

Expediente

Contato:E-mail: gestao.ciis@fmrp.usp.br

Fone: 16-3315-8596

Rua do Biotério – Casa 3

Campus – USP – Ribeirão Preto - SP

Editor:

Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Comissão Editorial:

Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Nádia Pires Emer Coquely

Rosane Aparecida Monteiro

Coordenação Executiva:

Nádia Pires Emer Coquely

Rosane Aparecida Monteiro

Direção da FMRP/USP:

Prof. Dr. Rui Alberto Ferriani

Chefe do Depto de Medicina Social:

Prof. Dr. João Paulo Dias de Souza

Direção Centro de Atenção Primária:

Prof. Dr. Amaury Lellis Dal Fabbro

Colaboradores:

Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Francisco Barbosa Júnior

Isabella Gonçalves Martins Ferreira

Julie Ladvoat

Mohana Fernandes Marques Santos

Náthali Maganha de Moraes

Nathely Viana Da Silva

Divisão de Informática da SMS-RP

Direção do CIIS:

Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo

Marques

Coordenadora Área de Gestão do CIIS:

Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Edição Gráfica:

Náthali Maganha de Moraes

Periodicidade:

Quadrimestral

APRESENTAÇÃO

Esta edição do Boletim Saúde e Gestão aborda o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da colaboração de estudantes de graduação da saúde na produção de informações sobre as bases filosóficas e organizativas do sistema e da visão de uma docente da área da Medicina Social acerca da participação da sociedade na defesa da saúde pública do país.

Há uma breve recuperação histórica da construção do SUS, destacando-se os seus princípios e diretrizes, principais normativas que guiaram a sua implantação ao longo destes 33 anos e a descrição da relação do sistema público de saúde brasileiro com a formação de profissionais da saúde, na perspectiva de estudantes de graduação da saúde.

Além disso, em uma linguagem acessível, recupera-se os vários serviços prestados pelo SUS à sociedade, o chamado **SUS Invisível**, que nem sempre são reconhecidos como ações de saúde do sistema público, apesar de impactarem o cotidiano das pessoas.

A **Atenção Primária à Saúde** (APS) também é mencionada, neste Boletim, por sua importância no desenvolvimento do SUS. O sistema está organizado em rede e prevê que a APS seja a coordenadora do cuidado e exerça a ordenação das ações e serviços de saúde nos pontos de atenção primário, secundário e terciário, considerando a sua capilaridade e seu potencial de resolubilidade. No entanto, muito há que ser construído para que a APS exerça integralmente as suas atribuições!

Por fim, a Profa Aldaísa Cassanho Forster, médica sanitária e livre docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nos brinda com o seu relato sobre o exercício do princípio da **Participação Social no SUS**, comentando fatos históricos, a vivência como conselheira de saúde e a sua visão sobre a influência desse princípio, nos rumos da política de saúde pública do Brasil.

O SUS é reconhecido como o maior sistema público de saúde do mundo por garantir a universalidade do acesso a milhões de pessoas, em um país marcado pela desigualdade social. Assim, esta edição convida a sociedade a se aproximar desta política pública, para que conhecendo-a melhor possa também defendê-la, enquanto um direito constitucional de todo cidadão brasileiro.

Profa Dra Janise Braga Barros Ferreira

Departamento de Medicina Social

O SUS COMO PROJETO DE SAÚDE PARA O BRASIL

O SUS completou, em 2021, 33 anos!! No entanto, é importante compreender como funcionava o sistema de saúde do Brasil que o antecedeu. Dessa maneira, é possível comparar a organização da atenção à saúde dos brasileiros antes do SUS e após o SUS e, conseqüentemente, entender porque o SUS representa uma grande conquista da sociedade.

COMO ERA A SAÚDE ANTES DO SUS?

Por aproximadamente 80 anos as políticas de saúde brasileiras configuraram-se em uma espécie de proteção social que pode ser dividida em dois tipos: modelo de seguro social e modelo assistencial.

O **modelo de seguro social** garantia que trabalhadores formais que contribuíam com a previdência social tivessem acesso a atendimento médico. Entretanto, essa assistência era de caráter curativo e hospitalar, ou seja, não priorizava ações de prevenção às doenças e aos agravos e de promoção da saúde, que potencialmente resultam em menores taxas de morbimortalidade e em melhor qualidade de vida.

O **modelo assistencial** era dirigido aos grupos mais pobres e vulneráveis da população brasileira, que geralmente não possuíam emprego formal e, conseqüentemente, não contribuíam com a previdência social. Sendo assim, essa parcela da população era excluída do acesso a atendimento médico e dependia dessa prática assistencial que se baseava na associação de trabalho voluntário (caridade, filantropia) e em algumas iniciativas públicas. Muitas vezes, porém, essas políticas governamentais eram desorganizadas e descontínuas e tornavam-se pouco efetivas.

Embora o seguro social e o assistencialismo permitissem acesso mínimo a serviços de saúde, essa organização da atenção à saúde não se configurava como uma relação de **direito social**, além de tratar-se de medidas compensatórias e estigmatizantes.

CRIAÇÃO DO SUS:

É importante salientar que a criação do SUS foi resultado dos esforços de lideranças nacionais que desejavam a democratização do país e do acesso à saúde. Esses grupos representativos da sociedade brasileira foram agregando-se e dessa construção coletiva de ideias surgiu o **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)**.

A RSB iniciou-se no fim da década de 70, mas ganhou força e notoriedade apenas nos anos 80, quando diversos grupos sociais (representantes de setores populares, da academia, do movimento estudantil, de profissionais da saúde e políticos) se uniram com a finalidade de criar um sistema público de saúde que garantisse o direito universal da população à saúde.

Esse movimento possuía uma concepção ampliada de saúde, pois não entendia a saúde apenas como “ausência de doença”, e sim como “bem-estar físico, mental e social”, consequente de condições essenciais (alimentação, moradia digna, educação, lazer, transporte) para se ter uma vida saudável e digna. Pode-se dizer que a RSB se caracterizou como um Projeto de Reforma Social.

Posteriormente, em 1986, as propostas da RSB foram debatidas na **8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)** em que os participantes defendiam a democratização do país e a saúde como direito do cidadão brasileiro. Esse evento foi de extrema importância para a definição dos rumos da política de saúde no país. A partir de então, houve a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) que possuía como principais objetivos: analisar as dificuldades para o funcionamento dos serviços de saúde; sugerir opções para a nova organização estrutural do sistema; investigar instrumentos de articulação entre as esferas (federal, estadual e municipal) que atuavam na área da saúde e elaborar mecanismos de planejamento que se ajustasse e abrangesse diversos segmentos da população. Interessante pontuar que o relatório final da CNRS embasou o debate na Assembleia Nacional Constituinte sobre a saúde no país que, por conseguinte, resultou na criação do SUS, na Constituição Cidadã de 1988.

EM SÍNTESE, REITERA-SE QUE A MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM TORNO DA DEFESA DA SAÚDE E DE MELHORES CONDIÇÕES DE VIDA FOI CRUCIAL PARA QUE, NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (CF) DE 1988, FOSSE INSERIDA A OPÇÃO POR UM SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO QUE COMPREENDESSE A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO (ART. 196 DA CF).



FONTE: ARQUIVO FIOCRUZ



SÉRGIO AROUCA. MÉDICO SANITARISTA. EGRESSO DA FMRP-USP. PARTICIPOU ATIVAMENTE DA RSB. FONTE: ARQUIVO FIOCRUZ



FONTE: ARQUIVO PESSOAL

FALANDO SOBRE:

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS

Um sistema de saúde é constituído de um conjunto de agências e agentes que atuam para garantir à saúde da população. O SUS corresponde a um sistema público de saúde, formado por órgãos e instituições **acesso universal e igualitário**: acesso igual a todos os brasileiros, que podem usufruir de uma ação ou de um serviço de saúde de que precisam, sem qualquer barreira econômica, física ou cultural. A sua conformação conceitual foi fundamentada em princípios doutrinários e organizativos:

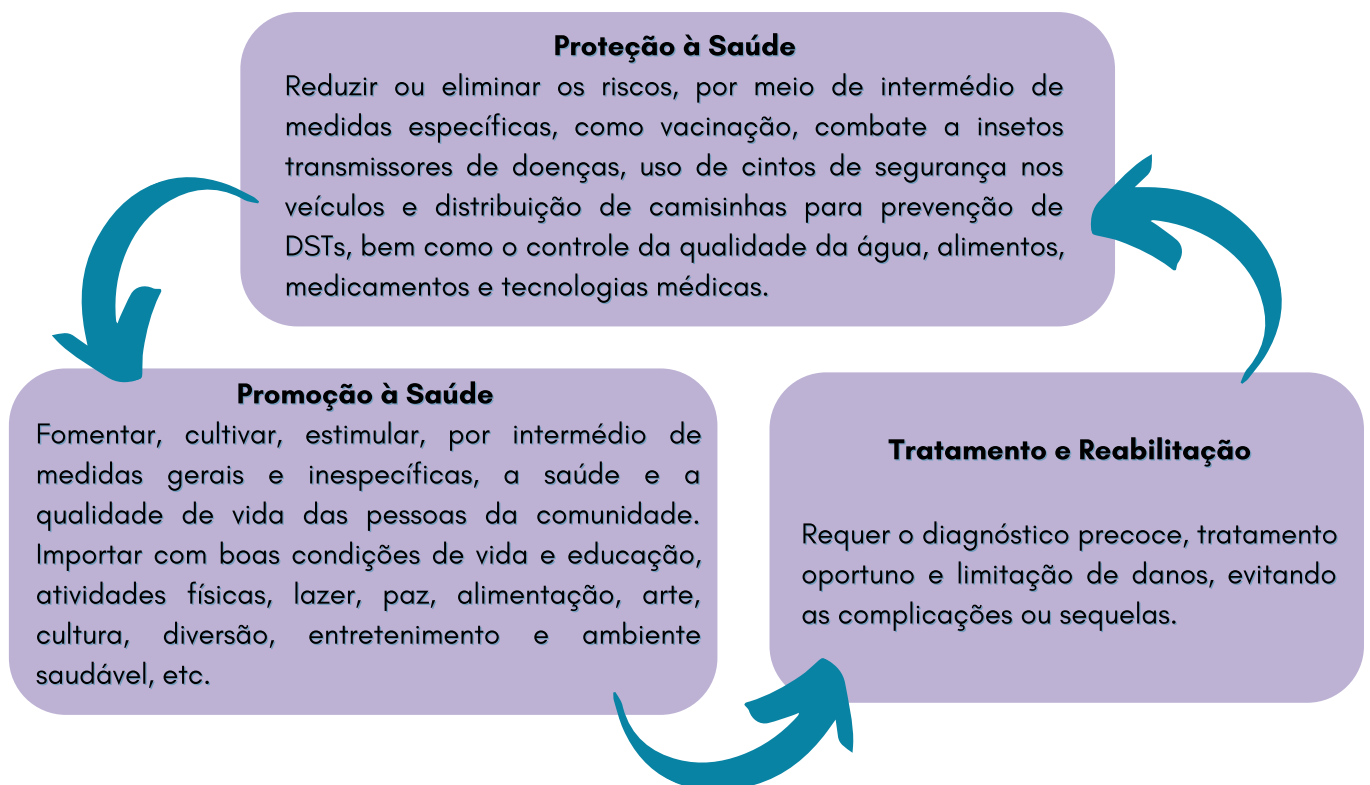
PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS:

Fonte: Ministério da Saúde

Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência for maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.



Juntamente, o princípio da **integralidade** pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma **atuação intersetorial** entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de densidade tecnológica, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando garantir a integralidade da atenção e a máxima utilização dos recursos disponíveis, de forma a organizar o sistema em uma rede. Já a hierarquização deve proceder à organização dos pontos de atenção dessa rede de saúde e garantir formas de acesso aos serviços que atendam a complexidade requerida pelo caso, em uma dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo (municipal, estadual e federal). Com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema de saúde. Para isto, devem ocupar os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde em cada esfera de governo. Assim como para a criação do SUS foi essencial a manifestação da sociedade, para o seu desenvolvimento e aprimoramento ela precisa ser mantida e exercida de forma vigorosa por toda a população, nos variados espaços sociais.



DESTAQUES NORMATIVOS DO SUS NA LINHA DO TEMPO:

1976. Criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), cuja missão histórica é a luta pela democratização e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde.

1978. Primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, aconteceu Declaração de Alma-Ata e foi um marco para a Atenção Primária em Saúde em todo mundo. Impulsionou mudanças na organização do sistema de saúde no Brasil.

1986. VIII Conferência Nacional de Saúde. Foi a primeira a permitir a participação popular. Pode ser considerada o maior marco do movimento sanitário. Seu relatório tem caráter importante para a construção de um sistema de saúde para todos.

1988. Promulgação da Carta Magna de 1988, a primeira a contemplar o SETOR SAÚDE em seus artigos: 196 ao 200 - Institucionaliza o SUS

1987/89. Criação do SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde. Conhecido como estratégia ponte ou "estadualização" da Saúde. Teve grande importância no processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

1990. Edição das Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080/90 - Dispõe sobre a organização do SUS e a Lei 8.142/90 - Dispõe sobre o controle social e o financiamento do SUS.

1991. Edição da primeira Norma Operacional Básica - NOB 91 - Retroage e possui características centralizadoras. O PACS - Programa de Agentes Comunitários é criado e a atenção básica começa a ganhar importância no Sistema de Saúde.

1993. Edição da segunda Norma Operacional Básica - NOB 93 - Traz formas de habilitação dos municípios, estratificando o grau de autonomia da gestão. A gestão dos municípios não setor saúde podia ser classificada em: incipiente, parcial ou semiplena.

1994. Criação do Programa Saúde da Família. Grande avanço para a Atenção Básica no Brasil.

1996. Edição da terceira Norma Operacional Básica - NOB 96. Instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) e fortaleceu a descentralização, incentivando financeiramente os municípios a estruturar a rede, a partir da Atenção Básica e da Saúde da Família. Habilitava os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

2000. Emenda Constitucional nº29 de 2000 - Trouxe a importante fixação de valores mínimos para o financiamento do SUS. Somente em 2012, a Lei 121/12 traz em seu texto os valores mínimos para aplicação de recursos próprios, pelos estados, DF e municípios, no setor saúde

2001. Edição da primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 2001 - NOAS-SUS. Atualiza a regulamentação da assistência, retomando a regionalização da saúde e considerando os avanços já obtidos. Enfocava os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS.

2002. Edição da segunda Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 2002 - NOAS-SUS que assegurava a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, oferecia alternativas à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta da implementação da normativa anterior.

2006. Edição da Portaria 648/2006. Aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2006. Divulgação do Pacto pela Saúde (Portaria 399/06). O Pacto possuía três componentes, cada um detalhando prioridades para as esferas de governo: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão.

2009. Publicação do Regulamento da Saúde (Portaria 2.048/09). Aprovou o Regulamento do SUS e revogou a Portaria 399/06.

2011. Publicação do Decreto 7.508/11 – Regulamenta a Lei Orgânica 8.080/90. Trouxe conceitos importantes sobre a organização do SUS e fortaleceu a regionalização, por meio da instituição das Regiões de Saúde – o que visava à garantia da integralidade da assistência em saúde.

2011. Publicação da Portaria 2.488/11 da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB/2011). Aprova a política nacional da atenção básica, estabelecendo diretrizes e normas para sua organização.

2012. Sancionada a Lei Complementar 141/12, regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde.

2015. Aprovada a Emenda Constitucional 86/15 – Alterou os art. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, tornando obrigatória a execução orçamentária destinada a ações e serviços públicos de saúde. Deixou claro o valor mínimo de 15% para a União – receita corrente líquida.

2015. Publicação da Lei 13.097/15 – Alterou o artigo 23 da Lei Orgânica da Saúde (Los) 8.080/90 – passando a ser permitida a participação direta e indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. Incluiu o art. 53A na citada LOS.

2017. Edição da Portaria 2436/2017. Aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

2019. Edição da Portaria nº 2.979/2019. Instituiu o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/2017.

2020. Edição da Lei 13.979/2020. Dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

2021. Edição da Portaria nº 166/2021. Dispôs, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021.

2021. Edição da Portaria nº 2.254/2021. Alterou o título II da Portaria de Consolidação nº 6/2017, que dispõe sobre o custeio da atenção primária à saúde.

2021. Edição da Resolução MS/SAP nº 1/2021. Dispõe sobre o Estatuto da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS.



O SUS INVISÍVEL



Com a **pandemia da Covid-19** muitas pessoas foram às mídias para enfatizar a importância do sistema público de saúde. Percebeu-se que a maioria da população brasileira desconhecia a atuação do SUS, o que mais uma vez repercutiu em mídias sociais as postagens sobre o **SUS Invisível**.

O **maior sistema público de saúde do mundo** vai muito além do atendimento em hospitais e unidades de saúde, da produção de conhecimento e insumos para a Saúde. O SUS também está presente na nossa rotina diária, mesmo quando você tem um plano de saúde particular!

Esses nomes são familiares para você?

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (Subvisa) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Sabia que todos esses órgãos e programas de saúde são estruturados a partir dos princípios do SUS? Logo, fica evidente que o SUS faz parte de diversos ambientes do nosso cotidiano, sem ao menos percebermos!

ENTENDEU AGORA O TERMO “SUS INVISÍVEL”???

Confira esta lista de locais que o SUS atua, você vai se surpreender!

1. Supermercados
2. Lanchonetes
3. Restaurantes
4. Aeroportos
5. Transportes de Alimentos
6. Clínicas Veterinárias
7. Serviços de Saúde Particulares
8. Farmácias
9. Postos de Vacinação
10. Postos de Doação de Sangue
11. Postos de Doação de Leite Humano – Bancos de Leite Humano



ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL DO SUS

A APS tem sido apresentada, desde 1960, como um modelo de organização da atenção à saúde que objetiva proporcionar acesso efetivo ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente, instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo de atenção integral, de cunho preventivo, coletivo, territorializado e democrático. Com a Conferência de ALMA-ATA, em 1978, inicia-se a discussão acerca da APS e sua potência para coordenar um processo de acesso pleno à saúde à população, com democratização de conhecimentos e inclusão de múltiplos saberes nas práticas de saúde. Esse novo modelo de atenção previa ações assistenciais individuais, de prevenção de doenças e de agravos à saúde, de promoção da saúde, de cura, de reabilitação, além de ações intersetoriais e educativas.

Com a crítica de que as propostas eram muito amplas e difíceis de serem atingidas, observou-se uma tendência, principalmente, nos países pobres, de se organizar a APS nos moldes de uma intervenção de baixo custo, com o foco na prevenção e no combater às principais doenças. Assim, por muito tempo, a APS desenvolveu ações como: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, reidratação oral, aleitamento materno, imunização, suplementação alimentar, alfabetização feminina e planejamento familiar. Em 2005, a Organização Pan Americana da Saúde publicou um documento defendendo a renovação das APS nas Américas, propondo para os sistemas de saúde uma abordagem de atenção integral, com cuidados guiados pela qualidade e com destaque para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, na intersetorialidade e na participação social, com a responsabilização dos governos, que recebeu a denominação de APS Abrangente.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2008. p. 575-625

APS ABRANGENTE E SEUS ATRIBUTOS ESSENCIAIS

Porta de entrada: serviço de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, tanto em casos de doenças, como em cuidados gerais da saúde e encaminhamento para serviços especializados.

Longitudinalidade: continuidade do acompanhamento do usuário de um território adstrito, por meio de relações de cuidado e responsabilidade, ou seja, com vínculo.

Integralidade/Abrangência: oferta de um conjunto de ações que contempla aspectos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, reconhecendo assim a complexidade do processo saúde-doença.

Coordenação de cuidados: nas unidades de APS e nas diversas outras ações necessárias para a solução de demandas menos habituais e mais complexas dos usuários.

No caso brasileiro, por meio da Reforma Sanitária, os serviços básicos foram reorganizados e reassurados pelo SUS, que afirmou os princípios e diretrizes da universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social na atenção à saúde. Para o Ministério da Saúde (MS) a APS é denominada "Atenção Básica", no sentido de ser essencial. Essa denominação teve como objetivo realizar um contraponto ao contexto histórico internacional que previa a difusão da proposta da APS Seletiva, o que desfavorecia a implementação da universalidade e integralidade do SUS.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Em 2006, o MS por meio de uma política nacional definiu a finalidade e a compreensão da APS brasileira como "...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essa política que foi revisada em 2011 e 2017 considera a Estratégia Saúde da Família como prioritária para a organização dos serviços e ações da APS.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html

OBJETIVOS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

REALIZAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, ALÉM DA ASSISTÊNCIA CURATIVA E REABILITADORA

HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE, TENDO A FAMÍLIA COMO FOCO DA INTERVENÇÃO

ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ESTREITAMENTO DAS RELAÇÕES ENTRE OS TRABALHADORES DA SAÚDE E A COMUNIDADE

A criação do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), em 2008, surgiu como intuito de afirmar os princípios da APS Ampliada. O NASF tem como alguns de seus objetivos a redução de incapacidades, reinserção social da população com agravos de saúde, atuação composta por profissionais de diferentes áreas e com parceria com as equipes da saúde da família. Esses objetivos devem ser atingidos por meio de ações clínicas, preventivas, educativas e intersetoriais. Ademais, o NASF é uma alternativa de produção de ações de saúde que, ao realizar o matriciamento das equipes de APS, colabora com o alcance da integralidade e o aumento da resolutividade das práticas.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. *Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 36-44, jan./ abr. 2011; FAUSTO, M. C. F; MATTA, G. C. *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*.

O SUS E A FORMAÇÃO NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA SAÚDE

No campo de atuação SUS está prevista a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, para o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira. Assim, espera-se uma ação conjunta dos setores governamentais da educação e da saúde para, a partir de um amplo diagnóstico sobre as necessidades de saúde, articulem estratégias para a formação de profissionais da saúde capazes de atender com competência e compromisso a população brasileira. Ademais, a Universidade Pública (UP) tem a sua existência em função da sociedade que arca com o seu financiamento. Deste modo, por meio de ações de excelência ancoradas na tríade ensino, pesquisa e extensão, a UP se compromete com a transformação social e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Neste contexto, o **Programa “Aprender na Comunidade”**, iniciativa da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo, viabilizou o desenvolvimento do **Projeto “Portal APS em Evidência”**, com a participação de **um estudante de pós-graduação do Programa de Saúde Pública, duas colaboradoras técnicas do DMS-FMRP-USP e bolsistas de cursos de graduação em saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP): medicina, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia**. Um dos objetivos do Projeto é aproximar os estudantes da graduação da saúde dos cenários de prática, principalmente, da APS. A partir do contato com as unidades de APS, conhecer melhor o processo de trabalho das equipes, as ações de saúde desenvolvidas e a relação com a comunidade. Essa vivência e o estudo sobre a APS e o SUS suportaram a produção de conteúdo digital pelos estudantes para ser divulgado pelo Portal, durante a execução do Projeto.

Acredita-se que o Portal, por estimular o protagonismo dos estudantes e o uso das tecnologias de informação e comunicação, seja uma iniciativa diferenciada de ensino-aprendizagem para conhecer melhor a APS e o SUS. Este Boletim, que também é divulgado pelo **Portal APS em Evidência**, traz o relato de três estudantes bolsistas do Projeto sobre o SUS, a APS e a contribuição da FMRP acerca do aprendizado sobre a rede de saúde pública e, principalmente, a porta preferencial do sistema público de saúde do país.



O SUS, A APS E A MEDICINA:



Podemos perceber a APS relacionada com a medicina não apenas como um meio pelo qual a saúde da população é tratada, mas sim como um método totalmente revolucionário que inverteu o processo saúde-doença para prevenção de doenças-promoção da saúde.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

Anteriormente, os médicos seguiam o modelo biomédico, extremamente hegemônico e mecanicista, com doutrina e prática baseadas na identificação de uma doença e proposição de um tratamento efetivo. O problema desse antigo método era esperar que o indivíduo adquirisse uma enfermidade, para, somente aí, propor uma solução. Além disso, muitas vezes não se levava em consideração a condição de vida do paciente, sua realidade, possibilidades físicas, econômicas, sociais, dentre tantas outras, pois não havia uma escuta qualificada do ser biopsicossocial.

Segundo Barros, com a integração da APS ao modelo atual, totalmente relacionado à implantação do SUS, não apenas houve uma revolução no acesso da população aos serviços de saúde, mas também no modo como as doenças são tratadas. O médico passou a se colocar no lugar do paciente antes de realizar uma prescrição e a perceber como é sua realidade antes de indicar um medicamento. Dessa forma, atitudes cruciais como a adesão ao tratamento podem ser elevadas exponencialmente, já que não adianta de nada indicar o tratamento mais revolucionário do mundo, quando o paciente não tem tempo para tomar tantos medicamentos, ao longo do dia, dinheiro para comprar o remédio mais revolucionário da modernidade ou escolaridade suficiente para realizar uma aplicação de insulina baseada na ingestão alimentar.

BARROS, José Augusto C. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o Modelo Biomédico? Saúde e Sociedade 11 (1):67-84, 2002

O SUS não apenas tornou possível que mais pessoas pudessem tratar de sua saúde, graças implementação da APS, como evitou que muitas pessoas ficassem doentes, por meio da medicina preventiva, da promoção da saúde, da escuta qualificada e da equidade, uma vez que atenderá os usuários do sistema, de acordo com a demanda de cada um. O processo pelo qual o SUS, a APS e a Medicina se constroem juntos é crucial para uma evolução conjunta, que corrobora para se chegar a um mesmo ponto, uma população mais saudável e o paciente melhor atendido.

“A experiência de cursar Medicina na Universidade de São Paulo é incrível, nos mais variados âmbitos da palavra, contudo, poder vivenciar de perto a Atenção Primária a Saúde através das disciplinas do Departamento de Medicina Social do HCFMRP é ainda mais gratificante e importante para a formação acadêmica. Desde o primeiro contato com os pacientes e os ambientes de trabalho há a presença dos tutores da Atenção à Saúde da Comunidade, nos introduzindo neste meio e ensinando habilidades de suma importância como respeito, atenção, empatia, compreensão e solidariedade durante o atendimento. Aprendi graças ao contato com a Atenção Primária que o Médico de Família e Comunidade tem a função de não apenas prescrever o melhor método embasado em guidelines apenas, mas também nos contextos individuais do paciente, como psicológico, social e ocupacional. Por este e muitos outros motivos, serei extremamente grata por poder aprender com o Departamento de Medicina Social da FMRP-USP.”

Julie Vargas Ladvoat Rocha
Acadêmica do 5º ano de Medicina

O SUS, A APS E A FONOAUDIOLOGIA:

A evolução do serviço de Fonoaudiologia, no Sistema Público de Saúde, ocorreu entre as décadas de 70 e 80, tendo alguns profissionais atuando nas Secretarias de Educação e outros nas Secretarias de Saúde. Com a promulgação da Constituição Cidadã, em 5 de outubro de 1988, a população brasileira passou a ter acesso universal e igualitário para a promoção, recuperação e proteção da sua saúde, graças ao SUS. Como fruto desta conquista, iniciaram-se concursos públicos para as Secretarias de Saúde contratarem fonoaudiólogos, momento em que a inserção da Fonoaudiologia aconteceu na APS. O fonoaudiólogo precisou estudar sobre o SUS e começou a trabalhar com alguns conceitos de epidemiologia, objetivando o levantamento das patologias de maior ocorrência na população, assim como suas características e possibilidades de organização ambulatorial, programas de pediatria, saúde do adolescente, saúde da mulher, do trabalhador e do idoso, entre outros assuntos.

Moreira, Mirna Dorneles e Mota, Helena Bolli, Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Revista CEFAC [online]. 2009, v. 11, n. 3, pp. 516-521. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000300021>>. Epub 02 Out 2009. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000300021>.

O fonoaudiólogo que atua no SUS deve ser capaz de identificar as questões fonoaudiológicas de maior relevância na sua comunidade de abrangência, capaz de elaborar e efetivar ações que visem uma solução, adotando medidas preventivas, sempre que possível. Também deve ser capaz de organizar um ambulatório de atendimento que se identifique com a sua unidade de saúde, visando sempre a qualidade no atendimento à população. Atualmente, encontram-se fonoaudiólogos inseridos em alguns programas do Ministério da Saúde, como na Estratégia Saúde da Família, na saúde infantil, na saúde mental, na saúde escolar e do adolescente, na saúde auditiva, na saúde da pessoa idosa e nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), por exemplo.

O artigo de Soleman, Carla e Martins, Cleide Lavieri "O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica", apresenta 2 parágrafos que resumem o papel do fonoaudiólogo nos NASF:

"No que se refere à demanda específica para o fonoaudiólogo do NASF, existem algumas bastante recorrentes, como no caso dos respondentes deste estudo que apontam como principal demanda as crianças com problemas no desenvolvimento de linguagem oral e escrita. Os acometimentos da linguagem escrita, que envolvem as dificuldades no processo de aprendizagem e os distúrbios de leitura e escrita, foram referidos por 76,6% dos respondentes como sendo a principal demanda para atendimento fonoaudiológico, seguido pelos acometimentos da linguagem oral, que englobam o atraso no desenvolvimento de fala e os distúrbios fonético/fonológicos, que foram referidos por 72,3% dos respondentes como a principal demanda para atuação do fonoaudiólogo. Tais demandas chegam por intermédio das equipes de Saúde da Família, principalmente por encaminhamentos formais das escolas ou apenas queixas dos profissionais da educação trazidos pela mãe.

Essa demanda é acolhida pelos profissionais do NASF em reunião entre ESF e NASF e diversas são as ações citadas como possíveis intervenções, dependendo do histórico que acompanha cada caso. São realizadas desde consultas compartilhadas ou específicas para avaliação da criança, até mesmo visitas domiciliares, a fim de um melhor entendimento do contexto familiar, e ainda visitas às escolas para o conhecimento da real situação escolar da criança.

Após o diagnóstico, os casos podem ser acompanhados individualmente ou em grupos/oficinas terapêuticas, geralmente com um espaço para participação e orientação aos pais e familiares, no intuito da co-responsabilização, e dependendo do prognóstico e evolução dos casos, podem ou não ser encaminhados a outros níveis de atenção dentro da Rede de serviços de saúde.

Outras ações citadas, ainda com intuito de trabalhar as demandas mais recorrentes, são as capacitações para as equipes de saúde da família favorecendo a ampliação do olhar para esses casos, e também capacitações nas escolas a fim de que os profissionais da educação adquiram mais ferramentas para lidar com as dificuldades apresentadas por seus alunos.”

Soleman, Carla e Martins, Cleide Lavieri, O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. Revista CEFAC [online]. 2015, v. 17, n. 4, pp. 1241-1253. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0216201517417114>>. Epub July-Aug 2015. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517417114>.

“Ser aluna de fonoaudiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP proporciona a vivência de atuar em todas as complexidades do SUS, realizando desde atendimentos fonoaudiológicos aos bebês prematuros da maternidade do HC, até orientações para idosos com quadros de vertigem no Núcleo de Saúde da Família. A comunicação em todas suas esferas é o objeto de estudo da Fonoaudiologia, e por isso merece importante atenção nas ações de saúde pública, uma vez que possibilita ao indivíduo se colocar como agente transformador da sociedade e da sua realidade. Aqui na FMRP nós alunos também realizamos diversas campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças.”

Náthali Maganha de Moraes
Acadêmica do 4º ano de Fonoaudiologia



O SUS, A APS E A TERAPIA OCUPACIONAL:

Atualmente, a APS vem sendo objeto de estudo, programas e incentivos governamentais. Vários estudos relatam que os sistemas de saúde orientados por APS são resolutivos e apresentam maior eficiência. Desde a década de 90, as políticas demonstram preocupação em relação à APS, mas somente em 2008, que a Terapia Ocupacional foi considerada como uma das profissões que compõem as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a abrangência da APS e a resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família. Antes disso, essa profissão se encontrava apenas na Unidade Básica de Saúde com o foco em reabilitação

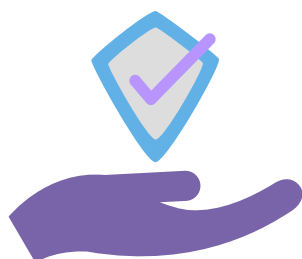
Moreira, Mirna Dorneles e Mota, Helena Bolli, Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Revista CEFAC [online]. 2009, v. 11, n. 3, pp. 516-521. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000300021>>. Epub 02 Out 2009. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000300021>.

“Saúde Coletiva é um movimento ideológico que está comprometido com a mudança social, que supõe a articulação com novos paradigmas científicos aptos a abordar o objeto “promoção-saúde-doença-cuidado” em sua historicidade, contemplando a integralidade, produzida por diferentes saberes e práticas acerca do objeto “saúde” e que se compõe a partir de diversas disciplinas que contemplam e explicam o mesmo fenômeno, com posições distintas e observadas a partir de ângulos diversos” Paim e Almeida Filho (1998).

Para esses autores, a saúde pública passa a ter uma redefinição e o sujeito atendido passa a ser visto com novos olhares, sendo valorizado e examinado os aspectos sociais, psicológicos e culturais, juntamente com o processo “saúde-doença”. Dessa forma, é proposta a superação das abordagens que consideram apenas o corpo biológico do indivíduo no processo “saúde-doença”. Com essa nova perspectiva, faz-se necessária a interdisciplinaridade para a releitura da Saúde Pública.

A atuação da Terapia Ocupacional na APS possibilita a expressão de outras necessidades de assistência, provendo a chegada e permanência da população no serviço e promovendo a universalização do acesso. Além disso, as ações da Terapia Ocupacional são facilitadoras de um ambiente domiciliar mais confortável (reestruturação familiar, aumento da rede de apoio, vínculo familiar), tendo como objetivo promover independência em atividades de vida diária (higiene pessoal, alimentar-se, deglutição, vestir, mobilidade, cuidado com equipamentos pessoais e atividade sexual), atividades instrumentais de vida diária (cuidar do outro, cuidar de animais, gerenciamento financeiro, mobilidade na comunidade, manutenção da saúde, gerenciamento do lar, preparar refeições e limpeza, atividades espirituais, manutenção emergencial e fazer compras), assim como promover a inclusão social, escolar e no trabalho, estimular participação em grupos, oficinas e atividades coletivas, desenvolver atividades de educação e oferecer apoio e capacitação aos cuidadores. Ademais, oferece equipamentos de tecnologia assistiva e realiza reabilitação e adaptação física-social-mental quando necessário.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 26, n.



A Terapia Ocupacional é uma facilitadora em ações que podem ser compartilhadas com outros profissionais, sendo elas: atenção a população de risco/vulnerabilidade, implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, educação em saúde, estudo do território, identificação do grupo prioritário a cada uma das ações desenvolvidas, acolhimento das demandas das equipes, matriciamento, planejamento e acompanhamento, atendimentos domiciliares, fomentação da intersetorialidade, gestão do serviço, estimulação da participação dos usuários nas decisões, divulgação do trabalho de reabilitação junto à comunidade e estabelecimento de parcerias com outros níveis de atenção em saúde.

MALFITANO, A. P. S., FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, maio/ago. 2011

“Ser estudante de Terapia Ocupacional na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP- USP) permitiu que eu tivesse acesso a um ensino de qualidade que articula disciplinas teóricas e práticas com maestria, além disso, possibilitou que conhecesse a atuação do terapeuta ocupacional em diversos contextos da área da saúde e campo social. É importante salientar que os projetos de extensões oferecidos (cultura e extensão; ensino; pesquisa) pela FMRP-USP, enriquecem o repertório do estudante, permitindo que se aprofunde em algum tema e através de bolsas remuneradas, propicia condições para que os alunos deem continuidade em iniciativas essenciais no âmbito acadêmico e da sociedade. Particularmente o Projeto de Extensão Portal APS em Evidência, foi crucial para aprofundar meus conhecimentos sobre Atenção Primária a Saúde (APS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), permitindo conhecer o funcionamento dos NSF (Núcleo de Saúde da Família) e a oportunidade da minha participação em duas produções técnicas: “Cuidados Relativos à Amamentação do Bebê (2021) e “Boletim Saúde e Gestão - edição Ano IV n.2” (2021)”.

Mohana Fernandes Marques Santos
Acadêmica do 2º ano de Terapia Ocupacional



ENTREVISTA

PROFA. DRA. ALDAISA CASSANHO FORSTER - PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Pequena Biografia:

Em 1974, formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Obteve o título de médica sanitária em 1975, junto ao Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, onde também cursou mestrado e doutorado em Medicina Preventiva, finalizados em 1979 e 1984, respectivamente. Realizou pós-doutoramento no Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública da Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid em 2001. É professora associada do Departamento de Medicina Social, desde 2004.



Mohana:

- Como se iniciou a participação da comunidade na saúde com a implantação do SUS? Como os serviços de saúde se organizaram para viabilizar a participação social?

Profª Drª Aldaisa:

- Para mim a iniciativa se deveu ao CEBES Centro Brasileiro de Estudos para a Saúde, nas décadas de 1970 e 1980. Era um centro que agregava muitos setores da sociedade civil, de quadros da universidade, associações de saúde e de saúde pública, que discutiam a democratização da saúde nesses anos iniciais da reforma sanitária. Sempre acompanhou e vem apoiando o SUS para a cidadania.

Quais foram as principais facilidades e dificuldades para operacionalizar a participação da comunidade de acordo com o previsto na legislação?

Primeiro a participação social permite colocar a saúde nos trilhos propostos pela reforma sanitária; legislação foi um avanço e muitos ministros da saúde implementaram as contribuições e decisões do conselho nacional e dos representantes do CONASS e CONASEMS, que levavam propostas para construir o SUS.

Facilidades: compartilhar com aqueles que entendem que o SUS tem que existir para a função de cumprir o direito à saúde que está na Constituição de 1988. A participação tem seu lado bom e frutificante; a pandemia mostrou o que o SUS é um forte sistema, nas suas bases da APS. Encontrar parcerias é animador na caminhada: o lado bom tem adeptos. Dificuldades: enfrentar conflitos dos gestores e dos setores que veem a saúde como mercadoria, não é uma tarefa fácil, mas é necessária, defender o SUS é nosso dever.

A Profa participou tanto de Comissões locais de Saúde como no Conselho Municipal de Saúde. Pode nos contar um pouco desta experiência?

Como diretora do CSE- Sumarezinho FMRP em três períodos 03/08/1982 a 31/05/1983, 01/01/1990 a 31/12/1991 e 01/01/1994 a 31/12/1995, fui membro da Comissão Local de Saúde (CLS) da UBDS como diretora no último período. Em 1993, a presidente da COVIMAI, Marilene Godói, e eu, elaboramos uma proposta de regimento interno da CLS, que foi aprovada pelo Conselho Municipal de saúde em 1994. O CSE implantou o 1ª CLS da área básica que vigorou até o período da criação dos NSF, que vieram a propor um Conselho Local de Saúde, denominação atual, constituído por representantes dos 6 Núcleos de Saúde da Família (NSF), muito ativo até recentemente, quando foi desativado por não atender os critérios de um conselho vinculado à Unidade Básica de Saúde (UBS) por ser constituído por representantes de equipes de Saúde da Família. A experiência de motivar os servidores a participar foi intensa, porque percebia que eles sempre sentiram (ainda hoje) esse órgão como importante para a população. Os pleitos deles eram levados em outros canais da SMSRP. Quanto à população, a comunidade ligada à COVIMAI, frequentemente tinha candidatos e utilizava a CLS para discutir melhorias e muitas vezes apoiou a gestão, quando o CSE passava por dificuldades financeiras. Era larga a experiência de participação comunitária do CSE, havia iniciado nos anos 1980. Ela se iniciou com um conselho de servidores do CSE na 2ª gestão do CSE (Prof. Dr. Juan S. Yazlle Rocha) e houve também com a Profa. Maria do Carmo G G Caccia Bava a organização de participação social com a população do CSE.

Um fato marcante que ocorreu com a criação do serviço de Pronto Atendimento na unidade do CSE Sumarezinho (sede do convênio), foram as alterações nas finalidades do CSE nos campos do ensino, pesquisa e extensão como serviço escola da FMRP e EERP.

As inovações da rede municipal de saúde - cinco distritais, Unidades Básicas e Distritais de Saúde, como unidades especializadas e serviços de Pronto Atendimento 24 horas, a organização dos serviços de vigilância epidemiológica na área distrital e a visão da gestão descentralizada pelos diretores das unidades distritais em cada distrito de saúde implementadas pela gestão Prof. Juan S. Yazlle Rocha e Prof. Amaury L. Dal Fabbro tiveram apoio do CSE e de seu corpo de servidores.

Estava na direção do CSE, em 1994, quando propus à CLS uma adequação do funcionamento do serviço de Pronto Atendimento ao período noturno das 22 às 7h e fins de semana e feriados. Os recursos do PA seriam canalizados para reforçar a unidade básica do CSE, na lógica do Modelo de Assistência à Saúde para o Distrito Saúde escola na perspectiva da Vigilância à Saúde, proposta elaborada pelos servidores do CSE, os médicos Silvio e Trude Franceschini, Dr. Fernando Silveira, os médicos residentes de Medicina Social (Profa. Janise, residente na área de Planejamento em saúde, duas médicas da área Saúde do trabalhador), os docentes Breno J.G. Simões, Sandra, Neiry P. Alessi e eu.

Como resultados: a transformação do PA não foi aprovada pela CLS, nem pelos secretários e vice secretário da SMSRP, que sucederam aos Profs. Juan e Amaury. Porém foi exitosa a experiência docente assistencial, que levada para a Comissão de graduação da FMRP, foi estratégia de formação médica para a aproximação do ensino médico de graduação aos serviços de saúde da comunidade. Na gestão do Prof. José Sebastião dos Santos como secretário municipal de saúde, período de 2005 e 2006, foi indicada como representante da USP no conselho municipal de saúde.

O Prof. Sebastião fez uma gestão muito próxima do Conselho e motivou os servidores a participarem do Conselho. Na sua gestão, a proposta do Plano Municipal de saúde foi muito debatida pela diretora da divisão de planejamento da SMSRP (Dra. Janise, era servidora e vindo depois a ser docente do DMS), junto ao Conselho. Ela incentivou os diretores e chefes da SMSRP a apresentarem suas propostas para o CMS, sendo muito importante esse momento para o esclarecimento dos membros da população do processo de planejamento em saúde.

Minha participação continuou até 2008, fim do mandato dos quatro anos do CMS, tendo participado de uma comissão, que propôs novo regimento do Conselho Municipal. Esta foi aprovada nas instâncias administrativas do município, porém não foi implementada, pois o secretário Dr. Oswaldo Franco considerou, que não era adequado em fim de gestão, passar para outra secretária de saúde, um novo regimento.

A Profa acredita que a participação social pode realmente influir nos rumos da política de saúde? Se sim, de que forma?

Sim, quando os profissionais de saúde compreendem e valorizam realmente a participação social, além de estimular a população a sair da passividade. É muito bom contar com sistemas institucionais, pelos resultados efetivos e eficientes para a saúde coletiva. Porém, falta no país uma cultura de participação ativa e as pessoas desanimam quando os resultados demoram para acontecer.

Que mensagem a Profa deixaria para os estudantes de graduação e de pós-graduação dos cursos da saúde sobre o SUS e sobre a participação social? De que modo os estudantes podem contribuir para a valorização do SUS, na sociedade?

Os estudantes da saúde se formam nos serviços do SUS e devem contribuir para sua qualidade e valorização durante os estudos. Há uma dívida contraída com os profissionais que se dedicaram para a formação, é preciso reconhecer o trabalho deles, o SUS e a população que financiou seus estudos.

Quanto ao conhecimento da participação social os estudantes devem familiarizar-se com esse princípio, e multiplicarem esse conhecimento com outros futuros profissionais. Frequentarem as reuniões dos conselhos, acompanharem as decisões e repercussões para suas carreiras. Os conselhos são espaços para discutirem carreiras, recursos do orçamento, despesas com a saúde, que devem ser apreciados e aprovados nesses órgãos. Esses assuntos interessam a todos nós, como profissionais ou como cidadãos.

Sugiro fortemente que os docentes nos níveis de graduação e de pós-graduação sejam formados quanto ao princípio da participação social e tenham oportunidade de frequentarem as reuniões. Nas minhas atividades docentes tive oportunidade de experimentar e incentivar essas ações aos estudantes da área da saúde. Os resultados foram bons.

Data da entrevista: 21 outubro 2021 Local: Ribeirão Preto
Entrevistadora: acadêmica Mohana Fernandes Marques Santos
Disponível no Portal APS em Evidência, dividido em Parte I e Parte II

