do local (verificação da rede de esgoto, feita por profissionais da área, por exemplo), consulta ao banco de dados, etc..

A análise da situação permite formular propostas de reorientação das práticas de saúde e detectar os limites e possibilidades de intervenção do setor para o enfrentamento dos problemas de saúde observados.

B - Definição de prioridades, objetivos e estratégias

A identificação e hierarquização dos principais problemas de saúde configura-se num quadro que é chamado **situação-inicial**, que se quer avançar para uma **situação-objetivo**. Por exemplo, se uma doença qualquer é o principal problema detectado, a situação-objetivo será a erradicação ou o controle desta doença. As prioridades e os objetivos devem ser definidos caracterizando-se com precisão as situações-objetivos que se pretende alcançar ao longo do tempo. Neste momento, as estratégias de ação devem ser elaboradas para que se resolvam os problemas priorizados.

(*) Cirurgiã - Dentista - Ministério da Saúde, SMS/ BH, SES/MG.

É preciso, então, indicar e quantificar as **metas** a serem atingidas num determinado período de tempo.

O exemplo abaixo facilita o entendimento deste momento do processo de programação:

- ➔ **problema priorizado** - aumento da incidência de sarampo em menores de 5 anos;
- ➔ **situação-objetivo** - reduzir a incidência de sarampo;
- ➔ **proposta** - implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança com ênfase no controle do sarampo.

Para que a situação-objetivo seja alcançada, as ações devem ser planejadas de acordo com os fatores detectados como causas do problema.

No exemplo citado, pode-se supor que estas seriam algumas das possíveis ações e atividades que poderiam ser necessárias para resolver o problema:

- ➔ redimensionar a capacidade física das unidades para facilitar o desenvolvimento do programa;
- ➔ suprir a unidade com os recursos materiais necessários: vacinas, equipamentos, material de consumo, etc.;
- ➔ reorganizar as rotinas de trabalho;
- ➔ garantir referência para o hospital dos casos que necessitem internação;
- ➔ desenvolver ações de educação para a saúde.

Estas ações e atividades devem ser detalhadas e desdobradas em metas quantificadas:

- ➔ aumentar a cobertura de vacinas para 80% em um ano;

- ➔ realizar 3 cursos sobre controle de doenças transmissíveis na infância, em 1 ano.

Em cada unidade as tarefas e os recursos necessários ao cumprimento das metas devem ser discutidos e calculados:

- ➔ n° de doses de vacinas;
- ➔ n° de visitas domiciliares;
- ➔ n° de consultas médicas, etc..

C - Avaliação e acompanhamento

A avaliação tem como objetivo identificar em que medida as metas estão sendo alcançadas, a que custo e quais as dificuldades existentes, indicando novas ações mais eficazes. A avaliação revelará se as atividades desenvolvidas são adequadas e compatíveis com a realidade local e qual seu impacto sobre o nível de saúde da população.

A avaliação deve ser ágil e eficaz e por isso é necessário que o sistema de informação seja apto a coletar, processar e distribuir informações de apoio à programação.

BIBLIOGRAFIA

1. FEKETE, Maria Christina. **Programação Local em Saúde**. In: Currículo Integrado para Formação do Visitador Sanitário, Área III. Brasília, 1985. (mimeo.)

SEGUNDA UNIDADE

SEGUNDA UNIDADE

PROPÓSITO

Analisar como os Serviços Locais de Saúde estão organizados, em função dos problemas de saúde e das características sócio-culturais da população adscrita. Analisar também a coletivização do trabalho em saúde com diferentes especificidades, destacando o papel da supervisão como mecanismo de coordenação do processo de trabalho e controle de qualidade da assistência.

OBJETIVOS

- 1** – Discutir o conceito de serviço como base de compreensão das finalidades do serviço de saúde.
- 2** – Refletir sobre a lógica em que os serviços de saúde estão organizados e operam.
- 3** – Identificar como o trabalho está organizado em um dado serviço e analisar as implicações desta forma de organização.
- 4** – Identificar a supervisão como instrumento de coordenação do processo de trabalho coletivo, de identificação de necessidades, de capacitação de pessoal e de controle de qualidade da assistência.
- 5** – Identificar de que maneira a demanda espontânea é atendida e as conseqüências para a clientela.
- 6** – Analisar como está sendo feito o seguimento dos casos e discutir as possibilidades de organizar o atendimento em função das necessidades da clientela.

SEGUNDA UNIDADE

CONCENTRAÇÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR
<p style="text-align: center;">I</p> <p>1 • Discutir a seguinte questão:</p> <p>⇒ Por que as pessoas procuram os serviços de saúde?</p> <p>2 • Com base na discussão anterior, conclui-se:</p> <p>"Serviço é o que serve, ou seja, que é útil para satisfazer a uma necessidade".</p> <p>Analisar e discutir:</p> <p>A forma como sua unidade presta serviço, satisfaz as necessidades de atendimento da população que a procura?</p> <p>3 • Observar o trabalho na unidade de saúde e analisar o atendimento nos seguintes aspectos:</p> <p>a) Toda a clientela que procura a unidade é atendida?</p> <p>b) Seus problemas são resolvidos ou devidamente encaminhados?</p> <p>c) Como é feita a marcação de consultas e com que intervalo?</p> <p>d) Os horários de funcionamento são compatíveis com os interesses da população?</p>	<p style="text-align: center;">I</p> <p>1 • Apoiar a discussão para que o grupo compreenda a questão da utilidade dos serviços para a satisfação de necessidades. Comparar com outros tipos de serviços (escola, transporte, etc.).</p> <p>2 • Estimular a reflexão sobre a forma de prestação de serviço oferecida pelas unidades de saúde e a possibilidade de satisfação das necessidades de atendimento demandadas pela população, confrontando as condições de atendimento com o conceito de ser-viço.</p> <p>3 • Dividir em pequenos grupos. Fazer observação em diferentes setores ou em diferentes serviços da unidade. Orientar o registro das observações, seguindo um roteiro pré-estabelecido.</p>

- 4 • Apresentar os resultados das observações feitas, comparar com as discussões da atividade 2 e discutir:
 - ➔ O que determina a forma de organização da unidade?
 - ➔ Que conseqüências isto pode trazer para a população?

 - 5 • Discutir formas de superação dos problemas levantados, destacando questões relativas a:
 - ➔ atendimento da demanda espontânea;
 - ➔ acompanhamento da clientela;
 - ➔ articulação entre as áreas profissionais;
 - ➔ sistema de referência.

 - 6 • Sistematizar as discussões das atividades anteriores.

 - 7 • A superação dos problemas de atendimento, com base na demanda, é suficiente para produzir impacto sobre os níveis de saúde da população?
- 4 • Apoiar a discussão de modo que o grupo identifique a lógica em que estão organizados os serviços de saúde (curativa, individual, assistencialista, retorno econômico ou retorno social?), destacando as possíveis conseqüências para a população. Comparar esta situação com o conceito de serviço e os princípios que orientam o SUS discutidos na Unidade I.

 - 5 • Estimular a discussão levando o grupo a compreender os problemas de atendimento dos serviços de saúde e a contribuição da odontologia para minimizar esses problemas. Destacar a necessidade de entrosamento da equipe de saúde para o equacionamento das dificuldades relativas ao atendimento.

 - 6 • Apoiar a sistematização destacando as formas de prestação de serviço oferecida pelas unidades de saúde e as possibilidades de superação dos problemas de atendimento.

 - 7 • Conduzir a discussão de forma que os alunos identifiquem a necessidade de definição de uma base territorial para a unidade; conceituar população adscrita e sua distribuição espacial; o perfil epidemiológico dessa população e agrupamentos sociais de risco, como forma de identificar o objeto de trabalho da unidade. Ajudar o grupo a construir o conceito de cobertura e seu significado para o impacto das ações.

- 8** • Por que a unidade de saúde precisa trabalhar com uma população adscrita?
- 9** • Refletir sobre a importância e a utilidade das normas para a organização dos serviços de saúde.
- 10** • Sistematizar as discussões das atividades 7, 8 e 9.
- 8** • Estimular a discussão, levando o grupo a identificar a necessidade de ter uma população adscrita para: definição de perfil epidemiológico, identificação dos grupos de risco, definição das ações a serem realizadas sobre o meio ambiente (saneamento, água fluoretada, vigilância sanitária), bem como base de cálculo de cobertura dessas ações, possibilitando avaliar o impacto das mesmas sobre os níveis de saúde da população.
- 9** • Estimular a discussão de modo que os alunos conceituem normas (aplicação do conhecimento científico) estabelecendo a diferença entre normas e rotinas; quem elabora as normas; qual a participação da unidade local; sua importância para a organização dos serviços de um coletivo de trabalhadores e assegurar um padrão de assistência de melhor qualidade.
- 10** • Apoiar a sistematização enfatizando os conceitos de base territorial, população adscrita, cobertura e sua aplicação na organização do serviço. Destacar ainda a utilização das normas para garantir a qualidade de prestação de serviços.

- 11** • Observar na unidade de saúde como está distribuído o espaço físico em relação às atividades a que está destinado.

- 11** • Distribuir os alunos na unidade, orientando a observação quanto à adequação dos ambientes (conforto do paciente e condições de trabalho do servidor, incluindo medidas de biosegurança) em relação às atividades previstas na programação. Destacar:

- recepção e arquivo;
- almoxarifado (material e medicamentos);
- consultórios (médico, de enfermagem, de odontologia e outros);
- sala de vacinação, injeções e curativos;
- local para expurgo e esterilização;
- laboratório e/ou posto de coleta; oficina de saneamento;
- administração;
- espaço para reuniões com a comunidade;
- condições de saneamento (instalações sanitárias, limpeza, destino do lixo e bebedouros);
- outros.

- 12** • Discutir em plenária as observações feitas.

- 12** • Ajudar o grupo a sistematizar as observações feitas, destacando as funções dos vários setores da unidade e sua relação com a programação estabelecida. Estimular a reflexão sobre as condições físicas da unidade e sua adequação às atividades que devem ser desenvolvidas, destacando o conforto da clientela, condições de trabalho do servidor e as medidas de biosegurança.

- 13** • D. Maria José chegou à unidade de saúde com 3 crianças de 1 a 8 anos, solicitando atendimento. Ao ser atendida no arquivo, a atendente exigiu as certidões de nascimento e a mãe informou que nenhuma das crianças era registrada e que ela não tinha muita certeza das datas de nascimento dos filhos. Não sabia informar também o endereço correto de sua residência. A atendente, então, calculou a idade das crianças pelo aspecto físico e pela cronologia de erupção dos dentes e deixou o endereço em branco.

Analisar e discutir as seguintes questões:

- ➔ Qual a importância de obter dados fidedignos para o trabalho de saúde?
- ➔ Qual a importância do arquivo na organização do serviço da unidade?

- 14** • Supervisionando uma unidade a enfermeira observou a seguinte situação:

O médico atendendo a uma consulta ginecológica nas condições que se seguem:

- ➔ os dados de anamnese tomados com a paciente em pé (não havia cadeira);
- ➔ o consultório não tinha portas. As pessoas da sala de espera ouviam toda a conversa;
- ➔ não havia pia para a lavagem das mãos;
- ➔ o lençol da mesa de exames estava visivelmente sujo.

Discutir:

- ➔ Que problemas são identificados nesta situação e quais as possíveis conseqüências?

- 13** • Ajudar o grupo a refletir sobre a importância de dados fidedignos para o trabalho desenvolvido com a clientela (no caso, as questões de idade para o atendimento à criança, dose de medicamentos e avaliação do crescimento e desenvolvimento) e o endereço para a vigilância epidemiológica. Discutir as formas de superar dificuldades como as deste caso. Ressaltar ainda a importância do funcionamento do arquivo e dos dados aí coletados para a organização dos serviços da unidade. Destacar a dificuldade na coleta de dados pelo choque de valores culturais entre os funcionários e a clientela.

- 14** • Ajudar o grupo a identificar e classificar os problemas em relação ao conforto da paciente, às condições de trabalho do servidor, aos riscos a que estão expostos a cliente e o servidor. Refletir sobre os problemas identificados e sobre a necessidade de organização do espaço físico, para a superação dos mesmos, visando a qualidade da assistência.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

II

- 1 • A partir da experiência própria, de pesquisas ou de uma visita a uma fábrica, discutir sobre:
 - ➔ Quais são os elementos do processo de trabalho de uma fábrica de sapatos, indicando seu produto final.
 - ➔ Quais são os elementos do processo de trabalho de uma unidade de saúde, indicando o produto final.

Discutir:

 - ➔ Como se dá o consumo dos produtos destes processos de trabalho?
- 2 • Discutir a seguinte questão:
 - ➔ Quais as características do processo de trabalho em saúde?

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

II

- 1 • Apoiar o grupo a destacar os elementos que constituem o processo de trabalho (força de trabalho e meios de trabalho) utilizando para análise o processo de trabalho na fábrica de sapatos e no serviço de saúde. Ajudar a estabelecer a diferença entre os produtos desses processos de trabalho (o sapato - concreto e a prestação de serviço - abstrata). Ajudar ainda na compreensão de que quando consome (compra e usa) o sapato, está consumindo de forma in-direta o trabalho do operário; quando procura-se o serviço de saúde consome-se o trabalho dos profissionais no momento em que o serviço é prestado.
- 2 • Ajudar o grupo a identificar as características do processo de trabalho da saúde - trabalho coletivo, divisão técnica do trabalho, diferentes especificidades, diferentes naturezas das atividades (atividades meio, atividades fim). Destacar os elementos que compõem o processo de trabalho: força de trabalho e meios de trabalho (instrumentos, tecnologia, espaço físico).

- 3 • Discutir as seguintes questões:
- ➔ Como está organizado o trabalho na odontologia?
 - ➔ Que categoria de trabalhadores participam deste trabalho?
 - ➔ Como explicar a existência de diferentes categorias na assistência de odontologia?

- 4 • Sistematizar as discussões dos itens anteriores.

- 5 • Analisar os seguintes processos de trabalho:

- ➔ o dentista particular no seu consultório atendendo a sua clientela;
- ➔ uma unidade de saúde com sua equipe multiprofissional atendendo a clientela que a procura.

Discutir:

- ➔ Em que esses processos são diferentes?
- ➔ Em qual dos dois a supervisão é necessária? Por quê?

- 3 • Ajudar o grupo a analisar a organização do processo de trabalho na odontologia, destacando a divisão técnica deste trabalho (divisão vertical: CD, THD, TPD, ACD, APD) como parte da divisão técnica de trabalho em saúde (divisão horizontal: médico, odontólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, etc.). Destacar como o fracionamento do trabalho de odontologia pode dificultar a compreensão, pelos trabalhadores, da globalidade da assistência, discutindo as formas de superação deste problema. Apoiar a identificação das diferentes categorias que executam o trabalho de odontologia, estimulando a reflexão sobre os possíveis determinantes desta divisão de trabalho. Analisar ainda a importância do processo de profissionalização do pessoal não qualificado.

- 4 • Apoiar a sistematização, destacando as características do processo de trabalho em saúde e do processo de trabalho em odontologia.

- 5 • Ajudar o grupo a estabelecer as diferenças entre o trabalho autônomo e o trabalho institucional.

- ➔ Identificar a supervisão como uma função necessária para controle e coordenação do processo de trabalho nas instituições.

- 6 • Discutir as seguintes questões:
 - ➔ Qual o profissional responsável pela supervisão do seu trabalho?
 - ➔ Descrever e analisar como se dá o processo de supervisão em sua unidade.

 - 7 • Sistematizar as discussões dos itens 5 e 6.

 - 8 • Leitura e discussão do texto "Supervisão".
- 6 • Estimular a discussão de modo que o grupo identifique o profissional responsável pela supervisão em odontologia. Destacar as questões relativas às especificidades da supervisão em função das especificidades dos trabalhos. Analisar o processo de supervisão que vem sendo desenvolvido nos serviços. Levar os alunos a distinguir a natureza das diferentes atividades desenvolvidas pela supervisão (coordenação, controle, avaliação, ação pedagógica), identificando-a como uma ação cujo objetivo é contribuir para dar qualidade à assistência.

 - 7 • Ajudar o grupo na sistematização, destacando a importância de supervisão, identificando a natureza das ações nela contidas.

 - 8 • Utilizar o Texto 4 da Área III.

SEGUNDA UNIDADE

DISPERSÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

- 1 • Observar na unidade de saúde como está distribuído o espaço físico em relação às atividades a que está destinado, incluindo medidas de biosegurança.

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

- 1 • Orientar os alunos na observação quanto à adequação dos ambientes (conforto do paciente, condições de trabalho dos profissionais) em relação às atividades que desenvolvem.

Observação:

Esta atividade só deve ser aplicada quando os alunos são procedentes de outras localidades.

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO

“PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”

REGISTRO DE FATOS

NOME DO ALUNO:		ESCOLA/CENTRO FORMADOR:	
ÁREA III - SEGUNDA UNIDADE		ESTADO:	
DATA	DESCRIÇÃO	ENTREVISTA	

TEXTO DE APOIO À SEGUNDA UNIDADE

Texto 4

SUPERVISÃO

Thereza Christina V Vieira

Considerações gerais

O processo de trabalho em saúde apresenta características peculiares, das quais podemos destacar: a divisão do trabalho entre várias categorias profissionais, divisão esta que se dá de forma horizontal, entre categorias que desenvolvem atividades com especificidades diferenciadas (por exemplo: médicos, enfermeiros, nutricionistas, etc.) e vertical, entre categorias que desenvolvem atividades de mesma especificidade com níveis de complexidade diferenciados (por exemplo: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, visitador sanitário) e a coletivização do trabalho. Tais peculiaridades apontam para a necessidade da função de supervisão.

Podemos dizer que a supervisão surge a partir do momento em que o trabalho em saúde passa a ser produzido pela associação de diversas categorias profissionais com diferentes níveis de qualificação, podendo atuar com função de gerência ou de execução. Nesse sentido a supervisão desempenha papel de ligação entre as funções de direção e as funções de execução. A supervisão visa assegurar que os objetivos da instituição sejam alcançados, no transcurso das atividades a que essa instituição se destina; no nosso caso, prestação de serviços de saúde. Fazendo um outro recorte, trataremos das instituições públicas prestadoras de serviços de saúde.

De pronto, é importante indagar o objetivo das instituições públicas de saúde. A resposta a esta indagação é o óbvio que necessita ser destacado: os prestadores de serviço da rede pública deveriam ter objetivos de cunho social, qual seja de atender as necessidades de saúde da população de forma igualitária e resolutiva. Tal objetivo

deve ser o pano de fundo que orienta a atividade de supervisão.

De maneira geral, a supervisão é o acompanhamento e orientação do trabalho, realizada por um profissional que tenha ascendência técnica e administrativa sobre os supervisionados, representando uma instância intermediária de direção. Estão embutidos nesta prática os atos de conferir (verificar se as ações estão de acordo com as normas técnicas), retificar (corrigir os procedimentos para compatibilizá-los com as normas) e informar (tanto aos supervisionados sobre mudanças técnicas e administrativas, como à direção, sobre os procedimentos executados e eventuais problemas).

Discutiremos, ainda, o direcionamento político inerente à prática da supervisão, que pode assumir diferentes matizes, explicitados pela atitude do supervisor.

Tomando como base de análise as práticas de supervisão usualmente utilizadas, observamos que estas tanto podem assumir posturas meramente burocráticas (limitando-se a preenchimento de formulários e relatórios), mecanicistas, pouco críticas e pouco criativas, como também assumir posturas fiscalizadoras e coercitivas, impondo o cumprimento das normas sem a necessária discussão e análise. Estas práticas vêm conferindo à supervisão uma atitude de rejeição e desconfiança por parte dos supervisionados, que assim vêm perdendo a compreensão de seu verdadeiro sentido e de sua importância.

Resta-nos, então, buscar que esta prática (ao invés de assumir as posturas acima referidas) assumam uma postura persuasiva e crítica, em direção a uma supervisão participativa, onde o supervisionado esteja envolvido no processo, compromete

tendo-se com os objetivos institucionais, qual seja, atender as necessidades de saúde da população dentro dos limites do serviço.

Portanto, o direcionamento político da supervisão está estreitamente ligado à qualidade de sua prática, qualidade esta determinada pelo grau de participação e traduzida pela valorização dos procedimentos e compreensão de sua relação com a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Questões relevantes para a organização do processo de supervisão

A função de supervisão contém componentes técnicos, administrativos e educativos. Abordaremos cada um deles, no intuito de melhor compreendê-los, em busca de alternativas para a sua operacionalização.

Na tentativa de trazer esta discussão para a nossa prática diária, tomaremos como modelo a supervisão na enfermagem (abstraindo qualquer intenção de avaliação) com o fim de extrair as funções acima descritas.

Consideremos como exemplo a situação a seguir:

- ➔ A supervisora de enfermagem, ao observar o trabalho de imunização, verificou que uma das vacinadoras aplicava vacina anti-sarampo por via intramuscular. Estamos diante de um problema de desempenho do profissional que ministrava a vacina.

Algumas questões devem ser levantadas: é importante que esta supervisora conheça as técnicas de imunização? É importante que esta supervisora conheça o trabalho da enfermagem e, portanto, seja um profissional da área?

Podemos afirmar que, para detectar um problema de desempenho na prática de

um profissional, é necessário dominar o conhecimento que sustenta esta prática e a habilidade de desenvolvê-la. Para isso é necessário que o profissional esteja habilitado para este desempenho. Portanto, não poderia um sociólogo, por exemplo, ser supervisor na área de enfermagem por faltar-lhe o conhecimento técnico que sustenta a prática em questão. Estamos, então, diante do aspecto técnico inerente à prática da supervisão; concluímos, também, que o supervisor necessita de conhecimento específico maior ou igual aos de seus super-visionados.

Continuando a analisar este mesmo caso, o papel do supervisor não se restringe apenas a detectar problemas; faz-se necessária uma intervenção, pois o desempenho em questão compromete a qualidade da assistência prestada. Tal intervenção tem como objetivo, portanto, retificar o desempenho, o que nos orienta para outro componente da supervisão: o de natureza pedagógica que aproxima a supervisão da área de desenvolvimento de recursos humanos, tanto para atuar em programas de treinamento e educação continuada como na formação de pessoal de nível médio.

A função educativa da supervisão é orientada pela concepção pedagógica do supervisor; esta, por sua vez, calcada na sua visão de mundo, de homem e de sociedade. Se desejamos profissionais com postura crítica, reflexivos, criativos e autônomos, com possibilidade de transformação da realidade, devemos buscar alternativas pedagógicas para o alcance destes objetivos. Sem esquecer que o conhecimento é instrumento de poder, e que sua disseminação concorre para a descentralização do poder.

O componente administrativo da supervisão talvez seja o mais usualmente destacado, podendo ser exemplificado por atividades como: adequação do número de pessoal às atividades; identificação da necessidade de material para a realização do trabalho; estabelecimento de rotinas; organização do espaço físico, dentre outras.

Os componentes da supervisão aqui enfocados (técnico, administrativo e educativo) estão integrados na prática; foram abordados separadamente apenas como recurso didático para sua análise e melhor compreensão.

O Sistema Único de Saúde, que ora se estrutura, poderá comportar a supervisão em diferentes níveis. Portanto, é possível termos supervisão a nível federal, estadual e local. A federal acompanhará o desenvolvimento das estaduais e estas as de nível local, de acordo com a configuração do sistema. A de nível local deverá ser dirigida principalmente aos aspectos da assistência prestada, podendo abranger tanto o sistema local como as unidades prestadoras de serviço, englobando todos os aspectos da organização do trabalho.

Cabe, ainda, ressaltar que o processo de supervisão deve ser planejado e sistematizado e que a elaboração de instrumentos específicos para cada área facilita tanto o trabalho do supervisor como o dos supervisionados. Citamos como exemplo para possível adaptação, as fichas de avaliação de desempenho utilizada neste currículo, como alternativa para orientar o trabalho de supervisão na área de enfermagem da rede básica. Evidentemente, outros instrumentos devem ser desenvolvidos, discutidos e testados na prática, para o avanço da atividade.

Finalmente, destacamos a importância da qualificação do pessoal auxiliar do setor, que acarretará maior autonomia do grupo simplificando e facilitando o trabalho do supervisor, que trará como consequência prestação de serviços de melhor qualidade à população.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação, Supervisão em Serviços Básicos de Saúde. Brasília, 1982.
2. NOGUEIRA, Roberto Passos. Supervisão. OPS/OMS, 1970. (mimeo)

TERCEIRA UNIDADE

TERCEIRA UNIDADE

PROPÓSITO

Pretende-se que os alunos identifiquem o conjunto de ações que caracterizam o Serviço de Odontologia desenvolvido na unidade de saúde, com base na análise do conceito de "Assistência Odontológica". Pretende-se ainda, que sejam capazes de programar estas ações, que integram a programação global da unidade e organizar o trabalho, incluindo a previsão de material, a adequação do espaço físico e a distribuição do seu tempo. Discutir, também, formas de avaliação do trabalho realizado, do ponto de vista quantitativo e qualitativo.

OBJETIVOS

- 1** – Distinguir a natureza das diferentes ações que constituem o serviço de odontologia.
- 2** – Realizar a programação do trabalho de odontologia que integra a programação global da unidade.
- 3** – Fazer previsão de material e de outras condições necessárias à realização do trabalho.
- 4** – Valorizar a avaliação como um dos meios de promover a qualidade da assistência.
- 5** – Distinguir os tipos de avaliação, suas metodologias e aplicações.
- 6** – Valorizar a supervisão como recurso de apoio ao processo de avaliação qualitativa da assistência.
- 7** – Analisar a importância dos registros e relatórios como instrumentos de acompanhamento e avaliação.

TERCEIRA UNIDADE

CONCENTRAÇÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR
1 • Listar as atividades de odontologia desenvolvidas na sua unidade.	1 • Orientar a atividade registrando em papel, para utilização posterior.
2 • Identificar a natureza das diferentes atividades e classificá-las.	2 • Ajudar o grupo a identificar a natureza das atividades de odontologia (assistencial, administrativa e pedagógica).
3 • Retomar a discussão da Segunda Unidade, seqüência li, atividade 3 desta área e classificar as atividades, segundo as categorias profissionais que as realizam.	3 • Estimular o grupo a identificar as categorias profissionais que realizam as diferentes atividades. Ajudar o grupo a refletir sobre a divisão do trabalho na odontologia e as conseqüências para a qualidade da assistência.
4 • Discutir a seguinte questão: ➔ O que é assistência odontológica?	4 • Apoiar o grupo a construir o conceito de assistência de odontologia com base nas discussões anteriores. Enfatizar que a assistência odontológica é parte da assistência à saúde, realizada por diferentes categorias profissionais que desenvolvem ações de natureza assistencial, administrativa e pedagógica. Acrescentar informações sobre modelos de assistência em odontologia.
5 • Sistematizar as discussões anteriores.	5 • Apoiar a sistematização fixando o conceito de assistência odontológica.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

II

- 1 • Listar as atividades programadas na unidade saúde para o ano. Analisar a participação da equipe odontológica nesta programação.

- 2 • Discutir a seguinte questão:
 - ➔ Que dados são necessários para a programação de odontologia?

- 3 • Sistematizar as discussões das atividades anteriores.

- 4 • Realizar exercício de programação na seguinte situação:

Ações de odontologia do programa de assistência a 1.000 crianças regularmente matriculadas numa escola de ensino público. A meta a ser alcançada é de 100% de cobertura para estas crianças, em um ano.

- 5 • Apresentação e discussão da atividade anterior.

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

II

- 1 • Discutir como as atividades de odontologia estão contempladas na programação da unidade.

- 2 • Ajudar os alunos a identificar os dados necessários tais como: população alvo, área de abrangência, índices que servem de base para a programação (CPOD, CPOS, ceo, índices periodontais, etc.), cobertura proposta, normas relativas à composição da assistência, etc..

- 3 • Apoiar a sistematização enfatizando a importância da programação das ações de odontologia e os dados necessários a sua elaboração.

- 4 • Dividir em pequenos grupos, e acompanhar a atividade. Ressaltar a importância da definição de:
 - ➔ modelo de atenção;
 - ➔ reconhecimento da população alvo (perfil sócio-econômico, levantamento epidemiológico, exame clínico);
 - ➔ divisão do trabalho.

- 5 • Acompanhar a apresentação, esclarecer dúvidas e registrar as respostas.

- 6 • Na Escola Estadual Manuel Fulgêncio, com 500 crianças matriculadas, foi implementada uma proposta de atenção odontológica, operada por uma equipe composta por 3 THD's e uma CD. Foi feito um bom trabalho de sensibilização com toda a comunidade escolar (alunos, professores, serventes, diretora) que estendeu-se ao conjunto de pais, através de reuniões e debates. A assistência baseava-se no controle da cárie e do sangramento gengival garantido a todas as crianças tratamento restaurador. Contudo, a equipe enfrentou sérias dificuldades no decorrer dos trabalhos:

- ➔ faltou material de consumo;
- ➔ freqüentes defeitos no equipamento;
- ➔ afastamento da CD por licença de gestação sem haver substituição;
- ➔ alunos faltaram às aulas;
- ➔ datas comemorativas, feriados e provas escolares impedindo o comparecimento dos alunos à clínica;
- ➔ como resultado, a cobertura alcançada foi muito inferior à meta proposta.

Discutir:

- ➔ Que conseqüências pode haver para o serviço e para a comunidade?
- ➔ Por que ocorreram tantos problemas?

- 6 • Ajudar os alunos a refletir sobre a situação e identificar as causas dos problemas ocorridos e sobre as conseqüências da falta de programação, acarretando: falta de credibilidade para o serviço, desgaste físico e psicológico para a equipe, comprometimento da qualidade da assistência prestada, etc.. Destacar a importância de um profissional especializado prestar assistência periódica aos equipamentos.

- 7 • Retomar a programação das ações de odontologia e discutir:
- ➔ O que é necessário para garantir a realização da programação?

- 8 • Discutir como é realizada programação do atendimento odontológico nas unidades de saúde.

- 9 • Realizar o exercício de programação na seguinte situação:
- ➔ ações de assistência odontológica numa unidade de saúde situada em uma área com 2.500 habitantes.

- 7 • Apoiar a discussão, levando o grupo a identificar os recursos materiais e humanos necessários à operacionalização da programação, discutindo a importância da previsão desses recursos para o alcance dos resultados esperados, ou seja, o cumprimento das metas programadas. Utilizar-se da experiência do serviço, de manuais de procedimentos técnicos da instituição e de texto complementar.

- 8 • Estimular o relato de experiências dos treinandos.

- 9 • Trabalhar com pequenos grupos, ressaltando os seguintes aspectos:
- ➔ estratégia de atendimento;
 - ➔ organização da demanda; tipo de tratamento executado;
 - ➔ características do tratamento de manutenção;
 - ➔ atendimento de urgência;
 - ➔ sistema de referência;
 - ➔ ações educativas para a saúde;
 - ➔ participação popular;
 - ➔ critérios de avaliação;
 - ➔ recursos físico, humano, material, etc.;
 - ➔ outros.

Registrar as respostas.

10 • Apresentação e discussão das propostas.

11 • A equipe de saúde bucal de uma unidade de saúde, ao analisar o atendimento de manutenção dos seus pacientes, identificou a ocorrência de grande número de faltosos à consulta.

Discutir:

- ➔ Como explicar este problema?
- ➔ Quais as conseqüências desta situação para a qualidade da assistência e para o usuário?
- ➔ Como isso poderia ser evitado?

12 • Moradores das comunidades rurais (totalizando 1.500 pessoas) reivindicaram e conseguiram da Prefeitura Municipal uma clínica odontológica móvel, operada por dois THD's e 1 CD.

- ➔ Discutir uma proposta de atenção em saúde bucal para estas comunidades.

10 • Apoiar a discussão ajudando na sistematização.

11 • Estimular a discussão de forma que o grupo identifique as questões ligadas ao usuário (valor cultural, disponibilidade, credibilidade, condição sócio-econômica, etc.); ao serviço (horário de funcionamento, prioridade do atendimento) e à equipe (ênfase dada a manutenção, abordagem ao paciente, etc.). Ajudar os alunos a refletir sobre a importância da assistência ter como estratégia de organização a prevenção e o controle das doenças como uma forma de garantir saúde bucal aos usuários.

12 • Ver orientações do item 9 desta seqüência de atividades.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

III

- 1 • Descrever os resultados que se espera da programação de odontologia.
- 2 • Identificar os meios que o grupo conhece para medir os resultados.
- 3 • Como você avaliaria os resultados de uma programação, sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo?
- 4 • Sistematizar as discussões das atividades anteriores.
- 5 • Leitura e discussão do texto "Avaliação dos serviços de saúde".

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

III

- 1 • Apoiar a discussão enfatizando a importância da manutenção da saúde bucal através do controle da progressão das doenças, bem como a diminuição da incidência de cárie na população adscrita.
- 2 • Identificar a avaliação como parte do processo de programação e sua importância na gerência dos serviços de saúde. Discutir os diferentes tipos de avaliação e os métodos utilizados para sua realização.
- 3 • Orientar a atividade distinguindo os diferentes tipos de avaliação, sua aplicação e métodos de realizá-la, re-tomando o conceito de "impacto" do serviço de saúde sobre o perfil epidemiológico da população. Ressaltar a importância dos registros, relatórios, boletins estatísticos, levantamentos epidemiológicos e outros métodos de obtenção de dados tais como: supervisão, inquérito, entrevistas, observação direta, etc. como formas de obter dados para a avaliação.
- 4 • Apoiar a sistematização, fixando a importância, o conceito, objetivos e os tipos de avaliação.
- 5 • Utilizar o Texto 5 da Área III.

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

IV

- 1 • A supervisora de odontologia, ao visitar a clínica odontológica de uma unidade de saúde, num dia normal de trabalho, observou alguns fatos que considerou importante serem discutidos com toda a equipe. Na reunião de avaliação dos trabalhos relatou o que percebeu:
 - ➔ as pessoas dentro da clínica se comunicavam com um tom de voz muito alto;
 - ➔ a postura de trabalho dos profissionais era agressiva ao corpo, principalmente à coluna vertebral;
 - ➔ durante o atendimento clínico o operador aproximava-se demasiadamente do paciente procurando um melhor campo visual;
 - ➔ a sala clínica estava abafada, com aspecto desorganizado e com forte cheiro de medicamentos e mofo.

Discutir:

- ➔ Quais as possíveis causas desta situação encontrada?
- ➔ Quais as conseqüências que este ambiente de trabalho pode trazer para os trabalhadores e para os usuários?

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

IV

- 1 • Apoiar a discussão atentando para:
 - ➔ condições do trabalho odontológico, posições ergonômicas de trabalho, iluminação clínica, circulação de ar, etc.;
 - ➔ doenças ocupacionais; ansiedade e insegurança para o paciente; qualidade do trabalho, etc..

- 2 • Observar e analisar como está sendo utilizado o espaço físico destinado às ações de odontologia, no seu local de trabalho.

Discutir:

- ➔ O espaço é adequado às atividades?
- ➔ A disposição dos equipamentos, móveis, compressor, escovário, pia, etc., facilita o desenvolvimento do trabalho?
- ➔ A iluminação, a localização de janelas e portas estão adequadas?
- ➔ A infra-estrutura básica (rede de água, esgoto e elétrica) é adequada?

- 3 • Apresentação do resultado das discussões do item anterior.

- 4 • Com base nas discussões anteriores, levantar meios de melhorar as condições de trabalho em sua unidade de saúde.

- 2 • Dividir em grupos. Sugere-se que sejam feitos desenhos esquemáticos da clínica para facilitar a visualização do ambiente de trabalho.

- 3 • Enfatizar a importância do espaço físico para dar qualidade, continuidade e produtividade às ações, bem como propiciar condições de bem estar ao trabalhador.

- 4 • Apoiar a discussão esclarecendo dúvidas. Se necessário, retomar os Textos 4 e 5 da Área I.

TERCEIRA UNIDADE

DISPERSÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

- 1 • Realizar, juntamente com outros profissionais envolvidos, a programação das atividades de atenção em saúde bucal, em seu local de trabalho.

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

- 1 • Promover esta prática em momento oportuno.

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO

“PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E DAMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”

CONTROLE DE ESTOQUE

NOME DO MATERIAL	ENTRADA	DATA	SAÍDA	DATA	QUANTIDADE ESTOQUE

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO**"PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE"****REQUISIÇÃO DE MATERIAL**

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE PEDIDA	QUANTIDADE ENTREGUE

ASSINATURA

DATA:

DATA:

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO
“PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”
DEVOLUÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
MOTIVO DA DEVOLUÇÃO:		
DATA: _____ ASSINATURA _____		

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO**"PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE"****REQUISIÇÃO DE MATERIAL**

NOME DO ALUNO:		ESCOLA/CENTRO DE FORMADOR:	
ÁREA III - TERCEIRA UNIDADE		ESTADO:	
DATA	DESCRIÇÃO	ENTREVISTAS	

TEXTO DE APOIO À TERCEIRA UNIDADE

Texto 5

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Eliana Maria de Oliveira Sá

Conceito

A avaliação, como parte integrante de qualquer programação, baseia-se na análise do desempenho das atividades desenvolvidas, buscando conhecer os êxitos e os insucessos, mediante estudo comparativo dos objetivos estabelecidos e os resultados alcançados. Em termos mais simples, avaliação é o processo de comparação entre o programado (objetivos previamente determinados) e o executado (resultados alcançados).

Finalidade

A avaliação é um instrumento de trabalho que proporciona, a quem gerencia e participa da execução dos programas de saúde, o controle de sua execução, servindo de base para a reprogramação dos aspectos que se apresentam com deficiência.

Segundo documento elaborado pelo Ministério da Saúde, sua finalidade abrange os seguintes aspectos:

- e determinar a eficiência (relação entre os recursos destinados às atividades e o efeito ou resultado produzido) e a eficácia (grau em que uma ação alcança o resultado final que havia sido proposto: efeitos em termos de benefícios para a população) dos serviços e programas de saúde;
- e verificar os resultados dos programas em face dos seus objetivos;
- e verificar o grau de cumprimento das metas programadas;

- medir o impacto ou efeito da implementação dos programas nos serviços de saúde;
- fornecer elementos para correção de falhas existentes nas atividades, programas e serviços de saúde;
- valorizar o pessoal, através da aferição do seu trabalho; promover sua satisfação e manter ou melhorar sua posição no grupo de trabalho;
- evitar .que o trabalho se transforme em rotina improdutivo;
- permitir o conhecimento dos resultados parciais e finais dos programas e se os serviços e programas estão se desenvolvendo na direção desejada, satisfazendo as necessidades previstas;
- e revelar os pontos positivos e negativos de qualquer atividade, programa ou serviço, estimulando os positivos e corrigindo os negativos;
- e ajudar para que o planejamento seja mais eficiente; possibilitar a introdução de novos métodos e técnicas ou aperfeiçoar os atuais; adaptar os programas e serviços às necessidades e interesses da população;
- especificar os efeitos ou resultados almejados das ações programadas; delinear meios de medir o quanto se conseguiu em relação às metas;

(*) Cirurgiã - Dentista, PUC/MG, SES/MG.

- ➔ justificar os gastos e determinar os custos; permitir uma melhor utilização de recursos;
- ➔ estabelecer mecanismos de avaliação para os diferentes níveis de atuação em que se desenvolvem e se implementam os programas.

Tipos de avaliação

Nos programas de saúde, em geral, utilizam-se dois tipos de avaliação: avaliação quantitativa e a avaliação qualitativa.

Avaliação quantitativa

É destinada, principalmente, a medir os resultados numéricos obtidos nos programas ou projetos. É realizada em função das metas quantitativas previstas. Exemplo: verificar o que foi realizado, considerando as seguintes metas: responder a 100% dos casos de urgência em odontologia através do atendimento clínico ou referindo a locais adequados; reduzir em 80% a incidência de cárie dos pacientes inscritos para tratamento.

Este é o tipo de avaliação mais frequentemente usado nos serviços de saúde; sabe-se que sem uma cobertura adequada não é possível exercer controle sobre os problemas de saúde na população.

Avaliação qualitativa

Pode ocorrer que a quantidade de serviços prestados (cobertura) não esteja influenciando sobre os problemas de saúde porque a qualidade dos serviços prestados não é satisfatória. Por isso, para realmente avaliar a prestação de serviços em todas as suas dimensões, é fundamental considerar também a questão da qualidade.

A avaliação qualitativa está pouco desenvolvida, principalmente no Brasil, como demonstra Francisco Eduardo Campos em sua tese sobre "Avaliação da Resolutividade dos Serviços de Saúde" (1988).

Entre os tipos de propostas de avaliação qualitativa identificados por este autor, destacam-se os seguintes, por serem os mais comumente aplicados aos serviços de saúde ou pela importância que começam a ter frente aos preceitos constitucionais vigentes e conseqüentes diretrizes para a área de saúde(*):

- a) Avaliação da estrutura, processo e resultado;
- b) Avaliação de custo/benefício e de custo/eficácia;
- c) Avaliação da capacidade resolutive;
- d) Avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde.

a) Avaliação de estrutura, processo e resultado

No que se refere à estrutura, a avaliação abrange os seguintes aspectos: a organização administrativa do serviço, as características das instalações, do pessoal disponível e seu perfil (tipo, preparação e experiência).

No que se refere ao processo, a avaliação se volta para as ações ou atividades do serviço, ou seja, o que é feito para o paciente e população, com respeito a sua doença ou problema.

Na avaliação de resultados, procura-se auferir o estado de saúde do indivíduo ou da comunidade como resultado da interação ou falta de interação com os serviços de saúde. Neste tipo de avaliação, convém lembrar que o estado de saúde é determinado por muito fatores, não apenas pela ação dos serviços de saúde. Contudo, em determinadas situações é possível delimitar claramente seus efeitos.

(*) Ver o Capítulo da Saúde na Constituição Brasileira (1988) e a Lei Orgânica da Saúde (1990).

- ➔ Apresentam-se, a seguir, exemplos de alguns tipos de estudos de resultados:
- ➔ estudos de morbidade, disfunção, mortalidade e longevidade, em comunidades;
- ➔ mortalidade e morbidade pós-operatórios;
- ➔ mortalidade materna hospitalar.

Vejam, por exemplo, como se aplicaria a avaliação da estrutura, processo e resultados às ações de combate à cárie, desenvolvidas por uma unidade de saúde. Em relação à estrutura poderia ser avaliado: a disponibilidade de material de consumo (selante, flúor, clorexidina, ionômero de vidro, etc.), as condições do equipamento e instrumental, a organização do trabalho de atendimento clínico, se os grupos de risco estão sendo bem delimitados e recebendo atenção adequada. Em relação ao processo: se as técnicas de aplicação de medidas de controle estão sendo observadas, de acordo com as normas técnicas e em função do planejado, se os tipos de procedimentos executados (exodontia, pulpotomia, pulpectomia, etc.) variam de acordo com as fases planejadas, etc.. No que se refere ao resultado ou impacto das ações sobre o problema, seria avaliado se houve ou não redução na incidência de cárie na população.

b) Avaliação de custo-benefício e custo-eficácia

O aumento dos custos das unidades de saúde tem gerado uma série de esforços no sentido da contenção de despesas. Daí o resultado dos estudos de custo/benefício e custo/eficácia. Estes estudos visam comparar as conseqüências positivas e negativas do uso alternativo de recursos. Servem para orientar o processo de tomada de decisões quanto a programas alternativos; na análise de custo/benefício as conseqüências positivas (benefícios) dos programas são avaliados e os seus custos são medidos em unidades monetárias. Já a análise de custo/eficácia mede as conseqüências positivas em termos como anos de vida

dental prolongados, tempo de doença evitada, perda dental evitada, etc..

c) Avaliação da capacidade resolutiva

Um dos princípios que se deseja efetivamente presente na estrutura e funcionamento do Sistema Nacional de Saúde é o da resolutividade. Existem poucos estudos dedicados a este tipo de avaliação, mas à medida em que o SUS vai sendo implantado, estes passam a ser cada vez mais necessários.

Segundo Simeant (1983), um autor chileno, a capacidade resolutiva supõe, primeiro, a capacidade de absorver o número ou quantidade de atenção solicitada (capacidade resolutiva quantitativa) e, segundo, a capacidade de resolver os casos atendidos (capacidade resolutiva qualitativa).

Estas duas dimensões (quantitativa e qualitativa) devem estar presentes, quando se avalia a resolutividade.

d) Avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde

Este tipo de avaliação vem ganhando importância nas últimas décadas, uma vez que a acessibilidade vem sendo utilizada como um indicador da qualidade dos serviços de saúde.

O acesso deve ser avaliado pela utilização dos serviços e não simplesmente pela presença desses; pode ser medido pelo nível de uso em relação às necessidades da população.

As barreiras ao acesso podem ser financeiras, de informação, sociais, organizacionais, geográficas, entre outras.

Condições que favorecem a avaliação

A avaliação dos serviços de saúde é facilitada quando prevalecem certas condições, tais como: a existência de normas técnicas que definam claramente as ações e os procedimentos, as metas quantitativas e qualitativas que se pretende alcançar, os

critérios e os indicadores que serão utilizados para a avaliação das ações; um sistema de registros e coleta de dados adequados e um sistema de processamento e análise de dados eficiente.

Outro fator que contribui para a avaliação é a existência de um sistema de supervisão eficiente.

Nota:

Baseado no texto Avaliação dos Serviços de Saúde, Área Curricular IV de Formação do Visitador Sanitário - OPS, 1991.

Indicadores de avaliação em odontologia

O processo de avaliação é um item fundamental do Sistema de Atenção Odontológica.

A avaliação realizada periodicamente permite mensurar e realimentar constantemente o sistema. A avaliação inicial está relacionada com a coleta de dados básicos sobre a realidade na qual o sistema pretende interferir.

As avaliações subseqüentes dizem respeito às interferências feitas pelo sistema, na realidade onde atua, através de dados obtidos a curto, médio e longo prazo, permitindo que desvios ou incorreções sejam rapidamente detectados e o sistema caminhe em direção aos objetivos gerais programados.

Os resultados das avaliações sistemáticas são fornecidas aos administradores do sistema para que uma ampla discussão sobre os resultados programados e os obtidos possa ser feita com a equipe de saúde e a comunidade. Este processo constitui uma avaliação externa e pública do sistema"(*).

(*) Baseado em estudos ainda não publicados de LOUREIRO, C.A. Sales - Professor do DOPUCMG.

Alguns instrumentos de avaliação que qualificam o sistema podem assim serem descritos:

- 1 – Grau de complexidade do atendimento: trata-se de estabelecer a relação entre o número de procedimentos complexos e o número de procedimentos totais realizados durante um espaço de tempo. São considerados complexos os procedimentos radicais como exodontia, pulpectomia, pulpotomia, restaurações de 2 ou 3 faces, etc..

Este indicador permite avaliar a efetividade do controle da doença na medida em que quantifica as necessidades persistentes na população. Sabe-se que com o controle das doenças bucais, o grau de complexidade será cada vez menor, demandando procedimentos mais simples e, conseqüentemente, de maior durabilidade.

$$\text{Grau de complexidade: } \frac{\text{n}^\circ \text{ de procedimentos complexos}}{\text{n}^\circ \text{ de procedimentos totais}} \times 100\%$$

- 2 – Vida média das restaurações: a durabilidade de procedimentos restauradores está intimamente ligada com a complexidade do ato operatório, à qualidade dos materiais e instrumentos empregados, ao domínio de tecnologia eficaz e com o grau de susceptibilidade à cárie que o paciente apresenta.

Através dos registros de dados (quando é feita a restauração, quando é trocada e porquê) estabelece-se o período de substituição de restaurações e o motivo da troca.

O levantamento da principal causa que determina a substituição, indica a necessidade de trabalhar melhor a causa da falha reduzindo a necessidade de tratamento.

Segundo MJÖR (1990), em situações onde 50% das restaurações executadas precisam ser substituídas (fratura, reincidência de cárie, contorno irregular, degrau po-

sitivo e negativo, ausência de ponto de contato, etc.) é possível estabelecer a durabilidade de cada tipo de restauração.

$$\text{Vida média das restaurações} = \frac{\text{somatório do período de duração (anos)}}{\text{nº de restaurações trocadas}}$$

- 3 – Índice de severidade da doença:** a ação eficaz de um sistema de atenção odontológica deve produzir mudanças nos contingentes populacionais dos grupos de risco. Para tanto, no caso específico da cárie dentária, deve alterar o perfil epidemiológico através de números crescentes de dentes e/ou superfícies hígidos (sem alteração patológica).

$$\text{ISD} = \frac{\text{CPO}}{\text{CPOD} + \text{Hígidos}} \times 100\%$$

Quanto menor o grau de severidade da doença, que implica um número cada vez maior de dentes hígidos, mais próximo estará o sistema dos padrões internacionais propostos pela Organização Mundial de Saúde.

Indicadores quantitativos

Segundo o documento elaborado pelo Ministério da Saúde "Sistema de Atenção Odontológica para Escolares", há índices disponíveis para avaliar o desempenho do serviço medindo cobertura, concentração, produtividade direta, relação entre o trabalho planejado e o realizado, eficácia e custo.

- 1 – Índice de cobertura:** % de alunos com tratamento completado em relação ao total de alunos matriculados.

O índice de cobertura pode também ser aplicado ao total de crianças em idade escolar. Em qualquer hipótese, o denominador da fração deve ser especificado.

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Aluno com TC}}{\text{Total de alunos matriculados}} \times 100\%$$

A população-alvo é definida previamente para cada programa.

A cobertura sofre grande influência dos custos estimados e da organização geral do trabalho.

- 2 – Índice de concentração:** média de consultas por tratamento completado - cons/TC.

Mostra quantas vezes cada usuário compareceu, em média, ao consultório até receber tratamento curativo completado.

Obtém-se dividindo o número total de consultas pelo número de usuários com tratamento curativo completado.

A média sofrerá variações quanto à faixa etária, gravidade das lesões e grupo de atendimento. Evidentemente as maiores idades exigirão maior número de consultas.

Considera-se que uma média de 2 cons/TC já é satisfatória, atingindo um ponto ótimo quando o índice é igual a um.

- 3 – Índice de produtividade:** média de trabalho realizado por hora contratada.

$$\text{O} + \text{E}/\text{HORA} = \frac{\text{Total O} + \text{E}}{\text{Horas contratadas}}$$

Mostra o número de dentes restaurados ou extraídos por hora remunerada, não se computando o tempo perdido.

Dividendo o numerador e o divisor originam-se dos relatórios mensais de produção. O profissional faz constar os dias e horas perdidas, por não funcionamento da escola, falta de água ou energia elétrica, motivos de saúde, ausência por motivos diversos (justificados ou não), etc..

A média varia em função da técnica de trabalho, da composição da equipe odontológica, do tempo útil, das condições de infra-estrutura (da escola e do programa) e do grupo em tratamento.

Para o trabalho de um profissional isolado, considera-se como mínimo satisfatório a realização de 1,5 O + E por hora. Admite-se como razoável que 20% do tempo contratado seja perdido.

- 4 –** Índice de relação entre o trabalho planejado e o realizado: percentual de O + E realizado.

$$\% \text{ O + E realizado} = \frac{\text{O + E realizado}}{\text{O + E planejado}} \times 100$$

O realizado provém dos Relatórios Mensais enquanto o planejado está na ficha de planejamento.

As principais variações do indicador relacionam-se ao tempo perdido e à fidelidade do levantamento de cárie.

Um índice igual ou superior a 80% significa um bom programa.

- 5 –** Índice da eficácia: percentual de tratamento completado em relação aos tratamentos iniciados, ou índice de atrição.

É expresso pelo percentual de tratamentos iniciados (TI) que não foram completados (TC), sendo obtido por meio da equação:

$$\text{Índice de atrição} = \frac{\text{TI} - \text{TC}}{\text{TI}} \times 100\%$$

Por exemplo: para 220 TI e 190 TC, temos:

$$\frac{220 - 190}{220} \times 100 = 13,63\%$$

Uma perda de até 10% é considerada satisfatória.

- 6 –** Índice de custos: custo médio por tratamento completado e por dente tratado.

$$\text{Custos/TC} = \frac{\text{Gastos realizados}}{\text{n}^\circ \text{ total de TC}}$$

$$\text{Custos/dente} = \frac{\text{Gastos realizados}}{\text{Total de O + E}}$$

É importante salientar que estes indicadores fornecem com precisão o quadro de ações curativas, mas não são suficientes para verificar o estado de saúde/doença da população. São também indicadores muito utilizados nos programas de odonto-

logia para escolares, segundo a proposta do Sistema Incremental. Atualmente, novos modelos de atenção à saúde bucal vêm se desenvolvendo, e com eles, novas formas de avaliação.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde, Centro de Documentação. Contribuição ao desenvolvimento do processo de avaliação em serviços de saúde. Brasília, 1982.
2. BRASIL, M. S. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal. Sistema Incremental de Atenção Odontológica para Escolares.
3. CAMPOS, F. E. Resolutividade - Uma aproximação à avaliação qualitativa dos Serviços de Saúde. Belo Horizonte: Imprensa Universitária.
4. LOUREIRO, Carlos Alfredo Sales. Projeto da Estação Saúde, Assessoria e Pesquisa em Sistemas de Saúde Bucal. Belo Horizonte, 1990 (mimeo).
5. MJÖR, Ivar A., BINDSLEV, Preben. Dentística Operatória Moderna. São Paulo: Santos, 1990.
6. SIMEANT, S. Estudio de la Capacidad Resolutiva de la Demanda en Atención de Salud a Nivel Primario (área rural) - Cuadernos Médico-Sociales 24 (4): 170-84, 1983.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FINAL

ÁREA CURRICULAR III

“PARTICIPANDO DO PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”

Escola
Nome do aluno
Local/Unidade de Saúde
Período: Data de início da Área
 Data de término da Área

DESEMPENHOS FINAIS	CONCEITO
<p>Desenvolve ações de programação do serviço através de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificação do sistema de saúde existente em sua comunidade.• Identificação do Conselho Municipal de Saúde como canal de participação da população na formulação de políticas de saúde e no controle de sua execução, em todos os níveis de governo.• Identificação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade como preceitos constitucionais que norteiam a construção do Sistema Único de Saúde.• Identificação dos princípios que regem a organização do SUS: regionalização e hierarquização, resolutividade e descentralização.• Participação no planejamento das ações de educação em saúde e vigilância epidemiológica com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde.• Ações de promoção e proteção da saúde, com emprego de linguagem adequada ao público alvo e de diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade.• Ações de recuperação da saúde de acordo com seu papel na equipe de saúde bucal.• Reconhecimento das condições sociais, epidemiológicas, culturais e institucionais existentes no nível local como fatores indispensáveis para a programação das ações de saúde.	

DESEMPENHOS FINAIS	CONCEITO
<ul style="list-style-type: none"> • Ações de controle de estoque e requisição de material de consumo odontológico como parte das ações de programação em saúde bucal. 	

de de 19

Assinatura do Instrutor/Supervisor

Observação:

- a) Esta ficha é o resultado globalizante de todas as avaliações de processo realizadas durante as Unidades Didáticas da Área Curricular III e representa a competência final expressa em conhecimentos, habilidades e atitudes.
- b) Esta ficha é a que deverá ser encaminhada à Secretaria Escolar da Escola Técnica de Saúde e/ou Centro Formador para fins de composição do histórico escolar do aluno.

AGRADECIMENTOS

Elaboração

Cláudia Maria da Silva – CGDRH - SUS/MS, SMS/BH, SES/MG

Cristiana Leite Carvalho – SES/MG, SMS/BH, PUC/MG

Eliana Maria de Oliveira Sá – SES/MG, PUC/MG

Compilação

Cláudia Maria da Silva – CGDRH - SUS/MS, SMS/BH, SES/MG

Revisão Técnica

Cláudia Maria da Silva – CGDRH - SUS/MS, SMS/BH, SES/MG

Zita Castro Machado – SES/PR, UFPR

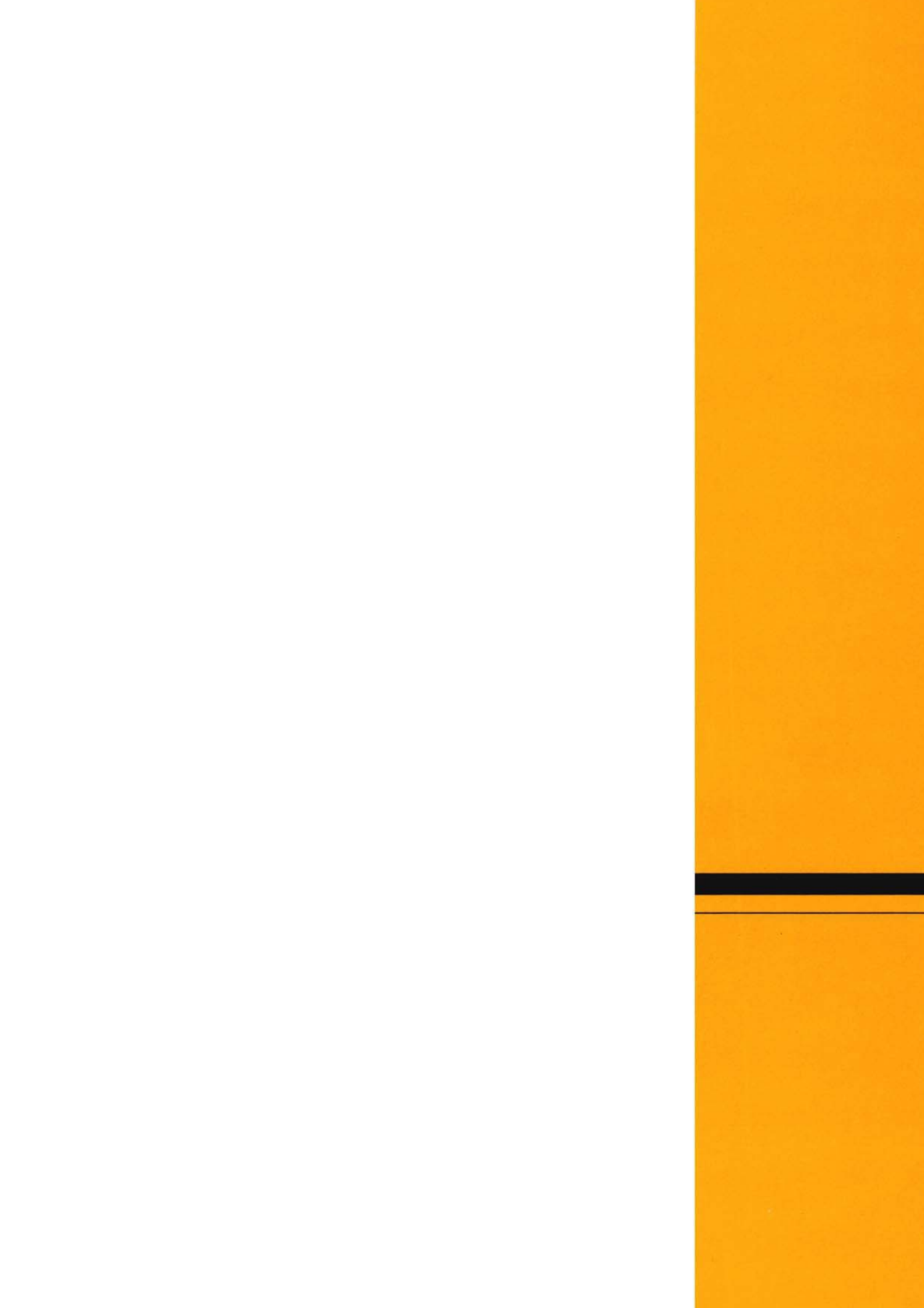
Revisão Final

Cláudia Maria da Silva – CGDRH - SUS/MS, SMS/BH, SES/MG

Eugênia de Sousa Lacerda de Carvalho – CGDRH - SUS/MS

Digitação de Originais

Rinaldo Lisboa Accioly – CGDRH - SUS/MS





Ministério da Saúde - Secretaria Executiva

Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

