

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

Resolução nº 077/2003 – CIB

Goiânia, 23 de Dezembro de 2003.

O Presidente e o Vice – Presidente da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, no uso das atribuições regimentais que lhes foram conferidas e considerando:

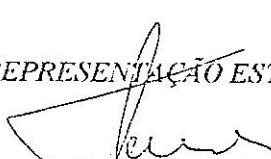
- 1- A Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde, com a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor;
- 2- A proposta do Ministério da Saúde de elaboração de uma agenda mínima de diretrizes para atender às necessidades urgentes de formação e desenvolvimento, acreditados através de Projetos que contemplem ações para o conjunto de trabalhadores do setor saúde, nas suas diversas áreas, que deverão ser apresentados e aprovados pelo Ministério da Saúde, para a alocação de recursos; e
- 3- A necessidade de fomentar Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos no Estado de Goiás, através da articulação de ações entre instituições de ensino superior, escolas técnicas, centro formadores, escolas de saúde pública, núcleo de saúde coletiva, hospitais universitários, conselhos de saúde, representação de estudante, organizações não governamentais, entidades do movimento popular, gestores municipais, regionais e estaduais do SUS, e os demais Pólos de Educação Permanente a serem estruturados no Estado.

RESOLVEM:

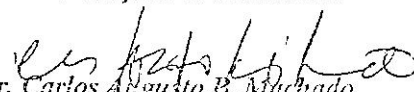
- Aprovar **AD REFERENDUM**, o encaminhamento ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dos Projetos de Estruturação do Polo de Educação Permanente para o Médio Norte Goiano e da Instituição do Fórum Estadual de Educação Permanente para o SUS em Goiás, para análise e financiamento.

Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

REPRESENTAÇÃO ESTADUAL


Dr. Fernando Pussos Cupertino de Barros
Secretário de Estado da Saúde
Presidente da CIB

REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL


Dr. Carlos Augusto B. Machado
Secr. Mun. Saúde Aparecida de Goiânia
Vice – Presidente da CIB



GOVERNO DO
ESTADO DE
GOIÁS



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE
GESTÃO



SECRETARIA DE
ESTADO DA
SAÚDE

OFICIO Nº 688 /2003-SUGES/SES

Goiânia, 23 de dezembro de 2003.

Senhor(a) Secretário(a),

Vimos pelo presente encaminhar os projetos do **FÓRUM ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS EM GOIÁS** e do **PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO MÉDIO-NORTE GOIANO** para avaliação e providências cabíveis nesta Secretaria.

Atenciosamente,

CARLOS ALBERTO LISBOA VIEIRA
Superintendente de Gestão SES/GO

Ilma Sr^a.

MARIA LUIZA JAEGER

DD.Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do
Ministério da Saúde

BRASÍLIA - DF

**PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE
DO MEIO NORTE GOIANO**

**Documento para Implantação
Dezembro de 2003**

1. FUNDAMENTAÇÃO:

No momento atual configura-se a necessidade de criação de novos modelos de atenção à saúde que dêem conta dos questionamentos colocados para as sociedades, ou seja, pensar nos 85% da população do planeta que não têm possibilidade de acesso à nossa medicina. Este é um fato que demonstra claramente a deriva da qual somos atores, também apesar de nós, também contra a nossa vontade. Permitir a essa grande maioria de pessoas ter acesso às curas e beneficiá-la dos grandes avanços da medicina; inverter esse movimento de exclusão que toca as populações mais carentes do planeta e também as populações não alinhadas ao modelo global proposto: isto é o grande desafio dos anos 2000.

Aqui o extrato de um texto publicado pela Unesco no início do ano 2000 :
“Na alvorada do terceiro milênio o mundo nunca conheceu tantas riquezas; avanços tecnológicos e saberes possíveis de assegurar a cada um condições de vida conforme a dignidade humana. Porém, a miséria não pára de crescer, apesar dos esforços de mulheres e homens de boa vontade, que teimam em exterminá-la. A falência da corrente de pensamento dos anos 80 – o todo econômico - reduziu a nada anos e anos de esforços para reduzir a pobreza... Mas o único responsável não está aí; precisa-se juntar a isso as estratégias de desenvolvimento concebidas com visões estrangeiras à da cultura local, e também os remédios propostos por atores exteriores, sem uma escuta anterior e atenta das comunidades “.

Inverter tal processo passa – nessa escuta anterior e atenta das comunidades – pelo respeito aos seus costumes. Nesse sentido o interesse atual pela etno-medicina nos abre novos caminhos e aponta para a necessidade de uma adaptação das nossas práticas de assistência à saúde às condições locais, e não o inverso.

Inverter esse processo passa também, e principalmente, por uma medicina que liberta. Uma medicina que liberta passa obrigatoriamente pela educação. Os princípios de base que devem nortear as práticas de uma instituição de saúde devem ter como prioridade a prevenção e a educação mais que a cura. Este ponto

é essencial. É ele que permite a cada ato terapêutico se fazer inscrito em um pano de fundo que é o cotidiano de cada um na própria família, na própria comunidade. Se nas nossas práticas nós não considerarmos plenamente o contexto da vida do paciente, querendo ou não estamos fazendo com que ele se transforme em uma coisa sem alma. Assim com certeza ele perde grande parte das suas capacidades de reação à doença, mas acima de tudo, e isso é o mais grave, ele perde a sua dignidade. Bem antes de ser “cura da pessoa”, essa medicina é “cura da comunidade”.

Hoje se faz necessário a consolidação de um modelo de assistência à saúde que valorize mais o sujeito que a doença, como também a comunidade na qual ele está inserido; que amplie o arsenal terapêutico, incluindo práticas complementares de assistência à saúde, que adote os princípios da integralidade, da transdisciplinaridade, da socialização do conhecimento sobre saúde com os mais distintos segmentos sociais, e da participação comunitária .

2 . JUSTIFICATIVA:

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel definido na legislação de gestor federal do SUS, no que diz respeito à formulação das políticas relativas a formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores de saúde no Brasil. Essa nova perspectiva tem proporcionado uma reorientação das estratégias no modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e incentivou importantes repercussões nos modos de ensinar e aprender.

Atualmente, há uma intensa demanda de órgãos públicos da área da saúde (Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e de Municípios) e também de Instituições privadas, por educação permanente de seus profissionais e por cooperação técnica de assistências e assessorias. Nota-se a necessidade da criação de novos modelos que dêem conta dos desafios colocados hoje para a definitiva implantação do sistema de saúde nacional. Este perfil significa a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre

instituições formadoras e serviços, visando a consolidação do SUS para uma mudança na atenção à saúde no Brasil. Neste sentido surge a proposição da criação dos pólos de educação permanente em saúde.

O Pólo será uma articulação interinstitucional entre gestores do SUS, instituições formadoras e instâncias do controle social e, portanto possibilitará a democratização institucional. Será um espaço para o estabelecimento de diálogos e negociações, possibilitando a identificação de necessidades e a elaboração de estratégias na perspectiva de ampliar a qualidade de gestão da atenção à saúde. Nesta perspectiva, estará trabalhando a consciência sanitária para popularizar o conceito ampliado de saúde e o fortalecimento do controle social nos diversos serviços. O Pólo trabalhará nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, para desenvolver a formação e o desempenho das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais, visando a melhoria dos cuidados à saúde, bem como a constituição de práticas críticas, éticas e humanizadas. A proposta pedagógica da Educação Permanente terá que ser construída na prática concreta, e a partir dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho serão identificadas as necessidades, garantindo que as capacitações, seminários, etc, realizem-se à partir da problematização. No contexto de estruturação do Pólo, toda a rede de ações e serviços de saúde, junto com as instituições formadoras precisam incorporar as noções de saúde da família, sempre trabalhando com os elementos que conferem a integralidade da atenção à saúde. Essas instituições formadoras devem desenvolver novas propostas pedagógicas e comprometer-se com a produção e disseminação de conhecimentos.

O Pólo desenvolverá ações, muitas delas já em andamento, e será também responsável pela articulação e gestão da inserção de docentes e alunos, buscando fortalecer na formação superior e profissional os objetivos fundamentais do SUS.

O projeto do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Meio Norte Goiano prevê a constituição de núcleos temáticos com base nas necessidades sociais por saúde, buscando enfrentar os problemas concretos das populações

envolvidas em cada território geopolítico. Em todas as ações pedagógicas vinculadas ao presente projeto, serão priorizados o enfrentamento criativo das situações de saúde e a articulação dos serviços básicos. Os diversos atores envolvidos neste projeto serão os principais responsáveis pela construção continuada das propostas e pelas correções de trajetórias. A estreita sintonia entre as necessidades e demandas dos serviços, instituições formadoras, gestores e o conjunto da rede de atenção à saúde do SUS será imprescindível para o sucesso do Pólo.

O projeto do Pólo prevê uma política de incentivos articulados e articuladores das ações e dos recursos do SUS com as Universidades, escolas técnicas e organizações dos movimentos sociais, na perspectiva de uma colaboração nos campos da produção do conhecimento, formação de profissionais, prestação de serviços, a partir da socialização do conhecimento.

O Pólo de Educação Permanente do Médio Norte Goiano pretende ser um dispositivo para a efetiva mudança das práticas de formação e consolidação do Sistema Único de Saúde; para a constituição de práticas de atenção à saúde integradas, simplificadas, humanizadas e eficazes.

O Pólo de Educação Permanente em Saúde do Meio Norte Goiano surge inspirado, principalmente, no trabalho educativo em saúde desenvolvido pelo Hospital São Pio X nos últimos vinte e oito anos, aliado à uma necessidade real de reafirmação da estrutura do SUS em 46 municípios que fazem parte de três ARS da Secretaria de Saúde do estado de Goiás.

O HOSPITAL DE ENSINO :

O Hospital São Pio X vem construindo desde a década de 70 uma trajetória de atendimento inserida nas comunidades de abrangência, com um caráter educativo-formador forte, voltado aos interesses coletivos e necessidades da população, repensado na perspectiva daquele que encontra-se doente e pautado nos princípios norteadores do SUS. Partindo do princípio de que promover saúde é mais do que oferecer práticas curativas, o hospital pautou o seu trabalho para

além da assistência, estimulando a consciência preventiva das comunidades, ampliando as noções do processo de saúde-doença, promovendo a busca de novas modalidades terapêuticas, apostando na educação como base para se alcançar a saúde. Foi assim que há vinte e oito anos o hospital tem se constituído: como uma escola de promoção, proteção e recuperação da saúde. É palco de treinamentos e estágios nos três níveis: popular, médio e acadêmico. A vivência nas comunidades qualificaram o hospital para lidar com situações cotidianas. Agentes indígenas e indigenistas, movimentos populares, comunidade Calunga, movimento sem-terra, pastoral de saúde, encontram no hospital um espaço adequado para realizarem estágios de acordo com suas necessidades. No nível médio o hospital é parceiro do Senac-Profae, recebendo constantemente alunos do curso de auxiliar e técnico de enfermagem.

Durante três anos consecutivos o hospital recebeu acadêmicos de medicina da UFMG para internato rural. Recebeu, também, durante os anos de 2000, 2001 e 2003 acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Goiás e foi campo de estágio para o curso de especialização em enfermagem obstétrica. Atualmente o Hospital mantém convênio com a Universidade de Brasília, recebendo regularmente acadêmicos do 6º ano de medicina para o estágio em saúde coletiva, num trabalho desenvolvido em conjunto com a prefeitura de Santa Isabel, onde os estudantes participam do Programa de Saúde da Família.

A busca de métodos mais eficazes para lidar com as questões de saúde transformou o hospital num laboratório do vivo, onde o ensinar e o aprender, o paciente e o cuidador, se misturam e se complementam, na dinâmica viva da relação. Neste terreno a equipe do hospital vem construindo modelos de atenção que hoje são referência, como por exemplo a Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento e a fitoterapia.

Todo este trabalho desenvolvido tem sido reconhecido nacional e internacionalmente, formal e informalmente. Construído e qualificado a partir de 1974, o hospital consolidou uma tecnologia própria, fundada em práticas

humanizadas, simplificadas, eficientes e acessíveis, com alto índice de resolutividade e vínculo político-social e cultural com a população. Este trabalho culminou com o recebimento de vários títulos e prêmios, como “Hospital Amigo da Criança”, “Maternidade Segura” e “Prêmio Galba de Araújo-1999”.

Diante da história e do papel formador deste Hospital, a presente proposta de POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE vem consolidar as atividades de educação realizadas no âmbito da capacitação de recursos humanos, formação técnica e integração de práticas humanizadas.

OS CENTROS FORMADORES:

- Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas – CHPT
- Universidade de Brasília – UnB
- Universidade Católica de Goiás – UCG
- Universidade Estadual de Goiás – UEG
- SENAC – PROFAE
- CEP – Saúde

AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE :

Plano Diretor de Regionalização(PDR)

O PDR foi criado em 2001 com a finalidade de viabilizar em Goiás a NOAS/01, que preconiza a regionalização da saúde nos estados ampliando a descentralização e a municipalização de saúde. Goiás busca resolver questões básicas que há anos dificultam a viabilização de um verdadeiro sistema de saúde. Entre estas citamos: A concentração dos serviços de saúde na capital do estado e o excesso de oferta de leitos hospitalares para o SUS, sem qualquer planejamento, distante das reais necessidades de saúde da população.

O PDR aponta soluções através de um novo modelo de regionalização no estado, que “ busca contemplar a lógica de planejamento integrado com ênfase nas noções de territorialidade, identificação de prioridades para intervenção,

conformação de sistemas funcionais de saúde, visando garantir o acesso dos cidadãos aos serviços necessários para solucionar seus problemas de saúde.”

Nesta perspectiva espera-se que o Módulo Assistencial, constituído por um ou mais municípios , garanta a Atenção Básica com uma resolutividade apropriada. Para tanto se faz necessário ampliar e qualificar esta Atenção Básica, que tradicionalmente tem funcionado precariamente, sem o devido planejamento. É neste nível que atua o PSF e se não tivermos o devido cuidado com a sua implantação e desempenho corremos o risco de repetirmos os erros e vícios do modelo anterior. A Educação Permanente dos PSF é uma estratégia que dispomos para garantir o sucesso desta proposta.

As ARS vem desenvolvendo atividades de educação em saúde , como capacitações, oficinas, formação de multiplicadores, vinculadas à SPAIS(Superintendência de Ações integradas de Saúde), CENFOR(Centro de Formação de Recursos Humanos) e CEP-Saúde (Centro de Educação Profissional em Saúde), órgãos da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

As ARS vem atuando de maneira descoordenada, com duplicidade de ações, no campo da educação em saúde. A centralização das ações de educação a nível da Secretaria de Saúde do Estado na capital, dificulta um planejamento mais adaptado à realidade de cada regional, a racionalização dos recursos financeiros e também a participação dos profissionais de saúde.

O Pólo de Educação Permanente em Saúde do Meio Norte Goiano abrangerá as população dos municípios que compõe as Administrações Regionais de Saúde São Patrício, Norte e Serra da Mesa, localizadas na região do meio norte e norte do estado de Goiás.

- Administração Regional de Saúde Norte:

É constituída por 12 municípios localizados no norte do estado de Goiás – Bonópolis, Campinaçu, Estrela do Norte, Formoso, Minaçu, Montividiu do Norte, Mutunópolis, Novo Planalto, Porangatu, Santa Teresa de Goiás, São Miguel do Araguaia e Trombas, limitando-se ao norte com o Estado do Tocantins. Dentre todos os minicípios o que apresenta maior população é

Porangatu, com 39.593 habitantes , sendo que 84,41% da população é urbana. Porangatu é a cidade pólo em prestação de serviços, inclusive de serviços de saúde. A população total dos municípios é de 130.596 habitantes.

A atividade econômica principal é a pecuária. O lago da usina de Serra da Mesa atingiu os municípios de Campinaçu e Minaçu. Este último também foi atingido pela formação do lago de Cana Brava onde suas margens alcançam grande parte da periferia da cidade.

A rede de saúde é formada por 17 hospitais sendo 9 públicos com 252 leitos e 8 privados com 131 leitos.

A rede de atenção básica é composta pelas equipes de saúde da família, centros e postos de saúde.

ARS Norte – distribuição das equipes de PSF

| Município | População | Equipes de PSF | Equipes de PSB | ACS |
|------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| Bonópolis | 2.598 | 01 | 01 | 08 |
| Campinaçu | 3.707 | 01 | 01 | 09 |
| Estrela do Norte | 3.398 | 01 | 01 | 09 |
| Formoso | 5.589 | 02 | 01 | 12 |
| Minaçu | 33.608 | 08 | 04 | 84 |
| Montividiu do Norte | 3.789 | 01 | 01 | 10 |
| Mutunópolis | 3.958 | 02 | 01 | 10 |
| Novo Planalto | 3.432 | 01 | 01 | 07 |
| Porangatu | 39.593 | 02 | 01 | 76* |
| Santa Teresa de Goiás | 4.697 | 01 | 01 | 10 |
| São Miguel do Araguaia | 22.793 | 03 | 01 | 36* |
| Trombas | 3.434 | 01 | 01 | 08 |
| Total | 130.596 | 24 | 15 | 279 |

* municípios com equipe de Pacs

- Administração Regional de Saúde Serra da Mesa

É constituída por 9 municípios localizados no médio norte do estado de Goiás. São eles: Uruaçu, cidade sede, Alto Horizonte, Amaralina, Campinorte, Hidrolina, Nova Iguaçu de Goiás, Colinas, Niquelândia e Mara Rosa. Limita-se ao sul com a Administração Regional de São Patrício e ao norte com a Administração Regional Norte, que também fazem parte da região chamada de “meio norte goiano”. Os municípios da regional estão às margens do grande Lago de Serra da Mesa (Quatro municípios) e nas proximidades da rodovia Br-153 (Belém-Brasília). Uruaçu dista 280 Km. da capital do estado, Goiânia. O Quadro I mostra a distribuição populacional. A cidade de Uruaçu apresenta a maior população: 33.530 hab. (Censo 2000). A população total da região é de 110.317 hab. A maior parte da população encontra-se concentrada nas zonas urbanas, 75% e apenas 25% na zona rural.

A atividade econômica dos municípios é bastante variável. Destaca-se a agro-pecuária, principalmente com a bovinocultura. A mineração, também é destaque, nos municípios de Niquelândia (níquel), com duas grandes empresas mineradoras, Alto Horizonte (cobre), Mara Rosa (ouro e calcário), Campinorte (calcário) e Colinas do Sul (cristais). A construção da Usina de Serra da Mesa, inaugurada há 2 anos, impactou as atividades sócio-econômicas da região, principalmente para os municípios de Colinas, Niquelândia e Uruaçu.

O saneamento básico na região é regular. Ao lado de uma boa cobertura de água tratada, 79% dos municípios, observa-se uma baixa cobertura de rede de esgoto, 4,14%. 79% dos municípios possuem coleta de lixo urbano.

A mortalidade geral foi de 4,97 óbitos por 1000 habitantes em 1999. Dentre as causas de mortes, as Doenças do Aparelho Circulatório vem em primeiro lugar, seguido de Sintomas e Sinais e Achados Anormais de Exame Clínico Laboratorial e em terceiro lugar, agrupadas, as Neoplasias e Causas Externas.

Serviços de Saúde:

A rede hospitalar instalada é composta por 13 hospitais sendo 7 privados e 6 públicos.

A rede de atenção básica é composta pelas equipes dos Programas de Saúde da Família(PSF), Centros de Saúde e Postos de Saúde.

Uruaçu conta com um atendimento ambulatorial em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado, onde são atendidas urgências em regime de 24 horas.

O município de Uruaçu funciona como referência regional e os casos mais complicados são referidos para Ceres ou Goiânia.

Gestão de Saúde:

As secretarias municipais de saúde funcionam, na sua maioria, de forma precária quanto às instalações físicas, número de funcionários e capacitação dos recursos humanos para exercerem suas funções técnicas e administrativas. Todos os municípios possuem Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde. Em Uruaçu a Secretaria Municipal de Saúde funciona em prédio próprio.

ARS Serra da Mesa – distribuição das equipes do PSF

* municípios com equipe do Pacs

• Administração Regional de Saúde São Patrício:

A Região de São Patrício esta localizada no Médio Norte Goiano, ocupando uma área de 20.897 Km² , o que representa 6,1 % da área do Estado de Goiás

A população da Região é estimada em torno de 248.758 habitantes pelo Censo Demográfico de 2000, com uma densidade demográfica de 12 habitantes por Km², variando entre 2,1 e 42,3 habitantes / Km² em variados municípios. As distâncias entre os municípios variam bastante, devido ao aglomerado em torno da região Pólo onde encontramos municípios divididos apenas por uma

341 Km de geral
tornando de 4,3
1000
Destaca-se o
doenças do
circulatório
apresentam
grupo de
mortalidade

| Município | População | PSF | PSB | ACS |
|-----------------------|----------------|-----------|-----------|------------|
| <i>Alto Horizonte</i> | 2.564 | 01 | 01 | 07 |
| <i>Amaralina</i> | 3.074 | 01 | 01 | 09 |
| <i>Campinorte</i> | 9.641 | 02 | 01 | 22 |
| <i>Colina do Sul</i> | 3.702 | 01 | 01 | 09 |
| <i>Hidrolina</i> | 4.548 | 02 | 01 | 10 |
| <i>Mara Rosa*</i> | 11.939 | 01 | 01 | 24 |
| <i>Niquelândia</i> | 38.573 | 10 | 05 | 85 |
| <i>Nova Iguaçu</i> | 2.746 | 01 | 01 | 07 |
| <i>Uruaçu</i> | 33.530 | 10 | 05 | 70 |
| Total | 110.317 | 29 | 17 | 243 |

municípios
distância de
outro . A taxa
mortalidade
permanece em
óbitos por
habitantes.
grupo das
aparelho
que se
como primeiro
causas de
geral, seguida

por causas externas, onde os acidentes de trânsito sobressai e depois as neoplasias.

A região de São Patrício conta hoje com 34 hospitais, entre público, filantrópicos e privados distribuídos entre 16 dos 24 municípios de Regional.

Os Programas de Saúde da Família atinge 23 dos 24 municípios perfazendo um total de 55 unidades de 103 possíveis. Ressalta a necessidade da

valorização deste programa pois faz parte de um processo de concretização do novo modelo de assistência à saúde do País.

Regionalização :

A regionalização dos serviços de saúde da Região do São Patrício se fez da seguinte forma:

Região de Saúde : São Patrício.

Pólo Regional : Ceres.

Microrregiões : Crixás, Itapaci, Ceres, Goianésia e Jaraguá.

Módulos Assistenciais : Crixás, Itapaci, Ceres, Goianésia e Jaraguá.

Municípios Satélites : Campos Verdes, Santa Terezinha de Goiás,
Uirapuru, Guarinos, Pilar de Goiás,
Carmo do Rio Verde, Ipiranga,
Morro Agudo de Goiás, Nova América,
Nova Glória, Rialma, Rianápolis, Rubiataba,
São Patrício, Santa Izabel, Uruana,
Barro Alto, Santa Rita do Novo Destino,
Vila Propício.

ARS São Patrício – distribuição de equipes do PSF

| Município | População | PSF | PSB | ACS |
|--------------------|------------------|------------|------------|------------|
| Barro Alto | 5.973 | 02 | 01 | 20 |
| Campos Verdes | 7.012 | 03 | 01 | 30 |
| Carmo do Rio Verde | 7.834 | 02 | 01 | 18 |
| Ceres | 19.287 | 02 | 01 | 37 |
| Crixás | 14.092 | 04 | 01 | 35 |
| Goianésia | 49.724 | 10 | 05 | 80 |
| Guarinos | 2.741 | 00 | 00 | 00 |
| Ipiranga | 2.804 | 01 | 01 | 08 |
| Itapaci | 14.095 | 04 | 02 | 30 |
| Jaraguá | 33.891 | 04 | 01 | 31 |
| Morro Agudo | 2.487 | 01 | 01 | 07 |
| Nova América | 2.203 | 01 | 01 | 06 |
| Nova Glória | 9.002 | 02 | 01 | 16 |
| Pilar de Goiás | 3.157 | 01 | 01 | 09 |
| Rialma | 10.364 | 04 | 02 | 26 |
| Rubiataba | 18.255 | 02 | 01 | 30 |
| Santa Isabel | 3.554 | 01 | 01 | 13 |
| Santa R.N.Destino | 3.061 | 01 | 01 | 07 |
| Santa Terezinha | 11.436 | 04 | 00 | 30 |
| São Patrício | 1.839 | 01 | 01 | 08 |
| São Luis do Norte | 4.089 | 02 | 01 | 16 |
| Uirapuru | 3.038 | 01 | 01 | 08 |
| Uruana | 13.965 | 04 | 02 | 37 |
| Vila Propício | 4.573 | 02 | 01 | 11 |
| Total | 248.416 | 59 | 29 | 513 |

CONSTITUIÇÃO DO PÓLO:

Constituído, inicialmente, a partir de discussões envolvendo Ministério da Saúde, responsáveis do Pólo de Educação Permanente Estadual, Administrações Regionais de Saúde São Patrício, Norte e Uruaçu, Secretarias Municipais de Saúde de Ceres, Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia e Secretaria Municipal de Saúde de Crixás, Hospital São Pio X, CHPT(Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas), Universidade de Brasília, Universidade Católica de Goiânia, Universidade Estadual de Goiás, Coordenadores do Senac/Profae, Associação dos Diabéticos do Vale do São Patrício e Pastoral da Saúde(Diocese de Goiás), o Pólo do Médio Norte Goiano poderá no decorrer das atividades incluir outras instâncias vinculadas ao setor saúde.

Foi realizada no Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas – Hospital São Pio X, no dia 13 de Novembro de 2003, a primeira reunião com representantes das entidades acima citadas, para discutir e analisar o projeto do pólo.

CONSELHO GESTOR PROVISÓRIO:

O Conselho Gestor do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Médio Norte Goiano é uma instância deliberativa, política-acadêmica-administrativa para o planejamento e desenvolvimento de atividades de capacitação e formação em apoio às estratégias de implantação de Programas de Saúde dentro dos princípios que norteiam o SUS. O Conselho reúne gestores municipais, instituições formadoras, movimentos populares, usuários dos serviços de saúde e hospitais.

Representante do Pólo de Educação Permanente Estadual

Representante da Administração Regional de Saúde São Patrício

Representante da Administração Regional de Saúde Norte

Representante da Administração Regional de Saúde de Serra da Mesa

Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Ceres
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Crixás
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia
Representante da Secretaria de Saúde de Porangatu
Representante da Secretaria de Saúde de Alto Horizonte
Representante da Secretaria de Saúde de Uruaçu
Representante da Universidade de Brasília
Representante da Universidade Católica de Goiânia
Representante da Universidade Estadual de Goiás
Representante do Senac/Profae
Representante da Pastoral da Saúde
Representante da Associação dos Diabéticos
Representante dos Núcleos Temáticos
Representante do Hospital São Pio X
Representante do Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas
Representante do Centro de Educação Profissional de Saúde

OBJETIVOS DO CONSELHO GESTOR:

1. Exercer a direção do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Médio Norte Goiano e traçar suas diretrizes operacionais.
2. Manter programas de Educação Permanente – cursos de Especializações, Extensões, Seminários, Oficinas, Supervisões, Treinamentos em Serviço para profissionais de saúde e para outros segmentos da sociedade.
3. Elaborar o planejamento geral das ações do Pólo e definir os projetos prioritários de capacitação, formação e educação permanente em saúde segundo as necessidades regionais.

4. Aprovar os projetos do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Médio Norte Goiano, bem como acompanhar e avaliar a execução dos trabalhos.

5. Contribuir para formular e atualizar continuamente conceitos e práticas de saúde através de atividades interdisciplinares de pesquisa.

6. Contribuir para reformulação do ensino nos seus diferentes níveis (educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular), para propiciar a integração ensino-serviços.

7. Propor o estabelecimento de contratos, convênios e acordos dentro dos objetivos acima referidos, com outras instituições visando à captação de recursos extra-orçamentários necessários à manutenção dos programas, bem como para incrementar pesquisa e produção de conhecimentos.

8. Manter com recursos próprios advindos dos convênios e acordos estabelecidos, uma estrutura de apoio organizacional que assegure a permanência das atividades e a interdisciplinaridade do Pólo.

9. Desenvolver processos de educação que possibilitem a formação de profissionais de saúde, que busquem resgatar a dignidade da população atendida e de si mesmos enquanto cidadãos.

10. Estabelecer a articulação dos papéis da academia e dos órgãos/setores gestores dos serviços de saúde e das instâncias do controle social com relação à seleção dos conteúdos, produção de conhecimentos e desenvolvimento de competência profissional.

11. Instituir uma concepção pedagógica fundamentada na educação crítica para os projetos de educação permanente desenvolvidos.

12. Analisar e aprovar as prestações de conta das instituições executoras das atividades do Pólo e submetê-las às instâncias superiores.

13. Julgar e encaminhar os recursos e ele interpostos.

14. Emendar o presente regimento interno por deliberação de 2/3 de seus membros.

15. Deliberar sobre os casos omissos neste regimento, desde que não sejam de competência de outros órgãos.

16. Garantir a continuidade dos processos de educação permanente de forma descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar.

ESTRATÉGIAS DE FUNCIONAMENTO:

Núcleos temáticos:

Os núcleos temáticos serão formulados a partir da identificação e capacidade para atender demandas locoregionais. Inicialmente propomos cinco núcleos temáticos identificados como capazes de atender as demandas atuais por qualificação da atenção à saúde no âmbito do SUS.

I . Núcleo de Saúde da Família

II . Núcleo de Práticas Complementares de Atenção à Saúde

III . Núcleo de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde

IV . Núcleo de Formação acadêmica e pesquisa

V . Núcleo de Educação Popular

I NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Justificativa:

A partir de 1997 o Programa de Saúde da Família-PSF surge como a nova estratégia de promover uma mudança profunda no atual modelo assistencial.

O PSF busca através do trabalho em equipe uma ação próxima da comunidade, criando vínculos, modificando a atual centralização dos serviços de atenção básica à saúde. Esta proximidade permite uma abordagem assistencial mais eficaz, pois respeita o perfil epidemiológico de cada local. Este modelo avança, também, no controle social da população sobre os serviços, permitindo um ajuste constante das ações desenvolvidas.

A estratégia de SAÚDE DA FAMÍLIA representa uma maneira nova e diferente de pensar e organizar a assistência à saúde, tendo por foco de atenção não apenas o indivíduo mas também a comunidade e a família onde este está inserido. Suas principais características são (a) o trabalho em equipe com diversos profissionais envolvidos, com delegação e divisão de responsabilidades, de forma a mobilizar em benefício dos pacientes o conhecimento de múltiplas disciplinas, inclusive da realidade social local, além daquele trazido pelos próprios pacientes; (b) a abordagem integral dos problemas de saúde, de forma a contemplar as várias idades, diferentes tecnologias de procedimentos e as variadas situações de risco ao longo da vida; (c) o enfoque de risco, através do qual as pessoas são atendidas levando em consideração as suas diferenças em termos de práticas, estilos de vida e exposição aos fatores que alteram o equilíbrio da saúde.

É uma modalidade de Atenção Primária à Saúde, de nível de complexidade básico, porém não ausente ou apenas precário, com possibilidade de resolução local e imediata de grande parte dos problemas comuns de saúde das pessoas, bem como garantia de encaminhamento resolução dos casos que exijam de soluções diagnósticas e terapêuticas mais complexas.

Baseia-se também na organização territorial da prestação dos cuidados, detalhando este território sob a forma de recortes decrescentes, que variam desde a cidade, seus bairros ou setores, as quadras ou micro-áreas e, finalmente, os

domicílios. Tem ainda como pressupostos a humanização do atendimento, as práticas de saúde éticas, a responsabilização dos profissionais e das equipes, o vínculo entre os serviços e os pacientes, além de condições que garantam a permanência, a continuidade e a sustentabilidade das ações de saúde oferecidas à população.

SAÚDE DA FAMÍLIA representa, além do mais, um modo de produzir cuidados à saúde concretamente efetivo e testado em várias partes do Mundo, traduzido como uma estratégia viável, justa e defensável dos pontos de vista social, político, técnico e econômico para incrementar os indicadores de saúde e de qualidade de vida das populações.

A implantação do PSF demanda uma mudança no perfil dos profissionais envolvidos, principalmente médicos e enfermeiros, formados a partir de uma visão assistencial fragmentada em especialidades, centralizadora e distante da comunidade.

Ao avaliarmos o desenvolvimento do PSF no interior do Estado de Goiás, observamos que, além da incompatibilidade do atual perfil dos profissionais de saúde com a proposta do PSF, há uma grande rotatividade dos médicos e enfermeiros, os quais permanecem, em média, apenas dois anos no município em que trabalham. Observamos, também, um grande número de profissionais recém formados, com pouca ou nenhuma experiência em trabalho de equipe e pouco conhecimento dos programas utilizados na rede básica de saúde. Os programas atuais de capacitação das equipes do PSF no Estado de Goiás limitam-se ao introdutório I e II com conteúdos e carga horária insuficientes para atender as necessidades de formação dos profissionais envolvidos.

O Ministério da Saúde tem produzido grande quantidade de material instrucional para as ações básicas de saúde o qual não foi discutido com os profissionais de saúde a nível regional. A educação permanente unificará as ações de saúde e atualizará protocolos. Os conteúdos programáticos dos cursos deverão respeitar as necessidades criadas pela demanda regional..

O manual "SAÚDE DA FAMÍLIA, UMA ESTRATÉGIA PARA A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTÊNCIA" (1997) coloca:

“Educação Continuada e ou permanente”.

Para que se produza resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, de modo a poder atender as necessidades trazidas pelos dinamismos dos problemas. Além de possibilitar aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um importante mecanismo no desenvolvimento da concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, característica que fundamenta todo o trabalho do PSF”.

II . NÚCLEO DE PRÁTICAS COMPLEMENTARES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Justificativa:

O resgate de práticas tradicionais de saúde e o surgimento de novos modelos em cura e saúde à partir da segunda metade do século XX vem apontar para a necessidade de reflexão sobre as demandas reais da população no que tange os cuidados com a saúde. A falência do nosso modelo atual se dá, em grande parte, por uma deficiência da medicina oficial para responder as carências da sociedade e para dar conta da função que é delegada à medicina.

A medicina oficial, na busca de investigar, classificar e explicar antigas e novas, sobretudo as novas patologias, por métodos diagnósticos crescentemente sofisticados, esqueceu-se que era mais que um saber científico, isto é, que é também uma arte de curar sujeitos doentes.

E na arte de curar predomina a terapêutica sobre a diagnose. Deste ponto de vista, as medicinas tradicionais, com sua racionalidade terapêutica específica, inovam, no que se refere a paradigma, quanto aos seguintes aspectos:

- na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico.

- na re-situação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica.

-na busca de meios terapêuticos, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia curativa nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população.

-na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente e não sua dependência no tocante à relação saúde/enfermidade.

-na afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença.

O Ministério da Saúde definiu como uma das áreas prioritárias para o ano de 2004 a implantação de práticas complementares de atenção à saúde no âmbito do SUS. Esta priorização se baseia no evidente benefício que outras modalidades terapêuticas pode trazer para as populações assistidas. Assim, a fitoterapia, a homeopatia, a acupuntura e outras modalidades terapêuticas ganham visibilidade, devendo ser discutidos modelos de inserção destas práticas na rede assistencial.

III . NÚCLEO DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

Justificativa :

“O cenário atual do Sistema Único de Saúde indica a necessidade de mudanças no modelo de atenção e de gestão. Num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos bens de saúde permanece com grandes lacunas. Junta-se a isto o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe, a fragmentação do processo de trabalho e o esgarçamento das relações entre os diferentes atores, com precária interação nas equipes. Com isso,

uma diminuição do compromisso e da co-responsabilização na produção de saúde. É neste ponto que a humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção de saúde. Isto implica em mudança na cultura da atenção e da gestão dos processos de trabalho. Neste sentido a humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais, modos de trabalhar em equipe. Assim, o Ministério da Saúde toma a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” *.

Objetivos do núcleo temático da Humanização :

- Compreensão dos princípios da humanização na saúde.
- Aquisição de habilidades relacionais por parte dos cuidadores de saúde, desenvolvendo os princípios da ética de responsabilidade, da intersubjetividade.
- Incorporação de tecnologias humanizadoras na prática de atenção à saúde, como por exemplo, cuidados paliativos, humanização da atenção ao parto e nascimento, e outros.
- Instrumentalização de profissionais da área de saúde para a instituição de gestões mais participativas e, portanto, mais humanizadas.

IV. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO POPULAR

Justificativa :

Uma vez que se reconheça o avanço do processo de descentralização na saúde, torna-se necessária a estratégia de socializar conhecimentos e instrumentalizar as camadas populares, importantes atores no processo de produção de saúde e de construção do SUS.

O objetivo do núcleo de educação popular é contribuir para que os distintos segmentos sociais tenham acesso a informações e possam alargar os horizontes, começar a desenvolver uma perspectiva de mudanças do atual modelo assistencial e, à luz de conhecimentos apropriados, tornarem-se motivados a participar na construção de ações criativas e coletivas em prol da saúde, permitindo a criação de sujeitos fortalecidos na sua dignidade e cidadania e promovendo o controle social.

No contexto atual onde o Sistema Único de Saúde coloca os Municípios e outras Instituições formadoras como palco central da descentralização da saúde, o Núcleo de Educação Popular pretende ser uma iniciativa inovadora no âmbito da divulgação de informações e possibilidade de reflexão conjunta junto às comunidades envolvidas.

O Núcleo de Educação Popular tem o propósito de colocar à disposição das comunidades, informações que capacitem a população para atuar na saúde e na sociedade como agentes transformadores e construtores de um modelo de assistência humanizada, de qualidade, contribuindo também na articulação e no fortalecimento do SUS.

Metodologia:

O núcleo de Educação Popular será um pólo articulador e promotor de debates, seminários, workshops, oficinas, enfocando os principais temas em saúde e participação popular, como:

- Cuidados com a saúde nos ciclos de vida
- O saber popular sobre plantas medicinais
- Alimentação e hábitos de vida
- DSTs
- Participação nos conselhos locais e municipais de saúde

- Como funciona o SUS
- Outros

O núcleo prevê também a existência de um programa de rádio semanal “Vida e Saúde”, de difusão regional, interativo, com a participação de todas as cidades de abrangência do pólo.

Público alvo:

Movimentos populares de saúde, lideranças comunitárias, representantes de conselhos locais e municipais de saúde, membros da pastoral de saúde e demais pessoas interessadas, comunidades em geral.

V . NÚCLEO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E DE PESQUISA

Núcleo de estágios de alunos de graduação em medicina e enfermagem no hospital Pio X e nos programas de saúde da família da região.

Justificativa:

O trabalho realizado no hospital Pio X ao longo dos anos em convênios com universidades com UFMg e Unb tem possibilitado articular a educação, como resposta à realidade e as finalidades que orientam atualmente o sistema público de saúde. A educação em serviço ressalta o potencial pedagógico do trabalho cotidiano, orienta a aprendizagem enquanto um processo contínuo e de natureza participativa. Possibilita a articulação entre o fazer, o educar, o saber. Por integrar o individual, o grupal, o institucional e o social, o cognitivo e o afetivo, esse processo pedagógico pode representar um espaço comprometido com a transformação das práticas nos serviços de saúde.

A experiência atualmente em curso com os alunos do sexto ano de medicina da faculdade de medicina da Unb reforça a convicção que a participação

dos atores dos serviços e da comunidade na definição de conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos pelos estudantes tem sido essencial para que se revelem novos conteúdos e para que novas práticas (para responder aos novos problemas) sejam construídas.

Foi aberto um espaço para tratar de maneira mais integral temas e conteúdos, aumentando a chance de escapar das concepções reducionistas e, no caso da saúde, biologicistas.

A prática nos serviços e na comunidade tem se mostrado elemento fundamental para inverter a relação entre teoria e prática e para a construção ativa do conhecimento.

Parte do estágio é realizado no programa de saúde da família do município de Santa Isabel e parte no Hospital Pio X ; hospital de médio porte , que se constitui como referencia secundária para todo o meio norte Goiano.

Até o momento trabalhou-se pouco dentro dos hospitais , como se houvesse uma contradição antagônica entre diversificar cenário, ampliar a participação no nível primário e investir em mudanças na prática hospitalar. Trabalhou-se a contradição saúde/doença, expandindo o trabalho com a saúde de maneira significativa, mas não se conseguiu trabalhar adequadamente a transformação do espaço da doença. Ou seja, ao centrar os esforços de inovação e mudança quase exclusivamente na esfera da saúde, os projetos ainda não investiram esforços na necessária reinvenção da prática clínica, na reconstrução do aspecto cuidador da prática de todos os profissionais de saúde e deixaram de intervir de maneira sistemática nas práticas feitas nos outros níveis de atenção que não o primário. Parte do estagio a nível hospitalar permite não só esta reflexão, mas aprimorar, através do sistema de referencia e contra referencia, a proximidade e capilaridade principalmente com os programas de saúde da família

Objetivo geral :

Formação de cidadãos com capacidade de reflexão, de crítica e de ação transformadora. Para tanto a formação tem que ser humanística, preocupada não

apenas com os aspectos cognitivos mas com competências, atitudes e habilidades técnicas e humanas, como capacidade de comunicação, de cuidar, de escutar, de autoconhecimento, de ver o ser humano em seu contexto e em sua totalidade, potencialidade e diversidade econômica, social, política e cultural.

Objetivos específicos:

- 1 - Incorporar uma concepção mais ampla de saúde e a necessidade de estabelecer novos tipos de vínculos com a população e conhecimento profundo da realidade.
- 2- Promover a interdisciplinaridade como possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença.
- 3- Estabelecer uma parceria com os serviços de saúde e com a comunidade, que muito tem contribuído para abrir o mundo da academia ao mundo do trabalho e abrir os dois (academia e trabalho) ao mundo da vida. A mudança do processo de formação depende da mudança da prática profissional, que por sua vez depende da mudança do modelo de atenção e do papel dos vários sujeitos na produção da saúde. Esses são todos processos dialeticamente relacionados e interdependentes
- 4- Desenvolver a concepção de que os trabalhadores de saúde são cuidadores e desenvolvem uma tecnologia de construção de vínculos, de oferecer ao usuário os cuidados e a atenção de que ele necessita.
- 5- Ampliar o espaço para a responsabilização, o acolhimento e a autonomia progressiva dos usuários, como um dos elementos centrais da construção de um novo modelo de atenção e de uma nova clínica, de um novo tratamento para o espaço da doença.

Proposta pedagógica:

“Aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades

humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra a três precedentes”.

- Basear a proposta pedagógica numa relação entre sujeitos, em processos dinâmicos em que todos aprendem e que possibilitam o aperfeiçoamento contínuo de atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes e também dos preceptores .
- Incluir com particular destaque, a informação advinda da própria experiência profissional e a utilização das fontes pessoais de informação .
- Desenvolver habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações disponibilizadas em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas.
- Aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e assume que ela ocorre de forma dinâmica através da ação-reflexão-ação. Essa é a porta para que o processo de ensino-aprendizagem esteja extremamente vinculado aos cenários reais de prática e baseado nos problemas da vida real (Brandão, 1981). Na área da saúde, implica em que as atividades práticas estejam presentes ao longo de o estagio e cumpram o papel de “disparadores” do processo de busca/construção do conhecimento.
- Abordagens holísticas do processo saúde-doença, articulando os aspectos sociais, psicológicos e biológicos dos vários problemas abordados.

Recursos humanos:

Preceptor que - estimula a aprendizagem,
desperta motivações,
atua como facilitador centrado no processo e na pessoa.

Avaliação:

- 1- O empenho e desempenho dos estagiários serão alvo de um processo contínuo e formativo de avaliação desenvolvido pelo formador e pelos próprios estagiários, ao longo do decurso da Ação.
- 2- Elaboração de uma Memória Relato do trabalho autônomo e do impacto pessoal da Ação.
- 3 - Participação em atividades presenciais; produção de seminário e relatórios;
- 4- Frequência mínima de 85% nas atividades
- 5- Nota superior a sete, em escala de zero a dez.

Horário e local das aulas:

As atividades presenciais serão desenvolvidas, de segunda a quinta feira das 19 as 20,30, no espaço educativo do Hospital São Pio X - o CHPT, e as atividades práticas em serviços de saúde no período da manhã ou tarde com agendamento prévio em um total de 280 horas durante dois meses.

Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos no Polo de Educação Permanente em Saúde do Meio Norte Goiano

- I - O Polo de Educação Permanente em Saúde do Meio Norte Goiano acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no colegiado de gestão do Pólo.
- II - Cada projeto deve apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;
- III - Cada projeto deverá apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo.

- IV - Cada projeto deverá apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;
- V - Cada projeto deve explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;
- VI - Cada projeto deve explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, o princípio de Atenção Integral à Saúde e a noção de Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (noção de saúde da família no conjunto dos serviços de saúde);
- VII - Cada projeto deve explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;
- VIII - Cada projeto deve explicitar a multiprofissionalidade e a transdisciplinaridade nas propostas;
- IX - Cada projeto deve indicar os responsáveis pela implementação de cada uma das ações previstas, com custos e plano de aplicação, bem como o órgão executor do orçamento de cada ação para fins de contratualização;
- X - Cada projeto deve ser encaminhado à secretaria do Polo, localizada na cidade sede(Ceres), onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes pactuadas, com vistas à sua acreditação/validação. Para a proposição que não apresentar as condições de acreditação/validação, será estabelecida interlocução com a entidade proponente no sentido de seu ajustamento às diretrizes da política de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas no Pólo.
- XIV - Cada parceiro institucional deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso, de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional, estabelecidas pelo Pólo.

**PROPOSTAS DE CURSOS DO PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO
MEIO NORTE GOIANO PARA 2004**

Educação Permanente do Programa de Saúde da Família

Curso I - Introdutório I

É o primeiro módulo de formação, obrigatório à todos os novos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família.

Constitui um dos pilares da capacitação das Equipes de Saúde da Família, abordando os princípios e diretrizes do SUS, bases doutrinárias da atenção primária a saúde, desenvolvimento do trabalho em equipe, processo de territorialização, diagnóstico da saúde da população adscrita e desenvolvimento de técnicas de mobilização social.

Coordenação: Enfª. Ise Fernandes de Macedo e Dr. Fernando Corso

Objetivo Geral:

Introdução geral ao PSF.

Objetivos Específicos:

- Apresentar e discutir as políticas de saúde no Brasil, em especial a constituição do SUS.
- Conhecer a estratégia do Programa de Saúde da Família e discutir a postura de humanização à assistência.
- Aprender à usar instrumentos para a construção de um diagnóstico em saúde, planejamento estratégico e gestão em saúde.
- Introduzir a formação para o trabalho em equipe e educação popular.

Metas :

Formação de 100% dos novos profissionais de saúde de nível superior, que ainda não realizaram o Introdutório I, componentes das equipes dos PSFs nas ARS São Patrício,ARS Serra da Mesa e ARS Norte.

Programação :

| Módulo | Programação | Carga horária | Características |
|---------------|--|----------------------|------------------------|
| I | Políticas de Saúde no Brasil e Estratégia Saúde da Família | 16 h. | ▪Concentração |

| | | | |
|-----|---|------------------------------------|--|
| II | Diagnóstico em Saúde, Vigilância Epidemiológica e SIAB | 16h.Concentração. 16h.Dispersão | ▪Atividades em sala e de campo, em regime de <i>concentração e dispersão</i> |
| III | Planejamento Estratégico e Avaliação do Diagnóstico em Saúde. | 16h.Concentração. 16h.Dispersão | ▪Atividades em sala e de campo, em regime de concentração e dispersão. |
| IV | Avaliação do Planejamento Estratégico e Educação em Saúde | 16h. | ▪Atividade em sala de aula. |

Total de horas/aula: 64 h.concentração

Metodologia:

O Curso Introdutório I utilizará a metodologia da problematização, buscando uma interação entre instrutor e aluno, discussão de casos, trabalho em grupo e individual.

Utilizaremos módulos instrucionais quinzenais, que permitirão a formação em serviço. além de contribuir para uma avaliação crítica dos resultados alcançados; analisando os dados epidemiológicos e operacionais do programa em desenvolvimento.

As equipes de PSF serão divididas em grupos de 30 alunos.

Cada módulo será desenvolvido em dois dias(16 h.), uma vez por semana.O intervalo entre os módulos(7 dias) será utilizado para o trabalho de campo.

O material instrucional será o mesmo utilizado nas Ações Básicas de Saúde, oferecido pelo Ministério da Saúde. Os temas que não dispuserem de material próprio utilizarão material elaborado pela coordenação do programa.

Avaliação:

Os alunos serão avaliados durante sua participação no curso observando os seguintes critérios: participação, pontualidade e realização de tarefas.

Será realizada uma avaliação crítica dos resultados alcançados em cada município, analisando os dados epidemiológicos e operacionais dos programas em desenvolvimento.

Compromisso das entidades participantes:

Administração Regional de Saúde São Patrício: Entidade Responsável. Participa na organização e com docentes.

- Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas: Entidade Participante. Participa cedendo espaço físico para a secretaria do curso, telefone, e um micro-computador.
- Secretarias de Saúde dos Municípios das ARS. : Entidades Participantes. Participam transportando os profissionais de saúde dos seus municípios para o local dos cursos.
- Hospital São Pio X: Entidade Participante. Participa com docentes.

Cronograma:

O Introdutório I será realizado semestralmente. Nos meses de março e setembro de 2004. Será realizado um curso em cada semestre, abrangendo as três ARS.

Planilha de Custos- Introdutório I

| Descrição | Valor de Referência | Base de Cálculo | Valor Total (R\$) |
|---|----------------------|---|--------------------|
| Diárias para os instrutores - para os dois cursos | R\$ 70,00 | 105,00 (uma diária meia) x 4 módulos x 2 cursos | 840,00 |
| Hora/aula | R\$ 50,00 | 50,00 x 64h. x 2 pessoas x 2 cursos | 6.400,00 |
| Diárias para os participantes- duas turmas de 30 alunos | R\$ 70,00 | 105,00 (uma diária e meia) x 4 módulos x 2 cursos | 840,00 |
| Reprodução de material | R\$ 0,20 por xerox | 0,20 x 400 copias x 60 participantes | 4.800. 00 |
| Material de consumo | R\$ 500,00 por curso | 500,00 x 2 cursos | 1.000. 00 |
| Coffee break | 6,00 por pessoa | 6,00 x 2 cursos x 60 pessoas por curso | 720,00 |
| Aluguel do auditório para o curso | 100,00 por dia | 100,00 x 16 dias | 1.600,00 |
| Total | | | 16.200,00 |

OBS: Os custos com: material permanente , equipe de coordenação, secretaria, monitores e consultoria pedagógica , referentes aos cursos I e II do núcleo temático do Programa de Saúde estão discriminados na planilha de custos do Introdutório II –Especialização da Família.

Curso II - Introdutório II - Especialização em Saúde da Família

Coordenação: Dr. Fernando Corso e Enf^a Ise Fernandes de Macedo

Objetivo geral:

O objetivo geral do presente Programa de Educação Permanente em Saúde da Família é formar profissionais de saúde, de nível superior, médicos, enfermeiros e odontólogos, para desempenharem suas atividades profissionais em unidades básicas de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual tendo como referência a humanização da assistência à saúde.

Objetivos específicos:

- Discutir o papel do profissional de saúde e estratégias de atuação com vistas à reformulação do modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS.
- Capacitar para o processo de gestão local de sistemas de saúde, observando a concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade, racionalidade das ações e humanização das relações.
- Aprimorar a capacidade dos participantes para o trabalho em equipe e interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde em sua área de abrangência.

- Capacitar clínica e administrativamente os participantes para uma apropriada atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher e do adulto em geral e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar.
- Capacitar para o pronto e adequado diagnóstico das doenças mais frequentes na sua localidade de trabalho.
- Capacitar clínica e operacionalmente os participantes para a implantação de práticas complementares na rede de atenção básica.
- Capacitar para a interação profissional-comunidade, profissional-família e profissional-indivíduo dentro dos princípios da humanização da assistência à saúde.

Metodologia:

O programa de Educação Permanente utilizará a metodologia da problematização, buscando uma interação entre instrutor e aluno, discussão de casos, trabalho em grupo e individual.

O material instrucional será o mesmo utilizado nas Ações Básicas de Saúde, oferecido pelo Ministério da Saúde. Os temas que não dispuserem de material próprio utilizarão material elaborado pela coordenação do programa.

As equipes de PSF serão divididas em grupos de 30 alunos.

Serão 10 grupos de alunos assim divididos:

ARS São Patrício: 4 grupos

ARS Serra da Mesa: 3 grupos

ARS Norte: 3 grupos

Cada módulo será desenvolvido em dois dias(16 h.), uma vez por semana.O intervalo entre os módulos(30 dias) será utilizado para o trabalho de campo.

Os grupos serão abertos, ou seja, cada novo profissional que integrar uma equipe de PSF fará parte de um grupo, independentemente do tempo já percorrido.

Diretrizes e fundamentos para a intervenção em saúde:

A abordagem proposta pressupõe os seguintes aspectos, a serem contemplados na organização e na metodologia do curso:

1. A *compreensão globalizadora* do fenômeno saúde-doença visto como processo não só biológico-individual como social e histórico. Assim, além das relações de causalidade ou multicausalidade normalmente privilegiadas na biologia e na clínica, desde a época de Pasteur, é essencial a compreensão do processo de *determinação estrutural* dos problemas de saúde, o que se torna possível através do conhecimento da estrutura da sociedade, de sua história, de suas relações de classe e de produção.
2. A compreensão do que é *integralidade*, traduzida pela abordagem dos problemas de saúde em qualquer situação existencial, de risco, geográfica, etária, etc. Pressupõe-se, assim, uma fundamentada contextualização dos ambientes físico e social, com integração dos aspectos físicos, mentais e sociais, além de individuais e coletivos dos processos de adoecimento e morte das pessoas.
3. O *raciocínio clínico baseado em evidências*.
4. A utilização consciente e fundamentada de *metodologias de problematização* com soluções baseadas na realidade.
5. A abordagem ao mesmo tempo *coletiva e individual*, vista através do seu caráter de processo, tendo o planejamento e a epidemiologia como ferramentas na gestão e a vigilância a saúde como estratégia de organizar a assistência. Do ponto de vista *individual*, importa partir do contexto familiar e social, porém sem ignorar ou abstrair o indivíduo.
6. A *educação em saúde* como prática que deve romper com o formalismo e o pontualismo e ser direcionada para a mobilização social.
7. A *organização e dinâmica familiares* e os fatores do contexto familiar e saúde devem ser enfatizados.

8. O princípio do *ciclo de vida*, como norteador da organização dos conteúdos, associado às metodologia de raciocínio baseado em evidências.
9. As *especificidades de gênero* devem ser reconhecidas e respeitadas na ação.
10. Ênfase na *melhoria da qualidade de vida* das pessoas e das comunidades.
11. A compreensão dos *processos de trabalho* dos indivíduos e da equipe, com inclusão de práticas alternativas e especializadas e o desenvolvimento de relações de complementaridade solidariamente construídas entre os membros da equipe de Saúde da Família.
12. A busca de soluções e estratégias viáveis do ponto de vista técnico, econômico e social para a *organização de serviços*, entre as quais se incluem o desenvolvimento de protocolos assistenciais, o trabalho em equipe sob monitoramento e avaliação, a ênfase nas ações básicas de saúde e nos conceitos e práticas de *população-alvo*, *cadastramento*, *calendários de atendimento*, *agendamento*, *clientela e sua captação*, *consulta individual e coletiva*, *visita domiciliar*, *atividades comunitárias*, *cenários diversificados de atuação da equipe*, etc..
13. Humanização da assistência na rede de cuidados progressivos como “pano de fundo” das ações de prevenção e promoção de saúde.

O modelo tecno-assistencial em saúde:

O conjunto de princípios e diretrizes de intervenção em saúde enunciado nas linhas acima tem sido tratado e adaptado por diversos autores em diversas situações empíricas, desenvolvendo-se não mais como uma mera utopia intelectual, mas como um conjunto de práticas socialmente e tecnicamente aceitas e eficazes. No âmbito da Unicamp (MERHY), por exemplo, foi desenvolvida e sistematizada a proposta que recebeu o nome de *Modelo Tecno-assistencial em Defesa da Vida*, que parece bastante adequado para os presentes objetivos.

Em defesa da vida tem como pressupostos uma concepção de saúde que incorpora os determinantes sociais e coletivos do processo saúde-doença e a defesa da saúde como direito universal, associado à qualidade e à autonomia.

Apóia-se também em: (a) um conceito de *necessidade em saúde*, traduzido não como mero objeto de mercado, mas sim como algo singular, referente ao indivíduo, em seus inseparáveis aspectos biológicos, culturais e psico-sociais; (b) um conceito de *integralidade das ações*, representado pela articulação de saberes e práticas de diferentes profissionais, uma nova organização do trabalho que incorpora o conhecimento clínico e o epidemiológico, no sentido de perceber e cuidar do indivíduo como um todo. Seus princípios se operacionalizam mediante oito eixos, a saber:

1. Acesso e acolhimento
2. Vínculo e responsabilização
3. Resolutividade
4. Gestão democrática e controle social
5. Trabalho em equipe para a *produção do cuidado*
6. Projeto terapêutico
7. Enfoque de risco
8. Abordagem dos problemas de saúde mediante os *ciclos vitais* (Criança, Adolescência, Vida Adulta, Gravidez e Puerpério, Idoso)

Avaliação:

Os alunos serão avaliados durante sua participação no curso observando os seguintes critérios: participação/interesse; conhecimento técnico, postura e assiduidade/pontualidade.

Será realizada uma avaliação crítica dos resultados alcançados em cada município, analisando os dados epidemiológicos e operacionais dos programas em desenvolvimento.

Metas:

Formação de 100% dos profissionais de saúde de nível superior, componentes das equipes dos PSFs nas ARS São Patrício, ARS Serra da Mesa e ARS Norte.

Local dos Cursos:

ARS Norte: Cidade de Porangatu

ARS São Patrício: CHPT, Hospital São Pio X, Ceres, Goiás.

ARS Serra da Mesa: CHPT, Hospital São Pio X, Ceres, Goiás

Programação:

1. Ciclo Vital da Criança
2. Ciclo Vital do Adolescente
3. Ciclo Vital do Adulto
4. Ciclo Vital da Gestante e da Puérpera
5. Ciclo Vital do Idoso

Carga horária: 176 horas- 11 módulos de 16h.

A organização dos conteúdos em Unidades e Núcleos Temáticos (Ciclos de Vida)

Os núcleos temáticos correspondem aos ciclos de vida (Criança, Adolescente, Adulto, Gravidez e Puerpério, Idoso). A organização e o conteúdo do núcleo temático deve, necessariamente, estar em sintonia com os princípios como também com as diretrizes pedagógicas e clínicas de intervenção comentadas nas linhas acima. Assim, cada núcleo deve se iniciar com a *caracterização* do ciclo de vida, do ponto de vista demográficos, epidemiológicos, clínicos, sob o enfoque dos fatores de risco, tendo como parâmetro de definição a realidade local. Além disso, tópicos relacionados à dinâmica da organização do atendimento devem ser contemplados, como por exemplo, os procedimentos, calendários, rotinas e

protocolos, além das agendas de atendimento concernentes ao ciclo de vida em questão.

As condições clínicas (doenças, síndromes ou, de preferência, *problemas de saúde*) serão abordadas não de forma enciclopédica livre (como normalmente se faz nos cursos de clínica) mas obedecendo aos critérios de:

- *Prevalência*: a condição é freqüente na população da área de abrangência?
- *Impacto*: a morbidade, a mortalidade ou a incapacitação são relevantes?
- *Governabilidade*: há disponibilidade ou viabilidade de recursos humanos, tecnológicos, institucionais e outros para intervenção sobre o problema?
- *Exemplaridade*: é possível transportar o aprendizado desenvolvido face à condição para outros problemas diferentes?

Mostra-se abaixo a programação de cada um dos núcleos temáticos.

CICLO VITAL DA CRIANÇA

Objetivo geral:

Compreender os fatores de risco individuais e coletivos incidentes sobre as condições de saúde e doença da Criança, assim como as respectivas condições clínicas mais relevantes, de modo a intervir com racionalidade, qualidade e humanização, buscando também valorizar o papel da criança na família e na comunidade, de forma integral e resolutive nos respectivos problemas de saúde.

Conteúdos:

- 1- Caracterização demográfica e epidemiológica do ciclo vital: morbimortalidade, fatores ambientais estilos de vida, análise da oferta de serviços locais;

- 2- Caracterização dos aspectos biológicos e psico-sociais, crescimento e desenvolvimento infantil.
- 3- Promoção da saúde e medidas de prevenção na infância, com ênfase no aleitamento materno, saúde bucal, alimentação saudável.
- 4- A abordagem das doenças prevalentes na infância através da estratégia AIDPI,
- 5- Calendários de atendimento à criança, procedimentos compatíveis, atendimento de demanda versus atendimento programado na infância.
- 6- Abordagem dos problemas mais freqüentes na Infância:
 - No recém nascido: baixo peso, prematuridade, doenças congênitas e outros.
 - Principais problemas com conduta cirúrgica.
 - Tumores na Infância: identificação, sinais de alerta, condutas.
 - Crises convulsivas: identificação, manejo.
 - Acidentes e violência: acidentes domésticos e de trânsito, maus tratos, abuso sexual, intoxicação exógena, abordagem e identificação de risco.
 - Principais urgências clínicas e cirúrgicas: trauma, dor abdominal, reação alérgica aguda, bronquite (asma), desidratação, crise convulsiva.
 - Outros problemas relevantes na prática pediátrica: cefaléias, anemias, obesidade, desnutrição, problemas dermatológicos, distúrbios de comportamento, deficiência (física e mental).
7. Práticas Complementares de Atenção à Saúde da criança na rede básica.
8. Assistência humanizada à saúde da criança.

Carga horária: 32 horas – 2 módulos de 16 horas

CICLO VITAL DO ADOLESCENTE

Objetivo geral:

Compreender os fatores de risco individuais e coletivos incidentes sobre as condições de saúde e doença do Adolescente, assim como as respectivas

condições clínicas mais relevantes, de modo a intervir com racionalidade, qualidade e humanização. A proposta busca valorizar o papel da do adolescente na família e na comunidade, de forma integral e resolutiva nos respectivos problemas de saúde.

Conteúdos:

1. Caracterização demográfica e epidemiológica do ciclo vital: morbimortalidade, fatores ambientais, estilos de vida, análise da oferta de serviços locais.
2. Caracterização dos aspectos biológicos e psico-sociais na adolescência.
3. Promoção da saúde e medidas de prevenção na adolescência com ênfase na sexualidade, estilos de vida saudáveis, relacionamento inter-pessoal e familiar.
4. Calendários de atendimento ao adolescente, procedimentos concernentes demanda versus atendimento programado.
5. Abordagem dos problemas mais frequentes na Adolescência:
 - Principais problemas cirúrgicos na Adolescência.
 - Identificação e manejo das crises convulsivas.
 - Acidentes e violências: acidentes domésticos e de trânsito, sexualidade, abuso de drogas e outras «causas externas» comuns neste ciclo de vida.
 - Principais urgências clínicas e cirúrgicas: trauma, intoxicações exógenas, dor abdominal, reação alérgica aguda, crise convulsiva.
6. Problemas relevantes na prática clínica: cefaléias, obesidade, problemas dermatológicos, distúrbios de comportamento, drogas, gravidez não planejada, DST/AIDS, comportamentos de risco, outros problemas da puberdade.
7. Práticas Complementares de Atenção à Saúde do adolescente na rede básica.
8. Assistência humanizada à saúde do adolescente.

CICLO VITAL DO ADULTO

Objetivo geral:

Compreender os fatores de risco individuais e coletivos incidentes sobre as condições de saúde e doença do indivíduo adulto, bem como as respectivas condições clínicas relevantes, de modo a intervir racionalmente, com qualidade e humanização, valorizando a participação do indivíduo, de sua família e da comunidade, de forma integral e resolutiva sobre os respectivos problemas de saúde.

Conteúdos:

1. Caracterização demográfica e epidemiológica do ciclo: morbidade e mortalidade; fatores ambientais, estilos de vida; análise da oferta de serviços locais.
2. Caracterização biológica e clínica da idade adulta.
3. Fatores de risco.
4. Prevenção, educação e promoção da saúde na idade adulta. Estilos de vida saudáveis: tabagismo, atividade sexual, alcoolismo, alimentação, saúde bucal, stress, etc
5. Estratégias de abordagem: diagnóstico x problemas; demanda x atendimento programado. Medicina baseada em evidências.
6. Calendários de atendimento na idade adulta; caracterização de procedimentos; atendimento de demanda *versus* atendimento programado.
7. Protocolos de atendimento: princípios gerais adequados ao ciclo de vida.
8. Situações clínicas relevantes na idade adulta (mediante critérios de *prevalência, impacto, exemplaridade e governabilidade*):

- a. Situações relevantes para a Mulher Adulta (menopausa, problemas menstruais, leucorréias, planejamento familiar).
 - b. Programas clássicos (hipertensão arterial, diabetes, AIDS, tabagismo, alcoolismo, abuso de drogas, prevenção de câncer, DST, obesidade, hanseníase, tuberculose, doenças endêmicas).
 - c. Urgências e Emergências (trauma craniano, reação alérgica aguda, edema agudo do pulmão, asma, convulsão, síncope, acidente vascular cerebral).
 - d. Abordagem por problemas relevantes (exemplos: dor torácica, dor abdominal, dor lombar, tosse, dispnéia, disúria, cefaléia, anemia, obesidade, fadiga, distúrbios comportamentais, problemas dermatológicos).
 - e. Saúde do Trabalhador.
 - f. Práticas Complementares de Atenção à Saúde do adulto na rede básica
 - g. Abordagem psico-social-econômica das demandas aos serviços de saúde.
9. Práticas Complementares de Atenção à Saúde do adolescente na rede básica
10. Assistência humanizada à saúde do adulto.

Carga horária: 64 horas- 4 módulos de 16h.

CICLO VITAL DA GESTANTE E DA PUÉRPERA

Objetivo geral:

Compreender os fatores de risco individuais e coletivos incidentes sobre as condições de saúde e doença da mulher gestante e da puérpera, bem como as respectivas condições clínicas relevantes, de modo a intervir racionalmente, com qualidade e humanização, valorizando a participação da mulher, de sua família e da comunidade, de forma integral e resolutiva.

Conteúdos:

1. Caracterização demográfica e epidemiológica do ciclo vital: morbidade e mortalidade; fatores ambientais, análise da oferta de serviços locais.
2. Caracterização biológica e clínica da gestação e do puerpério. A atenção primária à gestante de baixo risco.
3. Fatores de risco gestacional e seu diagnóstico precoce.
4. Prevenção, educação e promoção da saúde na gestação e no puerpério; estilos de vida saudáveis, escolha da via de parto, preparação para o parto, tabagismo, atividade sexual, , alimentação, saúde bucal, stress, etc
5. Calendários de atendimento na gestação e no puerpério.; caracterização de procedimentos; atendimento de demanda *versus* atendimento programado.
6. Protocolos de atendimento: princípios gerais adequados à gestação e ao puerpério..
7. Situações clínicas relevantes na gestação e do puerpério.
 - Infecções puerperais e outras complicações
 - Gestação de alto risco
 - Sangramento vaginal
 - Doenças sexualmente transmissíveis
 - Sexualidade e gestação
8. Práticas Complementares de Atenção à Saúde da gestante e puérpera na rede básica.
9. Assistência humanizada à saúde da gestante e puérpera.
10. Noções de atenção humanizada ao Parto e Nascimento.

Carga horária: 32 horas - 2 módulos de 16 horas

CICLO VITAL DO IDOSO

Objetivo geral:

Compreender os fatores de risco individuais e coletivos incidentes sobre as condições de saúde e doença do indivíduo idoso, bem como as respectivas condições clínicas relevantes, de modo a intervir racionalmente, com qualidade e humanização, valorizando a participação do idoso, de sua família e da comunidade, de forma integral e resolutiva.

Conteúdos:

1. Caracterização demográfica e epidemiológica do ciclo vital: morbidade e mortalidade; fatores ambientais, análise da oferta de serviços locais.
2. Caracterização biológica e clínica do envelhecimento..
3. Fatores de risco entre os idosos. Autonomia e independência como metas.
4. Prevenção, educação e promoção da saúde entre os idosos: estilos de vida saudáveis, atividade sexual, , alimentação, exercícios, saúde bucal, etc
5. A abordagem baseada em problemas. As peculiaridades do idoso doente.
6. Calendários de atendimento.; caracterização de procedimentos; atendimento de demanda *versus* atendimento programado.
7. Protocolos de atendimento: princípios gerais adequados ao ciclo de vida. «Boas práticas» em Geriatria.
8. A capacitação dos cuidadores de idosos.
9. Situações clínicas relevantes em Geriatria:
 - Depressão
 - Transtornos de memória e confusão mental
 - Incontinência urinária
 - Quedas
 - Restrição ao leito e fragilidade geral

- Sexualidade
- Osteoporose e reposição hormonal
- Neoplasias

10. Práticas Complementares de Atenção à Saúde do idoso.

11. Assistência humanizada à saúde do idoso.

12. Cuidados Paliativos

Carga horária: 32 horas - 2 módulos de 16 h.

Avaliação:

Os alunos serão avaliados durante sua participação no curso observando os seguintes critérios: participação, pontualidade e realização de tarefas.

Será realizada uma avaliação crítica dos resultados alcançados em cada município, analisando os dados epidemiológicos e operacionais dos programas em desenvolvimento.

Cronograma

O Introdutório II será realizado anualmente. Início em fevereiro de 2004 e término em dezembro de 2004.

Compromisso das entidades participantes:

- Administração Regional de Saúde São Patrício: Entidade Responsável. Participa na organização, com docentes e no transporte de docentes até a ARS Norte.
- Universidade de Brasília: Entidade participante. Participa com docentes
- Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas: Entidade Participante. Participa cedendo espaço físico para a secretaria do curso, telefone, e um micro-computador.

- Secretarias de Saúde dos Municípios da ARS. : Entidades Participantes. Participam transportando os profissionais de saúde dos seus municípios para o local dos cursos.
- Hospital São Pio X: Entidade Participante. Participa com docentes e com área de estágio (Hospital).

Planilha de custos – Introdutório II

| Descrição | Valor de Referência | Base de Cálculo | Valor Total (R\$) |
|---|----------------------------|---|---------------------------|
| Diárias para os instrutores de dez turmas | R\$ 70,00 | 105,00 (uma diária meia) x 10 pessoas x 11 meses | 11.550,00 |
| Hora/aula | R\$ 50,00 | 50,00 x 176h.x 10 turmas | 88.000,00 |
| Diárias para os participantes- dez turmas | R\$ 70,00 | 105,00 (uma diária e meia) mensal x 280 alunos x 11 meses | 323.400,00 |
| Reprodução de material | R\$ 0,20 por xerox | 0,20 x 500 copias x 280 participantes | 28.000. 00 |
| Material de consumo | R\$ 500,00 por curso | 500,00 x 10 cursos | 5.000. 00 |
| Coffee break | 6,00 por pessoa | 6,00 x 280 pessoas x 11 meses x dois dias | 36.960,00 |
| Aluguel do auditório para o curso | 100,00 por dia | 100,00 x 14 dias x 11 meses | 15.400,00 |
| Coordenação Técnica | R\$ 50,00 a hora | 50,00 x 80 h./ mês x 11 meses | 44.000,00 |
| Coordenação técnica e financeira | R\$ 50,00 a hora | 50,00 x 80h./ mês x 11 meses | 44.000,00 |
| Secretária | 1.000,00/mês | 1.000,00 x 11 meses | 11.000,00 |
| Monitores (3) | 500,00/mês | 500,00 x 11 meses | 16.500,00 |

| | | | |
|----------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------|
| Maq.copiadora e impressora | | | 2.500,00 |
| Maq.Data Show | | | 15.000,00 |
| Micro computador | | | 2.500,00 |
| Consultoria Pedagógica | R\$ 60,00 a hora | 60,00 x 16 h./ mês x 11 meses | 10.560,00 |
| Total | | | 628.560,00 |

Curso de Fitoterapia na rede pública de saúde

Introdução :

Desde a resolução de Alma-Atha em 1976, a Organização Mundial de Saúde tem expressado aos seus países membros a sua posição a respeito da necessidade de revalorizar a utilização de plantas medicinais dentro do âmbito sanitário, atenta ao fato de que 80% da população mundial depende das mesmas no que se refere a atenção primária em saúde.

O sistema único de saúde no âmbito municipal e estadual vem a aproximadamente treze anos, implantando a fitoterapia nos Programas Municipais e Estaduais de assistência farmacêutica, visando diminuir os custos com medicamentos sintéticos e atender a uma expectativa dos técnicos e da comunidade. Com estas iniciativas já contamos com cerca de 2000 municípios envolvidos neste trabalho.

Durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida de 2 a 6 de setembro de 1998, foi elaborado um relatório onde consta no item 80.2 (pág.35) as seguintes deliberações: os gestores dos SUS devem estimular e apoiar pesquisas realizadas em parceria com universidades públicas, que analisem a efetividade das práticas populares alternativas em saúde com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa; no item 286: - As secretarias municipais

de saúde, com a colaboração técnica e financeira do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, devem garantir a atenção integral à saúde (...) e no que tange a terapias alternativas (item 286.12) – incorporar no SUS, em todo o país, práticas de saúde com a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares; no item 35.1.10: - Política de Medicamentos: O ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia e a homeopatia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com trabalhadores em saúde e os especialistas nas cidades onde existe maior participação popular com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares.

A Reforma Sanitária em curso no nosso País tem possibilitado a reflexão sobre o modelo assistencial vigente e conseqüentemente, a implantação de novos modelos e experiências, visando não só a melhoria da qualidade da assistência à população, como também a transformação do sistema de saúde vigente no Brasil.

A introdução da fitoterapia na rede pública é uma destas experiências.

Com um enfoque que retoma a discussão em torno e do processo de conscientização do papel social de cada indivíduo, da relação médico-paciente, do conceito de saúde/doença a fitoterapia busca aliar um alto grau de resolutividade a um baixo custo de investimentos.

O compromisso com a saúde do indivíduo possibilita-nos compreender o direito à saúde não só como uma questão de cidadania, mas essencialmente como o natural da espécie. Sendo assim, a garantia do acesso a uma grande parcela da população que está alijada da mesma por questões econômicas, financeiras, sociais e que depende do SUS para seu atendimento em nosso País, é um direito de vida.

A implantação da fitoterapia na rede pública deve ser pautada na universalização dos serviços públicos.

É neste cenário que o Centro de Terapias Naturais (CTN) do Hospital São Pio X, com sua experiência hospitalar e ambulatorial, sempre ligados às comunidades e movimentos populares, propõe ser um centro formador para implantação de fitoterapia na rede pública de saúde.

O nosso serviço dispõe para isso:

- a. Experiência de aproximadamente 30 anos em fitoterapia, onde junto com as comunidades locais e da diocese de Goiás, já elaborou duas cartilhas populares de fitoterapia.
- b. Um centro de terapias naturais com:
 1. uma farmácia de manipulação de plantas medicinais
 2. horta de plantas medicinais
- c. Equipe de profissionais (médicos, farmacêutico, técnicos de enfermagem, jardineiros...) com longa experiência prática no serviço de fitoterapia, preparados para mostrar a relevante contribuição que a fitoterapia traz para a área de Saúde, mais especificamente para área da Saúde Pública

2) Justificativa

A decisão de implantar um programa de atendimento fitoterápico na rede pública de saúde deve levar em conta alguns parâmetros ligados diretamente à estruturação dos serviços de atenção à saúde, tais como: eficiência dos procedimentos, recursos tecnológicos envolvidos, custos de implantação e manutenção do programa, resolutividade, satisfação da clientela e outros mais.

Dentro do atual panorama da saúde pública brasileira, de recursos escassos e necessidades crescentes dos usuários do sistema, é importante que as questões acima colocadas sejam adequadamente equacionadas, permitindo uma otimização dos recursos disponíveis e uma resposta eficiente às demandas da clientela. Neste sentido, a proposta de trazer a fitoterapia para dentro dos serviços da rede de saúde pública pode representar uma iniciativa adequada a esta realidade pois:

- possui tecnologia adequada à satisfação das necessidades de saúde da população, resgatando os princípios éticos de relacionamento serviço-usuário, a um custo de financiamento condizente com as condições socio-econômicas e culturais do País;
- é de grande aceitação, demonstrando eficiência e resolutividade;

- a utilização dos recursos humanos e materiais já existentes propiciam sua distribuição de maneira universal e igualitária;
- a visão que a fitoterapia possui do ser humano permite que os valores inerentes à prática médica integral possam ser revitalizados garantindo um vínculo importante para o paciente;
- a fitoterapia possibilita o resgate da relação médico-paciente e a promoção de saúde do indivíduo, no que se refere à prevenção de doenças, a desmedicalização e a percepção que o indivíduo possui de si mesmo e do meio em que está inserido.
- É uma prática que esta incorporada na vida do povo, principalmente daqueles mais humildes.

3) Objetivo Geral:

Oferecer aos profissionais envolvidos no Programa de Saúde da Família e outros ligados à rede pública, subsídios mínimos necessários para que a prática da fitoterapia possa ser implantada, consolidada e avaliada no Sistema Único de Saúde.

4) Cronograma de execução:

Os cursos serão ministrados em quatro etapas,

- a. fitoterapia: uma abordagem humanizada.
- b. fitoterapia na atenção primária à saúde.
- c. manipulação básica de medicamentos fitoterápicos e como montar a horta de plantas medicinais.
- d. projeto de implantação da fitoterapia na rede pública de saúde.

Cada etapa será ministrada em 20 horas.

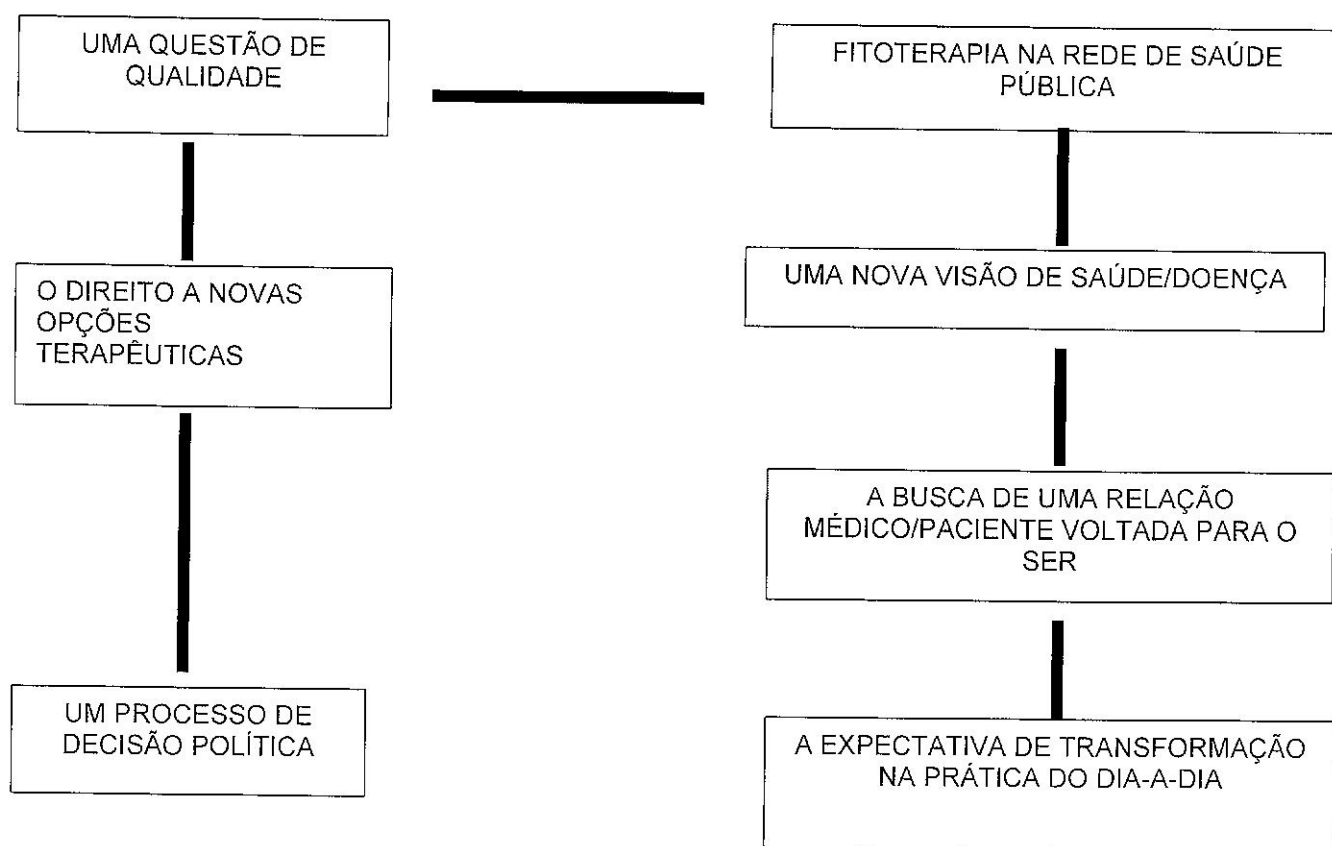
5) Conteúdo programático dos cursos:

6) Metas:

7) Avaliação/Acompanhamento:

8) Considerações finais:

O quadro abaixo que representa a nossa expectativa em relação à fitoterapia e aos serviços de saúde pública de nosso País.



A Homeopatia em Serviços Públicos de Saúde

Introdução:

Como a homeopatia apresenta aspectos diferentes da prática alopática, inserir a homeopatia dentro de um curso de formação de práticas de saúde para profissionais já familiarizados e imbuídos da vivência diária do contexto alopático requer uma sensibilização inicial e uma demonstração desta “outra maneira” de pensar o binômio saúde/doença.

Objetivo geral:

Discutir de maneira geral os diversos aspectos da homeopatia, de modo a favorecer a compreensão de sua abordagem enquanto filosofia, diagnóstico e tratamento contribuindo para uma nova visão do paciente, seu contexto de vida, sua patologia e possibilidades de tratamento.

Conteúdos:

1. História da homeopatia:

- ✓ Hahnemann
- ✓ Divulgação da homeopatia
- ✓ Inserção da homeopatia no Brasil
- ✓ Vitalismo / Energia vital

2. Fundamentos da homeopatia

- ✓ Lei do semelhante
- ✓ Experimentação no homem sã
- ✓ Doses mínimas
- ✓ Preparação medicamento
- ✓ Patogenesia

3. Enfermidade/ Saúde
 - ✓ Susceptibilidade/ idiossincrasia/
 - ✓ Miasmas
 - ✓ Cura na visão da homeopatia
 - ✓ Lei de Hering
4. Matéria médica
 - ✓ Conceito de matéria médica
 - ✓ Tipos de matéria médica
 - ✓ Como é feito o estudo da matéria médica
 - ✓ Exemplo de medicamento
5. Anamnese homeopática
 - ✓ Exemplo de anamnese
6. Repertório
 - ✓ Conceito de repertório
 - ✓ Tipos de repertório
 - ✓ Repertorização: fundamentos, técnica, exemplo.
7. Apresentação de estudo de casos.
8. Terapêutica em alguns casos: gravidez, parto, climatério, IVAS, traumatismos.