

BEATRIZ GALVÃO DE CARVALHO

O PERFIL TÉCNICO-CIENTÍFICO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE MACRO GOIÂNIA – *uma análise de compatibilidade com as determinações do Ministério da Saúde para o programa e sua contextualização no cenário da Educação na Saúde.*

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

PORTO 2007

BEATRIZ GALVÃO DE CARVALHO

O PERFIL TÉCNICO-CIENTÍFICO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE MACRO GOIÂNIA - *uma análise de compatibilidade com as determinações do Ministério da Saúde para o programa e sua contextualização no cenário da Educação na Saúde.*

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Administração e Planificação da Educação à Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Orientadora: **Prof^a. Doutora Vânia Cristina Marcelo**

Co-Orientadora: **Prof^a. Doutora Alcina Manuela de Oliveira Martins**

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

PORTO 2007

À minha mãe,
educadora exemplar modelo de
independência e determinação
para as gerações futuras.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à Universidade Portucalense Infante D. Henrique pela generosidade com que me recebeu e pelo apoio à realização desse trabalho.

Ao Professor Doutor Germán Vargas Callejas, que me auxiliou, com firmeza, nos primeiros e mais profundos questionamentos sobre a realização do mestrado.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Vânia Cristina Marcelo e Professora Doutora Alcina Manuela de Oliveira Martins, pela tolerância e o carinho com que me conduziram no processo de desvelamento da intrincada delicadeza que envolve a produção de uma dissertação de mestrado.

À equipe técnica da Administração Regional Macro Goiânia e às amigas Dais e Sheila pelo incentivo e o exemplo como mulheres e sanitaristas.

Ao Dr. Sandoval Carneiro, que me ofereceu carinho e medicina, nessa ordem.

A três mulheres magníficas: minha mãe - Míriam, minha irmã – Ester e minha filha – Camila. A elas, além de agradecimentos, ofereço minha mais profunda admiração.

Ao querido André, agradeço pelo apoio irrestrito e pela grande dedicação como pai. Foram incontáveis as noites e dias em que seu suporte foi vital para que cada parcela de reflexão fosse alinhavada.

Ao meu filho Enzo, peço perdão pelas horas que foram roubadas de sua infância para que essa dissertação chegasse a termo. Minha vida e a sua são, e sempre serão, uma. Todo o esforço da minha existência caminha para o seu sorriso. Seus olhos azuis são o porto, as naus, a minha viagem do descobrimento.

A todos, o meu muito obrigada.

RESUMO

Os temas relacionados ao perfil profissional no contexto da formação e capacitação de recursos humanos para a saúde têm sido alvo de muitos debates, especialmente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde- SUS. No artigo nº 200 fica determinado que a formação de recursos humanos para o sistema é uma obrigação do Estado nas três esferas de governo. Legalmente, o SUS tem vivenciado grandes avanços que ainda apresentam uma difícil aplicabilidade.

Em função da relevância da implementação do SUS e do agravamento das condições de saúde, é proposta a reestruturação da Atenção Básica - AB a partir do Programa de Saúde da Família - PSF, como substitutivo para a mudança do modelo assistencial brasileiro, ainda focado na assistência hospitalar. As mudanças ensejadas devem acontecer nos processos de trabalho e na conduta dos profissionais das equipes de PSF, em acordo com o novo modelo de atenção proposto.

A identificação inequívoca do perfil dos profissionais possibilitará o reconhecimento das reais necessidades de formação e de capacitação dos profissionais que compõem as equipes.

O presente trabalho busca analisar o perfil técnico-científico dos profissionais de nível superior do PSF da Administração Regional de Saúde Macro Goiânia. A pesquisa caracteriza-se por ser do tipo quali-quantitativa e utilizou-se do inquérito por questionário como instrumento de coleta dos dados.

Constatou-se que o perfil dos profissionais não se encontra em perfeita consonância com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o PSF, o que reforça a importância do investimento em ações de educação na saúde.

A reversão do modelo assistencial a partir da AB à Saúde, tendo como estratégia o PSF, depende de um perfil profissional adequado e da implementação de ações articuladoras entre as áreas de formação, atenção, gestão em saúde e participação popular.

Palavras-Chave: políticas públicas; serviços de saúde; promoção da saúde; saúde da família ; capacitação em serviço.

ABSTRACT

Subjects related to the professional profile in the context of the formation and qualification of human resources for the health service have been the aim of many debates, specially after the promulgation of the Federal Constitution of 1988, which created the Brazilian Unified Health System (UHS). Article nº 200 determines that the formation of human resources for the UHS is an obligation of the State in the three spheres of the government. Lawfully, the UHS has experienced great improvement, but it still presents difficult implementation.

Due to the relevance of the implementation of the UHS and of the worsening of the health conditions, the restructuring of the Basic Attention from the Family Health Program - FHP is proposed as a substitute for the present Brazilian assistance model, still focused in the hospital aid. The necessary changes should be implemented through work processes and through the behavior of the knowledge of the teams of the FHP, in accordance to the new model of attention proposed.

The unmistakable identification of the profile of the professionals will enable the identification of the real needs of formation and of qualification of the professionals that compose the teams.

The present work seeks to analyze the technical-scientific profile of the upper level professionals of the FHP of the Regional Health Administration of Macro Goiânia. This research is characterized as quality-quantitative type and questionnaires have been carried out as a data-collecting instrument.

The results indicate that the profile of the professionals is not in perfect accordance with the guidelines issued by the Ministry of Health for the FHP, which reinforces the importance of the investment in education for the personal. The change of the assistance model to the Basic Attention, having the FHP, as the main strategy depends on an adequate professional profile and on the implementation of link actions in the areas of formation, attention, management and popular participation in health.

Key-words: public policy – health assistance – health services – health promotion – family health – qualification in service

SUMÁRIO

PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

| | |
|---|----|
| 1 – A doença e a prática da medicina nos primeiros anos da colonização | 24 |
| 2 – O processo de industrialização e o desenvolvimento do sanitarismo campanhista | 26 |
| 2.1 – As condições de vida da população trabalhadora, as grandes epidemias e a estruturação dos serviços de saúde | 28 |
| 3 – O processo de institucionalização da saúde – políticas públicas e conferências de saúde | 29 |
| 4 – O golpe militar de 1965 e ascensão do modelo privatista no setor saúde | 32 |
| 5 – A proposta de Reforma Sanitária no Brasil, sua importância para a redemocratização do país | 35 |
| 5.1 – O agravamento das condições de saúde da população brasileira motivado pela crise do modelo privatista e os caminhos para a criação do Sistema Único de Saúde..... | 37 |
| 6 – Principais aspectos do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 | 39 |
| 6.1 – A reversão do perfil epidemiológico e os avanços legais para a implementação do SUS | 42 |
| 6.2 – O processo de descentralização e regionalização das ações de saúde e seus principais instrumentos legais | 44 |
| 6.3 – Alguns desafios para a implementação do SUS | 46 |

CAPÍTULO 2 – O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO

| | |
|------------------------------------|----|
| 1 - A Atenção Básica à Saúde | 49 |
|------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2 – O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS | 54 |
| 3 - O Programa Saúde da Família – PSF | 58 |
| 3.1 – A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família .. | 65 |
| 3.2 - Habilidades essenciais para a atuação em equipes de saúde da família | 73 |
| 3.2.1 – O trabalho em Equipes multidisciplinares | 82 |
| 3.2.2 - O acompanhamento e a avaliação em saúde | 84 |

CAPÍTULO 3- EDUCAÇÃO E SAÚDE – O DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

| | |
|---|-----|
| 1 - Conceito de Educação | 87 |
| 1.1 – Políticas públicas e políticas sociais no Brasil | 88 |
| 1.2 – A Educação no arcabouço jurídico brasileiro e seus principais conceitos | 88 |
| 1.3 – O processo de produção do conhecimento e os espaços educativos | 93 |
| 1.3.1 -A Educação Popular e as inovações no sistema educacional | 95 |
| 2 - O conceito de saúde, sua inserção na carta constitucional de 1988 | 97 |
| 2.1 – A Formação de Recursos Humanos para o SUS | 98 |
| 2.1.1 – Os possíveis entendimentos sobre o SUS e sua relação com a formação de recursos humanos para a Saúde..... | 100 |
| 2.2 – Os principais momentos da formação de profissionais para a saúde | 102 |
| 2.2.1 – Do final do século XIX ao Golpe Militar de 1964 | 103 |
| 2.2.2 – De 1964 à Constituição de 1988 | 105 |
| 2.2.3 – A década de 1980 e as estratégias de articulação docente-assistencial | 108 |
| 2.2.4 - Os Pólos de Educação Permanente em Saúde | 110 |
| 2.2.4.1 – Os PEP para o PSF | 111 |
| 2.2.4.2 - A reestruturação dos Pólos a partir da descentralização | 113 |

| | |
|--|-----|
| 2.2.4.3 – A gestão do Trabalho e da educação na saúde e a Política Nacional de EPS como estratégia do SUS, para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores da saúde | 115 |
| 2.2.4.3.1 – Os caminhos da Política de Educação para o SUS | 115 |
| 3 - A educação na saúde e sua articulação com a LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais | 117 |
| 4 - A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS e os desafios da educação no trabalho | 118 |
| 5. As propostas pedagógicas baseadas na problematização e sua importância para a educação na saúde | 121 |
| 5.1- O Planejamento das Ações de Educação na saúde e os Programas governamentais de articulação interministerial | 124 |
| 5.1.1 - Principais dificuldades enfrentadas na formação de Recursos Humanos para o SUS | 127 |

PARTE II – REFERENCIAL EMPÍRICO

CAPÍTULO 4- OPÇÕES METODOLÓGICAS

| | |
|--|-----|
| 1 - Questões iniciais e objetivos da investigação | 131 |
| 2 - Caracterização geral do sujeito | 132 |
| 2.1 - O recorte temporal | 134 |
| 2.2 - A população | 131 |
| 3 - Instrumentos e procedimentos da recolha de dados | 135 |
| 3.1 - Observação não participante..... | 135 |
| 3.2 - A análise documental | 136 |
| 3.3 - O inquérito por questionário | 139 |

CAPÍTULO 5- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

| | |
|--|-----|
| 1 - Caracterização dos profissionais | 144 |
| 2 - Análise e discussão | 151 |

| | |
|---|-----|
| Conclusões e considerações | 161 |
| Referência Bibliográfica..... | 161 |
| Apêndices | 161 |
| Apêndice I- Principais características dos municípios que formam a Administração Regional de Saúde Macro-Goiânia | |
| Apêndice II – Modelos de Questionários | |
| Apêndice III – Parecer n. 125/03 da Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás | |

SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

ARMG – Administração Regional de Saúde Macro-Goiânia

CF – Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DAB/MS - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América (*United States of América*)

FNS - Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA – Integração Docente Assistencial

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

ME – Ministério da Educação

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica da Saúde
NOB-RH/SUS - Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB/96 - Piso Ambulatorial Básico (NOB-1/96)
PAB/98 - Piso da Atenção Básica (1998)
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PEP – Pólos de Educação Permanente
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNCCN - Programa Nacional de Combate às Carências Nutricionais
PRHS- Planejamento de Recursos Humanos em Saúde
PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS
RH – Recursos Humanos
RS – Reforma Sanitária
SES – Secretarias de Estado da Saúde
SES-GO – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SESP - Serviço de Combate às Endemias e do Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UNI – Uma Nova Iniciativa
USP – Universidade de Saúde Pública de São Paulo
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a
Cultura (*The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*)
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (*The United Nations
Children's Fund*)
URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

INTRODUÇÃO

Foram muitas as fases do sistema de saúde brasileiro que antecederam a Constituição Federal – CF de 1988 (2005b), e sem elas, as propostas para o aprofundamento da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS não teriam o impacto que hoje se verifica na melhoria dos serviços de saúde oferecidos aos brasileiros em todas as unidades da federação.

No artigo nº 196 (2005b, p.55) da carta magna fica consagrado que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No texto constitucional - artigo n. 205 (2005b, p.57), também fica instituído que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da Família, devendo ser promovida e incentivada com a participação de toda a sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Tanto a Educação quanto a Saúde mereceram destaque e tiveram seus conceitos muito ampliados, notadamente em relação às possibilidades de participação popular e familiar. Tais avanços tiveram sua origem em um amplo processo de mobilização social e política iniciada nos anos de 1980. Na saúde a maior repercussão constitucional foi à articulação entre saúde, previdência e assistência social que passaram a ser tratadas em um único sistema, denominado Seguridade Social (2005b, p.57). Nessa visão ampliada, a educação também avançou a partir do momento em que foi institucionalizada a importância da educação não formal, que ultrapassa os muros dos estabelecimentos escolares, com a adoção de metodologias de ensino mais participativas e adequadas para as realidades locais. Outro avanço considerável foi a inclusão da Educação Indígena e Especial na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB em 1996.

O dois setores – saúde e educação - são estratégicos na estruturação do Estado e seu desenvolvimento é base necessária para o exercício da cidadania. Ambos sofrem de forma contundente com as contradições produzidas pelo capitalismo e pelo processo de globalização.

Os desafios são inúmeros e convivem diariamente com as mudanças tecnológicas, culturais, demográficas e sociais. Na saúde, em especial, podem ser especialmente considerados: as mudanças do padrão epidemiológico e demográfico das populações; as formas de gerenciamento do sistema de saúde; as dificuldades na manutenção do financiamento e o corporativismo dos profissionais de saúde.

Em relação à implementação do SUS, com garantia de atendimento de qualidade à população brasileira, devem ser considerados os aspectos relativos à dimensão continental do país e às particularidades regionais encontradas. Verifica-se que mesmo havendo grandes avanços, ainda não se obteve uma mudança qualitativa necessária para a reversão do modelo assistencial. Os serviços descentralizados, em sua maioria, ainda permanecem funcionando de modo tradicional, dirigindo suas ações principalmente para as atividades curativas, sem a devida valorização das práticas promocionais de saúde. A assistência ainda está basicamente centrada na demanda espontânea e os serviços ainda não procedem à análise dos problemas da comunidade para o planejamento e a priorização das atividades.

Diante do contexto acima descrito, é importante ressaltar que para o cumprimento do artigo nº 200 da CF (2005b, p.56) - que determina a responsabilidade na formação de recursos humanos para o setor - e considerando o conteúdo da LDB e a Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 (MS,2004c) que institui a Política Nacional de Educação na Saúde, trata-se de uma questão de grande importância, a identificação dos profissionais que são contratados para atuarem no setor.

Em 1994 o MS institucionalizou as normas de funcionamento o Programa de Saúde da Família - PSF, (MS, 1997c) com a intenção de reestruturar os serviços de saúde brasileiros a partir da Atenção Básica - AB. Considerando que o SUS já havia exigido grandes modificações no perfil dos recursos humanos na saúde, o PSF trouxe consigo novas e mais desafiadoras propostas que mais uma vez, trouxeram à discussão a necessidade de mudanças urgentes na formação e capacitação de recursos humanos - RH.

A determinação, mesmo que situacional, do perfil dos profissionais pode subsidiar a tomada de decisões por parte das áreas técnicas responsáveis pela sua capacitação, ampliar os espaços de discussão acerca da importância das

habilidades necessárias para o trabalho em equipes de saúde da família - ESF e explicitar as limitações encontradas, se for o caso, para que possa ser vislumbrada a adoção de medidas que promovam ações mais rigorosas na análise de perfil para a contratação de profissionais. Outro ponto fundamental trata da importância do estreitamento da articulação entre serviço e instituições formadoras, em especial daquelas da área da educação. As ações educativas no setor, salvo raras exceções, ainda padecem de uma presunção de conhecimento dos processos pedagógicos necessários e das metodologias problematizadoras, sendo visível um nítido amadorismo e uma resistência à implementação de ações de programação e planejamento que sejam compatíveis com as diretrizes nacionais da LDB e a Política de Educação para a Saúde (MS, 2004c)

O objeto desse estudo é o perfil técnico-científico dos profissionais das equipes de PSF e seu objetivo é analisar o perfil dos profissionais do PSF da ARMG, em relação às especificações determinadas pelo programa, em âmbito nacional. conhecer a proposta de mudança de modelo assistencial, a partir da AB.

Para tanto, pretende: investigar a proposta do PSF no Brasil; explicitar as especificações do MS com relação às atribuições e competências dos profissionais das ESF; desvelar os desafios da formação de RH para o SUS e identificar o perfil dos profissionais das ESF da Administração Regional de Saúde Macro-Goiânia - ARMG.

Para alcançar os objetivos propostos, mostrou-se mais adequada à realização de uma pesquisa quali-quantitativa.

A ARMG faz parte da estrutura descentralizada da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO, totalizando, no período de realização da pesquisa, 41 municípios, com características muito diversas.

A pesquisa bibliográfica iniciou-se com a revisão bibliográfica, direcionada para a investigação iniciada com os seguintes temas: o resgate histórico do SUS no Brasil, ao PSF, as composições do modelo assistencial brasileiro, a AB à Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, a implantação do PSF como estratégia prioritária para reorganização da AB e suas normas e diretrizes nacionais.

Seguiu-se um estudo sobre as atribuições dos profissionais das equipes e a análise das principais habilidades, necessárias para que os profissionais das equipes cumpram suas atribuições no programa, o trabalho em equipe multiprofissional, o vínculo e a relação médico-paciente, o acompanhamento e a avaliação em saúde.

Complementando a revisão bibliográfica, foram estudados temas sobre a educação na saúde, seus antecedentes no sistema de saúde brasileiro, e os principais desafios a partir da criação do SUS.

Após a revisão, foram utilizados dois procedimentos para a coleta de dados: a análise documental e o inquérito por questionário.

A análise documental foi iniciada com o estudo da CF, nos artigos referentes à Educação e à Saúde, seguidos da LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, especialmente em relação aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Posteriormente, foi analisada a Lei Orgânica da Saúde (MS, 1990a) e a Lei nº 8.142 de 07 de agosto de 1990 (MS, 1990b) que passaram a ser denominadas Leis Orgânicas da Saúde - LOS.

A aplicação dos questionários possibilitou a coleta dos dados empíricos, necessários para a análise proposta nesta pesquisa.

A população alvo deste estudo é composta pelos profissionais de nível superior - médicos, enfermeiros e odontólogos – que compõe as ESF da ARMG, totalizando 663 pesquisados: 285 médicos, 295 enfermeiros e 83 odontólogos.

A estrutura do trabalho foi organizada em cinco capítulos. No primeiro, de cunho mais histórico, buscou-se apreender, de forma genérica os diversos cenários que antecederam a constituição do SUS no Brasil, caracterizando o ambiente em que a prática da medicina e a sociedade iam sendo estruturadas, com ênfase nos avanços da saúde pública.

Destacou-se também o processo de deteriorização das condições de saúde da população brasileira e a crise no setor saúde, caracterizada pelo confronto das perspectivas privatista e sanitária, a partir do Golpe de 1964, que instituiu o regime militar no Brasil. Foram abordadas questões relativas à luta democrática, demarcada na saúde pela RS, cujo produto mais significativo foi a CF de 1988 e a criação do SUS.

Fez-se referência às LOS e ao papel fundamental das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde como órgãos gestores de caráter permanente do SUS, com representação dos vários segmentos envolvidos na produção, gestão e usufruto da saúde. Também são alvo de análise as Normas Operacionais Básicas da Saúde – NOB, a Norma Operacional de Assistência - NOAS e os mais importantes desafios na implementação do SUS.

No segundo capítulo tratou-se da atenção básica à saúde, com relevância para a sua capacidade de reversão do modelo de atenção produzido no Brasil, que ainda prioriza a prática do atendimento médico por meio da clínica e com intermediação crescente de tecnologias.

Em seguida, tratou-se do PACS e do PSF, esse último como a estratégia prioritária da atenção básica e detentor de caráter substitutivo nos serviços de saúde, tendo como base a família em seu contexto sócio-cultural, e como diferenciais relevantes, a consideração do sujeito em sua singularidade e complexidade, a integralidade, a busca da promoção da saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos à saúde. Também são tratadas algumas questões inerentes às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, seu financiamento e as desigualdades regionais para custeio das atividades assistenciais.

Nessa perspectiva, são produzidas reflexões sobre a estratégia do PSF e sua estruturação em Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF oferecendo à população um atendimento integral e prestado na unidade domiciliar. Essas unidades, em função das particularidades do programa, possuem uma estruturação diferenciada em relação às unidades básicas de saúde-UBS já existentes no sistema de saúde.

Também foi alvo de estudo a inserção da saúde bucal no PSF (MS, 2001c) e a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil.MS, 2006a), bem como suas principais determinações.

No âmbito das habilidades, é priorizada a articulação com a comunidade, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, a promoção de saúde, as redes sociais, o exercício da cidadania, entendido como espaço de luta constante de forma individual e coletiva e conceitos de família, com ênfase na forma multidimensional do ser e viver em família e a sua relação direta com

os processos de saúde e doença. Os temas nos remetem à humanização dos serviços de saúde, que se estabelecem no âmbito da formação, da valorização do diálogo, no estabelecimento e a manutenção de relações éticas e solidárias, em um processo de aprendizado vivencial.

Outros aspectos propiciam um exame da importância do acolhimento, do vínculo, da relação médico-paciente e da busca do autoconhecimento por parte dos profissionais de saúde, que possuem uma interface relevante com a prática da humanização. A relação médico-paciente é investigada em seus efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde.

O trabalho em equipe multiprofissional é tratado como fator essencial para o bom desempenho das equipes, mas que pode também produzir circunstâncias que favoreçam a disputa de poderes, o que está em oposição aos objetivos do PSF.

Outra questão meritória abordada, refere-se à importância do acompanhamento, da avaliação e da supervisão como instrumentos essenciais para a garantia da universalidade e da equidade dos serviços de saúde, inseridos no cotidiano de trabalho das equipes e não somente como uma tarefa institucional de responsabilidade exclusiva dos níveis centrais de gestão do SUS.

No terceiro capítulo, são apresentados os desafios da educação e da educação na saúde, inseridos em um contexto de lógica capitalista e estreitamente vinculados às imensas desigualdades sociais e diversidades regionais existentes no país, constantemente agitado por transformações tecnológicas e sócio-econômicas. Nesse cenário, as políticas públicas, enquanto espaço de atuação não exclusivo, mas prioritário do Estado, tornam-se um campo aberto para intensos debates que contemplam as vozes dos diferentes segmentos sociais.

A Educação e a Saúde são analisadas como espaços destituídos de neutralidade e que devem ser compreendidos no conjunto orgânico das relações e práticas sociais, submetidos às profundas mudanças que esgarçam as relações e as práticas culturais de comunidades e indivíduos.

A perspectiva adotada propõe que o processo de educação na saúde e a prática do exercício profissional na lógica do PSF, devem estar fundamentados em uma perspectiva antropológica que conceba o homem

como um ser contraditório e para o qual a educação pode ser uma forma de conscientização, para a qual a educação formal nem sempre oferece as melhores alternativas.

O PSF, como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, é entendido como um importante ambiente de luta pelos direitos da população e seu amplo exercício, para o qual é necessário implementar ações de aproximação docente-assistencial que venham a favorecer não só as mudanças curriculares necessárias aos processos de formação, re-qualificação e capacitação, pautados na educação permanente, mas mudanças na forma de ser e de fazer saúde, que é produzida e reproduzida no cotidiano das práticas profissionais em saúde.

Almejou-se valorizar a educação como um setor que pode oferecer ferramentas à saúde para que os processos de planejamento contemplem uma política de educação na saúde que seja norteadada pela educação permanente. Na academia, é fundamental a adoção de currículos pertinentes com as necessidades dos serviços de saúde e práticas de ensino mais participativas. Também é reconhecido que a academia pode contribuir para que os processos de capacitação em serviços, praticados pelas diversas áreas técnicas, sejam mais instrumentalizados por novos referenciais didático-pedagógicos e metodologias problematizadoras que possam favorecer um maior desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais das equipes.

No capítulo também são relatadas algumas considerações sobre o ensino médico e sua relação direta com as diversas “visões” e práticas do SUS, a partir de um breve histórico da formação em saúde no Brasil do início do século XX até os nossos dias.

Foram dimensionados também os núcleos teóricos fundamentais da educação permanente, baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS. É evidenciada a importância da adoção da educação permanente, como uma forma de agregar desenvolvimento individual e institucional entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

As metodologias problematizadoras são apresentadas como uma ferramenta essencial por seu caráter inovador e pelo potencial mobilizador de pessoal no setor e também pelas possibilidades de favorecimento à construção de um perfil profissional que esteja baseado nas propostas do PSF, nas necessidades de saúde da população e na perspectiva de atuação em ações intersetoriais de promoção à saúde. O planejamento das ações de educação na Saúde é considerado um elemento vital para o sucesso das estratégias adotadas.

No capítulo 4, são apresentadas as opções metodológicas para a realização da pesquisa, ficando definido que a mesma será do tipo quali-quantitativa. O objeto desse estudo é o perfil profissional para a estratégia Saúde da Família e sua população alvo é composta pelos profissionais de nível superior – médicos, enfermeiros e odontólogos que compõem as ESF da ARMG.

São feitas referências às questões éticas que implicam a pesquisa com seres humanos na saúde e o processo de aprovação na Comissão de Ética, exigidos pela Resolução nº 196/96 (Brasil, 1996e) que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos.

Em seguida, é relatado o processo de aplicação dos questionários junto às equipes de PSF dos 41 municípios da ARMG.

No quinto e último capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa, envolvendo a apresentação, análise dos dados e discussão.

Em relação à apresentação dos resultados encontrados, foram privilegiados os seguintes aspectos: caracterização dos profissionais, principais dados empíricos e sua relação com o resultado da análise documental, a análise de conteúdo, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

Finalmente surgem as conclusões e considerações finais em relação aos propósitos e normatizações do MS com a implantação e implementação do PSF e a relevância de seu sucesso para a mudança do modelo assistencial brasileiro.

PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Nos primeiros tempos da colonização brasileira, a iniciativa de desbravar a nova terra levou muitos homens a se embrenharem pelos espaços abertos, nos quais, futuramente, as primeiras povoações seriam erigidas. Em um cenário de muitas dificuldades, víveres e armas eram levados entre roças e morros entrecortados por rios caudalosos. Os homens eram continuamente atormentados por insetos, animais selvagens, aranhas, cobras e carrapatos que eram abundantes naqueles locais. Na tentativa de exercer um primeiro tipo de medicina, eram utilizados conhecimentos da cultura dos viajantes, tais como o uso da bola de cera da terra e do caldo do tabaco do fumo contra as mordeduras de carrapatos. Quando adoeciam, os remédios eram fornecidos pelo meio ambiente: gordura de animais para reumatismos, frutos azedos para fraquezas e deficiências vitamínicas e aguardente com sal para as picadas de cobras. Muitas vezes, na ausência de médicos, as expedições levavam consigo objetos próprios para sangrias e até mesmo estojos cirúrgicos. (Souza, 1977, pp. 44-45)

1– A doença e a prática da medicina nos primeiros anos da colonização

No Brasil, entre os séculos XVI e XVIII, acreditava-se que a doença era uma espécie de advertência divina que punia a todos – homens e mulheres – pelas degradações do espírito. A doença era um remédio e tanto na ótica dos pregadores da Igreja Católica, quanto por médicos, o corpo, em especial, era entendido como um palco no qual Deus e o Diabo lutavam incessantemente. Os médicos eram em número extremamente reduzido, pois além da distância da colônia, a profissão era pouco lucrativa, a fiscalização do exercício da profissão era péssima, bem como as condições sanitárias e hospitalares.

Esses profissionais tinham uma formação insuficiente e que estava aquém dos avanços alcançados pela medicina da época. Os livros médicos eram raros e muitos deles, entre os quais a Farmacopéia Lusitana e Medicina Caseira, eram trazidos de Portugal. (*Idem*, p. 55)

A maior parte dos médicos que vinham de Portugal, sentia-se exilada e pretendia abandonar a colônia. Os regulamentos sanitários vetavam aos leigos

o exercício da medicina mas, no caso do Brasil colonial, houve o desenvolvimento das práticas de curandeirismo: eram curas informais, normalmente feitas por mulheres que por meio de fórmulas e gestuais mágicos e outras práticas de influência africana, combatiam as doenças e resgatavam a saúde.

A Igreja intervinha, atribuindo aos remédios e às curas o poder dos santos e santas católicos. Até meados do século XIX, a Medicina entendia que as enfermidades tinham origem na patologia humoral, significando que, pela ação mórbida de um fator interno (disposição patológica congênita) ou pela influência de um fator estranho (atmosfera, meio, gênero de vida, alimentícios) e algumas vezes pela ação de ambos, as veias se enchiam e os corpos entupiam. (Priore, 1987, pp. 82-97)

Durante toda a centúria de oitocentos, a sociedade brasileira sofreu muitas transformações: a consolidação do capitalismo, e o incremento de uma vida urbana, que oferecia novas alternativas de convivência social e a ascensão da burguesia. A vida urbana praticamente inexistia e o Brasil era ainda um enorme país rural. (D’Incao, 2001, p. 223)

Na área da saúde, já havia grande preocupação com as doenças e a utilização de vacinas na sua prevenção. Em 1º de outubro de 1802 um aviso do Visconde de Anardíria já recomendava ao vice-rei do Brasil, D. Fernando José de Portugal, a sua adoção, o que foi feito em 1844 pelo Instituto Vacínico do Rio de Janeiro que a tornava obrigatória para crianças e escravos, sob pena de multa. (Júnior, 1979, p. 259)

Em 1808, a família real portuguesa, auxiliada pelas tropas inglesas, chegava ao Brasil fugindo das forças napoleônicas e transferindo para o Rio de Janeiro, além de D. João e sua família, a corte lusitana, cujo número estimado de pessoas chegava a 20.000. Naquela época, a cidade do Rio de Janeiro possuía aproximadamente 60.000 habitantes, o que provocou uma forte crise cultural. A cidade passou a receber um grande investimento, cujo modelo era a cidade de Paris, burguesa e neoclássica. Entretanto, a realidade era que a cidade oscilava entre bairros elegantes e as ruas do trabalho escravo. Ocorreram muitas melhorias, tais como: arborização - a partir de 1820 - calçamento com paralelepípedos (1853), iluminação a gás (1854), redes de

esgoto (1862) e abastecimento domiciliar de água (1874). (Schwarcz, 1988, pp.35-36)

Na lógica de Sodré, (1967, p.131) “a transferência da Corte lusa determina, além da liberdade comercial, presidida pela Inglaterra, sua beneficiária praticamente única, no início, inclusive com tarifa alfandegária privilegiada, a montagem do aparelhamento administrativo que prepara o da Independência.”.

A atuação do imperador trouxe reformas como a abertura dos portos e o livre comércio que acabaram criando as condições para a Independência do Brasil em 1822. (Telles,1997 p.404)

Com o florescimento das primeiras cidades, iniciavam também as preocupações sanitárias e as autoridades públicas começaram a se preocupar com o caos urbano gerado pela falta de higiene geral, pelas ruas sem planos e sem drenos.

De acordo com Soihet (2001, p.364):

a aceleração da urbanização provocou um progressivo movimento das populações pobres para as capitais, onde procuravam se estabelecer nas áreas centrais, próximo aos mercados de trabalho (...) a medicina e os interesses econômicos uniram-se no propósito de transformar a velha cidade do Rio de Janeiro numa metrópole moderna para atrair capitais estrangeiros.

Nascia a preocupação com os “lugares públicos” que passa a produzir um ordenamento do espaço urbano e medidas higiênicas foram tomadas durante o Império, inclusive com a adoção de taxas de limpeza.

No Rio de Janeiro, a Faculdade de Medicina tinha sido aberta e muitas idéias sobre higiene e saúde espalhavam-se pouco a pouco entre as famílias da classe alta e já no início do século XX, a cidade, eleita capital da República iniciou um forte processo de modernização.

Um dos grandes problemas vividos na cidade do Rio de Janeiro a partir de 1850 foi a epidemia de febre amarela, ficando como um problema instalado e que já se manifestava nos meses de verão. A cólera-morbo atacou em 1855, vitimando, principalmente os trabalhadores negros. (Júnior, 1958, pp. 139-140)

Em 1897 haviam sido criados o Instituto Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã, para pesquisa, produção de vacinas e controle de endemias.

2 – O processo de industrialização e o desenvolvimento do sanitarismo campanhista

Tomando como base o pensamento de Mendes (1999, pp.77-80) o sanitarismo campanhista pode ser definido como sendo “uma visão de inspiração militarista, de combate às doenças de massa, com criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos, individual e social.”.

Do final do século XIX até a metade da década de 60, a economia brasileira era agroexportadora e baseada na exploração do café e da cana de açúcar. Já no início dos anos 20, a República do Brasil estava em plena consolidação e iniciava no Brasil (1907) a atividade sindical entre determinadas categorias profissionais (burocratas civis e militares, trabalhadores dos arsenais da Marinha, ferroviários e trabalhadores da Imprensa Nacional). Entre suas pautas de reivindicações já estavam a fixação de uma jornada de trabalho, repouso semanal, férias anuais e assistência médica em caso de acidentes de trabalho. (Giulani, 2001, p. 640)

Em um cenário de maciça urbanização, as greves dos operários se intensificavam entre 1917 e 1919, pois os brasileiros e a maioria de imigrantes europeus não suportavam mais as péssimas condições de trabalho às quais eram submetidos. Na década de 20, já haviam se formado nossas classes médias, nos maiores centros urbanos. O processo de industrialização se acirrava mas o desequilíbrio entre campo e cidade exibia um enorme contraste social.

Nesse período teve início um ciclo revolucionário em nosso país, que iria culminar na revolução de 30. Com ela, Getúlio Vargas, um gaúcho influenciado pela doutrina positivista de Augusto Comte, foi conduzido ao poder e passaria a governar como ditador. Depois de D. Pedro II, Vargas foi o líder que mais longamente ocupou a chefia do Estado no Brasil. (Scantimburgo, pp.105-108)

Nesse processo de incentivo à industrialização e o deslocamento para a vida urbana, o importante não era sanear o espaço de circulação de mercadorias mas o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua força de trabalho (Mendes, 1985, p.20).

2.1 – As condições de vida da população trabalhadora, as grandes epidemias e a estruturação dos serviços de saúde

Nas primeiras décadas do século XX, grande parte do proletariado era constituído por mulheres e crianças que sofriam com longas jornadas de trabalho, baixos salários, maus tratos por parte dos patrões e assédio sexual. (Rago, 2001, p. 579) Em decorrência do crescimento urbano aumentaram as epidemias, a violência e o roubo. Para muitos médicos e higienistas, o trabalho feminino fora do lar levaria à degradação familiar. No entanto, outros profissionais da área médica uniram-se às feministas liberais assinando artigos nos quais defendiam o trabalho feminino fora do lar, a educação profissional da mulher, seu acesso à cultura e o direito ao voto. (Idem, p. 588)

Das palavras de Barbosa (1958, pp. 48-59) obtemos a seguinte descrição:

As fábricas devoravam a vida humana desde os sete anos de idade. Sobre as mulheres, pesam, de ordinário, trabalhos tão árduos quanto os dos homens; não percebem, senão, salários reduzidos e, muitas vezes, de escassez mínima. Equiparam-se aos adultos, para o trabalho, os menores de quatorze e doze anos. Mas, quando se trata de salário, cessa a equiparação. Em emergências de necessidade todo esse pessoal concorre aos serões. O horário, geralmente, nivela sexos e idades, entre os extremos habituais de nove e há dez horas quotidianas de canseira. (...) Esses autorizadíssimos depoimentos caracterizavam ainda, com os traços mais desagradáveis, a desordem sanitária daquelas casas: ar viciado, pela ausência de aparelhos que o renovem; má ventilação; água de ruim qualidade, sem reservatórios de onde se dê a beber; freqüentes lesões da visão, causadas pela insuficiência de luz e pela insistência de lidar com os mesmos matizes na tecedura; descuridade com as crianças, sobrecarregadas, muitas vezes, de labores excedentes da sua capacidade, e nem ao menos cultivadas com o indispensável ensino profissional.

O Brasil já era assolado por epidemias causadas por doenças infecto-contagiosas (malária, febre amarela, tuberculose, etc.) e o sistema de saúde da época respondia com uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e a erradicação e o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Nas primeiras décadas do século XX as pessoas que necessitassem de serviços de saúde deveriam comprar os serviços de profissionais liberais médicos e se não dispusessem de recursos para tanto,

buscavam atendimento nas Santas Casas de Misericórdia (Westphal, *et al.*, 2001, pp.21-22)

Nesse período, praticou-se no Brasil um modelo hegemônico de saúde denominado “sanitarismo campanhista”, caracterizado por intervenções de estruturas verticalizadas com a intervenção e execução de suas atividades nas comunidades e cidades, implantado com sucesso por sanitaristas como Oswaldo Cruz, Rodrigues Alves, Carlos Chagas e muitos outros.

Em 1916, iniciava-se uma campanha de saneamento não-organizada, estimulada, especialmente, por manifestações como a do médico e professor de medicina do Rio de Janeiro, Miguel Ferreira, que afirmava que o Brasil era um imenso hospital. Essa frase, demonstrava a posição crítica que antecedeu a campanha de saneamento. O foco era a zona rural, pois várias endemias tinham tomado conta do amplo espaço territorial brasileiro, entre as quais podemos destacar a tripanossomíase americana ou Mal de Chagas. O quadro era desesperador, e tinha o cenário ampliado pelas descobertas científicas do Instituto Oswaldo Cruz, os debates nacionalistas pós Primeira Guerra Mundial e as críticas à decadência republicana.

A partir de 1917, intensificaram-se as críticas e manifestações contra a saúde pública em função da disseminação da gripe espanhola que grassava, principalmente, nas grandes cidades. Para combater o quadro grave de doenças foi criada no Brasil a Liga Pró-saneamento do Brasil, envolvendo membros da Academia Nacional de Medicina, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, antropólogos do Museu Nacional e o próprio Presidente da República, Wenceslau Brás. A campanha foi exitosa, repercutindo eficazmente em um país que ainda se constituía por províncias pouco integradas que haviam sido transformadas em Estados pela Constituição Republicana de 1891.

3 – O processo de institucionalização da saúde – políticas públicas e conferências de saúde

Apesar dos esforços empreendidos, o quadro permanecia caótico e por isso, o governo criou, em 1919, o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP – que dispunha atribuições bem definidas e de vultosos recursos de

financiamento. O início da década de 1920 foi marcado pelo começo da nacionalização das políticas de saúde e saneamento e uma das características encontradas era a predominância, no imaginário popular e na perspectiva dos técnicos da área da saúde, de uma visão idealizada do campo como um local idílico, propício para a vida saudável em contraste com as cidades, que eram um espaço de vício e doença. Do ponto de vista da saúde pública, a obra literária que se tornou um importante instrumento para a campanha de saneamento da época foi o livro *Os Sertões*, na qual o autor, Euclides da Cunha, associava o abandono e as péssimas condições de vida do sertanejo do interior do país à falta de compromisso das elites intelectuais e políticas.

O Instituto Oswaldo Cruz realizou, em 1922, a Viagem Científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Pará e de norte a sul de Goiás, que é considerado um marco da campanha de saneamento. A expedição coletou dados importantes sobre a fauna, a flora, as condições sócio-econômicas, produzindo também uma farta documentação fotográfica. Os resultados acirraram o combate às endemias rurais, produzindo uma reflexão que concluía, recomendando a necessidade de centralização das ações de saúde. (Lima, 1996, pp.2-10)

Em 1922, aconteceu a Semana de Arte Moderna¹ na qual os intelectuais e dirigentes declararam sua independência cultural, afastando-se do modelo europeu em busca de uma identidade nacional através da aproximação com o “povo” brasileiro. (Fonseca,2002, p. 513)

O período de 1930 a 1945 é marcado pela criação dos Ministérios do Trabalho (Lei nº 6.062 de 1974) e da Educação e Saúde. Foi o auge do “sanitarismo campanhista” e ocorreu a criação do Serviço de Combate às Endemias e do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP.

De 10 a 15 de novembro de 1941 é realizada no país a Primeira Conferência Nacional de Saúde e teve como tema central o debate sobre a situação sanitária e assistencial dos Estados, relacionadas às Campanhas

¹ Semana de Arte Moderna - foi uma mostra de arte realizada de 13 a 18 de fevereiro de 1922 no teatro Municipal de São Paulo sendo o ponto culminante de um processo iniciado na década anterior. O movimento, denominado Modernismo, foi uma reação à mentalidade oficial da época que valorizava. A proposta dos inovadores, inspirada nas vanguardas européias buscava uma nova estética nas artes, que passou a ser marcada pelo dinamismo da vida moderna, a busca pela síntese, a valorização de temas cotidianos e nacionais além do espírito crítico e da ironia.

contra lepra e tuberculose, amparo à maternidade e infância e ao desenvolvimento dos serviços de água e esgoto.

As Conferências, que continuariam a ser realizadas nas próximas décadas, são espaços instituídos, destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. Segundo o MS, elas são vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de saúde em seus três níveis na federação. (MS, 2006f)

As Conferências de Saúde são as instâncias colegiadas do SUS, que contam com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pela Conferência ou pelo Conselho de Saúde.

Na década de 50, o Brasil viveu um período de ascensão da classe média. Com o final da Segunda Guerra Mundial o país viveu um momento de crescimento urbano e industrialização que entre outras características ampliou o acesso dos brasileiros à informação, lazer e consumo. (Bassanezi, 2001, p. 608)

A 2ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no Rio de Janeiro de 21 de novembro a 02 de dezembro de 1950 e privilegiou a discussão sobre detetizações domiciliares em áreas malarígenas e serviços sanitários. A Conferência contou com a participação de representantes de quase todos os Estados, delegacias Federais de Saúde e Serviços de Saúde das Classes Armadas.

Foi uma fase importante porque nela ocorreu a criação do MS (Brasil. Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953) que passaria a ser o “órgão que a partir de então seria responsável pela administração e coordenação das medidas preventivas de caráter coletivo e dos serviços públicos de saúde de maneira paralela à previdência social, materializando a idéia de separação entre previdência e a assistência médica”. (Moura, 2005, p. 26)

A 3ª Conferência também aconteceu na cidade do Rio de Janeiro em 1963, e discutiu questões relacionadas à municipalização, como a caminho para o aumento da cobertura dos serviços de saúde e sobre o “preparo do

aproveitamento do pessoal técnico” revelando que havia uma carência de mão de obra qualificada no setor e a necessidade de reversão desse quadro.

4 – O golpe militar de 1965 e ascensão do modelo privatista no setor saúde

No final do Governo Kubitscheck² ocorreu a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, que garantia a uniformização dos benefícios. A década de 60 foi marcada pelo Golpe que deu início ao regime militar (instalado em 1964) e teve como influência determinante a criação do Instituto Nacional de Previdência Social -INPS, em 1966. (Mendes, 1997, p.22).

A partir das considerações de Costa (2001, p.308):

entre os pontos críticos do desenho institucional do regime autoritário brasileiro (1964/85) na área social foram assinalados: a centralização decisória em nível federal, mediante a desapropriação dos instrumentos de ação social de estados e municípios; o bloqueio à participação popular e política no processo decisório com a supressão das formas de controle social; a fragmentação institucional que impossibilitava a constituição de uma política social integrada e o fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais.

O período foi marcado pelo aumento do poder do estado sobre a sociedade e um esforço do mesmo de desmobilizar as forças políticas. O setor privado foi privilegiado com valorização o assistencialismo individual em detrimento das ações de prevenção e saúde coletiva. Concretamente, podemos citar algumas características da intervenção do governo militar na área da saúde: a extensão da cobertura previdenciária abrangendo quase que a totalidade da população urbana e uma parte da rural, a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, a intervenção estatal na área da saúde propiciando a criação do complexo médico-industrial que provocou acumulação

² Governo Kubitschek - período de governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960) caracterizado pela implementação de uma política de nacionalismo desenvolvimentista no Brasil. No governo, o país viveu um período de grandes realizações econômicas, tendo como base a expansão da produção industrial. Outro aspecto de destaque foi a construção da nova capital federal, Brasília. O governo foi marcado também por uma aproximação com os militares, mantendo uma política anticomunista e ortodoxa, uma estreita cooperação com o governo do EUA e a radicalização dos conflitos no campo. O governo Kubitschek foi muito criticado por sua política financeira irracional, sua submissão às imposições do Fundo Monetário Internacional – FMI e a falta de uma política voltada para os problemas sociais.

de capitais das empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. (Oliveira, 1986, p.34)

Como argumenta Giuliani (1997, pp.642-643) encontramos uma descrição das condições sócio-políticas da década de 60:

nos anos 60 o arrocho salarial é o principal alvo de questionamento das organizações sindicais, inclusive as críticas às condições de trabalho e aos ritmos exaustivos da jornada de trabalho acabam tendo como parâmetro o salário. Talvez pelo autoritarismo dos governos militares, as organizações sindicais, que em suas lutas dão prioridade às bandeiras econômicas, tentam introduzir propostas políticas voltadas para o restabelecimento da democracia nas relações de trabalho e sindicais. Porém, as questões relativas às condições de vida e à reprodução social da família permanecem em segundo plano ou mediadas pela discussão salarial.

Em 1868, o governo lançou o plano conhecido como “Leonel Miranda”, através do qual o governo tentou efetivar um processo de privatização, transferindo hospitais públicos para pessoas de direito privado por quantia mensal fixada pela administração pública, em função do valor histórico de aquisição. Várias entidades fizeram críticas intensas ao Plano, especialmente a Congregação da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - USP, o que já indicava a possibilidade de articulação da universidade com os movimentos sociais em defesa da saúde coletiva. (Paim, 1991, p.108)

Na década de 1970, mesmo havendo continuidade no processo de ampliação da rede privada de hospitais, pode-se notar uma preocupação com a atenção aos cuidados primários em saúde. Em relação ao ano de 1974, vale ressaltar a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS.

A Conferência de Alma Ata (2001c) realizada de 6 a 12 de setembro de 1978, em cidade do mesmo nome, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, definiu como meta “saúde para todos no ano 2000”. A Conferência e a Declaração elaborada pelos participantes exprimia a necessidade de que todos os governos se todos os atores envolvidos no processo da saúde se unissem para promover a saúde de todos os povos do mundo.

A Conferência conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e passa a ter status de direito humano fundamental, superando a visão de que saúde é a ausência de doenças.

Consoante Paim (1987, p.5):

A noção de direito à saúde vem sendo difundida em muitos países, nas últimas décadas, enquanto componente da doutrina dos Direitos Humanos. Considera que todo indivíduo, independentemente de cor, situação socioeconômica, religião e credo político, deve ter sua saúde preservada. Nesse sentido, caberia um esforço social visando à mobilização dos recursos necessários para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Embora não seja pertinente questionar a legitimidade desse direito nem a oportunidade dessa doutrina, é importante registrar as dificuldades encontradas para a sua concretização nas sociedades em que prevalece a lógica da economia de mercado. Ainda que o reconhecimento desses direitos se originasse em países capitalistas europeus, que reorientam as suas políticas sociais dentro do modelo do chamado "Estado do Bem-Estar Social" cumpre lembrar que a manutenção dessas políticas tem sido ameaçada sempre que a economia vai mal ou quando as forças conservadoras assumem o poder.

O documento também enfatiza que existem desigualdades entre os povos para a obtenção desse estado de saúde; que a solução do problema ou a diminuição dessa lacuna deve ser perseguida e que tem um caráter político relacionado com e o desenvolvimento econômico e social; que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde e que os cuidados primários em saúde são essenciais, representando um primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, sendo o primeiro elemento de um permanente processo de assistência à saúde. (*Idem*, p.15)

Na perspectiva de Mendes (1999, p.20):

o modelo médico que nasceu com o fim do modelo agro exportador e o acelerado modelo de industrialização induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência social, esvaziando, progressivamente as ações campanhistas (...) Com o deslocamento para a vida urbana, o importante não era sanear o espaço de circulação de mercadorias mas o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.

Esse modelo privatista possuía as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- Privilegiamento da prática médica curativista, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;

- A criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produto privado destes serviços. (Oliveira e Teixeira, 1986, cit. por Mendes, 1999, p. 22)

5 – A proposta de Reforma Sanitária no Brasil, sua importância para a redemocratização do país

No Brasil, iniciava o movimento denominado de Reforma Sanitária - RS, encabeçado por muitos intelectuais e segmentos organizados da sociedade, centrais sindicais, entre outros, com o objetivo de iniciar, em pleno regime militar, um movimento que visava a um modelo de saúde democrático, descentralizado, com a universalização de acesso às ações e serviços de saúde.

O movimento, que inicialmente foi movido pela intelectualidade representada por professores universitários e profissionais de saúde, aos poucos foi ganhando a adesão de outros segmentos, alguns parlamentares, centrais sindicais.

No ponto de vista de Rezende (2001, p.1), a RS considerava a “construção de uma política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, a universalização do acesso às ações e serviços de saúde e a unificação como elementos essenciais para a reforma do setor saúde.”

Tendo como parâmetro as reflexões de Paim (1991, p.108), as origens da RS têm seu marco na VIII Conferência de Saúde mas suas origens já podem ser identificadas na década de 50 nos debates sobre “Saúde e Desenvolvimento” e nas buscas de reorganização do sistema de saúde, com propostas como a “socialização da medicina” e a municipalização dos serviços de saúde, que compunham o discurso sanitarista-desenvolvimentista da época.

Entretanto, é preciso considerar que a RS não pode ser entendida de forma isolada. Ela deve ser analisada como um projeto setorial articulado a uma estratégia maior e global para a sociedade que está direcionada para a

consolidação da etapa democrática do capitalismo brasileiro, sendo, portanto, parte de um processo de outros projetos econômicos e sociais reformadores. Tais projetos gravitam em torno da unificação do sistema de saúde e sua hierarquização e descentralização para estados e municípios, com unidade na Política de Saúde; universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão da cobertura de serviços e participação da população – através das entidades representativas – na formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de saúde e racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado, através de um Fundo Único de Saúde a nível federal.

A operacionalização da RS encontra, na prática, alguns entraves entre os quais podemos destacar: os movimentos sociais, sindicais ou populares não aderiram à proposta com a intensidade esperada; a elaboração da proposta se deu no seio da tecnoburocracia tendo se estendido, no máximo, ao conjunto dos profissionais do setor, chegando acabada, verticalmente, a partir do Estado – seu processo de formulação foi conduzido dentro dos limites das instituições governamentais, os escassos canais de participação popular nas Políticas e nas Ações de Saúde, o desgaste do discurso oficial, a lentidão e limites das medidas técnico-burocráticas e o clientelismo político. A RS necessita de sustentação social para que, através da força política, possa enfrentar os interesses do setor capitalista do setor saúde e em articulação com outras reivindicações dos movimentos populares brasileiros. (Gallo, 1988, pp. 141-418)

De 1968 a 73 o Brasil viveu um momento de deteriorização das condições de saúde da população brasileira e crise no setor saúde. A universidade passou a contribuir, mais além das pesquisas e da investigação, denunciando que as condições e saúde estavam relacionadas ao modelo de desenvolvimento imposto pelos militares. A partir de 1974, a sociedade brasileira passou a viver o período de distensão “lenta, segura e gradual” proposta pelo governo do General Geisel, no qual ocorreram alguns tímidos avanços em direção à redemocratização: redução da censura à imprensa; tolerância relativa das discussões entre intelectuais e cientistas e alguma reorientação na política de Estado. Na Saúde, foram adotadas medidas racionalizadoras e a implantação de Programas de Extensão de cobertura de

serviços de saúde. Enquanto o Estado politizava a saúde, o movimento de democratização do país, que no âmbito da saúde era denominado RS, se articulava com instâncias importantes da sociedade civil. (Paim, 1991, pp. 108-109)

Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que possibilitou a entrada de técnicos do “movimento sanitário” no interior do aparelho estatal, possibilitado a inclusão de propostas para e efetivação da Atenção Primária da Saúde, com hierarquização, descentralização e universalização. (Rezende, 2001, p.1).

A década de 70 foi um período em que duas perspectivas - privatista e sanitaria - acirravam seu confronto. Partindo do princípio defendido por Paim (1991, p.31)

durante as décadas de 70 e 80 as forças democráticas enfrentavam-se com os representantes dos interesses da medicina privada (clínicas, hospitais, médicos contratados e credenciados pela Previdência Social, seja na organização do pré-pagamento, medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas seguradoras) seja das indústrias de medicamentos, equipamentos e material de consumo médico.

O início da década de 1980 foi marcado pela crise no setor saúde em três aspectos: ideológico, com a ocorrência de pressão pela reestruturação e ampliação dos serviços de saúde da atenção primária e da participação popular; financeira, em função das restrições das fontes de financiamento; político-institucional marcado pela criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP – em 1981, que entre outras medidas, implantou as autorizações para internação hospitalar (AIH) e criação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que possibilitaram o acesso aos serviços previdenciários, além dos de saúde pública, para a população não segurada. (Paim, 2001, p. 26)

5.1 – O agravamento das condições de saúde da população brasileira motivado pela crise do modelo privatista e os caminhos para a criação do Sistema Único de Saúde

A situação de saúde do país era precária: as dez primeiras causas de óbito ocorridos em 1980 no Brasil, foram responsáveis pela perda de 5.228.324

anos potenciais de vida da população brasileira, sendo que as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 16,2% dessa perda, as pneumonias por 10,4%, as neoplasmas 4,2% e os acidentes de trânsito de veículos e motor por 3,8%. Fatos como a mudança na estrutura da mortalidade, a persistência das grandes endemias e a emergência de novos agravos à saúde, passaram a exigir não só a revisão das políticas econômicas mas a reorientação das políticas sociais de Estado que precisavam se adequar às necessidades de saúde dos grupos sociais e diante da crescente desigualdade de distribuição de recursos públicos.(Paim,1987, p.51)

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo que o texto de seu Relatório Final foi utilizado como base para a CF de 1988, seguido da aprovação da LOS em 1990. (Cunha, 2001, pp.285-304)

Em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS - (Decreto nº 94.657, p.12) que em 1983, consolida as Ações Integradas de Saúde. Esse sistema consolida as AIS, criadas pelo CONASP e adota as diretrizes de universalização, equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a implementação dos distritos sanitários, entre outras. (Rezende, 2001, p.1-2)

O SUDS foi uma estratégia que facilitava a travessia de um sistema de saúde descoordenado, centralizado e fracionado em múltiplas instituições públicas e organizações privadas para um SUS de saúde de caráter público, descentralizado e complementado pela iniciativa privada. (Paim, 1994, p.64)

Em 1988 foi promulgada a nova CF que institui o SUS em seu artigo nº 198 (2005b, p.55) Ele é descrito como o conjunto de ações e dos serviços públicos de saúde: os executados ou prestados por órgãos, entidades ou instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta, indireta ou fundacional, incluídas aqui as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde. Cabe salientar que conforme texto constitucional, a iniciativa privada participa do SUS, em caráter complementar. (CF, 1988)

De acordo com Moraes (2002, p. 99):

a Constituição de 1988 é um marco no sistema jurídico brasileiro porque reconhece a existência de direitos coletivos. Na visão do jurista italiano Mauro Capeletti (in: Souza Filho, 1999, p.318) a

grande diferença entre esses direitos e os direitos individuais tradicionais está na relação deles com o Estado. Enquanto os tradicionais devem ser garantidos pelo Estado, os direitos coletivos devem ser promovidos pelo Estado, com vistas a financiar subsídios, remover barreiras sociais e econômicas para, enfim, promover a realização dos problemas sociais, fundamentos desses direitos e das expectativas por eles legitimadas.

6 – Principais aspectos do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988

São objetivos e atribuições fundamentais do SUS, determinados no Artigo 5º (2005b, p.8) da Constituição: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no parágrafo 1º, do Artigo 2º desta Lei, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas.

Considerando a visão de Carvalho (1992, p.70):

no tocante à integração das ações assistenciais e das atividades preventivas convém um esclarecimento: a integração da assistência e da prevenção, indica a orientação imanente no SUS de não separar as duas modalidades de proteção à saúde, principalmente depois de se presenciarem os resultados negativos da priorização da assistência médico-hospitalar em detrimento das medidas de prevenção da doença e dos riscos de agravamento da saúde individual e coletiva, expressos em gastos vultosos na aquisição de serviços no setor privado, construção e instalação de hospitais e no aumento real da demanda por serviços de assistência.

O SUS tem as seguintes diretrizes, estabelecidas na CF de 1988 (2005b, p.55)

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II- integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- direito à informação, sobre sua saúde, às pessoas assistidas;
- VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII- participação da comunidade;
- IX- descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI- conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Em relação ao princípio da participação da comunidade, podemos salientar que desde a segunda metade da década de 80 já avançava no país a atuação dos movimentos sociais e da organização da sociedade civil que reivindicava participação no planejamento e na gestão dos serviços de saúde. Esse movimento contribuiu de forma decisória para que fosse aprovado na CF de 1988 o controle social através de conselhos estaduais e municipais o que levou o setor saúde para vanguarda das políticas públicas, nessa questão. (Luz, 2000, p.302)

Sobre a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, trata-se de um grande avanço legal pois anteriormente ao SUS o acesso aos serviços de saúde só era garantido para aquelas

pessoas que contribuíssem com o sistema da Previdência ou da Assistência Social. Àqueles que não fossem dependentes de algum segurado não tinham acesso aos serviços públicos de Saúde. A partir do SUS a saúde passa a ser um direito público subjetivo, garantido pelo Estado, e não mais um “seguro social” a ser satisfeito mediante contribuição especial do cidadão. (Carvalho, 1992, p.75)

No entender de Paim (1996, p.59):

(...) é preciso esclarecer, inicialmente, que o SUS representa a dimensão institucional de um projeto mais amplo – a Reforma Sanitária. Esta não se define, no caso brasileiro, como programa de governo ou mesmo política social de Estado. Não se reduz a uma reforma administrativa do Estado ou de sua burocracia. A reforma Sanitária Brasileira é um projeto político-cultural nascido da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde (Paim, 1988). Ideologicamente, ela pode ser entendida enquanto uma reforma política e cultural-intelectual, moral e ética (Paim, 1990) que compreende uma totalidade de mudanças (Arouca, 1988), a incorporação de concepções, conceitos, noções e valores pelo movimento sanitário e a sua cristalização no arcabouço jurídico-político-institucional (Constituição, Leis 8080 e 8142/90) representaram momentos relevantes do processo, ainda que insuficientes para transformar, em pouco tempo, a retórica do projeto em realidade.

Com a definição de acesso universal aos serviços de saúde e a publicação das Leis Orgânicas da Saúde, foi determinada a implantação e implementação, em cada esfera de governo e em todos os níveis de assistência, das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As primeiras reunir-se-ão a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

6.1 – A reversão do perfil epidemiológico e os avanços legais para a implementação do SUS

No início da década de 1990 já era possível perceber alguns reflexos importantes da implantação do SUS na saúde pública brasileira, em detrimento das críticas que eram efetuadas ao chamado “caos da saúde”. A erradicação da poliomielite, uma redução, já em 1990, dos casos de sarampo, uma baixa expressiva nas taxas de incidência de tétano, queda nos casos e nos óbitos por tétano neonatal, de 1989 a 1993. Em relação às endemias, já se notavam alguns avanços, sendo que as atividades de controle vetorial da doença de Chagas permitiam uma redução de mais de 70% nas áreas de infestação, com eliminação do *Triatoma infestans* em extensas regiões do país. Também era nítida diminuição de incidência da raiva humana, da esquistossomose e da hanseníase. No campo da saúde mental, houve um grande avanço. Até 1991, existiam no Brasil 86.000 leitos psiquiátricos que consumiam 7,5% das despesas com internação do SUS, mas em 1993 já se apresentava uma diminuição de 4.000 leitos.

Outros avanços se verificavam na área da municipalização, tanto no aumento da produtividade como na melhoria dos níveis de saúde. Se não houvesse o SUS, a população brasileira estaria submetida a um sistema público dividido em dois subsistemas: um para aqueles que tivessem condições econômicas e seriam atendidos por um sistema previdenciário por meio do Instituto Nacional de Previdência Social - INAMPS e os não integrados que receberiam serviços de organismos estatais, estaduais e municipais. Seria um a grave infração às normas democráticas de saúde com direito de cidadania pois o conceito de equidade estaria rompido. (Mendes, 1999, pp. 59-61)

Em relação às LOS, encontramos em Natalini (2001, p.28) a seguinte conceituação:

As leis Orgânicas da Saúde – LOS – são um conjunto de duas Leis editadas (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. São leis nacionais que têm o caráter geral, contêm diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde.

A Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (MS, 1990a) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 8142 de 07 de agosto de 1990 (Brasil,MS,1990b) dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, estabelecendo as instâncias colegiadas e participativas no campo da saúde e determina que as Conferências de Saúde devam se reunir a cada 4 anos a nível nacional na qual o Conselho de Saúde é um órgão gestor de caráter permanente com representação dos vários segmentos envolvidos na produção, gestão e usufruto da saúde. Vale salientar que a função dos conselhos não é apenas vigiar formalmente a burocracia da saúde, mas criar uma nova cultura política-democrática que, ao democratizar as decisões, traga a alteridade³, a presença do “outro” onde “um” e “outro” são sujeitos e protagonistas das decisões e ações, sendo portanto, sujeito e não sujeito. (Sposati *et al.*, 1992, p.372)

Na compreensão de Carvalho, (1992, p.13) a Lei nº 8142 foi editada tendo em vista os vetos que a Lei n. 8080/90 recebeu, principalmente no que diz respeito à participação da comunidade. Com ela, essa participação popular na gestão – através do controle social – ficou restabelecida mediante a criação dos Conselhos, disciplinando-se, ao mesmo tempo, a transferência de recursos, arrecadados da União para os Estados, Distrito Federal⁴ e municípios. O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado, no interesse geral, mas pode estender-se a outras manifestações de garantia do direito humano à saúde e, sob determinado ângulo, mais eficazes – porque de efeitos preventivo e corretivo, imediatos, do que os resultados decorrentes da atuação dos Conselhos. (*Idem*, p.249)

³ Alteridade – Alteridade é a concepção que parte do pressuposto básico de que todo o homem social interage e interdepende de outros indivíduos. É ser capaz de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença. Quanto menos alteridade existe nas relações pessoais e sociais, mais conflitos ocorrem.

⁴ Distrito Federal - território ou cidade onde se estabelece a sede do governo central ou a capital, nova república federativa.

6.2 – O processo de descentralização e regionalização das ações de saúde e seus principais instrumentos legais

Outro avanço realizado para a implementação do SUS foi a regulamentação do processo de descentralização através das NOB, que são orientações específicas e pactuadas, emanadas pelo MS e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, que visam a repartição orçamentária entre níveis de governo, à atribuição da titularidade para a gestão e à organização do modelo assistencial.

A NOB-1/91 (INAMPS, 1991a) introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS mediante comprometimento com a gestão direta de serviços prevendo, para tanto, a formação de um fundo setorial e funcionamento de conselhos municipais de saúde. A NOB-1/93 (Brasil, MS, 1993b) foi um instrumento efetivo de indução do processo de descentralização criando as Comissões Intergestores Bipartite – CIB – nos estados e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT – composta por representantes dos governos federal, estaduais e municipais, no plano nacional. A NOB-1/96 (1996f) simplificou o processo de responsabilização municipal proposto pela NOB-1/93 reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

A NOB-1/96 também criou o Piso Ambulatorial Básico –PAB, que é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade municipal e o incentivo à adoção do PSF e do PACS como um adicional de transferência intergovernamental por grupo de população efetivamente coberta pelos dois programas. (Costa, 2001, pp.311-314)

Na visão de Ferreira (2001, p.47) a NOB/SUS 01/96:

reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação de saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município). A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica.

O processo de regionalização das práticas de saúde é uma idéia que nasceu do modelo epidemiológico respaldada na noção de que o conjunto de problemas de saúde, de magnitude variável, obedece a certas determinações conforme as populações e os espaços sociogeográficos que se consideram. No entanto, deve ser percebido que esse processo envolve uma questão delicada pois, se em alguns locais pode gerar fortalecimento do poder local e a adoção de mecanismos mais democráticos de convivência política, em outros pode gerar formas clientelistas e corporativas de organização do poder. (Gonçalves, 1988, cit. por Paim, 1993, p. 206).

Em 2001, já havia clareza por parte da União que 98% de municípios brasileiros haviam aderido à descentralização, mas que problemas conjunturais e estruturais haviam ficado evidentes no processo. Problemas relacionados à divisão de responsabilidades e partilha da gestão de unidades que dificultavam a organização dos sistemas municipais / microrregionais indicavam distorções. A existência de duas modalidades de gestão não traduzia a heterogeneidade das realidades de ofertas de serviços nas diversas regiões do país. Na tentativa de resolver esses problemas foi criada a NOAS-SUS 01/2001 (Portaria nº 95/GM, 2001 a) que objetivava, entre outras prioridades, assegurar o comando único sobre o sistema e incorporar a microrregionalização a partir da base legal e ampliar a atenção básica. (Natalini, 2001, p.32)

O processo de implementação da NOAS-SUS 01/2001 encontrou muitas resistências à aplicação de seus dispositivos e novas discussões foram iniciadas para que fossem feitas revisões no texto da Lei e fossem viabilizadas novas pactuações entre as gestões estaduais e as referências intermunicipais. Com resultado desse esforço, em 27 de fevereiro de 2002 era editada a NOAS-SUS01/02 por meio da (Portaria MS/GM nº 343, 2002e) que instituiu várias alterações que modificam, entre outra, a função dos Estados, que passam a receber diretamente recursos no fundo estadual para alguns tipos de habilitação municipal, incorpora anexos e dispositivos de instruções normativas e portarias complementares promovendo a ampliação no processo de negociação local e planejamento da Assistência

6.3 – Alguns desafios para a implementação do SUS

A CF de 1988 instituiu o SUS, deliberando que os serviços de saúde são de natureza universal e devem atender a todos os brasileiros indistintamente. Entretanto, o baixo orçamento nacional de saúde e a heterogeneidade dos gastos são um grande entrave para a consolidação do sistema. Em 1993, foi apresentado uma Proposta de Emenda à Constituição -PEC nº 169/93- que tem como objetivo garantir o financiamento maior e mais estável para o SUS, semelhante àquele garantido pela Educação. Outras propostas se seguiram com o mesmo objetivo e foram aprovadas pelo Congresso em 13 de setembro de 2000. (Ferreira, 2001, p.80)

O texto constitucional já anuncia o desafio da necessidade de um financiamento estável para o SUS e, normalmente, a maior preocupação está voltada para os recursos federais. Com a aprovação da EC-29/2000 (2000a), foi promovida a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando um percentual mínimo para a União, Estados e Municípios, mas em se tratando dos dois últimos, a disponibilidade financeira depende de receitas públicas. Independentemente da definição de valores, o mais importante é que a vinculação compromete as três esferas de governo. (Piola et al., 2002, pp.233-232)

É possível afirmar que houve aumento dos investimentos pelo governo federal no MS e que as prioridades deste foram, de 1995 a 2002: a expansão e o desenvolvimento da atenção básica, a redução das desigualdades regionais dos gastos com saúde e a recuperação de rede física de saúde do SUS. Especialmente na AB houve aumento dos recursos para ações preventivas de vacinação, controle de endemias, carências nutricionais, garantia de assistência farmacêutica básica e o PSF, como estratégia de mudança do modelo assistencial. (Santos, 2002, p.409)

Os mais importantes desafios do SUS, extrapolam o campo dos financiamentos e da alocação de recursos e avançam para o campo da Ética: a necessidade de combinar princípios maximalistas como universalidade, integralidade e equidade com políticas pragmáticas como descentralização e otimização de recursos financeiros fez com que surgissem problemas de grande importância, tais como: a tensão de produzir acesso universal (para

todos os brasileiros) em um contexto de recursos cada vez mais limitados; assegurar tratamento igualitário aos indivíduos com inserções sociais tão diferentes e o desafio maior de cumprir essas determinações legais de forma justa. (Luz, et al.,2006, p.130)

A partir das reflexões de Lucchese, (2003, p.440) também podemos considerar que, independentemente dos importantes avanços produzidos, em especial no campo da descentralização, os esforços não resultaram em redução substantiva das desigualdades em saúde no país. Alguns estudos evidenciam a persistência de importantes iniquidades especialmente em relação ao acesso à utilização dos serviços - públicos e privados - e à qualidade de vida da população nas diferentes localidades.

Outro desafio importante para a implementação do SUS relaciona-se à participação popular. Entre vários autores, é consenso que o termo refere-se a uma concepção populacional mais ampla do que os movimentos sindicais e a dos partidos políticos. O termo geralmente se refere às classes populares mas pode envolver também a classe média. Existem várias ambigüidades nos textos oficiais e a normatização dessa participação é frágil, centralizada nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental. No caso da saúde, a participação popular assumiu um papel relevante em especial nas conquistas obtidas na VIII Conferência Nacional de Saúde com o fortalecimento de propostas progressivas para o setor.

De forma geral, a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde não tem levado a uma transformação efetiva na realidade dos serviços mas eles são uma força social imprescindível para tirar do papel as conquistas teoricamente obtidas na saúde. Deve-se também levar em conta que os profissionais e a população pobre não vivem a mesma experiência da mesma maneira e muitas vezes, seja nos serviços de saúde, seja em igrejas, associações e outras formas de organização, os profissionais podem não estar levando em conta o olhar da população, podendo ocorrer o fato de que muitas vezes o projeto dos profissionais costuma ser anterior ao contato com os principais interessados. (Valla, 1988, p.8)

É preciso ressaltar a importância de se definir, com clareza, o campo do controle social, pois as leis amparam legalmente a participação popular e seus

direitos sociais mas sua aplicação não poder prescindir de uma nova instrumentação das lutas democráticas e populares do país. (*Idem*, p. 14)

O SUS estava implantado, mas para o avanço do processo de sua implementação dependia da organização de uma estratégia que gerasse condições favoráveis para a reestruturação do modelo assistencial brasileiro.

CAPITULO 2 – O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO

1- A Atenção Básica à Saúde

O modelo de atenção à saúde ainda hegemônico na nossa sociedade, prioriza a prática da atenção médica procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de seqüelas, por meio da clínica e com intermediação crescente de tecnologias. (Mendes, 1996, cit. por Silva *et al.*, 2005, pp. 393-94) A construção de um novo modelo assistencial para o Brasil tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias e o PSF é uma das estratégias para essa mudança. (Teixeira, 2002, cit. por Silva *et al.*, 2005, p. 394)

Sua primeira versão foi distribuída em Goiânia-Go, durante o 14º Congresso do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, realizado de 15 a 17 de novembro de 1998 e o conceito de AB sofreu muitas modificações no Manual para a Organização da AB no SUS, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925 de 13 de novembro do mesmo ano. Com a implantação do Piso da Atenção Básica – PAB, em 1998, já se buscava garantir a cada município brasileiro, o mínimo necessário de recursos financeiros calculado em função de sua população. Os recursos da AB passaram a ser repassados diretamente do MS para os municípios, permitindo ao gestor municipal assumir suas responsabilidades definidas no processo de descentralização.

Na portaria supracitada, a AB é definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no grupo de Assistência Básica da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, quando da implantação do PAB. (MS, 1999, p.9).

Em 2006, com a instituição dos Pactos pela Vida e de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS, é aprovada uma nova PNAB (MS,2006a), caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e de maior relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (MS. 2006a)

Embora, no período anterior à criação do SUS, a atenção primária à saúde representasse um marco referencial para a organização dos serviços, numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de modelo assistencial, após a criação do SUS é o conceito de AB que tem sido mais utilizado como referência para se falar dos serviços municipais.

Segundo Gil (2006, p.1171):

existe a necessidade de um esforço sinérgico entre as duas vertentes, considerando que as tecnologias de gestão do sistema, a organização da rede de serviços e as transformações no processo de trabalho estão contidas nesse debate são condições essenciais para que haja a conversão do paradigma do modelo.

Há evidências de que os países nos quais prevalece uma orientação para a atenção primária, são obtidos resultados mais equitativos na saúde do que aqueles orientados para a atenção especializada. (Bodsteins, 2006, p.727)

Na lógica de Bodstein (2006, p.727) a proposta de Rede Básica, expressa na 8ª Conferência Nacional de Saúde, trazia uma proposta mais complexa na qual ela não seria apenas uma forma de entrada em um sistema de saúde, mas um espaço essencial para a realização da integralidade das ações individuais e coletivas de saúde sendo ao mesmo tempo, uma linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade da vida. Nessa visão a rede básica deve ser “inventada” tecnologicamente porque ela não representa simplesmente agregar assistência médica com saúde pública no mesmo espaço institucional. Os termos são usados às vezes como sinônimos, às vezes como contraposição. (Gil, 2006, p.1171).

No presente trabalho, os termos serão considerados sinônimos por indicarem, em detrimento de algumas diferenças apontadas por alguns autores, a porta de entrada do usuário no SUS.

Na PNAB (MS, 2006a, pp.10-11), ficam determinados os seguintes fundamentos:

I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio de equidade;

II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV – valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI – estimular a participação popular e o controle social.

De acordo com Albanês (2006, p.687) a integralidade - ou elenco de serviços - implica que as unidades de AB devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde, incluindo o encaminhamento para consultas especializadas - média complexidade - serviços terciários - alta complexidade, internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Em relação à participação, é possível ressaltar que ela pode ser definida como sendo um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na AB; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS; atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios e sua garantia no texto constitucional foi fruto da participação de diversos segmentos da sociedade, em especial dos gestores das três esferas de governo e do CNS, possibilitando o fortalecimento do SUS e impulsionando o processo de descentralização em todo o país. (MS, 1999a, p.12)

A NOB também se refere às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com sua comunidade, especialmente, com o seu núcleo social primário – a família. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais. Dessa forma, o modelo de atenção básica a ser alcançado deve apontar para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando sempre o preceito constitucional da autonomia dos municípios no processo de descentralização e no cumprimento dos princípios acima relacionados.

A CF de 1988 atribui aos prefeitos municipais responsabilidades sobre ações e serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade com a população permite-lhe avaliar de forma mais eficiente os reais problemas de

saúde da população. Assim, a NOB reafirma esse princípio reforçando que o município é responsável, em primeira instância, pela situação de saúde de sua população, sendo que, de forma gradativa, ele passa a assumir a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde devem estar inseridas as ações que caracterizam a AB. Dois dos instrumentos fundamentais para que de efetive essa nova política de atenção à saúde são: o PACS, já consolidado no país, e o PSF, que se encontra em processo de ampliação e implementação em todos os estados da federação. Ambos, juntamente com o Piso de AB (PAB Fixo), o Programa Nacional de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Vacinação e o Programa de Combate às Endemias correspondem ao total de recursos federais destinados às ações de atendimento básico à saúde da população. (MS, 2002b, p.5)

Um dos maiores desafios para a implementação do SUS era a redução das desigualdades na alocação de recursos federais, levando a distorções que permitiam que localidades com mais instalações ganhassem grande parte do orçamento disponível. Em relação aos tetos financeiros dos Estados e regiões brasileiras, o problema tornava-se visível pois os tetos financeiros são limites definidos para cada Estado, em relação a seu faturamento. Reverter os processos de desigualdade no financiamento da saúde importava mudanças substantivas na política de investimentos. (Negri, 2002, pp. 27-28) Para iniciar esse processo, o MS criou, em 1998, o Piso de Atenção Básica – PAB/98, que visava implementar uma ação importante na descentralização financeira do sistema de saúde brasileiro e estimulando os municípios a assumirem, progressivamente, a gerência da rede básica dos serviços de saúde, rompendo com a lógica da produção por faturamento por serviços previamente prestados que causavam prejuízo aos municípios pobres e sem infra-estrutura em detrimento daqueles mais desenvolvidos, que era característico do modelo anterior. (Costa e Pinto, 2002, p.271).

Antes de 1998, os recursos financeiros para custeio das atividades assistenciais foram muito influenciados pela concentração da capacidade instalada de hospitais, clínicas e laboratórios que serviam à população assistida pela previdência social, de forma que os recursos enviados aos estados com maior desenvolvimento econômico e social – regiões sul e

sudeste – foram, por décadas, superiores aos da região norte, nordeste e centro-oeste. (MS, 2002c, p.45)

Em relação aos recursos federais destinados à área da saúde, eles estavam crescendo no final da década de 1990 e mesmo com as condições adversas e a vulnerabilidade macroeconômica, deverão continuar aumentando. Em relação ao destino dos recursos já era visível, no período de 1995 a 2002, que a AB encontrava apoio do MS em relação à alocação de recursos sendo possível afirmar que em relação ao período citado acima, este órgão ministerial realmente privilegiou a atenção básica relativamente à média e alta complexidade. (Santos, 2002, pp.393-395)

Entretanto, tomando como base o pensamento de Silva (2005, p.392), podemos avaliar que:

a análise dos gastos públicos com atenção à saúde, revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia.

Considerando que mesmo havendo um incremento, por parte do MS, na concessão de investimentos na AB, não haviam sido adotadas medidas que promovessem uma mudança substancial no eixo das políticas de saúde, cujas ações levassem à população um atendimento voltado para as suas necessidades básicas fora do espaço hospitalar e considerando a comunidade como um espaço a ser privilegiado para a atuação dos profissionais de saúde.

2 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS

O PACS foi iniciado em 1991 e normatizado (MS,1997a) como uma estratégia do MS/FNS para responder a uma demanda deficitária na AB em saúde, que garantisse, prioritariamente, assistência ao grupo materno infantil. Esse projeto foi elaborado a partir das experiências concretas já implantadas no Estado do Ceará, Goiás, Pernambuco, vale do Ribeira (SP), Rondonópolis (MT); do conhecimento dos relatos de programas com agentes de saúde de quase todos os estados da União; das sugestões apresentadas pelo

Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Líderes Comunitários da Pastoral da Criança/CNBB.

Em 1991, a idéia do PACS já se configurava como programa, tendo sua implantação iniciada pelos Estados da Região Nordeste, priorizando as ações de informação e educação em saúde, voltadas para a área materno infantil. Posteriormente, com a entrada da cólera no país, ele se estendeu em caráter emergencial aos Estados da região norte onde os ACS, assumiram importante papel no controle e prevenção da doença. (MS/FNS, 1994c, p.2)

O PACS possibilita a organização dos serviços municipais de saúde, a integração das ações, a interiorização dos profissionais de nível superior, a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades prestadoras de serviços, a participação da comunidade no planejamento, na programação local e nas articulações interinstitucionais. (*Idem*, p. 3)

No ano de criação do Programa, as normas já eram específicas: como trabalhador do primeiro nível de atenção, devia ser morador na região há pelo menos 2 anos e tornar-se responsável pelo acompanhamento de todas as famílias de uma área geográfica pré-definida, sendo o elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde de referência. (*Ibidem*)

Seus principais objetivos, naquele ano, eram: mobilizar as comunidades para a identificação dos fatores sociais, econômicos e sanitários que determinam o processo saúde/doença e, através de ações educativas, possibilitar que assumam, de forma coletiva, mudanças relacionadas às suas condições de vida.

Estabelecer um elo de ligação entre a comunidade e o sistema local de saúde, para facilitar o acesso e impulsionar a reorganização da rede de serviços, de forma a estabelecer um modelo assistencial que assegure a referência e a contra-referência da clientela e auxiliar no controle das endemias e epidemias, de acordo com a realidade epidemiológica local.

Os ACS, podem ser definidos como sendo pessoas “profissionalizadas em auxiliares de enfermagem” para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar de sua própria

saúde.”(MS,1994c, p.8) ou ”trabalhador do 1º nível de atenção que deve ser responsável pelo acompanhamento de todas as famílias de uma área geográfica pré-definida, sendo o elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde de referência...” (*Idem*, p. 14)

Das palavras de Nunes et al, (2002, p.640) obtemos a seguinte reflexão:

Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz dele um ator que veicula as contradições e ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Essa posição particular nos faz formular a hipótese de que o caráter híbrido e polifônico desse ator, o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar, ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação.

Conforme o Manual de Normas e Diretrizes do PACS, (MS, 1994f, pp. 1-12) a implantação, que teve início em 1991, foi considerada uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população. Sua implantação e implementação são estimuladas até que seja possível a plena expansão do PSF, ao qual os ACS são gradativamente incorporados.

Os ACS são responsáveis pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem em seu território de atuação. Ele é, necessariamente, um morador da localidade onde trabalha e, por isso, está totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, costumes e linguagem. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade, entre outras.

A partir de julho de 2002, através da Lei Federal nº 10.507 (2002a) foi criada a profissão de ACS, ainda em fase de regulamentação por parte do MS, tornando sua formação e processo de educação permanente, um imenso desafio para o desenvolvimento de RH para o SUS. Dessa forma, o Governo Federal reconhece legalmente a profissão de ACS, caracterizada "pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do

gestor local deste." (*Idem*, Artigo 1º) Também fica definido que sua atuação dar-se-á exclusivamente no âmbito do SUS.

A atuação dos ACS em vários municípios do país, lhes conferiu respeito e legitimação da população, contudo, embora compreendido como um agente de cidadania, mediador social, elo entre os serviços de saúde e a comunidade, o ACS continua sendo alvo de conflitos em diversas áreas, quer seja na gestão das relações de trabalho, quer seja nas controvérsias de entendimento sobre a dimensão de sua atuação.

As atribuições dos ACS, desenvolvidas nos serviços de saúde, requerem conhecimentos, habilidade e atitudes capazes de possibilitar que o mesmo desenvolva em sua função de mediador da construção de conhecimentos relacionados à saúde, às práticas do autocuidado, à participação popular e ao controle social. (MS/ME, 2006b, p.2)

Como argumenta Viana *et al.* (2005, pp.230-231):

Pode-se informar que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, num instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência de sua intervenção.

Até 1994, havia 191.000 ACS atuando em aproximadamente 5.193 municípios brasileiros, atendendo 97.000.000 de pessoas (MS, Referencial Curricular para o Curso Técnico de ACS: área profissional Saúde) e em 2002 já totalizam 173.593 ACS em atuação em todo o país, com maior concentração na região nordeste, que totalizava 75.138 pessoas. (Levy *et al.*, 2004, p.197)

Atualmente, estão em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. (MS, Portal do Ministério da Saúde, 2006)

Embora o PACS já tivesse promovido uma mudança profunda no atendimento à saúde da população brasileira, não era possível, através deste projeto,

prestar um atendimento integral e que focasse a família, em seu contexto mais amplo, nem reverter o modelo assistencial vigente.

Com o objetivo de aprofundar o processo de reversão do modelo assistencial, o MS implementou medidas para a construção de um novo projeto, mais amplo e arrojado, que pudesse ampliar a qualidade de atenção aos problemas de saúde da população brasileira.

3 - O Programa Saúde da Família - PSF

A partir do início da década de 1990, o país passou a viver momentos de grande incerteza em sua política econômica sendo visíveis grandes desajustes nas finanças públicas. A reorientação de tais problemas se concretizou a partir de 1994, através de um plano de estabilização econômico. Também eram detectáveis oscilações em sua taxa de crescimento e a proposta de ajuste fiscal adotada repercutiu negativamente no financiamento destinado à saúde, que decresceu no início da década de 90 e somente se recuperou em 1995/96. O país também atravessava um período de mudanças radicais do ponto de vista demográfico, com declínio do crescimento populacional e da taxa de fecundidade, sendo que para as próximas décadas já havia uma tendência de crescimento nulo ou até negativo para os grupos etários mais jovens, decrescentes para a faixa adulta e crescente para o grupo da terceira idade, o que incide de forma determinante no setor saúde, exigindo para essa faixa um aporte de investimentos financeiros mais representativo.

Na América Latina, este quadro era mais complexo, havendo persistência das doenças infecto-contagiosas e aumento das crônico-degenerativas e causas externas, o que aumentava a demanda e exigia a adoção de novos tipos de intervenção, ações e equipamentos. (Viana e Poz, 2005, p.227) Nesse contexto, o MS instituiu, em 1994, o PSF, incorporando os ACS, basicamente para ampliar a capacidade de resposta aos problemas de saúde que afligiam a população e percebendo a necessidade de modificação concreta nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Seu principal propósito foi o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo de atenção tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. (MS, 2002, pp. 59-87).

O PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde da época, Dr. Henrique Santillo. A reunião foi proposta em resposta a uma demanda dos secretários municipais de saúde que queriam apoio financeiro para efetuar alterações na forma de operacionalização da rede básica de saúde. Deve ser ressaltado o papel fundamental do Doutor Halim Antônio Girade como o grande apoiador do PSF, fazendo a ponte entre o Ministro, técnicos da saúde e gestores municipais, apoiando também o financiamento de programa através do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. (Viana e Poz, 2005, pp.231-232)

Conforme Mendes, (1999, cit. por Silva, 2005, p.392):

O modelo de atenção ou modelo assistencial é o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las (Campos, 1989). Assim pensar em modelo assistencial implica uma análise crítico-reflexiva sobre todos os espaços e sobre a organização das tecnologias utilizadas, as relações de trabalho, a organização e gestão das ações. Implica, também, revisar o conceito de saúde e os determinantes históricos e culturais que incidem sobre as intervenções técnicas e sobre os problemas e necessidades de saúde da população. O modelo de atenção à saúde ainda hegemônico na nossa sociedade prioriza a prática da atenção médica, procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias.

Segundo Sousa, (2000, pp.9-10) os Programas PACS e PSF devem ser entendidos como um elemento potencial para re-orientar a forma de organizar os serviços de saúde em cada município brasileiro, além de provocar grandes inovações no âmbito da formação dos profissionais da saúde.

Consoante Valla (1997, p. 69):

Quando falamos em modelo de assistência à saúde, estamos nos referindo ao modelo vigente em nosso país, ou seja, previdenciário, assistencial curativo, individualizante e que beneficia o setor médico privado. Reorientar esse modelo significa superar essas características. Ora, isso somente é possível caso e Estado (governos federal, estaduais e municipais) adote políticas sociais e econômicas que realmente tenham por meta alterar as condições de saúde da população brasileira, ao mesmo tempo em que, através do sistema de saúde, seja possível proteger e recuperar a população que adoecer.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as ESF. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Na interpretação de Scherer et al. (2005, pp.58-64), encontramos a seguinte reflexão:

A ênfase na implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas “(Brasil, 2000, p.9). Propõe a prestação de assistência integral – completa e contínua em todas as fases da vida de um indivíduo, no seu contexto de vida e que apenas 15% dos casos sejam referenciados em nível de maior complexidade. Entretanto, o próprio PSF passou a ser evidenciado como uma dimensão operacional do modelo de saúde vigente – o Sistema Único de Saúde, este sim uma proposta de paradigma nesta área, que tenta romper com o modelo hegemônico. (...) O modelo SUS em implantação, no qual o PSF constitui a dimensão operacional, pode ser entendido como o paradigma revolucionário, porque traz respostas aos problemas não solucionados pelo paradigma dominante e reorienta as pesquisas sobre os problemas. (...) Apesar do PSF se propor a substituir o atual modelo, verifica-se uma grande lacuna na implantação desse programa na totalidade dos municípios brasileiros. Seu alcance é ainda limitado, o que parece tornar frágil sua própria existência. (...) - A dificuldade do PSF em contribuir para a ruptura do modelo hegemônico parece estar associada à proposta verticalizada desse programa, de sua gestão centralizada e, ainda, pela homogeneidade na oferta do serviço, sem se deter nas diferenças regionais de perfil epidemiológico. Pode-se afirmar que a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com o perfil adequado seja um dos entraves à ruptura.

A implantação do PSF é menos complexa em municípios pequenos, que apresentam altas coberturas populacionais - e conseqüentemente maior incentivo financeiro por equipe - sendo possível a obtenção de bons resultados com a instalação de um pequeno número de equipes, significando, para muitos deles, a expansão de serviços básicos. Para os municípios maiores, a adoção do PSF exige um esforço muito maior de reorganização do sistema de saúde, pois neles, geralmente, já existe uma rede física instalada e um conjunto de

profissionais atuando numa determinada lógica de organização dos serviços.
(Medina *et al.*, 2002, pp.136)

Considerando Narvai (2001, p.1), entretanto:

mesmo afirmando que o PSF não é um “programa” – caracterizado pelo enfoque restrito a uma doença específica e desenvolvido de forma centralizada e vertical, com um nítido componente de controle social, mas uma estratégia. Vários críticos têm identificado no PSF uma forma de recentralização em Brasília das decisões sobre saúde com uma formatação de um modelo único de atenção para todo o país e que colidiria com o princípio constitucional da descentralização do SUS, fundamentado no reconhecimento das diferentes realidades locais brasileiras.

Ainda na perspectiva de Merhy (2001, pp.147-148):

“O PSF pode ser um bom instrumento para a ação em redes de serviços locais, mas é uma modalidade tecnológica de produção de atos de saúde, insuficiente para dar conta do que sempre imaginamos como nossos objetos de ação, na saúde(...) e que o mais adequado é explorá-lo dentro de seus limites e colá-lo a um processo reflexivo, que vá além de sua natureza de receituário de práticas de saúde de pobre para pobre. Incorporá-lo como uma das modalidades tecnológicas que podem fazer parte da complexa ação das redes básicas de saúde, seria a melhor forma de potencializá-lo.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da UBSF.

No ponto de vista de Almeida (1999, cit. por Paim, 2001, pp. 145-46):

Os esforços atuais de transformação do PSF em estratégia voltada para a mudança dos modelos de atenção começam a apresentar sinais de concretização em municípios que apostaram na proposta, articulando-a ao projeto da Reforma Sanitária. Para avançar em transformações o PSF precisa incomodar, demonstrar, a cada momento, que a maior proporção de recursos financeiros e assistenciais continua a ser destinada para a assistência hospitalar e para os procedimentos de média e alta complexidade, apesar da retórica da prioridade da atenção básica; e aproveitar as oportunidades e contradições para incidir no plano estrutural de mudanças das instituições de ensino, promovendo alterações nos processos, nas relações e nos conteúdos da educação.

É importante ressaltar que o PSF não significa a criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas. Implantar o Programa implica na substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho

comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

A UBSF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência e deve ser parte integrante da rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas à referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir.

Conforme interpretação do Departamento de Atenção Básica do MS – DAB/MS (MS, 2000, p.316):

Priorizando a atenção básica, o PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. A tecnologia, é bom que se reafirme, é uma conquista que o setor saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população. O PSF não é uma peça isolada do sistema, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os caminhos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso.

A UBSF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

De acordo com o disposto na Lei nº 1886 do MS, de 18 de dezembro de 1997, cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A UBSF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Desde a criação do SUS, os gestores do sistema vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo assistencial, priorizando o nível de AB. O processo de expansão do PSF é um mecanismo essencial para a promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, existem opiniões diferenciadas que

entendem que o programa pode não ter o potencial esperado como agente capaz de alterar o modelo assistencial ou até mesmo garantir, de forma sistemática, o acesso da clientela aos níveis de maior complexidade do sistema, nem a universalização da cobertura. (Marques e Mendes, 2002, p.164)

No que tange à estruturação das equipes multiprofissionais, a elas estão vinculados um número definido de usuários, e esta organização justifica-se em dois sentidos: o de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais (...) e a possibilidade de responsabilização de cada uma das equipes por um conjunto de problemas bem delimitados. Em seguida, caso a equipe não possua condições para a resolução do mesmo, ela pode, através das ferramentas do planejamento, buscar outros atores que viabilizem sua solução. (Campos, 1992, p.153)

Na compreensão de Viana et al. 2005, p.233:

O primeiro documento do programa data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994). Suas diretrizes foram concebidas a partir da reunião de dezembro de 1993 e foram citados ainda todos os participantes da reunião. A concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco. É utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco. Por isso, pode-se dizer que a partir de 1995/96, com a implementação já acelerada e em nível nacional desses novos programas das novas práticas gerenciais e da emergência do processo de formulação da nova norma operacional (NOB-96) tem início o período de reforma incremental do SUS.

As primeiras ESF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários, foram estruturadas de forma que cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas. (MS, 2002b, pp. 59-87)

Em 2006, o MS editou a PNAB (MS, 2006a) que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB no país. Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento

de qualidade, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. (MS, Portal da Saúde, 2006)

Cada equipe de PSF deve ser capacitada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na UBSF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. Para assistir à população, é preciso que sejam estruturadas equipes de saúde com perfis profissionais necessários para enfrentar o dinamismo dos problemas das realidades sanitárias com as quais elas vão trabalhar. (Camelo, 2004, p.17).

Na perspectiva de Fonseca (2002, p.20), o processo de implantação do PSF, trata, principalmente, de estabelecer uma atenção proativa no cuidado à saúde, onde possa ser estabelecida uma AB resolutiva e de qualidade na qual se faz necessário buscar:

uma coordenação das ações educativas no âmbito do SUS, aproximando-as mais das características do setor saúde, onde existe um grande estoque de profissionais em exercício, em cenários distintos. O reconhecimento de que a abordagem tradicional não dá conta dessa realidade impõe a busca de inovações metodológicas na abordagem do processo educativo. O reconhecimento da educação permanente, o aprendizado no próprio ambiente de trabalho, a organização do ensino por competências são necessários para esse avanço.

O MS, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde-SES e Secretarias Municipais de Saúde -SMS, deve dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e à sua implantação, que começa com as seguintes etapas: identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa; mapear o número de habitantes em cada área; calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários; adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa; solicitar formalmente à SES a

adesão do município ao PSF; selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa. (MS, 2001e, p. 6)

Em 1999, na pesquisa que avaliou a opinião do gestor municipal sobre o PSF, a maioria dos secretários municipais de saúde considerava o programa como uma experiência positiva no campo da saúde pública, por prestar assistência de qualidade às famílias e com possibilidade de promover a mudança do modelo assistencial tradicional brasileiro. Entendem também que a equipe mínima, proposta pelo MS, é “ideal” mas 49,1% sugerem a inclusão de odontólogos e 41,5%, de assistentes sociais.(Pinto *et al.*, 2000, pp.52-54).

3.1 – A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Os dados sobre o acesso a serviços odontológicos no Brasil mostram que um baixo percentual da população refere alguma modalidade de obtenção de serviços odontológicos. (Leal, 2006, p.156)

Tendo como parâmetro as reflexões de Pauleto *et al.*, (2004, p.122):

A saúde bucal, implícita na saúde integral, está relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população. Como observa Porto (2002), a Saúde Bucal está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação. Nesse sentido, a luta pela saúde bucal está, fundamentalmente, ligada à luta pelos determinantes sociais, políticos e econômicos.

A odontologia advém do campo das ciências médicas e também tem seu marco conceitual e seu alicerce na medicina científica e seu paradigma começa – como a medicina – com a publicação e divulgação do Relatório Flexner, publicado em 1910 e já citado anteriormente. Através de sua influência surge o modelo de prática odontológica conhecido como odontologia científica ou flexneriana. (Mendes, 1985 cit. por Pereira *et al.*2004, pp.600-601)

No entender de Pereira:

Esse modelo expressa um conjunto que envolve o mecanicismo, biologicismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicista do ato odontológico, com ênfase na odontologia curativa e de gestão tecnocrática. A prática odontológica é, portanto, baseada nesse modelo, embora demonstre ser ineficaz, na medida em que não responde, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população, e ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento, apesar de apresentar um grande desenvolvimento científico e tecnológico experimentado pela odontologia brasileira.

Esse sistema se manteve hegemônico por mais de 40 anos no Brasil, entre os anos de 1950 e final dos anos de 1980. Para o restante da população restava uma assistência pulverizada entre as diversas instituições conveniadas com o INAMPS, as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas.

Na década de 1970, o modelo tradicional de prática da odontologia já estava superado por sua ineficácia, baixa abrangência e a baixa cobertura, que provocou o aumento de dentes restaurados sem impacto sobre os níveis de saúde bucal, além de promover um modelo excludente, pois se voltava para atender, prioritariamente, à faixa escolar e de 7 a 14 anos.

Segundo Botazzo (1994, cit. por Pauleto, 2004, p.122), “até a década de 1970 a maioria das ações coletivas no campo da saúde bucal era descontínua e esporádica, sendo executada na semana dos bons dentes ou algo parecido.”. Como ponto positivo deve ser ressaltado que em 1974, através da Lei n. 6050 de 24 de maio de 1977, passou a ser obrigatório no país a fluoretação das águas de abastecimento público em municípios com estação de abastecimento de água, sendo que a prática foi estimulada, desde então, como um elemento central das políticas de saúde bucal (Aerts, 2004, p.135).

No início da década de 1980, o quadro epidemiológico brasileiro era típico de uma área em desenvolvimento e o acesso ao atendimento odontológico era determinado pelas condições sócio-econômicas. Apesar de ter sido ampliada a relação dentista/habitante, a situação da saúde oral não se modificou em relação à década de 1970, especialmente em relação à cárie dental, que era o problema odontológico mais relevante no Brasil. Vigorava a prática eminentemente curativa, com predominância do setor privado.

Em relação às doenças periodontais, os índices de prevalência eram altos, em especial na zona rural. O aumento no consumo de açúcar e chocolates, agravava esse quadro, não obstante as campanhas educativas visando a diminuição do uso desses produtos.

Predominavam dois setores no atendimento odontológico brasileiro, representado por duas vertentes: o privado, que se dividia em formal - cirurgiões-dentistas - e o informal - “práticos”; e o público, com serviços das três esferas de governo. Destes, predominava o serviço formal individual privado e o informal, que era mais utilizado pela população de baixa renda.

(Pinto, 1983, pp. 316-319) Em 1986, conforme levantamento epidemiológico nacional realizado na zona urbana de 16 cidades brasileiras, a pior situação em relação à saúde bucal relacionava-se às pessoas de baixa renda. (Pauleto *et al.*, 2004, p.122)

Partindo do princípio de Petersen (1990, cit. por Moysés, 2002, pp. 153-158):

As desigualdades em saúde bucal têm sido interpretadas como o termo geral que se refere a distribuições assimétricas de condições de saúde bucal em uma população. Principalmente desigualdades de saúde bucal são descritas na literatura como características demográficas e sociais básicas, como: idade, sexo, estado matrimonial, ocupação ou então outras variáveis “bucais” incluindo acesso de bens de serviço de tratamento, prevenção e higienização. (...) Empiricamente, em poucos estudos, critérios como renda, educação, relação com os meios de produção, o número de empregados ou subordinados ou prestígio de ocupação tem sido utilizados.

A partir da criação do SUS e da aceleração processos de organização dos modelos assistenciais – descentralização - o modelo assistencial em saúde bucal passou a se voltar mais para a saúde bucal coletiva com ênfase no paradigma da promoção da saúde. (Roncalli de Oliveira, 1999, pp.8-9)

De acordo com Figueiredo *et al.*, (2003, p.755):

A constituição da saúde bucal como necessidade é, portanto, uma produção social e, segundo Martins (1999) está relacionada com as condições sociais de vida das pessoas, as tradições históricas, o hábito social e suas representações sobre o corpo e sobre o fenômeno saúde-doença. Ainda para a autora, a saúde bucal, como necessidade, se articula, diretamente com a ampliação da cidadania política e social, principalmente quando afirma que a demanda por saúde bucal parece concorrer com questões que estão relacionadas diretamente com a sobrevivência das pessoas. Parece que saúde bucal se torna necessidade quando um nível mínimo de sobrevivência e cidadania já foi alcançado. As necessidades de saúde são historicamente produzidas, dependendo das relações sociais e dos conflitos gerados pelo poder.

No Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, esta é considerada parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, relacionada diretamente às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer e liberdade, além do acesso aos serviços de saúde e à informação. Também ficou determinado que a luta pela saúde bucal no Brasil está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e

econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção.

Alguns tópicos já apontavam que o Estado deveria assumir, na prática, que proporcionar saúde é seu dever e que a situação de saúde bucal da população brasileira era caótica. Nessa época, o modelo atual de prática odontológica cobria as necessidades de somente 5% da população, caracterizava-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista e mutilador.

Os serviços públicos foram considerados ineficientes devido a uma política deliberada que privilegia os serviços privados, em detrimento da manutenção e ampliação dos órgãos públicos.

Os dados epidemiológicos disponíveis foram considerados pouco confiáveis e o MS determinou que a PNSB deveria estar inserida no SUS, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, em sintonia com o processo de municipalização dos serviços e o fortalecimento do poder decisório municipal.

Em 1998, o país teve acesso aos dados da Pesquisa Nacional por Amostras por domicílio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE, que retratava um quadro grave em relação ao acesso da população à odontologia. (Baldani *et al.*, 2005, pp.1027) Os números indicavam que até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. (MS, Portal da Saúde, 2006)

Diante desse contexto, em dezembro de 2000, por meio da Portaria nº 1444 de 28/12/2000, o MS passou a incentivar a atenção à saúde bucal prestada à população brasileira visando ampliar o acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorando os indicadores epidemiológicos na área. A portaria cria um incentivo financeiro específico que visa alterar a prática odontológica na atenção básica com uma perspectiva oficial de se chegar até o final do ano de 2002 com 96 milhões de brasileiros tendo acesso às ações de saúde bucal. (Narvai, 2000, p.1)

A inserção da odontologia no SUS é importante como transformação de uma prática que nos leva a novos conceitos, conteúdos e formas de organização, criando novos vínculos entre os sujeitos históricos que entram como atores sociais no SUS. Nesse novo contexto, os trabalhadores de saúde

bucal devem proporcionar condições objetivas e subjetivas para que a família, os moradores do bairro, os movimentos sociais tenham possibilidade de expressão na construção da saúde. Eles devem dominar o método científico, saber identificar-se tanto do ponto de vista biológico como socialmente e estar envolvidos com a comunidade (território e população) de forma crítica, participativa e criativa, acompanhando as sutilezas do tecido social e ampliando sua forma de atuar junto à comunidade. Esta, deve estar presente em todos o processo de planejamento desde a etapa do diagnóstico epidemiológico, como os indicadores de saúde bucal. (Cordón, 1997, p.559)

Em relação à inserção das equipes de saúde bucal - ESB no PSF, deve ser destacado que no ano de 1995 ocorreu a oportunidade de aproximar a estratégia assistencial dos procedimentos coletivos e esse esforço de articulara frente preventivo-promocional a uma retaguarda curativa, representou um esforço para a universalização da atenção integral em saúde bucal, estendido para o desafio de articular a saúde bucal ao conjunto da atenção em saúde provida pelo PSF. (Zanetti, 2000, p.4)

Ainda segundo Zanetti (*Idem*, p.12):

a meta é promover a retaguarda curativa para todas as pessoas de todas as famílias. Se a dívida acumulada for maior que os recursos disponíveis, recomenda-se traçar uma estratégia de universalização do acesso (por “cotas” ou por “alavancagem”) iluminada por critérios históricos de equidade em atenção à saúde bucal. Nesses contextos de escassez de recursos, deve-se optar por cobrir todas as famílias, mesmo quando se faz impossível cobrir todas as pessoas de cada família e assim, evitar cobrir todas as pessoas de algumas famílias, atitude que levaria à exclusão completa do acesso de algumas famílias da área de abrangência, geralmente aquelas pouco saudáveis. Essa opção se pauta na busca de coerência paradigmática ao se valorizar a promoção da saúde e sua necessária integralidade e universalidade assistencial; afinal, não é recomendável criar uma frente preventivo-promocional universal junto a todas as famílias, sem uma retaguarda curativa do mesmo alcance.

Os principais objetivos da implantação da saúde bucal no programa são: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal, conforme o preconizado pelo programa; assegurar acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelo PSF às ações de promoção e prevenção, bem como àquelas de caráter curativo, restauradoras da saúde bucal; capacitar, formar, educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF através

da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviços do SUS e avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF. (MS, 2001c)

No entender de Baldani (2005, p.1028) “O fato da odontologia não estar presente desde o início do Programa, possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal.”.

Os princípios constitucionais norteadores das ações dos profissionais das equipes de saúde bucal devem ser os mesmos que orientam os outros integrantes das equipes de PSF: a universalidade, integralidade e equidade, gestão participativa, através da qual se define democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação dos representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo. Além destes, devem ser garantidos: a ética, assegurando que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde e o acesso, que representa a busca de acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, através do desenvolvimento de ações a partir de situações individuais e coletivas e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico tendo como prioridade absoluta os casos de dor, infecção e sofrimento. No que tange ao princípio da integralidade, o acolhimento significa o desenvolvimento de ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social, com base na humanização das relações e caracterizando o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, além de contribuir para o aumento da resolutividade. Em relação ao mesmo princípio, deve ser considerada a importância do vínculo, através do qual a unidade de serviços se responsabiliza pela solução dos problemas em sua área de abrangência através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é o resultado das ações de acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta - clínica ou não - recebida pelo usuário; responsabilidade profissional através da qual os odontólogos devem se envolver com os problemas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsáveis pelo enfrentamento dos

fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. São práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, com tempo para realização da escuta da queixa, ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais; integralidade da atenção, buscando oferecer de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo; intersetorialidade, através da qual as ações de promoção são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas.

A intersetorialidade, neste sentido, implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: a educação, a agricultura, a comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.

A promoção de saúde bucal está inserida no contexto mais amplo de saúde, que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico no qual a saúde bucal está integrada às demais práticas de saúde coletiva, significando a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, incluindo trabalho com abordagens sobre os fatores de risco e de proteção simultâneos, fatores de risco comum, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos, tais como: políticas de alimentação saudável para redução do consumo de açúcar, abordagem comunitária para aumento do autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. (MS, 2004)

A meta do MS para o final de 2002 era que já estivessem incorporadas ao PSF 10.679 ESB dando suporte para 20.000 ESF e outras previstas pela PNSB.

Um dos grandes desafios para as equipes de saúde bucal no PSF está relacionado à questão do atendimento da população idosa. No Brasil, verifica-se o aumento da expectativa de vida da população, resultado de uma melhora das próprias condições de vida. O decréscimo das taxas de mortalidade, associado ao aumento dos investimentos em saneamento básico, tem

provocado um aumento considerável da população idosa em um tempo bastante curto.

Conforme dados do IBGE, em relação à população com 60 ou mais anos podemos verificar que: em 1960, essa faixa etária representava 4,8% da população brasileira; em 1980, 6,2%; em 1999, 8,7%, com projeção para 2025 de que 15% da população total do país se encontrará nessa faixa etária, o que representa, de fato, para o serviço público, um aumento significativo de investimentos no combate e cuidado contínuo às doenças crônicas, característicos problemas de saúde entre os idosos. (Colussi e Freitas, 2002, pp.1313-1314). Também são relevantes as ações voltadas para o atendimento a bebês, na tentativa de instituir precocemente as ações preventivas e educativas, pois a cárie em crianças pode começar muito cedo, sendo que sua prevalência tende a aumentar com a idade. Cuidar da saúde bucal nos bebês de menos de 6 meses de idade pode ser a base para o autocuidado em saúde bucal e na saúde dos indivíduos, em seu contexto geral, sendo um padrão importante para as idades subseqüentes. (Schalka, 1996, p.180).

No entender de Silveira Filho (2002, p.18):

deslocar o foco da atenção centrada na doença para a formulação de estratégias pautadas na promoção à saúde que busquem dar respostas adequadas à demanda nas situações de agravo, aliadas a uma definição de prioridades e de organização desta demanda, com ênfase na abordagem integral dos usuários e tornando-os sujeitos das ações de saúde, nos parecem ser os grandes desafios. Na odontologia, que historicamente construiu suas práticas individualmente e centradas na figura do dentista, estas proposições são ainda mais instigantes.

A partir de março de 2004, o MS implantou o projeto *Brasil Sorridente* com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. É um programa estruturado para ampliar o acesso ao tratamento odontológico, pois uma parte importante dos brasileiros não sabe que podem receber tratamento odontológico gratuito pelo SUS. De acordo com o primeiro levantamento nacional de saúde bucal, concluído em março de 2004 pelo MS, 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista; 20% da população brasileira já perdeu todos os dentes; 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escova de dente.

O projeto também propõe ampliar a garantia da fluoretação da água em 100% dos municípios com sistema de abastecimento. Atualmente, 60% das

idades têm o serviço. Onde não há flúor na água a incidência de cáries é 49% maior. Outra ação do Brasil Sorridente é a orientação e a distribuição de kits como pasta e escovas de dente pelas equipes da saúde bucal para as famílias mais carentes (Portal da Saúde, 2006).

Em dezembro de 2006, o PSF encontra-se implantado em quase todos os estados da federação. Totalizavam em todo o território nacional, 34.739 equipes de saúde da família credenciadas pelas CIB, que ofereciam cobertura populacional a 46,19% de uma população total de 185.619.807 milhões de brasileiros. Na mesma instância do SUS estavam credenciadas 18.832 equipes de saúde bucal, que ofereciam 39,84% de cobertura populacional em relação ao total da população brasileira já relacionada. (Portal da Saúde, 2007)

3.2 - Habilidades essenciais para a atuação em equipes de saúde da família

As habilitações são, no dizer do Dicionário da Língua Portuguesa (1999, p.1024) um cabedal de conhecimentos ou atributos que habilitam alguém ao desempenho de uma função. Havendo um grau limitado de habilitações, elas devem ser promovidas através de cursos que utilizem metodologias capazes de desenvolver algumas competências fundamentais as quais dependeriam muito mais de mudanças no olhar a vida e mundo do que de um acúmulo de novos conteúdos convencionais.

Essas habilidades, em relação aos profissionais do PSF, tornam-se essenciais, em função das atribuições antes relacionadas e sua articulação com a proposta de mudança do modelo assistencial a partir desta estratégia. Entre elas, duas merecem destaque, dado que a ausência destas habilitações pode repercutir de forma limitante no desenvolvimento do trabalho das equipes e o conseqüente declínio da qualidade do atendimento oferecido à população.

As ESF devem assumir uma série de atribuições específicas de cada profissão e outras que são gerais a todos os profissionais das equipes. Dentre essas, algumas são técnicas e outras são de natureza sócio-política em relação à comunidade de sua área de atuação. Os profissionais inseridos no programa devem adotar uma postura política participativa, que exige muito mais do que um “novo olhar” sobre a saúde, mas a adoção de novas condutas

e atitudes que remetem ao compromisso político de cidadãos, profissionais de saúde, que estão organicamente envolvidos com a comunidade.

Entretanto, para que os profissionais possam desenvolver esse “novo olhar”, é imprescindível discutir o ideal cientificista de atenção à saúde, cujo pressuposto mais importante é a definição de saúde pela ausência da doença e que segue um modelo cartesiano que concebe o corpo humano como uma máquina que deve ser consertada em caso de defeitos. Esse modelo menospreza o fato de que não existe a máquina perfeita, nem a perfeição e que nosso corpo é vivo e singular. Esse cientificismo abstrai essas singularidades e retém apenas o que existe de geral nos corpos. Mas, ao contrário do que essa perspectiva preconiza para a saúde, a ciência trabalha com abstrações e um tratamento cartesiano dos problemas humanos incorre em perdas. A saúde deve ser entendida como uma experiência vivenciada e não passível de reduções. Quem se propõe a promover a saúde deve respeitar a singularidade daquele que é receptor de sua ação. A perspectiva do cuidado é a de que as pessoas sejam apoiadas para viverem a sua reabilitação como um todo e não a simples extinção de sintomas. (Martins, 2004, p.21) Não se pode também investir na adoção de estilos de vida mais saudáveis se não se considerar a questão da intersubjetividade que envolve valores, conceitos, prazeres, desejos conscientes e inconscientes através dos quais fica perceptível que as formas de viver e de produção do autocuidado estão vinculadas em um universo psico-emocional dos sujeitos. (Mandú, 2004, p.669).

Outro aspecto determinante é que essa nova perspectiva sobre o conceito de saúde e doença, não é uma experiência que está limitada a um a simples alteração biológica, mas que existem percepções mais amplas sobre esse fenômeno – adoecer – que abarcam o biológico e o superam. A experiência da doença é moldada culturalmente e nós aprendemos a “ficar doentes” de acordo com o nosso meio social. Ele é uma experiência decisiva tanto para a forma como os indivíduos expressam a doença, seus sintomas e os recursos que são utilizados para a cura. (Oliveira, 2002, pp.64-66)

Na visão de Pereira (2003, p.86) o trabalho em saúde se materializa nas relações do homem com outros homens e com a natureza, para o que se fazem necessárias adaptações ativas a transformações ou manutenções,

sendo o homem produtor e produto dessas relações e, nesta perspectiva, produzir saúde vai mais além do resgate unicamente do corpo para a produção.

As ESF deve se articular com a comunidade para intervirem sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, destacando-se entre elas a questão ambiental, que é um conteúdo pouco explorado pelas equipes de PSF. A bases deste problema estão expressas na própria concepção de ambiente do programa, expressa na Portaria nº 1866/97 do MS. O programa, analisado a partir desta, não incorporou uma concepção mais interativa das relações homem/ambiente/condições de saúde enquanto totalidade complexa distante do conceito de campo de saúde e de promoção de saúde. A carta de Ottawa de 1986, estabelece como estratégia fundamental para a promoção da saúde o entendimento de que a saúde se realiza num contexto de múltiplos fatores, atores e interesses, sendo vista, menos como um compartimento da administração pública e mais como um pressuposto na formulação de políticas, planos, programas e projetos. (Ianni, 2006, pp.170-71) Em relação à atribuição de estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social é preciso discutir algumas questões.

O conceito de comunidade é bastante amplo e já obteve ao longo da história, várias conceituações que precisam evoluir para um novo conceito, mais contemporâneo, em função das novas formas de viver e na complexidade das relações que estão se formando nesse novo século. (Costa, 2005, pp.238-243) O desafio de articular os processos de mobilização social da comunidade, pode ser confundido pelos profissionais do PSF com passeatas e manifestações, que não a caracterizam. A partir das reflexões de Toro (1997, p.13) "mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido bem compartilhados". Ainda na visão do autor, a participação em um processo de mobilização social é uma escolha dos cidadãos e depende muito de como as pessoas se sentem ou não responsáveis ou capazes de promover mudanças. Ela envolve também a pactuação de um objetivo pré-definido, um propósito comum e pressupõe uma convicção coletiva de relevância que é conveniente para todos e requer uma dedicação contínua e produz resultados cotidianamente. No campo de atuação individual de todos os envolvidos, o que foi definido no âmbito coletivo torna-se

alvo de luta nas atividades individuais tendo como base os mesmos propósitos e sentidos. (*Idem*, p.12) Todo processo de mobilização está orientado para um projeto no futuro e, sendo democrático, tem na CF sua base e fonte de validade e legitimidade. Um processo de mobilização tem início quando uma pessoa, grupo ou instituição decide iniciar um movimento no sentido de compartilhar um imaginário e um esforço para alcançá-lo. Esse indutor que tem as condições econômicas, institucionais, técnicas e profissionais para que esse movimento ocorra pode ser denominado de Produtor Social, e tendo a intenção de transformar a realidade, compartilhando esses propósitos com outras pessoas, ele é um precursor de um processo que reflete uma preocupação compartilhada. (*Idem*, p.39)

Um dos aspectos mais importantes para a articulação das relações de participação social na população relaciona-se diretamente com a consolidação das redes sociais ou comunidades pessoais, nas quais predomina um sentimento de confiança mútua e trabalhar na construção desses laços. As instituições possuem um papel importante nesse processo, pois são possíveis mobilizadoras dessas tendências, integrando-as em um todo maior, utilizando para isso o artifício dos valores e das normas. Se solidariedade, vizinhança e parentesco eram os aspectos dominantes no conceito de comunidade, hoje, eles são apenas alguns padrões, dentre os muitos existentes nas redes sociais. Na saúde, a participação está envolvida na problemática do controle social dos serviços de saúde no nível local, com ênfase na participação dos segmentos sociais da população que vive do seu trabalho e reivindicam a saúde como um direito social. Não basta, para isso, convocar a população a participar. É preciso que se considere a sua visão de mundo, pois na sua relação com os técnicos do setor saúde está envolvida a possibilidade de conflitos. Certo é que não acontecerão mudanças concretas nos serviços de saúde se não houver a participação da população. (Vala, 1993, pp.73-74)

Na lógica de Andrade (2002, pp. 926-27) entre as possíveis redes sociais, podem ser destacados três tipos de organização: as sociais (religião, comunidade, saúde e grupos de informação e comunicação); as políticas tradicionais (sindicatos, associações profissionais e partidos políticos) e aquelas denominadas novas organizações políticas relacionadas a meio

ambiente, paz, direito dos animais, grupos de defesa da cidadania, entre outros.

A importância da formação e ampliação dessas redes, presentes no tecido da sociedade civil brasileira, é importante e se faz sentir na mobilização, na distribuição de recursos para as famílias, grupos e pessoas em situação de exclusão mas também para disseminar uma idéia de cidadania ligada à idéia de interdependência entre os membros de uma sociedade. Em relação à saúde, sabe-se que a doença coloca os indivíduos em situação de limitação e impedimentos que alteram a relação da pessoa com a família, trabalho, amigos e quase sempre causam um abalo ou fragmentação de sua identidade, podendo gerar um processo de distanciamento das relações sociais. Esse processo de desvitalização do intercâmbio interpessoal pode provocar uma desintegração nas redes sociais.

Ao contrário, se as redes propiciarem apoio social e ajuda mútua, pode ser significativos o aumento da satisfação com a vida, da confiança pessoal e da capacidade de enfrentamento dos problemas.

São muitos os desafios que devem ser enfrentados para que se possa passar da virtualidade das intenções ao efetivo controle social, implementando, de fato, a participação da comunidade na promoção da saúde. O primeiro deles reside na questão da cidadania, aqui entendida como uma construção histórica, que depende das práticas e lutas concretas de cada sociedade em dado momento histórico. A discussão sobre ela emergiu no Brasil em função de movimentos sociais que se constituíram no país em busca de seus direitos voltados para a conquista de igualdade quanto ao reconhecimento das diferenças.

A cidadania envolve uma luta constante e uma forma de sentir individual e coletivamente, em um grupo, em uma raça, gênero e classe dentro de uma sociedade concreta. Ela pode ter dois sentidos: um, liberal, pautado nos direitos individuais ou subjetivos e outro republicano, pautado nos direitos políticos positivados que garantem o direito de participação dos cidadãos. Em um sistema de saúde democrático e participativo, o controle social passou a identificar a vontade da população e expressava, na fase de construção do SUS, as aspirações aos direitos políticos. A prática do controle social indica que a participação não deve ser pensada em termos de assegurar um espaço

mínimo de liberdade mas garantir que as representações sociais que a população elabora acerca de suas necessidades devem ser transformadas em realidade cotidiana da prestação dos serviços de saúde. (Pedrosa, 2002, pp.20-23)

Quanto à atribuição de eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, devemos ressaltar que existem diversas abordagens de família. A visão tradicional que é modelo hegemônico nas sociedades industriais modernas é o da família conjugal burguesa na qual é reforçada a dicotomia relacionada às atividades de homens e mulheres, reforçando o papel dos primeiros como sendo ligados ao trabalho produtivo remunerado e às mulheres cabendo a papel de mulher e mãe, em um arranjo que coloca o homem como a figura central da autoridade familiar. A pauperização é uma das causas que gera o acirramento das desigualdades, provocada, entre outros fatores, pela instauração de uma economia globalizada e gerenciada por organizações internacionais, gerando possibilidades de desagregação do tecido familiar, ocasionando o aumento de violência, o abandono de mulheres e crianças e a deteriorização das redes de solidariedade.

A família é a unidade básica da sociedade que deve ser fortalecida e compreendida nas importantes mudanças de composição e vida familiar. No campo de ação das políticas públicas – entre eles o PSF - a família é abordada de forma parcializada ou tornar-se uma circunstância, uma nomeação adotada pelo programa.

Nos documentos do MS, textos de autores de saúde coletiva, entre outros, podemos destacar a utilização de seis diferentes formas de abordagem do conceito de família: a família/indivíduo, que centraliza sua atuação na pessoa, sendo que, nesse caso, ela é o cliente nominal mas não é o objeto do cuidado; a família/domicílio, na qual o ambiente, a infra-estrutura material são os focos de atenção; a família indivíduo/comunidade, focada em um doente ou pessoa presente no domicílio, vivendo uma experiência específica do processo saúde/doença; a família/comunidade, na qual a definição de família é abordada de forma universal e as singularidades são esvaziadas; a família risco/social, na qual a atenção está voltada para um grupo de famílias que vivem em situação de exclusão social, e, finalmente, o conceito de família/família no qual

ela é considerada em sua subjetividade, simbolismos, intencionalidades, saberes, fazeres e necessidades. A assistência em saúde da família requer um enfoque multidimensional do ser e viver em família e a sua relação direta com os processos de saúde e doença concretizado nos ambientes onde se dá a sua cotidianidade. (Ribeiro, 2004, pp. 659- 663)

No tocante à humanização das práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, (Portal da Saúde, 2007) é importante ressaltar que o conceito de humanização tornou-se muito importante na medida em que os serviços de saúde são permeados por aspectos desumanizantes: longas esperas, mau atendimento, adiamentos de exames, deficiência de instalações, profusão de pessoas esperando por atendimento, falta de privacidade e muitas vezes, afeta de ética profissional. Os profissionais, por sua vez, enfrentam a desumanidade dos baixos salários, cansaço advindo de duplas ou triplas jornadas de trabalho, tensão no ambiente de trabalho e burocratização excessiva. (Casate, 2005, p.101)

Apesar de importante no contexto do setor saúde, ela é pouco abordada no processo de formação, sendo que um dos aspectos mais importantes das propostas do tema, envolve o próprio repensar do processo de formação, com valorização do diálogo, a manutenção de relações éticas e solidárias e o aprendizado vivencial. (*Idem*, pp.109-110)

O acolhimento e o vínculo podem ser identificados no encontro dos trabalhadores com o usuário durante o trabalho vivo em ato e é recurso fundamental para que o “outro” do cuidador surja positivamente no espaço assistencial e não pode ser confundido com recepção ou pronto-atendimento. Ele é uma capacidade de ausculta e diálogo com outro e se dá no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde. (Ayres, 2004, p.23)

Outro aspecto importante relacionado à experiência de humanização das práticas de saúde leva em consideração a importância do autoconhecimento do profissional de saúde que é vital para que ele possa estabelecer uma relação que propicie mais cuidado e atenção para com o usuário da saúde e seus problemas, em um contexto de relações interpessoais que valorizem a dimensão subjetiva das pessoas, ampliando a qualidade das relações entre os profissionais de saúde. Conhecendo-se a si mesmo e tomando conhecimento

de suas próprias limitações o profissional adotará condutas de maior tolerância na relação com as pessoas que vivenciam o processo saúde-doença. (Hoga, 2002, pp.15-16) O trabalho vivo é um trabalho em ação, que está em processo de construção pelos atores que estão envolvidos no processo de produção do cuidado. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir.

Na lógica de Pereira (2003, p.95):

No modelo atual hegemônico não temos o traço da estrutura vincular que dimensiona a sensibilidade, os afetos, como vicissitudes conformadoras das ações de saúde e, portanto, a sensibilidade não pode ser reproduzida, significando que sua dimensão precisa ser construída nas ações de saúde. (...) Esses conceitos são importantes para entendermos que a subjetividade é construída socialmente, permitindo que olhemos tanto para o trabalhador de saúde como para o usuário, como seres que conformam um esquema referencial construído em suas relações.

A integralidade do atendimento fica prejudicada, quando não se considera o usuário enquanto sujeito portador de direitos e de opção de vida. (*Idem*, p. 1491).

No que diz respeito à relação médico-paciente, é no momento do acontecimento da clínica que deve ser estabelecida uma relação que possibilite o encontro de duas subjetividades: a do médico e seu paciente. Essa relação pode viabilizar um diálogo de fato, uma arte que promova a apreensão e a síntese desse encontro que, mediado pelos sentidos e pela criatividade, permita a elaboração de uma tecnologia do afetivo no espaço do mundo científico. (Acirole, 2004, pp.96-97)

Sobre a relação ciência, medicina e paciente, Martins (2004, p. 4) afirma que:

A ciência pode ser tida como exata, mas o ser humano não o é nem nunca o será. Isso quer dizer que, se abstrairmos o mau uso do termo e as más compreensões daí decorrentes, e considerarmos que a ciência é científica sim, mas apenas no sentido inócuo de que se utiliza de resultados de pesquisa científica, seguindo métodos considerados atualmente válidos de reprodução formal, ainda assim somos obrigados a admitir que a Medicina pode ser, nestes termos, científica, pois que é também terapêutica. Ou seja, sempre que a Medicina desejar ser terapêutica, tratar um ser humano, considerando-se apenas científica, isso não será vantagem nenhuma, mas uma enorme desvantagem, pois o médico que assim sentir e praticar a Medicina certamente estará limitando sua compreensão do processo de saúde e doença, e provavelmente encontrará e mesmo poderá provocar inadvertidamente, problemas de ordem

psicológica na relação com o paciente, o que tenderá a agravar as condições de saúde deste. Como também o risco de o seu sentimento de onipotência prejudicar a sua própria atuação e eficácia estritamente técnicas.

Uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde. Vários estudos mostram que influencia diretamente sobre o estado de saúde dos pacientes. Segundo White (1992), 25% dos benefícios derivados da prática médica não estão ligados às capacidade técnicas do médico, aos efeitos terapêuticos dos medicamentos ou aos seus efeitos placebos. Eles seriam o resultado terapêutico da própria palavra do médico sobre uma série de sintomas que surgem como eventos ligados ao fenômeno do estresse (cefaléia, cansaço, constipação, problemas gástricos, modificação do peso, etc.) O fenômeno foi observado também com relação aos seus efeitos em termos de melhor adesão ao tratamento, o que influencia um melhor controle, por exemplo, do diabetes e da hipertensão. (Caprara *et al.* , 2004, pp.143-144) Essa lógica pode ser extrapolada para as demais profissões que estão envolvidas no PSF.

De acordo com Yépez e Moraes (2004, p.81):

as práticas relacionadas com o processo saúde-doença, longe de se reduzirem a uma evidência orgânica e objetiva, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sócio-cultural e também com a forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados. O interessante é perceber, porém, que nas práticas cotidianas do atual sistema de saúde, baseado no modelo hegemônico, continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente, além da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados os processo saúde-doença.

.A adoção de uma política de saúde que prioriza a atenção básica e se propõe garantir a integralidade da atenção, passa pela definição de um conceito de saúde mais ampliado, pela valorização da subjetividade - entendida como um processo produzido e reproduzido socialmente - e pela valorização das ações de promoção e prevenção à saúde, sem prejuízo das ações curativas.

3.2.1 – O trabalho em Equipes multidisciplinares

O estabelecimento de equipes multidisciplinares no PSF é um dos elementos mais importantes para o êxito da estratégia. A divisão do papel hegemônico do médico como o centro da equipe de saúde pode gerar hierarquias e desigualdades. É preciso caminhar para uma perspectiva de trabalho mais horizontal e flexível nas relações de poder, gerando mais autonomia e criatividade entre os integrantes das equipes. Se isso não ocorre, o modelo desumanizado, fragmentado e centrado na recuperação biológica individual com forte divisão de trabalho e desigual valorização social pode impedir que a equipe ache um caminho comum quer viabilize uma ação de interação entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. (Almeida *et al.*, 2001, pp.150-51)

A divisão social está presente no trabalho das equipes. Pode ser detectada em formas mais camufladas, mas também pode ser apreendida na diferença de remuneração, na flexibilização do cumprimento de jornadas de trabalho por alguns profissionais e até na liberação para realização de cursos e na indicação para representação da equipe em momentos diversos. Também pode ser visível na hierarquia das falas, onde fala primeiro o que possui mais graduação e é socialmente mais reconhecido e depois falam os demais, havendo uma tendência de delegar a decisão final ao médico (Matumoto *et al.*, 2005, p.21)

É fundamental a construção uma ação ou processo de multidisciplinaridade que deve ter como beneficiário o usuário/cliente do serviço, programa ou projeto. Existe uma concepção racional voltada para atender a eficiência máxima da organização voltada para o alcance de metas pré-definidas. Mas, não se pode ter uma racionalidade única na organização.

Deve ser estimulada uma nova abordagem que supere esse paradigma formal e racional. No contexto da municipalização é imprescindível aproveitar o conhecimento produzido na prática e envolver os profissionais nas tomadas de decisões, tornando-as mais participativas e democráticas. (Cecílio, 2000, pp.123-124).

Sobre o trabalho em equipe, devemos considerar que são comuns as discordâncias relacionadas ao poder mas elas devem ser complementares.

Trabalhar em equipe requer rever poderes e a percepção sobre a disputa, pois muitas vezes a disputa pode estar incoerente com os objetivos do PSF. A equipe não é construída pelo simples fato de estarem os trabalhadores exercendo suas funções em um mesmo estabelecimento de saúde. Ela é construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação e reestruturação, havendo disponibilidade para trabalhar esses processos grupais porque cada profissional tem um certo poder de autogoverno independente de chefia. (Fortuna, 2005, pp.267-268)

No PSF, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda muitas mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, exigindo uma alta complexidade de saberes onde cada profissional deve desempenhar sua atividade profissional em um processo de trabalho coletivo. O produto do trabalho é formado com a contribuição de diversas áreas do conhecimento. Alguns estudos revelam que o trabalho das equipes de PSF muitas vezes exibe uma ausência de responsabilidade coletiva do trabalho, baixo grau de interação entre as categorias profissionais (Silva, 2005, cit. por Pedrosa e Teles, 2001) que apesar de possuir um teor de igualdade são mantidas entre os profissionais as representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação e entre médicos e enfermeiros. (Bastos, 2003, cit. por Silva, 2005, p. 27)

O trabalho multidisciplinar deve ser acompanhado de uma construção de interdisciplinaridade que está diretamente relacionada à produção do saber e tem caráter epistemológico, representando a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais e o trabalho em equipe no PSF requer, de fato, a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária à saúde, prevenção e reabilitação tendo como instrumento complementar fundamental a intersectorialidade na solução dos problemas de saúde. O núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não sustenta a complexidade do atendimento das necessidades de saúde, sendo necessário flexibilidade nos limites de competências que venha a proporcionar uma ação integral (Almeida, 2001, cit. por Peduzzi, 1998).

Conforme Buss (2000, p.59), para melhorar realmente as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior destas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Para que uma sociedade conquise saúde para todos os seus membros são necessárias uma verdadeira ação intersectorial e a construção de políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

3.2.2 - O acompanhamento e a avaliação em saúde

No Brasil, a avaliação em saúde emerge de forma sistemática no final dos anos 1990, nos quais o sistema de saúde passa a implementar uma política de saúde voltada para a AB. A partir de 2000, o tema vem sendo tratado de forma prioritária pelo MS, que passa a institucionalizar a avaliação como uma política importante no âmbito do SUS. (Bodstein *et al.*, 2006, p.726)

A avaliação em saúde pode se configurar num instrumento central para a implementação da universalidade e da equidade dos serviços de saúde, principalmente se ampliada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, contando com a participação e controle democráticos, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, em especial se a prática se insere no cotidiano institucional das instâncias gestoras do SUS. Avaliar a atenção em saúde é um processo complexo que envolve compreensão da conjuntura e uma percepção crítica de como as práticas e serviços de saúde se inscrevem no contexto social. (MS, 2004a, pp. 450-51)

É notória a necessidade de incremento dos investimentos na institucionalização dos processos de avaliação, entendendo institucionalização como a incorporação da avaliação às rotinas de serviços, gerando a potencialidade de que seja desenvolvida a capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde. Esse investimento é fundamental para a qualificação da atenção básica e a construção de processos estruturados e sistemáticos coerentes com o SUS. Com a implantação desse sistema, mais

precisamente com a municipalização, os gestores locais ansiavam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada, o que vem sendo feito até hoje, de modo bastante genérico.

As metodologias disponíveis são muito mais apropriadas para responder às características de saúde, de modo isolado, ou aplicáveis a programas em desenvolvimento ou desenvolvidos. Apesar da diversidade que cerca o campo da avaliação a abordagem do sistema de saúde costuma ser feita em função de indicadores de saúde da população e alguns poucos indicadores de serviços de saúde. A primeira limitação encontrada é o fato de que a definição de saúde não ser uniforme - mesmo que conste na CF - e o mesmo pode ser dito a respeito dos serviços de saúde. (Malik e Shiesari, 1988, p.8).

A avaliação deve se estender à situação de saúde da população, do trabalho em saúde, dos resultados das ações e decorre, em grande parte das vezes, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. No tocante à avaliação das Políticas e programas de saúde, elas devem contar com a mais ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo sempre a visão de diferentes grupos.

O PSF vem se constituindo como indutor desse processo de institucionalização da avaliação na AB, valorizando também as ações de monitoramento, o que vem produzindo uma necessidade de definição mais clara das diretrizes de uma política de avaliação com a proposição de estratégias de enfrentamento dos obstáculos operacionais de sua execução (Felisberto, 2004, pp.317-318). Ainda em relação aos processos de avaliação, devem ser valorizadas as ações que envolvam a avaliação de programas, serviços e tecnologias que se tornam geradoras de subsídios para tomadas de decisão que são importantes para as dinâmicas dos sistemas e serviços de saúde sendo que na esfera municipal encontra-se o maior desafio desse processo, pois é nesse espaço que se concretizam as políticas de saúde.(Tomasi *et. al.*, 2003, p.801).

Para o monitoramento e avaliação das ações e serviços, realizados pelas equipes de saúde da família, o MS implantou em 1998, junto aos municípios e Estados, o Sistema de Informação em Atenção Básica –SIAB, que foi criado com a finalidade de subsidiar as três esferas administrativas do SUS

com informações visando à agilidade e a consolidação dos dados coletados. O sistema tem potencial para detectar desigualdades, localizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar as informações. (Mishima *et al.*, 1999, cit. por Freitas e Pinto, 2002) Significa a possibilidade de uso dos dados para planejar ações subsidiar decisões locais, uma vez que sua finalidade é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução de ações e avaliar a transformação da situação de saúde.

CAPÍTULO 3- EDUCAÇÃO E SAÚDE – O DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

1 - Conceito de Educação

A palavra educar entrou na linguagem comum do dia-a-dia. No entanto, a sua generalização raramente equivale a uma clara concepção sobre o seu sentido, particularmente quando se tem que o distinguir de interpretações ou conceitos que para o entendimento comum lhe são análogas, como sejam: ensinar, socializar, aculturar, instruir, entre outras...

Tal falta de clarificação, nem sempre se deve à popularização dos conceitos científicos. Poderá igualmente ser atribuída a uma abreviada individuação do seu sentido em algumas ciências (Caria, 1991; 1992).

Assim, verificamos que educar equivale a duas idéias centrais (embora nem sempre relacionadas): ensinar, no sentido de difundir informação e conhecimentos escolares disciplinares, e socializar, no sentido de indicar regras de conduta de "bom comportamento" no trato com os adultos.

O conceito de educação mais comumente atribuído à Sociologia é o de Emile Durkheim (1984, pp. 13-35) no qual:

a educação consiste numa socialização metódica da nova geração pelas gerações adultas... [tendo em vista realizar] um certo ideal de homem... [que] ...é, em certa medida, o mesmo para todos os cidadãos...[pois] ...a sociedade somente poderá viver se entre os seus membros existir uma suficiente homogeneidade.

Pretendendo particularizar as condições de exercício da educação no contexto escolar, o autor afirma que é necessário "obrigar a ação pedagógica dos particulares", famílias e meios sociais, a "exercer-se em sentido social", através da ação da escola. Quanto ao ensino propriamente dito, ele é caracterizado por Durkheim a dois níveis: "a criança encontra-se naturalmente num estado de passividade... [porque] ...a sua vontade ainda é rudimentar"; o ascendente que o mestre tem, naturalmente, sobre o seu aluno [...] propiciará naturalmente à sua ação o poderio eficaz que lhe é necessário "(*Ibidem*).

Em síntese, Durkheim (*Idem*, p. 17) identifica educação com socialização enquanto ação unilateral dos velhos para os novos e enquanto

determinismo do social sobre o individual. Estas enunciações podem ser entendidas no âmbito da sua obra, pois para o autor, havia a necessidade de proteger a sociedade contra o individualismo das novas sociedades urbano-industriais, assegurando satisfatória coerência e incorporação social e moral, contra o egocentrismo e a injustiça (Giddens, 1976), isto é, imitar um passado, moralmente mais coerente e adaptado, no presente. Porém, atualmente esta abordagem contradiz com aquilo que hoje é mais enaltecido na ação educativa: uma ação não centralizada no professor; uma ação que procura a diferenciação das normas e estratégias com o fim de estimular a atividade do aluno, a diversidade de práticas e trajetórias de aprendizagem.

Nesta linha de pensamento, Marcel Postic (1979, pp. 15-21), ao distinguir ação educativa de processo de influência, refere que aquela "...se propose une construction de comportements chez un sujet, selon un vecteur orienté (...) un acte de foi dans des valeurs, et par là elle suscite le désir de transformer autrui".

Este sentido durkheimiano de educação, como sinônimo de socialização, é pontualmente referido pelos professores, particularmente quando se referem à educação familiar.

1.1 – Políticas públicas e políticas sociais no Brasil

O Brasil está inserido em um processo de desenvolvimento capitalista e as formas que ele assume nesse contexto, são processos culturais, com derivações nas formas de vida das pessoas e nas suas diferentes classes sociais. Nesse cenário também se insere a constituição da sociedade nacional, suas diversidades, suas particularidades, que envolvem tanto as classes sociais como sujeitos políticos, quanto às disparidades regionais, a de formação de um patrimônio cultural e lingüístico, a miscigenação social, as diferenças de gênero e a conquista pela cidadania, entre outros. A questão cultural se encontra intimamente relacionada com as particularidades do processo político brasileiro. (Iamamoto, 1995, pp.128 -129) É perceptível que esse processo de modernização produzido pelo capitalismo também promove desarticulações e rupturas, pois desorganiza o quadro social preexistente e que uma nova situação estrutural não é atingida de forma simultânea por todas as

estruturas da sociedade. A cultura industrial provoca muitos desajustes e falta de integração entre as estruturas sociais gerando um desajuste entre o quadro sócio-cultural e os padrões internalizados pelos indivíduos e grupos. (Kowarick, 1981, p.47)

Na lógica de Raichelis, (1998, p. 25-27):

(...) na sociedade capitalista, o Estado assume um papel de coesão entre os diferentes níveis de uma formação social concreta, o que não significa atribuir-lhe um papel de árbitro neutro dos conflitos entre as classes sociais ou identificá-lo com a direção ético-moral na qual repousaria o critério último da verdade e da razão. Embora a noção ideologizada do Estado o apresente como um conjunto da sociedade, como uma encarnação dos interesses gerais e responsável pela busca da harmonia e do consenso ideal entre os cidadãos – perspectiva assumida pela concepção liberal – o papel de coesão só pode ser assumido pelo Estado através de uma estrutura de dominação institucionalizada e organizada que permita à classe economicamente dominante tornar-se também a classe politicamente dominante, garantindo, assim, as condições de exploração sobre as classes dominadas e o processo de acumulação. (...) Mas, o Estado não é apenas o reflexo da classe dominante (...) a dominação de classe exercida pelo Estado é constituída/atravessada pelas contradições que se expressam na sua relação com as classes dominantes e as classes dominadas. É dentro desse contexto que a dominação exercida pelo Estado é contraditória: não apenas porque no seio do próprio Estado estabelecem-se lutas e oposições internas pela hegemonia e pela apropriação de maior parte do excedente econômico, mas também porque, embora o Estado capitalista exclua as classes dominadas, deve ser capaz de, simultaneamente, responder às suas demandas.

Ainda segundo a autora, a criação de instituições essenciais está inserida na lógica de aprofundamento do sistema capitalista. (*Idem*, p. 74)

O Estado brasileiro é democrático e de direito e está constituído como uma República Federativa cujos estados membros apresentam uma imensa variação de concentração da autoridade política, estruturação entre executivo e Legislativo e distribuição das atribuições de política entre os três níveis de governo. Pode-se afirmar que “as instituições políticas brasileiras tendem a dotar o governo federal de capacidade de coordenação das políticas sociais, a despeito das tendências centrífugas derivadas da descentralização fiscal e da fragmentação do sistema partidário (...) sendo que a CF de 1988 instituiu um sistema legal de repartição de receitas que limita a capacidade de gasto do governo federal, e por conseqüência, sua capacidade de coordenação de Políticas.” (Arretche, 2004, p.17)

De acordo com Muller (1987, cit. por Vaz, 2007, pp. 1-2) as Políticas Públicas podem ser entendidas como o “Estado em ação”. É o Estado

implantando um projeto de governo através de programas de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Elas devem ser entendidas como as de responsabilidade do Estado e não podem ser reduzidas a políticas estatais. No Brasil, porém, o campo de análise das políticas públicas ainda é bastante incipiente, sofrendo com a grande fragmentação organizacional e temática e gravitando na órbita das questões analíticas mais tradicionalmente valorizadas pelas ciências políticas. (Faria,2003,p.22) A ação política é exercida por meio de vários instrumentos e um deles,que nem sempre é muito valorizado, é a produção e difusão de idéias, imagens e valores e nesse universo, enunciados são armas em potencial. (Moraes, 2002, p.14)

Tomando como base o pensamento de Höfling (2001, cit. por Vaz, 2007, p.2)

as políticas (públicas) sociais se situam no interior de um tipo particular de Estado, visando à manutenção das relações sociais de determinada formação social. Portanto, assumem feições diferentes em diferentes sociedades e diferentes concepções de Estado. É impossível pensar Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo.

Ainda segundo os autores, devem ser diferenciados o conceito de Estado e Governo. Se Estado é o conjunto de instituições permanentes que possibilitam sua ação, governo é o conjunto de projetos que parte da sociedade propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período.

As políticas sociais produzem um campo para grandes debates em função dos brutais indicadores que nos exibem uma sociedade marcada por profundas desigualdades e que condena à pobreza uma enorme parcela da população. Para que se discuta as políticas sociais é importante considerar a questão da lógica de seu financiamento e a da prestação de benefícios e serviços e a compatibilidade existente entre os objetivos propostos por cada área setorial da esfera social. Também deve ser analisada a constância de seus recursos financeiros definíveis, sua eficiência para atingir os objetivos e o público-alvo. Uma meta importante deve ser imprimir às políticas sociais um novo sentido para torná-las mais equânimes e capazes de contemplar a diversidade das necessidades dos diferentes segmentos sociais. Os principais entraves são a cultura de centralização, a superposição de programas,

prestação de serviços privilegiando o setor privado, a discriminação e a injustiça que decorrem do fato de que, na prática, o principal critério de acesso aos benefícios e serviços é o nível de renda ou a inserção no mercado de trabalho. Se é verdade que os programas de proteção social são de baixa eficiência e eficácia e a reversão dessa lógica um imperativo na área social, não é menos relevante que apesar das dificuldades há progressivos sinais de superação de muitas dicotomias que permeiam o debate das políticas sociais no Brasil. (Cohn, 1995, p.1-14)

Em Mynaio, (1991, p. 236) obtemos a seguinte observação sobre o campo das Políticas Sociais, "(...) há um interesse do Estado em conhecer, regular e controlar a sociedade civil. Trata-se, porém, de um campo de relações contraditórias e conflitivas em que os diferentes grupos sociais, através das diversas mediações, expressam seus interesses específicos".

1.2 – A Educação no arcabouço jurídico brasileiro e seus principais conceitos

O artigo n. 205 da CF de 1988 normatiza que a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. No texto constitucional, a educação é um direito de todos, é dever do Estado, é dever da família e deve ser fomentada pela sociedade.

Segundo Vieira (2001:14-15) a CF de 1988 estabelece direitos civis, políticos e sociais e com relação à política educacional, a carta Constitucional concede amplos direitos, confirmando e ampliando o interesse social pela educação. O regime jurídico da educação, por meio de diferentes artigos, convertendo-a em direito público subjetivo, o que é fundamental porque os habitantes do Brasil têm direito de requerer ao Estado a prestação educacional, sob pena de ser responsabilizada a autoridade competente para oferecê-la.(2001, p.9) Podemos considerar que os direitos à educação já constavam da legislação brasileira e o que é inovador, além de sua maior explicitação no texto constitucional, é a previsão de mecanismos capazes de garantir os direitos anteriormente enunciados: o mandado de segurança coletivo, o

mandado de injunção e a ação civil pública. (Oliveira, 1008, p.65) Entretanto, é possível verificar que apesar das declarações de direito à educação e a presença dos mecanismos supracitados, a Educação ainda encontra obstáculos práticos para a sua efetivação, o que acaba restringindo a abrangência na noção de cidadania. (*Idem*, 1988, p.71)

A educação visa o pleno desenvolvimento da pessoa, o preparo da pessoa para o exercício da cidadania e a qualificação da pessoa para o trabalho. (Brasil. CF, 1988)

Nas palavras de Libâneo (1998, p.22) a educação pode ser definida como “um conjunto de ações, processos, influências, estruturas, que intervêm no desenvolvimento humano de indivíduos e grupos na sua relação ativa com o meio natural e social, num determinado contexto de relações entre grupos e classes sociais”. A educação é desenvolvimento de potencialidades e a apropriação do saber social que é o conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que são produzidos pelas classes em uma situação histórica dada. A educação busca conhecimentos e habilidades que permitam uma melhor compreensão da realidade e envolva a capacidade de fazer valer os próprios interesses econômicos, políticos e sociais. (Gryzybowski, 1986, cit. por Frigotto, 1996, p.26)

Nem a educação nem a pedagogia são fenômenos neutros isentos de interesses e intervenções. As práticas educativas são um universo político no qual são construídos novos espaços de oportunidades sociais, conhecimentos e saberes (Frantz, 2001, p. 247) que só existem a partir de condições políticas que são as condições para que se formem, tanto o sujeito, como os domínios do saber. (Machado, 1999, p. XXI) A questão do reconhecimento do homem como sujeito e sujeito de sua história nos leva à busca por propostas pedagógicas que também façam dele o sujeito do conhecimento. Assim, se estabelece uma nova relação entre o sujeito historicamente situado e o conhecimento e o processo de aprendizado deixa de ser uma ação estanque, mas um processo no qual o aprendizado se dá no envolvimento, na internalização e na conscientização. (Cunha, 1997, pp. 30-31)

A partir das considerações de Marques (1996, p.14)

a educação se cumpre num diálogo de saberes, não em simples troca de informações, nem em mero assentimento acrítico a proposições alheias, mas na busca do atendimento compartilhado

entre todos os que participam da mesma comunidade de vida, de trabalho, de uma comunidade discursiva de argumentação.

Na mesma linha de pensamento, mas inserindo a perspectiva das relações sociais e da cultura, Libâneo (1998, p.71) adverte que:

a educação para além de sua configuração como processo de desenvolvimento individual ou de mera relação interpessoal, insere-se no conjunto das relações sociais, econômicas, políticas, culturais que caracterizam uma sociedade (...) as funções da educação somente podem ser explicadas partindo da análise objetiva das relações sociais vigentes, das formas econômicas, dos interesses em jogo. Com base nesse entendimento, a prática educativa é sempre a expressão de uma determinada forma de organização das relações sociais na sociedade.

1.3 – O processo de produção do conhecimento e os espaços educativos

Em relação à produção do conhecimento, a educação acontece pela interlocução de diversos saberes sempre em reconstrução através das aprendizagens no mundo das tradições culturais que se ampliam, nos espaços sociais dos distintos âmbitos lingüísticos e do convívio em grupos e nos processos de singularização dos sujeitos. São diferentes vozes que se aproximam, se solidarizam e criam uma identidade para que sejam construídos espaços comuns de atuação, de forma que cada uma não precise renunciar a sua própria identidade mantendo preservadas as condições e posições originais de seus saberes e de suas vivências. (Marques, 1996, p.14)

Como defende Carlos Brandão (1994, cit. por Libâneo, 1998, p.18):

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender - e ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação. (...) Não há uma forma única nem um único modelo de educação; a escola não é o único lugar em que ela acontece e talvez nem seja a melhor; o ensino escolar não é a única prática, e o professor profissional não é seu único praticante.

Nesse processo rico de ampliação dos espaços educativos, de transmissão das experiências vividas, os processos podem dar-se em todos os lugares onde o ser humano realiza sua natureza social, entre os quais podemos citar as relações que se estabelecem na organização do trabalho, nos espaços políticos e na prática da cooperação. (Frantz, 2001, p. 253) A educação e mais amplamente, a formação humana são práticas constituídas e

constituintes das relações sociais e não avançam de forma arbitrária, mas de forma necessária e orgânica com o conjunto das práticas sociais fundamentais. (Frigotto, 1996, p. 191)

As grandes mudanças ocorridas no mundo no último século geraram situações em que a construção de cooperação ética entre as populações exige da educação um papel importante de construção e reconstrução de práticas coletivas e de laços sociais de reconhecimento e de identificação social. (*idem*, p. 255)

Como argumenta Pierre Levy (1999, p. 42):

a evolução da técnica, o progresso da ciência, as turbulências geopolíticas e os elementos aleatórios dos mercados dissolvem os ofícios, pulverizam as comunidades, obrigam as regiões a se transformar, as pessoas a se deslocar, mudar de lugar, de país, de costumes e de língua. A desterritorialização muitas vezes fabrica a exclusão ou rompe os laços sociais. Quase sempre confunde as identidades, pelo menos aquelas que fundavam suas pertenças ou “raízes”. Resultam num terrível desajuste, uma imensa necessidade de coletivo, de laço, de reconhecimento e de identidade.

Segundo Gadotti (2000, p.5) as duas últimas décadas do século XX trouxeram grandes mudanças no campo sócio-econômico, político e cultural, nos movimentos sociais e nas grandes modificações tecnológicas que possibilitaram o aparecimento da sociedade da informação.

Consoante Assmann (2000, pp.8-9) ela pode ser traduzida por uma.

sociedade que está actualmente a constituir-se, na qual são amplamente utilizadas tecnologias de armazenamento e transmissão de dados e informação de baixo custo. Esta generalização da utilização da informação e dos dados é acompanhada por inovações organizacionais, comerciais, sociais e jurídicas que alterarão profundamente o modo de vida tanto no mundo do trabalho como na sociedade em geral. (...) A mera disponibilização crescente de informação não basta para caracterizar uma sociedade da informação. O mais importante é o desencadeamento de um vasto e continuado processo de aprendizagem.

Na perspectiva de Carvalho *et al.* (2000, p.35) “a informação passa a ser considerada como recurso estratégico, de agregação de valor e como elemento de competição política e econômica entre países.”

Ainda Gadotti nos esclarece que o tempo é de quebra de paradigmas e pode ser verificado um quadro de grande perplexidade que leva o Homem a se perguntar quais são as perspectivas da educação. É sabido que a Educação

tradicional - com processo de desenvolvimento individual – e a educação internacionalizadora – que buscava, e de certa forma conseguiu, que os sistemas educacionais contassem com uma estrutura básica bastante assemelhada, sofrem o impacto da globalização, da linguagem da televisão e da Internet.

Ainda na visão do autor, novos paradigmas, amparados no princípio unificador do saber e na valorização do vivido, da singularidade, da criatividade, devem ser entendidos como uma utopia que teria capacidade de resgatar a totalidade do real através da vida cotidiana do próprio homem, ao aceitar como fundamento da educação uma antropologia que concebe o homem como um ser essencialmente contraditório.

1.3.1 A Educação Popular e as inovações no sistema educacional

Nessa linha, a Educação Popular, inspirada na proposta de Paulo Freire, encontra na conscientização e na organização que hoje se vêem representados por dois horizontes: a educação popular pública – inserida no interior do Estado, e a Educação Popular Comunitária, na Educação Ambiental ou sustentável, em sua maioria não formal e dispersa em experiências diversas. A Educação no novo milênio vive um momento de grande riqueza e contradição: o desempenho escolar não dá conta da universalização da educação básica e as novas matrizes teóricas não apresentam ainda a consistência necessária para indicar caminhos seguros para uma época marcada por permanentes transformações.

No ponto de vista de Messina, (2001, p. 227) outro aspecto relevante do campo educacional refere-se à necessidade de constantes modificações sendo que o conceito e a prática da inovação tornaram-se essenciais por apresentar um caráter intencional, sistemático e planejado, em oposição às mudanças espontâneas. Segundo a autora, o processo de inovação pode ser definido como “multidimensional, capaz de transformar o espaço no qual habita, e de transforma-se a si própria.”

A formação profissional convencional está inserida em um cenário que provoca um constante descompasso com a prática profissional e os empregadores estão produzindo um processo constante de reprodução em

escala mais ampla, alterando normas e métodos. Também pode ser percebida uma tendência de prolongar a chamada formação geral e não a aumentar a qualificação no trabalho. A formação dos quadros profissionais de nível superior, mesmo fora do ensino convencional, mesmo quando feita fora do sistema convencional, segue a mesma tendência, na medida em que insiste na crescente polivalência desses profissionais levando à crença de que a escola forma o trabalhador mas é o empregador que o qualifica para o trabalho. (Althusser, 1983, pp.11-12)

As inovações são procuradas pelo sistema educacional, inicialmente, para transformar o sistema em uma lógica de busca de generalização orientada pelos princípios do experimento, do custo benefício. Uma grande preocupação da autora é que as inovações são vistas como um fim em si mesmas, uma “solução” para problemas de grande complexidade, em especial na educação. Deve ser considerada positiva aquela inovação que está relacionada com o sentido, com o empoderamento de sujeitos e instituições, sem que eles sejam limitados a uma lógica única, naturalizada.

Relacionada ao conceito de inovação está a idéia de mudança, que pode ser assim traduzido (Messina, 2001, p.228)

A mudança implica passar ou transitar de uma situação ou de um estado ou condição para outro. A mudança é uma viagem, uma passagem, uma virada que é tão animadora quanto ameaçante. Mudar implica desnaturalizar ou distanciarmo-nos do *habitus* que nos constitui, que é tão estruturante quanto estruturado, separarmo-nos desses modos de sentir, pensar e agir.

A inovação foi adotada como uma bandeira por grupos que definiam as políticas no campo da educação e continua ocupando o centro da discussão no plano educacional, sendo que as reflexões propostas deveriam estar inspirando a criação de espaços que promovessem a possibilidade de um “pensar” e “fazer” mais reflexivos no campo educacional.

Diante da diversificação de propostas e para normalizar em todo o território nacional as ações referentes à educação, o Governo federal publicou em 20 de dezembro de 1996 a LDB, que estabelecia as diretrizes e bases da educação. No texto da lei ficava determinado que os processos formativos desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da

sociedade civil e nas manifestações culturais, sendo que a educação escolar deve vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social. (*Idem*, pp.229-232)

Também na saúde, a profusão de novas ou renovadas propostas de produção do conhecimento, de organização dos serviços e do desenvolvimento da assistência são evidências práticas da inquietação e necessidade de revisão que surgem nos discursos mais genéricos. Ainda segundo o autor, as oportunidades são muitas e muitas discussões são implementadas. Entretanto, esse grande número de propostas também pode cair em um estado de imobilismo e estática, característicos das ideologias vazias fazendo, inclusive, com que novas propostas como o PSF, possa se tornar um rearranjo político-institucional de um mesmo sistema de saúde, muito excludente do ponto de vista social, fazendo das propostas de promoção da saúde uma forma de manutenção de uma posição marginal da atenção primária reiterando a compreensão equivocada de uma ação simplificada. (Ayres, 2001, p.64)

2 - O conceito de saúde, sua inserção na carta constitucional de 1988

Tendo como parâmetro as reflexões de Fleck (2000, p.34), a OMS definiu saúde pós-segunda guerra mundial, como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças. Entretanto, as políticas de saúde sempre colocaram a prioridade no controle de morbidade e mortalidade. Esse pensamento tem sofrido mudanças que estimulam uma outra perspectiva, voltada para a avaliação da qualidade de vida e do bem-estar da população. Tais reflexões promovem um intenso debate sobre o conceito de saúde sendo que uma Resolução da 101ª. Sessão da Assembléia Mundial de Saúde propôs uma modificação no conceito de saúde da OMS para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social.

Partindo do princípio defendido por Hill (1992, cit. por Sarriera *et al.*, 2003, p.3) em relação ao conceito de saúde, não existe uma necessidade de criação de um novo paradigma frente aos já existentes, mas que todos devemos nos empenhar em adotar uma visão global e dual da realidade, absorvendo as contradições como componentes necessários à vida.

A saúde, na carta constitucional de 1988, está relacionada no Título VIII - Da Ordem Social - que tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça social. Também está incluída entre o conjunto integrado das ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência. No Artigo nº 196, a saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

2.1 – A Formação de Recursos Humanos para o SUS

No artigo n. 200 da CF de 1988 fica estabelecido que compete ao SUS ordenar a formação de RH área da saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico., o que já define, à partir desse contexto, que formar profissionais para do SUS deve ser uma prioridade a ser perseguida com a área que domina os conhecimentos necessários para que a determinação constitucional seja cumprida.

No artigo nº 200 da CF de 1988, está definido que compete ao SUS, além de outras atribuições, ordenar a formação de RH na área da saúde Ao conceber a área de formação educativa de qualificação de pessoal e ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei determina que os órgãos gestores do SUS estruturarem mecanismos de atuação educacional que consigam implementar essas duas funções. (Ceccim *et al.*, 2002, p.374)

Existe uma pauta convergente que envolve o MS e o Ministério da Educação - ME, que diz respeito às políticas públicas que focalizam a orientação do modelo assistencial, conforme preconizado pela reforma sanitária. A consolidação do SUS depende do sucesso de estratégias como o PSF, da implementação de processos de educação permanente e da incorporação, nos cursos de graduação, das premissas da LDB. (Saupe, 2005, p.522)

De acordo com Pereira (2003, p. 1528):

educação e saúde são espaços importantes de reprodução e aplicação dos saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma intersecção entre estes campos, tanto em qualquer nível

de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender.

Entretanto, no Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde (MS.2000g), fica definido em relação aos recursos humanos no SUS, que havia uma ausência da academia nos processos de formação, re-qualificação e capacitação de RH para a nova realidade e modelos de gestão. Essa falta de qualificação profissional, continua o texto do relatório, desmotiva e desgasta fisicamente e emocionalmente, acarreta dificuldades de relacionamento e impede a coesão das equipes de saúde resultando na execução de tarefas sem planejamento o que exigiria uma política de educação continuada aos profissionais.

Quando se trata de educação na saúde é importante que se faça clara a distinção desta com o campo de educação em saúde. O primeiro significa a sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. (MS, 2007b)

Segundo L'Abbate (1994, p.482), a educação em saúde é um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição, e sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. A primeira demanda dos profissionais pela área de Educação na saúde, relaciona-se à instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas e o desenvolvimento profissional.

Ainda na visão de Pereira (2003, p.1528):

as práticas educativas em saúde referem-se tanto às atividades de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde, quanto às atividades de educação permanente, dirigidas aos trabalhadores da área da saúde através da formação profissional contínua. Lembramos que muitas práticas de saúde requerem práticas educativas.

Para que o PSF possa ser uma estratégia substitutiva das práticas de saúde é preciso que sejam promovidos investimentos nas duas áreas. Entretanto, para que tais mudanças tenham uma repercussão permanente na qualidade dos serviços, devem ser especialmente implementadas ações de planejamento em

educação na saúde, com o objetivo de garantir avanços qualitativos tanto nas diretrizes curriculares dos aparelhos formadores, quanto no perfil dos RH do setor saúde.

2.1.1 – Os possíveis entendimentos sobre o SUS e sua relação com a formação de recursos humanos para a Saúde

De acordo com Paim, (2002, pp.253-255) no que diz respeito ao ensino médico e SUS, podemos afirmar que sobre ele existem pelo menos quatro tipos de concepções vigentes no ensino médico, que determinam, de fato, quadro visões distintas sobre o sistema:

- o SUS democrático desenhado pelo projeto da RS. Vinculada a essa concepção de SUS, teríamos alunos que experimentam o SUS real e como ideologia se aproximam do SUS para pobres. O modelo médico-hegemônico se apresenta como algo ahistórico e natural. O SUS democrático torna-se uma referência utópica, que não tem lugar hoje, mas que pode ter um lugar no futuro;
- o SUS formal, estabelecido pela CF, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais. É um dos modelos mais frágeis que se atêm, principalmente, ao jurídico formal do SUS sem buscar um campo de demonstração no qual o aluno possa ver o sistema na prática. É um processo insuficiente para que o estudante possa se sentir motivado no processo de aprendizagem;
- o SUS real, que vive à mercê do clientelismo, da inércia burocrática e dos desígnios da área econômica. Nele, o ensino médico carrega muitas ambigüidades e no qual os atores esperam por uma reforma constitucional e/ou a modificação da legislação ordinária. Nele se encontram os hospitais universitários que não conseguiram se modernizar e os demais serviços vinculados ao SUS e utilizados como meio de ensino. O ensino médico comporta apenas um mínimo-legal e a busca de alternativas que não se confrontem com o modelo docente-hegemônico;

- o SUS para os pobres, que significa uma medicina simplificada para as pessoas simples. Nele, o ensino médico se inscreve como um projeto de prática liberal no qual se aprende no pobre para aplicar no rico.

Ainda na perspectiva do autor, para cada SUS haverá uma perspectiva do ensino médico onde o mesmo é enaltecido ou combatido, enquanto ameaça para o modelo médico hegemônico. (Paim, 2002, p.253)

A influência dos meios acadêmicos e sindicais da saúde ajudou a acelerar as medidas concretas e os debates que levaram à criação do SUS, proposto em uma concepção de seguridade social de escopo mais amplo, que articularia políticas e integraria recursos orçamentários sendo que as políticas de saúde, previdência e assistência se pautariam pelos princípios constitucionais que promoveriam: a universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividades na prestação de benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade da forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregados, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Cordeiro, 2001, p. 321)

No cenário acima proposto, é possível afirmar que a formação e o trabalho dos profissionais de saúde recebe um grande impacto da reorganização dos sistemas de saúde, das pressões pela reforma das universidades e pelo processo de reforma e descentralização político-administrativa do Estado. A maior parte dos processos de formação para a saúde está ligada a uma racionalidade biomédica que remete todos os atores dos processos de construção do conhecimento a uma vivência reduzida das experiências que limita o doente à sua doença, do cuidado ao protocolo de medidas terapêuticas subtraindo da experiência da formação profissional as outras dimensões que permitem configurar o exercício profissional como uma prática socialmente construída. (Almeida *et al.*, 2000, p.139)

Também em Paim, (1992, pp.262-62) encontramos as seguintes ponderações:

Considerando os diversos projetos que influenciaram doutrinariamente a formação de recursos humanos em saúde coletiva nos países desenvolvidos, há que se destacar o seu repasse para os países dependentes que ensejaram novas questões para a sua constituição e hegemonia. De modo geral, tais projetos assumiram o caráter de movimentos ideológicos em que as questões não eram colocadas no plano da ciência, através do qual fosse possível delinear um campo teórico de investigação e propiciar um aprimoramento conceitual para a apreensão das práticas de saúde (agentes de mudanças). (...) A evolução e crescente complexificação das práticas que organizam o trabalho em saúde, com a incorporação de novas tecnologias em ritmo acelerado, vêm estabelecendo padrões mutáveis do trabalho nesse campo, envelhecendo rapidamente os cenários estabelecidos para a sua realização. (...) Nesse sentido, a concepção de que o processo educacional se dá de forma gradual e complementar, em cada uma de suas fases, é fundamental para estabelecer níveis crescentes de capacitação que podem iniciar numa proposta mais generalista. A formação, nesse caso, se daria ao longo da vida profissional, alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas, cujos conteúdos próprios seriam também gerados desse processo contínuo.

A relação entre saúde e educação também possui uma forte inter-relação com o sujeito, a sua formação e com a sua trans-formação. A tarefa da saúde é formadora mas também transformadora sendo que a segunda contém a primeira. Os desafios passam pela articulação de como formar esse sujeito inovador e singular no campo da saúde coletiva e como criar um espaço pedagógico no qual o próprio espaço das relações sociais. (Teixeira, 2001, p.50)

2.2 – Os principais momentos da formação de profissionais para a saúde

A formação na área da saúde, sob uma ótica da educação formal, percorreu um caminho cujo conhecimento é relevante para que sejam situados os desafios existentes nos campos da educação e da saúde no país. Conforme Dimitrov (2000, p.23), com a chegada de D. João e sua família ao Brasil na Bahia, em 1808, foi criada a primeira Escola de Cirurgia em Salvador, e com a mudança da família para o Rio de Janeiro, é criada a segunda escola e somente em 1889, é criada a Faculdade de Farmácia e Medicina em Porto Alegre.

2.2.1 – Do final do século XIX ao Golpe Militar de 1964

Até o início do século XX, as primeiras faculdades da área da saúde no Brasil, utilizavam-se, principalmente, dos hospitais de caráter filantrópico como locais de ensino e de prática para futuros profissionais. Nas décadas de 1910 e 1920, foram publicados dois informes sobre a realidade do ensino médico e apresentando propostas de reformulação: o primeiro, foi o Relatório Flexner e o segundo, o Relatório Dawson. O primeiro, teve influência sobre o ensino das faculdades dos Estados Unidos da América - EUA, Canadá e, posteriormente, na América Latina. O relatório recomendava um ensino médico com base em uma formação na qual os primeiros anos seriam dedicados às ciências básicas, como nas escolas alemãs. Além disso, recomendava pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde; concentração na atenção médica individual; aprendizagem realizada dentro do ambiente hospitalar; que as faculdades tivessem seus próprios hospitais de ensino e que esses contassem com um corpo clínico próprio e permanente, além de um grande número de leitos por aluno. Também era sugerida a limitação da assistência ambulatorial apenas nos casos de internação; assistência médica organizada em especialidades; ensino de assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele. O Modelo flexneriano foi implantado nos EUA, com recursos de fundações privadas e lá permaneceu intacto por 40 anos. (Marsiglia, 1995, pp.21-22)

Considerando a opinião de Ferreira (2001, p.38):

Com a caracterização do “paradigma flexneriano” no campo da educação médica, tínhamos a explicação para todos os problemas enfrentados hoje com uma medicina tecnológica, institucionalizada, socialmente segmentada e dependente de um trabalho coletivo, no qual se dilui a relação médico-paciente e os critérios de ética e responsabilidade profissional, com pouco sentido humanitário. Isto a um custo muito maior do que pode cobrir a sociedade e o próprio Estado. A Escola Médica enfrentava-se então com uma plethora de conhecimentos e informações. O hospital docente transforma-se em centro de alta tecnologia, com a idéia de excelência técnica associada à superespecialização e os professores necessariamente incorporando este critério de valorização.

Além de promover os problemas citados por Ferreira, a abordagem flexneriana evidenciou outros relevantes problemas, apontados por Aguiar (2001, p. 71):

Se o Relatório Flexner contribuiu para que a educação dos médicos fortalecesse sua base experimental, estimulando a formação de profissionais mais aptos para a compreensão das evidências científicas, ele também fomentou uma dicotomia temporal e simbólica entre as ciências básicas e área clínica, com evidente negligência dos aspectos humanos da educação e da prática médica.

Em 1920, publicava-se o Informe de Bertrand Dawson, que teve grande influência especialmente sobre as Faculdades da URSS e Inglaterra. No que diz respeito ao ensino médico ele era oposto ao relatório Flexner. Propunha que as ações curativas e preventivas deveriam estar integradas na formação dos futuros profissionais; que o médico geral deveria exercer ao mesmo tempo, ações destinadas ao indivíduo e à comunidade; que os serviços regionalizados para as famílias deveriam partir de um centro primário de saúde, com ações preventivas e curativas, exercidas por um médico geral e integrados, com a presença de centros de saúde mais especializados e hospitais, incluindo até as ações de reabilitação. (Marsiglia, 1995, p.22)

No entender de Novaes, (1990, cit. por Marsiglia, 1995, p.23)

enquanto o modelo flexneriano estimulava a individualidade e a relação direta entre o médico e seus pacientes, sem interferência do governo, o modelo de Dawson recomendava a hierarquização, a disciplina institucional e a subordinação da formação das ações profissionais aos serviços; enquanto o modelo flexneriano considerava pouco importantes a atenção primária e a atenção ambulatorial, o modelo de Dawson reforçava a atenção primária e as atividades coletivas de promoção e prevenção da doença.

Segundo Alves, (2000, pp.27-29) encontramos importantes observações em relação à enfermagem, com destaque para a importância da Escola de Enfermagem Ana Nery, que foi considerada escola oficial padrão na formação de enfermeiros, quando da regulamentação da profissão pelo Decreto n. 20.109/31 (Mendes, 1996, p.32).

No início do século XX, a necessidade era de formação de enfermeiros de saúde pública que pudessem atender às exigências do mercado internacional, prevenindo doenças infecto-contagiosas dos tripulantes dos navios mercantes e das populações residentes nas cidades portuárias, considerando que essas endemias e epidemias dificultavam o comércio exterior do Brasil. (Alcântara, 1996; Paixão, 1979) O modelo americano teve grande influência nesta Escola de Enfermagem, nos aspectos teóricos e

práticos. O exercício da profissão destacava a necessidade de uma assistência centrada em procedimentos técnicos caracterizados pela indução, religiosidade e pelas intuições (Alcântara, 1963; Almeida e Rocha, 1989; Paixão, 1979; Alves, 1990; Mendes, 1996). Esse exercício da enfermagem era dominado pela prática e pela assistência hospitalocêntrica que delegava à enfermeira o papel de administradora do assistir como gerente da unidade. Ainda em Alcântara, (1996, p.10) até meados do século XX não houve grandes inovações nessa prática.

A partir das décadas de 1940 e 1950, o modelo flexneriano foi implantado na América Latina e no Brasil fomentando a criação de novas escolas de medicina e a reestruturação de outras, mais antigas. Com muitas resistências, foram implementadas algumas tímidas modificações curriculares e construídos novos hospitais de clínicas, ligados às faculdades de medicina recém criadas. (Marsiglia, 1995, p.24)

Em relação à enfermagem, nos anos de 1950, começam a tomar corpo as preocupações com um currículo mais articulado e integrado e em 1959 as enfermeiras americanas lançaram os Princípios Científicos na Enfermagem que eram um conjunto de leis, doutrinas e verdades essenciais para capacitar a enfermeira a observar as relações entre fatos, princípios e conceitos aplicáveis na enfermagem. (Alves, 2000, p.29)

Nas décadas de 1950 e 60, a universidade brasileira era formada por um conjunto de escolas isoladas, característica do modelo francês. Essas instituições não tiveram um papel importante na discussão das questões de saúde, com exceção de duas escolas de saúde pública que existiam no país, sendo que uma era ligada ao MS e outra à USP. O movimento estudantil clamava uma Reforma Universitária e fazia críticas veementes à despreocupação da universidade com a saúde da coletividade. (Paim, 1991, p.108)

2.2.2 – De 1964 à Constituição de 1988

A década de 60, caracterizada pelo golpe militar de 1964, foi marcada pela perseguição política a docentes e pesquisadores. O movimento estudantil, que retornou suas atividades de protesto entre 1967 e 1968, denunciava a

ditadura e defendia a construção de uma universidade comprometida com a realidade brasileira. A mobilização foi reprimida pelo governo que implantou uma reforma universitária que esvaziou a autonomia universitária, promovendo um espaço de incursão do Estado na vida acadêmica. (Ibidem)

Também foi a partir dos anos sessenta que começaram a ser criados os Departamentos de Medicina Preventiva e os programas médico-sociais para o ensino de estudantes e para o desenvolvimento dos campos de saúde pública, aliado às propostas de Medicina Comunitária com a criação de alguns centros de saúde destinados à assistência de pequenas localidades, mas sem a integração efetiva com o sistema público de saúde e sem grande influência sobre os currículos das universidades. Tanto a OMS, como a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, passaram a apontar problemas na formação de RH a saúde e em particular, na formação dos médicos na América Latina. (Marsiglia, 1995, p.26)

De 1968 a 1973, a sociedade brasileira vivia o momento mais facista do regime que mantinha condições que deterioravam as condições de saúde da população brasileira. Entretanto, a reforma universitária abriu espaços acadêmicos para o ensino da saúde coletiva e a possibilidade de denúncias sobre a piora das condições de vida da população, relacionando-as ao modelo de desenvolvimento proposto pelo regime militar. Também foram elaborados projetos de medicina comunitária e propostas alternativas de organização dos serviços. Na década seguinte, iniciava o processo de distensão “lenta, segura e gradual” proposta pelo Governo Geisel, em 1974. (Paim, 1991, p.109)

Na década de 1970, começa tomar forma o movimento da RS brasileira que inicia como um movimento constituído por uma parcela da intelectualidade universitária e profissionais de saúde mas que recebe, posteriormente, a adesão de outro segmentos da sociedade, como sindicatos, movimentos populares de saúde, entre outros. (Rezende, 2001, p.1)

Deve ser ressaltado que em 1980 foi proposto e implementado um projeto denominado Integração Docente-Assistencial – IDA, que buscava reformulação do sistema de saúde com base nos princípios de universalização dos direitos, descentralização das decisões, unificação dos serviços, equidade na prestação de benefícios e controle social sobre o sistema. O projeto visava à articulação entre instituições que preparavam os recursos humanos para o

sistema de saúde e aquelas que ofereciam/atendiam as necessidades da população. A proposta, como estratégia pedagógica, teve poucas possibilidades de alterar a estruturação, na prática, dos serviços mas contribuiu para a formação de profissionais mais próximos da realidade se comparada àquela oferecida pelos hospitais-ensino.(Marsiglia, 1995, pp. 15-41)

Nos anos de 1980, foram realizados importantes estudos sobre RH para a saúde no Brasil e a implantação de novas políticas de saúde, criavam necessidades de investigação para que se pudesse operacionalizar melhor os novos modelos de assistência médico-sanitário. Esses estudos forneceram elementos essenciais para o planejamento estratégico permitindo tanto a definição de objetivos e metas como a gestão cotidiana e operacional. (Mehry *et al.*, 1989, pp.8-9)

Ainda em 1980, foi realizado pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo –e pela divisão Nacional de Educação na Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do MS, o Encontro Nacional de Educação em Saúde com o objetivo de discutir currículos mínimos para os cursos de formação profissional de educadores em Saúde Pública. Como resultado desse evento, foram realizados vários encontros com o objetivo de discutir e propor Diretrizes para a Educação em Saúde em nível nacional. As propostas deveriam considerar o número de unidades de ensino que assumiriam a responsabilidade pela formação /ensino na área da Educação em Saúde, as diversidades existentes tanto em relação a referências teórico-metodológicas como de carga horária e as diversidades regionais e disponibilidade de recurso humanos existente em todo o país.

Em 1988, com a promulgação da Constituição, ficou explicitado a obrigação das três esferas de gestão do SUS de implementar a formação de recursos humanos para a saúde, bem como a de incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. A partir desse desafio, também foi definida a importância das ações de planejamento em educação na saúde e a necessidade urgente da definição de uma Política de Educação para o setor.

2.2.3 – A década de 1980 e as estratégias de articulação docente-assistencial

Na década de 1990 foi construída a proposta do Programa Uma Nova Iniciativa – UNI, que consistia em uma intervenção da Fundação Kellogg em onze países da América Latina, - alguns dos quais saindo de várias experiências de governos autoritários e em construção de processos de democratização - com o objetivo de desenvolver estratégias que ampliassem as possibilidades de mudança na formação dos profissionais de saúde. A proposta queria desencadear um processo de mudanças no âmbito das universidades, dos serviços de saúde e na participação popular. Na maior parte das vezes, esses processos foram desencadeados por pessoas mais mobilizadas nas universidades, dos serviços e da comunidade a partir de experiências problematizadoras de suas práticas concertadas. Os resultados foram diversos. Em alguns casos, apesar dos questionamentos, não ocorreram mudanças substanciais, na prática. Em outros, as mudanças foram planejadas e em alguns nem chegaram a se tornar um processo de articulação democrática, em função de crises institucionais. Alguns processos iniciados foram profundos e duradouros, gerando mudanças institucionais e não apenas mudanças curriculares, como são os casos de Londrina e Marília. Os projetos da Rede UNI, vieram a se articular com os da rede IDA, anteriormente descrita e em 1966, a rede passou a ser denominada de Rede UNIDA, concebida como “um espaço de troca e divulgação de experiências de articulação entre universidades, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS” (Feuerwerker e Almeida, 2002, p.167)

Também encontramos em Barbosa (1999, p.358) a seguinte reflexão sobre a relação docente-assistencial:

Se pretende que la academia pueda contribuir a la reorganización de los servicios, así como que la universidad, apropiándose del conocimiento producido en estas actividades, pueda transformarlo en un insumo para definir las líneas de investigación, de extensión y de reformas en la enseñanza, incluyendo la revisión de los programas curriculares. Lo fundamental es intentar evitar la trampa de reeditar, en estos trabajos, la forma tradicional de proponerse la extensión, caracterizada por acciones puntuales, sin desdoblamientos y repercusiones tanto para los que la

realizan, como para los beneficiarios potenciales y reales de la experiencia.

Outro elemento importante é a previsão, pela LOS de 1990, de que sejam criadas as Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, sendo que cada uma delas terá por finalidade propor as prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuadas dos RH para o SUS, na esfera correspondente, bem como estimular as pesquisas e a cooperação técnica entre as instituições, buscando superar a tradicional fragmentação/segmentação da formação em saúde que hoje existe entre Saúde da família, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Atenção às Urgências e Emergências, entre outras. (Ceccim, 2002, pp.375)

Em 1996, período de criação do PSF, existiam 513.338 profissionais de saúde no Brasil, dos quais 40,1% eram médicos; 26,8% odontólogos e 13,2% enfermeiros. Havia 757 habitantes por médico, 1.132 por odontólogos, e 2330 por enfermeiro, sendo que entre os médicos destacava-se a crescente participação das mulheres que em 1996 representavam 32% do total de profissionais em atividade no país. Os RH se encontravam concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país e nas capitais dos estados. (Brasil. OPAS/MS. 1988, pp. 76-77).

No mesmo ano é realizado o Seminário de Formação de Recursos Humanos para a área da Educação na Saúde no qual fica confirmado (Resolução nº 41 de 03/03/93) que a educação para a saúde deve ser considerada uma estratégia imprescindível para a promoção da saúde, prevenção das doenças e para a consolidação do SUS nos três níveis de gestão e referendada pelo Documento Final da Reforma Administrativa de 1993, que considera a educação em saúde como um dos espaços de intervenção estratégica para a política de saúde e uma área que perpassa toda a estrutura organizacional dos serviços, articulando-se com a informação, a comunicação e a epidemiologia, corroborando-se em atenção básica para a consolidação do SUS. (Formação de Recursos Humanos para a Área da Educação em Saúde, 1996, p.7)

Apesar desse grande número de profissionais, a questão da Formação de RH para a saúde, em detrimento de muitas estratégias de enfrentamento

adotadas, e em especial no que diz respeito aos problemas técnico-pedagógicos (capacitações pedagógicas para docentes, auto-aprendizagem, tecnologia educacional de educação à distância, etc.) já apresentava a necessidade de uma “política de formação e capacitação de RH capaz de oferecer respostas adequadas às necessidades do processo de construção do SUS, propiciando acumulação de poder político, técnico e administrativo por parte das forças e dos grupos interessados em imprimir uma nova direcionalidade às políticas e práticas educativas”. (Paim e Teixeira, 1993, p.19)

Na lógica de Souza *et al.* (2002, p. 24) em relação avanço na consolidação do PSF pode-se afirmar que:

ele está condicionado, entre outras questões, à possibilidade de se conseguir profissionais de saúde com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados à proposta. A prática multiprofissional e interdisciplinar propõe para as equipes e para os profissionais o desafio da mudança do processo de trabalho. Entretanto, é patente que esse “novo profissional” exige mudanças no campo da formação e capacitação. Historicamente, esses profissionais, sejam eles médicos, enfermeiros ou odontólogos, agora solicitados pelos serviços, não foram o foco dos centros formadores no Brasil, voltados para o mercado de especialistas e para a prática fragmentada.

As equipes de saúde na família haviam aumentado de forma importante em todo o país, tornando evidente às dificuldades dos Estados e municípios de cumprir a determinação constitucional de formar recursos humanos para a saúde. O setor ampliava em complexidade e a formação de profissionais para o novo paradigma proposto pelo PSF tornava-se um desafio cada vez mais relevante diante da proposta de reversão do modelo assistencial e o caráter substitutivo do PSF.

2.2.4 - Os Pólos de Educação Permanente em Saúde

Com o intuito de estimular mudanças nesse cenário, e considerando a importância da aproximação ensino-serviço, o MS criou, em 1988, a proposta dos Pólos de Educação Permanente.

2.2.4.1 – Os PEP para o PSF

O MS criou, em 1998, um projeto de implementação do PSF, os PEP para o PSF, que atuariam, principalmente, na realização de curso de capacitação para as equipes de PSF, em especial na realização de treinamentos introdutórios, em razão do aumento acelerado do número de equipes em todo o país. (Gil, 2005, p.492).

Eles representaram uma importante estratégia do MS na implantação e implementação do PSF, diante da necessidade de potencializar as ações do programa. Eles foram definidos como uma articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente de RH em Saúde, vinculadas às instituições de ensino que se consorciavam ou celebravam convênios com as SES e/ou MS, para implementarem programas de capacitação direcionados à estratégia de Saúde da Família. (MS, 2002, pp.1-3) dos novos desafios impostos pelo PSF e, considerando a urgência de implementação, de um processo de educação em saúde mais resolutivo e a necessidade de aproximação do serviço com as instituições de ensino. Eles podem ser definidos como uma articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente de RH em Saúde, vinculadas às instituições de ensino que se consorciavam ou celebravam convênios com as SES e/ou MS, para implementarem programas de capacitação direcionados à estratégia de Saúde da Família. (MS, 2001, p.1)

Na opinião de Souza (2002, p.25):

o estabelecimento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família, iniciada em 1997, propunha-se a dar conta de algumas das questões levantadas. Entretanto, a complexidade desse processo, em especial pelas dificuldades de articulação das áreas da clínica com as áreas da saúde coletiva nos centros a formadores, acaba por complicar o quadro. A formação dos profissionais é assinalada pelos gestores como um dos importantes problemas a ser equacionado.

Alguns aspectos são relevantes no que diz respeito à criação dos PEP, dentre os quais pode-se destacar: o fato de que, na prática, não se verifica o estabelecimento de uma relação entre profissionais e população que garanta a saúde como um direito de cidadania da população usuária do SUS; a realização de capacitações e cursos que não levam em conta o perfil técnico-

científico dos profissionais de saúde; o desperdício de recursos públicos com a realização de cursos pulverizados e que não promovem uma mudança prática em direção à mudança de condutas e a adoção de um modelo de atenção à saúde. (MS, 2004c)

A missão dos PEP, em curto prazo, é desenvolver ações que contemplem três vertentes: a capacitação, a formação e a educação permanente dos profissionais inseridos em ESF. A médio e longo prazo, o projeto pretende gerar reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço, voltadas para a formação acadêmica na graduação, passando, necessariamente, pelo cumprimento de pelo menos uma das atividades consideradas básicas: treinamentos introdutórios do PSF; capacitação de Instrutores/Supervisores do PACS e Capacitação dos ACS. Em relação à capacitação de equipes do PSF, devem ser priorizadas as seguintes temáticas: DST/AIDS, saúde bucal, tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial, nutrição, capacitações das equipes em SIAB, ciclos de vida humana (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso), capacitação de gestores na estratégia de saúde da família e o desenvolvimento de atividades que visem à transformação do projeto pedagógico na formação dos profissionais de saúde. (MS, 2004c)

Na visão de Faria e Viana (2002, p.152) a articulação entre os PEP e PSF produziu interessantes reflexões sobre o papel do programa na atenção básica recomendando, especialmente, que as diretrizes operacionais dos complexos institucionais nas quais os programas estão inseridos, busquem diretrizes operacionais claras e bases conceituais sólidas que possam orientar os mecanismos de intervenção, as atribuições e competências nos cuidados básicos de saúde.

Em 2000, o MS já priorizava a estratégia do PSF para a reorganização da atenção básica e a reorientação do modelo assistencial. Para tanto, seria necessário promover investimentos em uma nova política de formação e em um processo permanente de capacitação de recursos humanos, pois a nova prática exigia um novo profissional, com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade. Eles deveriam atuar com criatividade e senso crítico, através de uma prática humanizada, competente e resolutiva,

envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Os profissionais deverão estar aptos para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondessem às necessidades da comunidade, articulando diversos setores envolvidos na promoção da saúde, em constante interação com a população da área de abrangência, mobilizando e estimulando sua participação e mobilização social. Todos esses processos deveriam ser desenvolvidos de forma dinâmica, com avaliação permanente através dos indicadores de saúde da área de abrangência. O SUS não dispõe de profissionais com esse novo perfil e precisa, em caráter imediato, que seja implementada, com mais ênfase, a articulação ensino-serviço, estimulando as mudanças na graduação. Também deve ser promovida a adoção de programas consistente de educação permanente – EP, diante da escassez de profissionais para atuarem no PSF. (MS, 2000e, pp.2-4)

2.2.4.2 - A reestruturação dos Pólos a partir da descentralização

Na intenção de reestruturar o processo de implementação dos Pólos, o MS propôs, em 2002, a estratégia da descentralização da formação de RH para o PSF que visava obter um melhor nível de efetivação nos estados da federação. A proposta inicial do PEP sofreu várias modificações teóricas e práticas extremamente significativas. O Plano de Descentralização foi elaborado com a finalidade de criar novas estratégias para o fortalecimento das ações de qualificação das equipes, tendo como objetivo geral promover a descentralização dos processos de capacitação das ESF visando adequar, quantitativamente e qualitativamente, a oferta de cursos introdutórios e programas de educação permanente em saúde que contribuam para a melhoria da resolutividade da atenção básica no SUS. Ele priorizava as seguintes ações: instituir os PEP em todas as unidades da federação; a redefinição das responsabilidades e reorientação do processo de articulação ensino-serviço; a elaboração e pactuação de uma agenda de capacitação que melhor atenda às necessidades estaduais; a consolidação de uma agenda estadual de capacitações em consonância com a Agenda Nacional de Capacitação de RH para o PSF. (MS, 2002, pp. 1-3)

A partir das reflexões de Fonseca (2002, p.289):

Os paradigmas contemporâneos de gestão organizacional apontam para a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e para viabilizar a própria transformação institucional. Assim, as Políticas de RH são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um Sistema único de Saúde democrático, equitativo e eficiente. No entanto, essas políticas, mais do que mecanismos de vinculação e distribuição de RH, devem ser formas democráticas de responsabilização e mobilização que propiciem maior adesão às novas missões desempenhadas pelo SUS. (...) Ao considerarmos as questões para a construção da Política de Recursos Humanos, e, por consequência, para a distribuição desses bens, estamos aludindo à consideração de dois sistemas fundamentais: de um lado, aquelas questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – a formação/preparação para o trabalho; de outro lado, as questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos- a gestão do trabalho.

Em razão de questões partidárias relacionadas às eleições presidenciais, várias modificações foram implementadas nas políticas e nos quadros dos ministérios, com rebatimento imediato nas representações e propostas a serem implementadas nos Estados e municípios.

2.2.4.3 – A gestão do Trabalho e da educação na saúde e a Política Nacional de EPS como estratégia do SUS, para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores da saúde

Em 2003, o MS instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde -SGTES, criada pelo Decreto nº 4726 09 de junho de 2003 (revogado pelo Decreto nº 5841 de 13 de julho de 2006 e posteriormente pelo Decreto nº 5.974 de 2006) que tinha como competências: ordenar a formação de RH na área da saúde, elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para o setor, planejar e coordenar e apoiar as ações relacionadas ao trabalho e à educação na saúde, organização da gestão da educação e trabalho em saúde, propor articulações entre órgãos educacionais, sindicatos e a integração entre os setores da educação e da saúde, planejar e coordenar ações visando à interação e o aperfeiçoamento da relação entre as áreas federal, estaduais e municipais do SUS. (MS, Portal da Saúde, 2007)

No entender de Santana (1992, p.297):

o enfrentamento dos desafios situados no campo da gestão do trabalho nos serviços de saúde requer ousadia de ação, não ficando restrito à abordagem analítica do tema ou à simples advertência de que é preciso buscar novos caminhos, cuja originalidade encontram-se no uso integrado de três estratégias de gestão: responsabilização no trabalho, incentivos à produtividade e processo permanente de negociação coletiva de trabalho.

Entretanto, foi em 2004 que o MS instituiu a Política Nacional de EPS como estratégia do SUS, para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores para o setor Saúde através da Portaria nº 198 (MS, 2004c). A condução locorregional da Política é efetivada por um colegiado de gestão configurado também como PEP em Saúde para o SUS, que deve contribuir para transformar a organização dos serviços, dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas em trabalho, articulando o sistema de saúde - em suas várias esferas de gestão - e instituições formadoras. Nesse terceiro momento, os Pólos deixam de ser uma estratégia específica para o PSF e torna-se uma estratégia para o SUS, o que conferiu grande relevância à sua estruturação em todo o país.

2.2.4.3.1 – Os caminhos da Política de Educação para o SUS

Do texto da Política, extraímos as seguintes orientações:

- ela deve ser desenvolvida prioritariamente no ambiente de trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho;
- que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho;
- que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e

desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS;

- que a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção terá que ser construída na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar ações e serviços relevantes e de qualidade;
- que é a partir da metodologia da problematização do processo e da qualidade do trabalho, que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas;
- que a lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente é o de aceitar que formação e desenvolvimento devem-se fazer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, devendo propiciar: a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde, a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas;
- que transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser consideradas questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. A educação permanente passa a ser a proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação;

- que são prioridades, no processo de educação permanente em saúde, no Brasil como um todo a partir dos princípios e diretrizes do SUS e sua implementação, as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde, entre outras;
- que deve ser produzida uma educação aplicada ao trabalho - capacitações tradicionais - mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo.

3 – A educação na saúde e sua articulação com a LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais

De acordo com Souza (1999, p.245) “as atividades educativas no setor saúde caracterizam-se, em especial, por fragilidade de inserção institucional e modismos pedagógicos dependentes das idiossincrasias dos dirigentes políticos ou de normas institucionais acríticas.”.

Os currículos de graduação dos cursos caracterizam-se, geralmente, por serem um sistema muito rígido no qual são fixados, de forma bem detalhada, os conteúdos a ser abordados, o que diminui muito a liberdade das instituições de nível superior para organizarem um processo educativo de forma que os alunos possam aprender como agentes ativos do processo. O modelo pedagógico não flexível e anacrônico, apresenta um grande desequilíbrio entre a teoria e a prática – questão que tem levantado várias discussões nos cursos de graduação da área da saúde, pois leva a uma visão fragmentada do paciente, com ênfase nas doenças, ao mesmo tempo em que necessitam incorporar continuamente as novas tecnologias e conhecimentos. As mudanças rápidas ocorridas no perfil epidemiológico promovem o aparecimento de necessidades assistenciais que repercutem no modelo de formação dos profissionais de saúde. É visível a necessidade de capacitar os profissionais de saúde a aprender a aprender fazendo uma EP com ênfase na auto-aprendizagem (Maranhão, 2003,p. VII)

Quanto às DCN, para os cursos universitários na área da saúde, (2003, pp.1-22) elas foram instituídas em consonância com as tendências

contemporâneas da educação, traduzidas na LDB (Portaria nº 9.394 de 20/12/1996). As DCN dos Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia foram instituídas, respectivamente, pelas Resoluções nº 4 (2001g), nº 3 (2001f) e nº 3 de 19 de novembro do ano seguinte.(2002g)

Para Santana (1999, p. 240) as inovações no campo curricular encontram campo fértil para sua germinação e florescimento, tanto no arcabouço doutrinário, como nas orientações gerais para implementação da nova LDB. Os cursos seqüenciais, a utilização da modalidade de ensino à distância e a formação com base nas competências são oportunidades importantes para a formação profissional e irão contribuir para que se articule as ofertas de formação realizadas pelas universidades e as demandas do setor saúde.

Em 2002, o MS e o ME instituíram o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED (2002i), com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, estando habilitados para participarem do Programa os cursos de medicina legalmente reconhecidos, oferecidos por instituições de Ensino Superior, legalmente credenciadas pelo ME.

Um dos maiores desafios é a adoção, na prática, de mudanças substanciais nos processo educativos em saúde, especialmente em função da introdução de novas tecnologias, do crescimento do conhecimento científico e das intensas modificações verificadas nos processo de trabalho o que vinha a favorecer de forma determinante a democratização do acesso á informação e o reconhecimento da importância do “aprender a aprender”.

4 – A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS e os desafios da educação no trabalho

Não obstante os avanços conceitualmente e legalmente enfrentados pela normatização de uma política de desenvolvimento de RH para o SUS, na avaliação de Pierantoni (2001, pp.179-181):

no plano educacional, entretanto, as ações transformadoras não acompanham, no mesmo ritmo, as mudanças operacionalizadas nas reformas setoriais da área da saúde: o distanciamento do

setor educacional das discussões das reformas continua a ser preocupante e condiciona situações de inviabilidade para o sucesso dos métodos propostos. Mais ainda, as instituições formadoras, especialmente a escola médica, têm apresentado propostas de análise e reformulação do ensino que fortalecem, ainda, a incorporação do conhecimento tecnológico de alta complexidade e custos elevados tanto em práticas diagnósticas como terapêuticas, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos e administração de cargas horárias segundo a importância das especialidades.”.

Entre os Princípios e Diretrizes para a NOB-RH/SUS, (2002g, pp. 28-29) fica determinado que:

- o modelo de EPS seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, facilitando uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação;
- Os gestores das esferas supracitadas elaboram anualmente, um Programa Institucional de EP para todos os níveis de atuação do conjunto dos trabalhadores de saúde.

Como defende L'Abbate (1999, p.16), parte-se do pressuposto que os trabalhadores do setor saúde não devem ser considerados insumos ou recursos, mas sujeitos com potencialidades de desenvolvimento permanente em busca de sua autonomia, capazes de aderir a projetos de transformação. Também em outras publicações institucionais encontramos conceituações que explicitam que “recurso humano é gente, gente que trabalha para viver; que tem seus próprios objetivos, que se comunica para superar problemas; recurso humano é gente, gente que anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida!” (MS, 1996, p.4)

Devem ser asseguradas também, a formação e a capacitação dos trabalhadores de saúde para que atuem de forma a garantir um atendimento de qualidade para o usuário, propiciando a elevação da auto-estima dos trabalhadores de forma que seja realizada a avaliação do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS contemplando os diferentes níveis de formação com a utilização de indicadores de impacto dos processos de desenvolvimento sobre a qualidade do atendimento oferecido à população.

Ao colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS por meio da construção da EP, pede-se propor a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

Segundo Pinheiro et al. (2003, p.45):

a qualidade no atendimento à saúde, almejado no SUS, está intimamente vinculada à questão dos recursos humanos. A prática de um profissional de saúde tecnicamente competente e socialmente comprometido somada a outros componentes – políticos, administrativos, dentre outros, favorece um atendimento com qualidade (...) a formação de profissionais para a saúde deve estar voltada para a visão integral dos problemas de saúde da população brasileira (...) e os currículos das escolas de saúde precisam permitir a construção de práticas sanitárias de orientação holística e com comprometimento social

No entanto, a multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes na prática diária da área da saúde e da educação nos territórios locais deixa clara a necessidade de negociação e pactuação política no processo de estabelecimento de orientações e ações para a educação permanente em saúde. (MS, 2004).

Na compreensão de Ceccim & Feuerwerker (2004, pp.1-2):

Esse desafio de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde impõe um caráter democratizador e equalizador que deve construir a base de luta de todos os processos reformadores neste setor. Um desafio desta natureza coloca pelo menos quatro vetores em evidência: o da formação, o da atenção, o da gestão em saúde e o da participação. O vetor da formação põe em evidência o gerenciamento da educação: ensino, pesquisa, extensão e documentação para o desenvolvimento, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como da participação social e do controle democrático no setor, por exemplo; o vetor da gestão põe em evidência o gerenciamento da administração e suporte: instrumentos gerenciais, sistemas de informação, planificação de metas e apuração de custos, por exemplo, e o vetor da participação, finalmente, põe em evidência o gerenciamento das relações com os usuários das ações e serviços de saúde: garantia de amplo acesso à participação e controle social na planificação, avaliação e controle em saúde, articulação com os movimentos sociais e negociação política com a sociedade.

A EPS está relacionada a ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do

trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. Já a educação continuada é o processo de aquisição seqüencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional o fora dele. (MS, 2007, p.22)

5- As propostas pedagógicas baseadas na problematização e sua importância para a educação na saúde

Do ponto de vista pedagógico, o modelo que orienta a educação permanente propõe romper com a pedagogia tradicional, estruturada a partir da exposição dos conhecimentos pelo professor, que além de organizador do conteúdo é o único responsável pela condução do processo educativo.

Considerando também a interpretação de Fonseca (2002, p.38):

(...) uma coordenação das ações educativas no âmbito do SUS, aproximando-as mais das características do setor saúde, onde existe um grande estoque de profissionais em exercício, em cenários distintos. O reconhecimento de que a abordagem tradicional não dá conta dessa realidade impõe a busca de inovações metodológicas na abordagem do processo educativo. O reconhecimento da educação permanente, o aprendizado no próprio ambiente de trabalho, a organização do ensino por competências são necessários para esse avanço

Na visão de Pereira (2003, pp. 1529-1530), há, na pedagogia tradicional, uma predominância da exposição oral dos conteúdos seguindo uma seqüência pré-determinada e fixa e os conteúdos didáticos não estão muito relacionados ao cotidiano dos alunos. Prevalece a autoridade do professor e por parte dos alunos, prevalece o exercício de memorização de conteúdos que apesar de representarem uma acumulação importante de conhecimentos, não estão relacionados aos problemas concretos vividos pela sociedade. A noção de EP surge na Europa no primeiro quarto do século XX e a perspectiva tem sido apoiada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO e discutida em Conferências Internacionais, sendo um conceito que produz grande polêmica. (Paim, 2002, p.226) A EP pode ser uma opção inovadora pelo potencial mobilizador de pessoal no setor saúde pois

coloca os próprios trabalhadores no centro do processo de aprendizagem, vinculando a dinâmica e o ritmo da mudança às suas próprias capacidades e motivações transformadoras. (Paim, 2002, pp.3-20)

Uma questão importante refere-se ao uso de uma “caixa de ferramentas” que permita aos profissionais de saúde a possibilidade de produzir uma análise crítica da educação que tem sido feita no setor saúde. Segundo o autor, “as instituições formadoras têm perpetrado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico. A formação deve promover condições de atendimento das necessidades de saúde das pessoas e populações tendo como foco central a autonomia dos indivíduos, a produção da subjetividades e habilidades técnicas e de pensamento. No contexto do SUS, deve ser buscada a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Além da importância da relação ensino-serviço, deve ser buscada a integração ensino-serviço-gestão e controle social, em articulação com o movimento estudantil” (Ceccim *et al.*,2004, pp. 41-45)

Diante dos desafios da formação para o setor saúde como um campo interdisciplinar que materializa diferentes níveis de compreensão e intervenção junto aos sujeitos implicando distintos compromissos políticos, sociais e educacionais, é possível identificar duas dimensões problematizadoras do processo ensino-aprendizagem: a primeira é a Pedagogia da Problematização que encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade e através delas, retirar os elementos que conferirão significados e direção ao processo de aprendizagem; a segunda é a Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP - é uma abordagem onde os alunos lidam com problemas previamente elaborados, em pequenos grupos e com a presença de um tutor. Na maior parte das vezes os problemas são descrições de fenômenos a serem analisados pelo grupo, usando, inicialmente, um conhecimento prévio. (Batista *et al.*,2005, p.232)

Na perspectiva de Berbel, (1999, p.3) a metodologia problematizadora segue as etapas do Arco de Maguerez⁵ que passam pela observação da

⁵ Arco de Maguerez - metodologia que está presente nos trabalhos de Maguerez, Bordenave e Pereira, já na década de 1980. Nela, os autores propõem um esquema de problematização da

realidade e definição do problema de estudo, identificação dos pontos – chave do problema, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Pelo seu grande potencial, a Metodologia da Problematização pode desenvolver um pensamento crítico pois “mobiliza o potencial social, político e ético dos profissionais em formação. Proporciona a estes amplas condições de relação teoria-prática. Estimula o trabalho junto a outras pessoas da comunidade, nos locais onde os fatos ocorrem. Provoca algum tipo de alteração em todos os sujeitos, mesmo durante o processo, além das possibilidades de aplicação das hipóteses de solução.” (Berbel, 1995,p.14)

No entender de Santana (2003, pp.3-5) um dos grandes desafios da educação na saúde se refere ao fato de que as inovações tecnológicas incidem de maneira contundente no trabalho e na educação, pois a taxa de mudança tecnológica situa-se em 50% a cada 10 anos de forma tal que a metade do conjunto de bens e serviços que estarão disponíveis daqui a uma década ainda não foi inventada. Essa realidade possui grandes desdobramentos específicos para o trabalho para a educação e para o setor saúde, tornando-se um desafio para a conformação de papéis e ações no espaço de trabalho e da capacitação profissional do setor, que transcende saída normativas ou mesmo processos de auto-regulação profissional. A articulação entre os processos de formação e a produção de serviços do setor saúde são importantes pois, se em outros tempos já foi suficiente “aprender a fazer”, hoje é essencial “aprender a aprender e compreender”. (*Idem*, 2003, p.3)

Em relação às concepções pedagógicas circunscritas nas práticas de ensino, o lugar comum, ainda segundo o autor (*Idem*, 2003, p.4)

é a negligência para com os pressupostos e os métodos do processo educativo (...) havendo, paradoxalmente, uma crença generalizada de que a capacitação e o aprimoramento dos trabalhadores se reflete, necessariamente, na melhoria dos serviços de saúde e nos níveis de saúde. (...) As resultantes corriqueiras desse conjunto de fatores são a ineficiência dos processos educacionais e a baixa efetividade de seus impactos sobre os serviços ou os padrões de saúde, bem como a reduzida influência dos serviços na qualificação da educação permanente de seus trabalhadores. Esse quadro impõe que se

realidade, desenvolvido por Maguerez como método do arco, cujo esquema é fundamentado em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema de estudo; identificação de pontos-chave do problema; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade. O método parte do pressuposto de que a interação e o diálogo constituem a essência do processo educativo. O diálogo entre alunos-alunos e alunos-professor, mediado por recursos de comunicação síncronos e assíncronos, disponíveis no ambiente virtual, é fator essencial para novas aprendizagens e à construção de novos conhecimentos vinculados à realidade do aluno.

contextualize os obstáculos à articulação trabalho e educação no cotidiano da formação profissional em saúde.

Entre várias questões importantes para a área da formação de RH, deve-se ressaltar a importância da construção de um novo perfil profissional que esteja baseado nas reais necessidades de saúde da população e na perspectiva de atuação em ações intersetoriais de promoção à saúde. (Lima *et al.*, 2002, p.52)

5.1 – O Planejamento das Ações de Educação na saúde e os Programas governamentais de articulação interministerial

Em função dessa necessidade, o planejamento das ações de Educação na Saúde torna-se extremamente relevante pois, para que possa ser bem sucedido, além de determinar uma posição ativa dos atores envolvidos no processo de planificação, aqui entendido na interpretação de Pinto (2000, p.8) como sendo:

o processo lógico pelo qual se procura prever, racionalmente o futuro buscando maior eficiência à atividade humana, constituindo-se na face oposta da improvisação. (...) longe de se constituir em uma etapa distinta, isolada e episódica na gestão de uma organização, o planejamento precisa –para alcançar êxito – fazer parte do seu dia-a-dia, integrando-se ao processo normal de tomada de decisões e de desenvolvimento do trabalho. Envolve todo um modo de pensar, com suas indagações, dúvidas e questionamentos acerca do que está sendo feito e do que poderá ser feito.

Na concepção de Neto (1998, p.193) a cultura organizacional do setor público brasileiro, de um modo geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais, não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação.

As ações de Planejamento de RH em Saúde - PRHS - têm como finalidade assegurar que o número correto de trabalhadores, com suas qualificações necessárias, esteja no lugar certo, no momento correto, buscando uma mediação entre as necessidades do presente e projetando as futuras, buscando previsão de cenários, mediando o conhecimento com a ação em busca de um sistema coerente e relacionado aos diversos atores sociais a

serem envolvidos. Diante da ampliação do PSF em todo o país, o desenvolvimento de recursos humanos deve ser considerado uma estratégia prioritária do setor saúde. (Neto, 1999, p.11).

O MS tem implementado várias propostas com o objetivo de cumprir o Artigo n. 200 da CF que determina como responsabilidade das três esferas de governo do SUS a formação de RH para a saúde. Em junho de 2005 o CNS aprovou a Resolução nº 350 que aprovava os critérios de regulação de abertura e reconhecimento de cursos da área da saúde e no mesmo ano foi instituído a Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho como um instrumento para viabilização de programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema único de Saúde.

Lançado em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação para cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia – PRÓ-SAÚDE (MS, 2005a), visa precipuamente, a reorientação dos processos de formação, de modo que as mudanças aconteçam simultaneamente para o cenário desejado de uma escola integrada ao serviço público de saúde e que consiga, efetivamente, responder às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos para o SUS. O projeto é uma iniciativa de aproximação entre a formação de graduação no Brasil e as necessidades da AB e da estratégia Saúde da Família. Seus objetivos específicos são: reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos.

O Pró-Saúde também visa a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços, experimentação de novos modelos de intervenção, avaliação da incorporação de novas tecnologias e o desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção. (MS, Portal da Saúde, 2006)

Em 2006, o MS instituiu os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, (2006f) com o objetivo de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, através da reestruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão. O Pacto pela Vida estabelece uma série de compromissos sanitários entendidos como prioritários e pactuados de forma tripartite a serem implementados em cada estado, região ou município da União, para realizarem a tarefa de: implantar a Política Nacional da Pessoa Idosa, contribuir para a redução do Câncer de Colo de Útero e de Mama, reduzir a mortalidade materna, infantil, neonatal e infantil, por doença diarréica ou pneumonia; fortalecer a resposta do sistema diante do aparecimento de doenças emergentes e endemias; elaboração e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de AB e ordenadora da atenção à saúde no SUS.

Outros projetos importantes podem ser citados: a rede de ensino para a Gestão Estratégica do SUS, que é uma rede colaborativa de instituições acadêmicas com reconhecido acúmulo na formação de pessoal para a gestão do SUS; a criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS (MS, 2000h), que facilita a articulação e a interação entre as escolas promovendo o compartilhamento de saberes, informações e troca de experiências (*idem*); a rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Regiões Metropolitanas, que visa possibilitar a cooperação entre diferentes instituições, entre outras. (MS, 2007b)

O Pacto em Defesa do SUS propõe ações que visam à consolidação da RS brasileira e o desenvolvimento de ações que objetivam a qualificação e garantia do SUS como Política Pública através de iniciativas e ações voltadas para a repolitização e o desenvolvimento da cidadania na saúde. O Pacto pela Gestão valoriza a relação solidária entre gestores com a definição clara de

diretrizes e responsabilidades nos seguintes eixos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada Integrada - PPI, regulamentação da atenção à saúde, participação e controle social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Em relação aos dois últimos eixos, a Política de RH é uma diretriz e um eixo estruturante que busca a valorização dos profissionais de saúde e o compromisso com o avanço na Implementação da Política Nacional de EP. (MS, 2006f)

Reforçando a importância da articulação entre saúde e educação a Presidência da República instituiu, em 20 de junho de 2007, no âmbito dos MS e da Educação, a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com função consultiva em relação à ordenação da formação de RH na área da saúde, de acordo com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos e princípios e diretrizes do SUS.

5.1.1- Principais dificuldades enfrentadas na formação de Recursos Humanos para o SUS

Entre os problemas apontados como cruciais para a implementação eficiente e eficaz de ações educativas em saúde pode-se destacar:

- em relação ao sistema de Saúde, a priorização, nos serviços, de outras ações que não as educativas; a vulnerabilidade das áreas de educação em saúde em função do não reconhecimento de sua abrangência e especificidade; a descontinuidade dos processos educativos por motivos econômicos e financeiros; a insuficiência de recursos financeiros; a inexistência de uma Política de RH que valorize o profissional de saúde e a articulação de instituições formadoras e prestadoras de serviços na saúde;
- Em relação à estrutura organizacional, um dos problemas mais importantes detectados foi a ausência de uma área de Educação em Saúde de referência nacional no MS e a desarticulação dos recursos humanos das áreas nas instituições;
- Em relação à prática educativa, foram verificados: a ausência de mecanismos e instrumentos de avaliação nas ações educativas, o amadorismo das práticas educativas e a coexistência de diversas

concepções pedagógicas gerando inconsistência nas ações educativas em saúde.

Em relação à formação e capacitação de RH foram destacados os seguintes entraves: insuficiência de especialistas e profissionais qualificados para a educação em Saúde, deficiência na articulação universidade / serviço / comunidade, contradições entre a prática pedagógica e o referencial teórico ou falta de clareza na opção pedagógica, entre outros. (Formação de Recursos Humanos para a Área da Educação em Saúde, 1996, pp.11-13)

No que diz respeito à relação à articulação ensino-serviço, Komatsu (1999, p.316) ressalta que:

La importancia de un programa de enseñanza-aprendizaje se define por la orientación de la práctica profesional a las necesidades de los pacientes, sus familiares y de la comunidad. Los problemas existentes en estos diferentes contextos deben orientar los objetivos y contenidos del programa, así como las propuestas de intervención que deben ser construidas en conjunto con los servicios de salud y la comunidad.

El reconocimiento de las desigualdades en el proceso de enfermar de diferentes grupos sociales, permite buscar y trabajar por la equidad y mejoría de la salud y de la calidad de vida de la población.

Los problemas y necesidades de la comunidad deben ser la guía de los objetivos educacionales y también el aprendizaje, que debe utilizarlos para el abordaje de los contenidos propuestos. Se sabe que el significado del aprendizaje aumenta cuando el estudiante consigue aplicar el conocimiento en su cotidianidad o cuando reconoce en su vida y actividades situaciones semejantes a las estudiadas. De esta forma, en el aprendizaje basado en problemas, una situación o cuestión de atención de la salud o de investigación permite revelar y distinguir las diferentes dimensiones del conocimiento, constituye un estímulo para activar los conocimientos previos, para la búsqueda activa y en análisis crítico de informaciones, para la adquisición de un cuerpo integrado de conocimientos y para el desarrollo de un raciocinio clínico, habilidades y actitudes.

Para todos esses sistemas a escola médica tem que proporcionar condições de ensino e prática. Alguns desses conceitos são aceitos teoricamente e outros o consideram um estorvo à manutenção da assistência médico-hospitalar privada.

Construir sujeitos comprometidos com a vida e a saúde dos cidadãos e protagonistas de um projeto radical de RS representa uma missão que precisa ser bem compreendida para não resultar em equívocos e frustrações. (*Idem*, 2002, p.363)

Tomando como base o entendimento de Pierantoni (2001, p.342):

A área de Recursos Humanos ocupa a temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há pelo menos 3 décadas. No entanto, a introdução de modalidades diferenciadas da relação do Estado com prestação de serviços e a implementação de novos modelos assistenciais experimentada, por exemplo, em propostas como o Programa de Saúde da Família, implementado na década de 1990, contingencia questões importantes e não resolvidas. Na sua origem, a questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área de saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos (RH).

Diante das relevantes propostas do MS de intervenção no processo de educação na saúde, seja à partir da formação ou no contexto da educação permanente sem serviço, mantêm-se o desafio de reconhecer a implementação de mudanças nos sistemas locais de saúde, nos quais vários aspectos políticos e sócio-culturais limitam as possibilidades de concretização das mudanças necessárias e tão desejadas para o cumprimento dos conteúdos normatizados na Constituição de 1988.

PARTE II – REFERENCIAL EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

Para Campelo (1998, p. 73) o “método introduz a cientificidade moderna” e, como tal, definimos a metodologia utilizada neste estudo que, em nosso entender, é uma metodologia de triangulação da análise documental (metodologia qualitativa) com a análise quantitativa que sobressai dos inquéritos (metodologia quantitativa).

1 – Questões iniciais e objetivos da investigação

Na compreensão de Quivy & Campenhoudt (1992, p.29) “Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceito como tal, com todas as hesitações, os desvios e as incertezas que isso implica.”.

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar as possibilidades de que o processo educativo possa contribuir para que o perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família da Administração Regional Macro Goiânia atenda às especificações determinadas pelo programa, em âmbito nacional. E, como tal a nossa Pergunta de Partida foi:

De que forma o processo educativo pode contribuir para que o perfil dos profissionais inseridos no PSF atenda às especificações da estratégia Saúde da Família ?

Sabe-se que um dos maiores entraves para a reversão do modelo assistencial no Brasil é a inadequação dos profissionais de saúde às exigências determinadas pelo Programa. A questão remete à importância dos processos de formação desses profissionais e para o aprofundamento das mudanças a serem implementadas nos aparelhos formadores. O PSF, como um agente de reestruturação dos serviços de saúde a partir da AB, é considerado pelo MS, como a principal estratégia para a reversão do modelo assistencial e a implementação do SUS no Brasil. No entanto, o sucesso da estratégia depende da adoção de medidas concretas em relação à adequação do perfil dos profissionais contratados pelos municípios, às exigências do

Programa, com o risco de inviabilização da proposta e a manutenção de dois processos dicotômicos de promoção de assistência à saúde, acarretando consideráveis prejuízo para a população brasileira.

Os objetivos específicos podem ser assim relacionados:

- resgatar o histórico da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil e seus principais desafios;
- conhecer a proposta de mudança de modelo assistencial, a partir da implementação do PSF na AB;
- investigar os desafios da formação de RH e educação permanente no SUS;
- explicitar as especificações do MS com relação às atribuições e competências dos profissionais das ESF;
- identificar o perfil dos profissionais das ESF da ARMG.

2 Caracterização Geral do sujeito

A ARMG é vinculada à Superintendência de Planejamento da SES-GO e está sediada na capital do Estado. Sua estrutura, em agosto de 2003, contava, inicialmente, com 21 municípios: Varjão, Trindade, Santo Antônio de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Nova Veneza, Nerópolis, Nazário, Jandaia, Indiara, Guapo, Goianira, Goiânia, Cezarina, Cristianópolis, Campestre de Goiás, Brazabrantes, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Avelinópolis, Anicuns, Abadia de Goiás. A partir de 2004 a ARMG incorporou 09 municípios da Administração Regional Centro-Norte: Araçu, Caturaí, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Petrolina de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Taquaral de Goiás e Damolândia, totalizando 30 municípios.

Ainda em 2004, a ARMG foi acrescida de mais 11 municípios que compunham a Administração Regional Centro-Sul, porque a cidade sede – Aparecida de Goiânia, ainda não apresentava as condições de estrutura física necessárias para a implementação de suas atribuições como regional de saúde. Foram os seguintes os municípios incorporados: Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Caldazinha, Hidrolândia, Piracanjuba, Professor Jamil, Senador Canedo, Leopoldo de Bulhões, São Miguel do Passa Quatro, Silvânia e Vianópolis, totalizando 41 municípios.

A ARMG é formada por municípios com características muito diversas. (Apêndice A) Três municípios estão particularmente relacionados: a capital do estado – Goiânia – possui mais de 1 milhão de habitantes e suas características gerais se aproximam das grandes capitais do Brasil, em especial no que diz respeito aos problemas de infra-estrutura, saúde, saneamento básico, entre outros. A cidade de Aparecida de Goiânia é outro grande município limítrofe da capital, com população de aproximadamente 400.000 habitantes e economia próspera muito interligada com a da capital. O município de Trindade com 81.457 habitante, também próximo da capital, é um grande centro de peregrinação religiosa e possui um importante pólo de confecções de vestuário do Estado.

Juntas, elas apresentam problemas de infra-estrutura, saúde e educação muito similares, em especial, no que tange à complexidade de resolução dos mesmos. Dois outros municípios que se destacam por seu porte e similitudes são: Senador Canedo, com 40.000 habitantes e bastante próxima da capital e Inhumas com 60.000 habitantes. Os outros municípios podem ser assim caracterizados quanto à sua população residentes: duas cidades possuem de 20.000 a 25.000 habitantes (Silvânia e Piracanjuba), 3 entre 15.000 a 20.000 habitantes, 6 entre 10.000 a 15.000, 6 entre 5.000 a 10.000 e 19 são municípios de pequeno porte - todos com menos de 5.000 habitantes - com base econômica fundamentada na agricultura e na pecuária e com forte participação cultural e econômica vinculada à existência de um calendário religioso bastante representativo na cultura e na economia local dos municípios. População total dos municípios em 2003 era de aproximadamente 1.898.758 habitantes (Brasil. 2000e) sendo que a Estimativa do IBGE para 2006 já era de 2.218.151 habitantes compondo a ARMG (Brasil. 2006f).

A ARMG compete, entre outras atribuições, oferecer apoio técnico aos municípios sob sua jurisdição no que concerne à implantação e implementação do PSF. As dificuldades enfrentadas pelos municípios, salvo pequenas variações, se assemelham àquelas vivenciadas em todo o Brasil: clientelismo na contratação de recursos humanos, forte ingerência política dos gestores municipais, desenvolvimento de processos de planejamento bastante incipientes, adoção de mecanismos de contratação extremamente frágeis, descontinuidade, quebra do vínculo profissionais de saúde – população,

acarretando redução na qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

O apoio oferecido pela ARMG, à pesquisa proposta, deu-se, especialmente, em função dos seguintes elementos:

- o objetivo da direção de apoiar as atividades de pesquisa desenvolvidas nos municípios a ela jurisdicionados;
- o compromisso com o planejamento das ações de qualificação dos profissionais da ARMG e com o projeto de educação permanente para o SUS em Goiás;
- a intenção de promover uma maior articulação com os aparelhos formadores, no intuito de envolver a universidade na capacitação em serviço dos profissionais do PSF;
- o interesse da ARMG em realizar, em conjunto com os municípios, as atividades de formação e capacitação das ESF, considerando a realidade do perfil dos profissionais;
- a intenção de envolver aos gestores municipais no processo de discussão da necessidade de adequação do perfil profissional às exigências nacionais do PSF.

2.1 O recorte temporal

Remonta-se à aproximação de um momento eleitoral que acarretaria, nos municípios, uma substituição de todos os gestores municipais de saúde. Em função dos vínculos frágeis de contratação e de uma histórica influência dos processos políticos na substituição dos profissionais das equipes de PSF, por outros, com representação adequada ao novo cenário político, o período de aplicação dos questionários foi modificado, de forma que permitisse a avaliação de equipes que contivessem, em seus quadros, recursos humanos com um maior grau de conhecimento do programa. Conforme sugestão de técnicos da ARMG, o envio dos questionários, que estava planejado para setembro de 2004, foi realizado de março a junho do mesmo ano, com início do recebimento dos questionários em agosto de 2004, aproximadamente a dois meses das eleições municipais.

2.2- A População

A população alvo deste estudo, é constituída por profissionais que atuam no PSF da ARMG. Fortin (1999, p. 202) define a população como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios, onde o elemento é a unidade de base da população junto a qual a informação é recolhida” Por outro lado, Burnes e Grove (1990, cit. por Fortin, 1999, p. 208) definem a população como “um conjunto de elementos (individuais, objetos ou substâncias) que partilham determinado critério para a inclusão num certo universo.”

Gil (2002) considera a população como sendo o conjunto definido, de elementos que possuem determinadas características e essas características devem ser comuns a todos os elementos da população.

No que concerne á presente população, o efetivo populacional dos municípios da ARMG é constituído por 663 técnicos, entre médicos – 42,99% (285), enfermeiros – 44,49% (295) e odontólogos – 12,52% (83).

Distribuímos o inquérito por questionário ao total da população mas só obtivemos de retorno 332 (50,08%) inquéritos, sendo 24,89% enfermeiros; 19,46% médicos e 5,73% odontólogos.

3- Instrumentos de investigação e procedimentos da recolha de dados

Na presente investigação utilizamos instrumentos inerentes a diferentes metodologias: a observação não participante; a análise documental e o inquérito por questionário.

3.1- Observação não participante

A observação não participante acontece em todas as ações/deslocações realizadas no sentido de obter dados através da análise de “ocorrências”

No entanto, antes de iniciarmos a fase da recolha dos dados, procedemos aos contactos necessários no sentido de obtermos o acesso a todas as fontes. Deste modo, fizeram parte pedidos de autorização aos municípios da ARMG e também à Coordenação e área técnica da ARMG. Após a obtenção desta

autorização foram coletados os dados para compor o perfil dos municípios e da própria Regional de Saúde.

3.2- Análise documental

Depois da revisão da literatura, da tomada de decisão do objeto a investigar e da formulação dos nossos objetivos, a nossa preocupação centrou-se na recolha de materiais escritos a fim de proceder então á análise documental.

Sobre este assunto, Gil (2002, p.87) é de opinião que “o desenvolvimento dos primeiros passos do planejamento da pesquisa documental é muito semelhante ao da pesquisa bibliográfica” podendo ser considerado o diferencial da primeira, o fato de constituir-se como um fim em si mesma, tendo objetivos bem específicos, pode envolver a necessidade de consulta aos mais diversos tipos de arquivos (públicos e particulares) sendo que seu material pode aparecer nos mais diversos formatos, como por exemplo: cartas, fotografias, documentos pessoais, discos, entre outros. (*Idem*, p.88)

Iniciou-se a análise documental com a leitura da CF brasileira (2005b), nos artigos referentes à Educação, Seguridade Social e ao SUS. Posteriormente foram estudadas a LDB e as DCN para os Cursos da área da Saúde, com ênfase na graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia e, posteriormente, a Lei n. 8080 (1990a) e a Lei n.8.142. (1990b) Em seguida, foram especialmente utilizados como alvo de análise, entre outros, alguns documentos do MS, especialmente relevantes para compreensão dos conteúdos relativos ao tema proposto:

Como o PSF teve sua origem na estruturação do PACS, foi realizado um exame nos manuais e publicações do MS no período de 1991 a 1997, que esclareceram as ações a serem desenvolvidas no primeiro nível de atenção à saúde e designando o ACS como um agente de mudanças que possui um importante papel no primeiro nível de atenção à saúde junto à comunidade, com o objetivo de potencializar as lutas da população e a reorganização da sociedade civil. O manual do ACS (MS, 1991b) e as cartilhas de orientação sobre o PACS (MS, 1994e, MS, 1994f), ofereceram um histórico da

implantação, seus principais objetivos, formas de gerenciamento do programa e orientações sobre Acompanhamento e Avaliação.

Outra referência importante foi a Avaliação Qualitativa do PACS publicada em setembro de 1994(MS/FNS, 1994b). Trata-se de uma pesquisa do MS que contou com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e realizou entrevistas com os usuários dos serviços de saúde para verificar, entre outros aspectos, o grau de satisfação com os serviços prestados na área e o processo de articulação dos ACS com a comunidade. A pesquisa foi realizada em 17 estados das regiões norte, nordeste e centro-oeste.

Em seguida, foi utilizado como referência um estudo em documento do mesmo ano - Normas e Diretrizes (MS,1994a) - que oferecia o arcabouço teórico para a implantação do PACS com ênfase nos processos de descentralização das ações de saúde, universalização do atendimento, resolutividade do controle social das políticas locais de saúde. Também importante foi a leitura do Manual Trabalho do ACS de junho de 1994 (MS,1994d) no qual é apresentada uma revisão da cartilha anterior centrando atenção na vida quotidiana dos agentes e sua relação com a comunidade.

Relativos aos períodos de 1995 e 1996 foram lidos os Manuais sobre o Trabalho do ACS (1995b) e o Sistema de Informação do PACS que ofereceu orientações para o acompanhamento e análise dos dados obtidos a partir do SIPACS (MS, 1996d), além de localizar o PACS como uma estratégia de extensão de cuidados básicos de saúde às famílias de comunidades rurais e perirurais e sua importância na potencialização dos sistemas locais de saúde – denominado SILOS pela Resolução XV da XXXIII reunião do conselho diretivo da organização Pan-americana da saúde, aprova na décima sessão plenária de 20 de setembro de 1988. (Mendes, 1993, p. 94)

Do ano de 1997 foi priorizada a análise do Manual do PACS, que fornece subsídios aos secretários municipais de saúde para a implantação e implementação do programa, além de estimular as discussões sobre Atenção Básica e sua importância para a mudança do modelo assistencial brasileiro. (MS-Comunidade Solidária, 1997d)

Em relação ao PSF, foram selecionados: a Cartilha - Programa Saúde da Família - Saúde dentro de casa – (1994f) que apresenta o Programa, suas Normas e Diretrizes,(1997 a, 1997d) e divulga os primeiros resultados do PSF

no Brasil, apresentando o PSF como uma estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial, também normatiza seus objetivos, diretrizes operacionais, níveis de competência, etapas de implantação e o processo de educação a ser desenvolvido junto às equipes e as ações de planejamento local.

Como o ano de 2000 foi profícuo em publicações de manuais e estudos por parte do MS, a aquisição de conhecimentos sobre o tema foi incrementada com a leitura do Relatório Final do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família (2000b), que ofereceu subsídios para uma compreensão mais ampla sobre a estruturação do programa implementado nas cinco regiões brasileiras e os modelos adotados por outros países onde predominam as equipes de medicina familiar ou atenção primária.

Em seguida, foi avaliado o Manual SIAB (1998d), no qual fica explicitado de que forma deve ser efetuado o gerenciamento das informações obtidas, com as visitas das equipes às comunidades e a possibilidade de oferecimento, aos gestores e profissionais de saúde, de informações relacionadas à realidade sócio-sanitária da população acompanhada.

Do mesmo ano, estudou-se também a Pesquisa do Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil (2000c), contendo o detalhamento das Grandes Regiões, no qual é traçado o perfil sócio-demográfico de formação técnico-científico dos mesmos e dimensionada a inserção no mercado de trabalho daqueles profissionais. Através dos elementos abordados no Relatório da Pesquisa de Avaliação da Implantação e Funcionamento do PSF (2000e), foi possível conhecer os processos metodológicos de implantação da estratégia nas grandes regiões brasileiras, em especial no que se refere ao tipo de modelo de atenção adotado.

Também de 2000, foram pesquisados os Cadernos de Atenção Primária sobre a reorganização dos trabalhos nas unidades e métodos e da rotina de trabalho. Além de discutir a questão da inadequação do perfil profissional - ainda pouco preparado para atuar com a visão sistêmica exigida pelo programa. Também foram feitas análises a partir da pesquisa do MS sobre o Perfil dos Profissionais do PSF por Regiões Brasileiras. (2000c)

Em 2001, foi publicado o Guia Prático do PSF (MS,2001e) e sua leitura possibilitou o conhecimento de experiência bem sucedidas em municípios brasileiros, além de traçar as principais responsabilidades da AB a serem

executadas pelo PSF, estratégias de acompanhamento, incentivos financeiros e programas de apoio geral ao Programa, tais como a Farmácia Básica (MS, 1997e) e o Bolsa-Alimentação (2001i).

O estudo de duas avaliações – a Avaliação da Implementação do PSF em Dez Grandes Centros Urbanos - Síntese dos Principais Resultados (2002f) e a Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família (MS, 2004 a) ofereceram, respectivamente, elementos importantes sobre o monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de PSF no período supracitado, permitindo entender o processo de implantação dessas equipes, considerando-se a infra-estrutura das unidades, gestão e processo de trabalho.

Do ano de 2006, foram selecionadas para estudo a Portaria nº 648/GM (2006 a) que aprova a PNAB e a Portaria nº 699 (MS, 2006f) que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

De 2007 foi privilegiado o conteúdo do Decreto da Presidência da República que institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2007 a) e o Documento sobre a Evolução do Credenciamento e Implantação da estratégia Saúde da Família no período de janeiro a dezembro de 2006. (MS, 2007c)

Da SES-GO, foram investigados os relatórios técnicos e demais produtos institucionais da Superintendência de Ações Básicas de Saúde – SABS/Departamento de Saúde da Comunidade, onde também foram emitidos, especialmente para a pesquisa, relatórios do SIAB seguidos do fornecimento de diversos documentos técnicos do Departamento que apresentavam informações gerais sobre o PSF da ARMG.

3.3 – O inquérito por questionário

No entender de Gil (2002) um instrumento de recolha de dados consiste basicamente em introduzir os objetivos específicos da investigação em itens bem reduzidos, atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento.

O inquérito por questionário é um método de recolha de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos (Fortin, 1999).

No dizer de Lakatos e Marconi (1996) um inquérito por questionário é um instrumento de recolha de dados, construído por uma série coordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. O questionário é assim, um documento utilizado para reunir informação sob a forma de auto-relatos dos respondentes através de administração de perguntas.

Hill e Hill (2002, p. 83) a este propósito chamam a atenção para o fato de ser

muito fácil elaborar um questionário mas não é fácil elaborar um *bom* questionário. Por outras palavras, não é fácil escrever um questionário que forneça dados que permitam testar adequadamente as hipóteses de investigação. Porquê? Porque as hipóteses a testar são as hipóteses operacionais e estas dependem de três aspectos da investigação: as naturezas das hipóteses gerais, os métodos da investigação e os métodos para analisar os dados.

Gil (2006, pp.128-29) em outro trabalho, define questionário como “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento das opiniões, crenças, sentimentos, interesses, experiências, situações, vivenciadas, etc.” O autor aponta ainda que o questionário também possibilita atingir um grande número de pessoas que estejam dispersas em uma área geográfica muito extensa, implica menores gastos com pessoal, garante o anonimato, permite que o instrumento seja respondido em momento julgado conveniente pelos indivíduos e não expõe os pesquisados às influências das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistador.

Das considerações de Minayo (2004, p.108) pode-se entender que o questionário “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”.

Na abordagem adotada por Estrela, (2005, p.169) o questionário é uma forma bastante prática de coleta de dados porque através dela, os dados ficam registrados permitindo uma análise posterior. O fato de possibilitar que se

prescinda da pessoa do pesquisador, permite que se utilize o correio ou a Internet.

Embora Quivy e Campenhoudt (2005) refiram ainda que o questionário permite quantificar múltiplos dados e, conseqüentemente, permite o estudo de correlações entre eles, Gil (2000) chama a atenção para o fato do questionário também acarretar algumas desvantagens, das quais salientamos as seguintes:

- É obtida baixa percentagem de respostas (20%-30%) que, para um estudo alargado, é pouco representativo;
- Questionários incompletos, o que levará à sua invalidação;
- Não há possibilidade de controle da interpretação;
- Exige sempre um universo mais homogêneo;
- Nem sempre é escolhido quem responde ao questionário.

A utilização do questionário como forma de coleta dos dados foi adequada para o propósito da pesquisa, dado à falta de financiamento e às dificuldades relacionadas ao deslocamento até os municípios. O apoio da ARMG foi relevante com a disponibilização da estrutura administrativa para envio e recebimento dos questionários que foram acompanhados de documento oficial da Regional de Saúde aos secretários municipais de saúde, com o intuito de, através da formalidade do apoio, garantir o maior número possível de questionários respondidos.

Optou-se pela utilização do inquérito por questionário semi – estruturado (Apêndice B), com perguntas abertas e fechadas, num total de 12 questões, onde se aborda a identificação, categoria profissional, nível de escolaridade e acesso a cursos introdutórios para o PSF, bem como publicações científicas. O processo de elaboração do instrumento contou com a participação de técnicos do antigo DESAC – então denominado Divisão de Apoio Institucional e do coordenador do Pólo de Educação Permanente para o PSF do Estado de Goiás. Para tanto, foi utilizado, como referência, as informações produzidas a partir da Pesquisa do Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e detalhadamente das Grandes Regiões realizada pelo MS. Para a elaboração do questionário foram consultados os Conselhos e Entidades de Classe sobre questões específicas das especialidades já reconhecidas por categoria profissional e as formas de obtenção de títulos de especialista. Após a

estruturação o questionário foi enviado para a área técnica da ARMG, para avaliação do conteúdo e emissão de parecer. Após aprovação, foi definido que a mesma, em apoio à pesquisa, faria o encaminhamento dos questionários assim que houvesse a emissão de parecer do Comitê de Ética, o qual foi aprovado sob nº 125/03 de 27 de novembro de 2003.

Segundo Contandriopoulos, (1997, p.99) a pesquisa aplicada a seres humanos, em alguns casos, pode atingir os direitos e liberdades individuais e é indispensável que o pesquisador, nesse caso, verifique as regras éticas de uma comissão de ética permanente, se for o caso. A comissão, se assim o entender, pode solicitar cópia do projeto e dos instrumentos de pesquisa, podendo recomendar mudanças que devem ser cumpridas pelo pesquisador. No Brasil, as questões relacionadas à Bioética estão normatizadas na Resolução nº 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. No sentido de legalizar a pesquisa proposta, foi encaminhado para o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, um resumo do projeto já elaborado e uma cópia dos questionários, por categoria profissional e um modelo inicial de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse último foi considerado extremamente longo pela coordenação do Comitê, que solicitou o encaminhamento de um novo modelo, mais sucinto. Após cumprimento das determinações, com base em modelos fornecidos pelo Comitê, a pesquisa e os instrumentos receberam aprovação sem nenhuma ressalva, o que possibilitou o início do envio dos questionários aos profissionais. Para cada profissional do PSF foi enviada uma cópia do questionário devidamente acompanhada de duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para todos os Secretários Municipais de Saúde foi enviado um ofício da ARMG, apresentando a pesquisadora, os objetivos da pesquisa, além de cópias dos questionários e Termo de Consentimento. Nos municípios de grande porte da administração regional (Goiânia e Aparecida de Goiânia) foram contactadas pela pesquisadora e por técnicos da ARMG, as coordenações municipais de saúde, que se dispuseram a auxiliar mais diretamente no envio e preenchimento dos questionários.

O encaminhamento dos ofícios para os 40 municípios, acompanhados dos primeiros questionários e Termos de Consentimento, ocorreu em março de

2004, via malote da ARMG. No tocante à Goiânia, capital do Estado, foi realizada uma visita da pesquisadora à Chefe do Departamento de AB, com o objetivo de explicitar os objetivos da pesquisa e solicitar apoio para o encaminhamento dos questionários para os Distritos Sanitários⁶, e posteriormente, às equipes de PSF. Em função das mudanças ocorridas na composição da Regional, foi efetuado um segundo encaminhamento no mês de junho de 2004. Todos os municípios receberam o material enviado, conforme acompanhamento realizado por técnico da ARMG. Como o processo de devolução dos questionários se deu de forma lenta, a Regional de Saúde remeteu aos municípios um novo documento, solicitando a devolução dos questionários que começaram a serem devolvidos em meados de agosto de 2004.

⁶ Distritos Sanitários – ele tem uma dimensão política dado que busca a transformação do Sistema Nacional de Saúde atuando na sua base operacional de nível local numa situação de poder compartilhado, onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. O Distrito Sanitário é, portanto, microespaço e luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar acumulação de capital político, poder, para construir viabilidade à situação-objetivo que se deseja alcançar.

O Distrito Sanitário tem uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por um paradigma assistencial determinando ou uma concepção ampliada do processo saúde-doença, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. O Distrito Sanitário é, então, microespaço social de luta ideológica.

Por fim, O Distrito Sanitário tem uma dimensão técnica que exige a utilização de conhecimentos e tecnologias para sua implantação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia.” (Mendes, 1993, pp. 94-95)

CAPÍTULO 5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

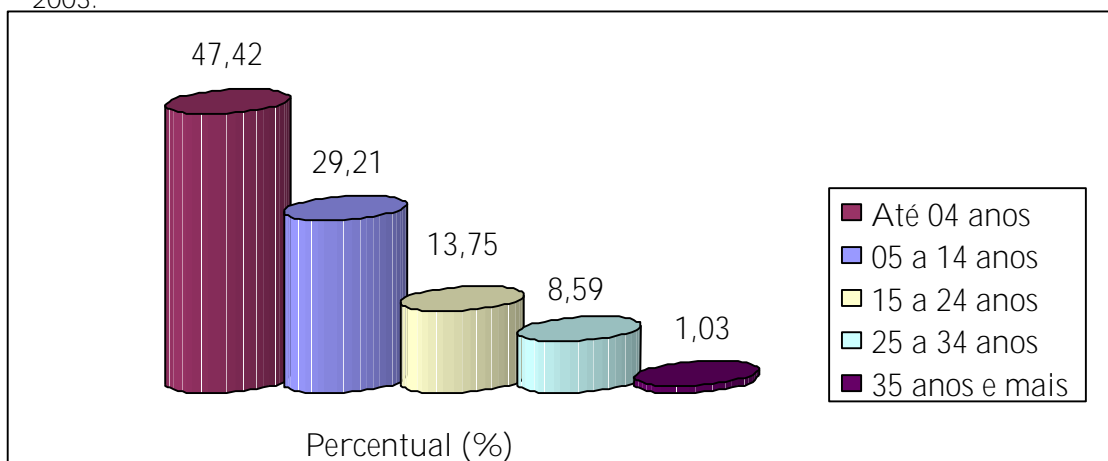
Nesse capítulo, serão apresentados os principais aspectos encontrados nesta pesquisa, iniciando-se pela caracterização dos profissionais, seguida dos principais dados empíricos e sua relação com o resultado da análise documental, considerando a opinião dos diversos autores. A análise de conteúdo seguiu os passos indicados por Minayo (1994, p. 75), sendo que foi feita uma pré-análise para se ter uma noção mais geral de todos os dados coletados. Em seguida, foi feita a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, os quais são apresentados logo a seguir.

1 – Caracterização dos profissionais

Foram investigados aspectos referentes à idade, sexo, tempo de formação e município onde atua. Quanto à faixa etária, 50% dos profissionais se encontra na faixa etária de 25 a 30 anos, seguido da faixa entre 35 a 40 anos, que contempla quase 30% dos pesquisados.

A maioria dos profissionais que responderam ao questionário tem até quatro anos de formados (47,42%) conforme Figura 1. Vale ressaltar aqui que somente 87, 65% do total de 332 profissionais, responderam a esta questão. Verifica-se este fato em quase todas elas, sugerindo que os mesmos não “entenderam” a importância do tema ou sentiram-se “inibidos” para responderem.

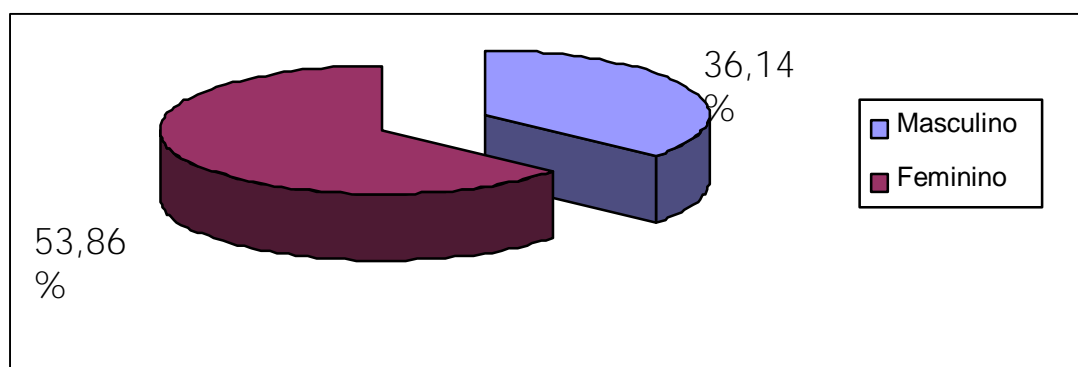
Figura 1: Distribuição dos profissionais , por Tempo de Formação, Macro Goiânia – 2003.



Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

A Figura 2 e a Figura 1, registram, respectivamente, as informações relacionadas a sexo e categoria profissional assumida pelos participantes. Ressalta-se a predominância do sexo feminino no grupo pesquisado, 53,86% assim distribuído: - enfermeiras (96,64%) e odontólogos (55,26%) - segundo a tendência de estudos que indicam a feminização dos profissionais da área. (MS, Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil e nas Grandes Regiões Brasileiras, 2000, p.29-30), principalmente da enfermagem que confirmou aqui esta tendência - exceto a categoria profissional de medicina, onde a predominância significativa foi do sexo masculino (75,47%).

Figura 2: Distribuição dos profissionais que responderam ao Questionário, por sexo, Macro Goiânia – 2003.



Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

Quadro 1: Distribuição dos profissionais que responderam ao Questionário, por categoria profissional, Macro Goiânia - 2003.

| Categoria Profissional | Freqüência | Percentual (%) |
|------------------------|------------|----------------|
| Enfermagem | 165 | 49,70 |
| Medicina | 129 | 38,86 |
| Odontologia | 38 | 11,44 |
| Total | 332 | 100 |

Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

Somente 84,94% dos 332 profissionais responderam a esta questão. Dos que responderam, é importante destacar que a maioria de médicos e enfermeiros, respectivamente (58,65% e 56,34%) possuem curso de especialização, ao contrário dos odontólogos, que somente 38,89% possuem o mesmo. Destes, 14,28% dos odontólogos são mestres; 2,5% dos enfermeiros também e 1,64% de médicos são doutores.

Quadro 2: Cursos de Especialização mencionados pelos profissionais – Macro Goiânia, 2003.

| Categoria Profissional | Especialização | Frequência | Percentual |
|--|--|-----------------|------------|
| Enfermagem | Obstetrícia | 09 | 11,25 |
| | Do Trabalho | 05 | 6,25 |
| | Traumato - ortopedia | 01 | 1,25 |
| | Saúde Mental - Psiquiatria | 02 | 2,5 |
| | Centro Cirúrgico | 02 | 2,5 |
| | Nefrologia | 02 | 2,5 |
| | Auditoria | 04 | 5,00 |
| | Unidade de Tratamento Intensivo – Intensivista | 05 | 6,25 |
| | Terapias Naturais | 01 | 1,25 |
| | Pediatria | 02 | 2,5 |
| | Saúde da Família | 13 | 16,25 |
| | Saúde Coletiva | 20 | 25 |
| | Gerontologia e Geriatria | 02 | 2,5 |
| | Emergência | 01 | 1,25 |
| | Clínica Cirúrgica | 03 | 3,75 |
| | Clínica Médica | 03 | 3,75 |
| | Vigilância Sanitária e Epidemiológica | 02 | 2,5 |
| | Educação em Saúde | 02 | 2,5 |
| Metodologia do Ensino e Pesquisa em Nível Superior | 01 | 1,25 | |
| Medicina | Cardiologia | 01 | 1,64 |
| | Cirurgia geral | 06 | 9,84 |
| | Cirurgia do Aparelho Digestivo | 01 | 1,64 |
| | Cirurgia Pediátrica | 01 | 1,64 |
| | Clínica Médica | 10 | 16,39 |
| | Dermatologia | 01 | 1,64 |
| | Endocrinologia | 01 | 1,64 |
| | Gastroenterologia | 02 | 3,28 |
| | Ginecologia e Obstetrícia | 11 | 18,03 |
| | Homeopatia | 02 | 3,28 |
| | Infectologia | 01 | 1,64 |
| | Saúde Coletiva | 06 | 9,84 |
| | Medicina do Trabalho | 01 | 1,64 |
| | Medicina Legal | 01 | 1,64 |
| | Medicina do tráfego | 05 | 8,20 |
| | Ortopedia e Traumatologia | 02 | 3,27 |
| | Pediatria | 09 | 14,75 |
| | Odontologia | Odontopediatria | 03 |
| Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial | | 01 | 7,14 |
| Dentística Restauradora | | 01 | 7,14 |
| Implantodontia | | 02 | 14,28 |
| Ortodontia | | 02 | 14,28 |

| Categoria Profissional | Especialização | Frequência | Percentual |
|------------------------|----------------|------------|------------|
| | Periodontia | 01 | 7,14 |
| | Saúde Coletiva | 03 | 21,44 |
| | Prótese | 01 | 7,14 |

Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

Figura 3: Cursos de Especialização mencionados pelos profissionais – Macro Goiânia, 2003.

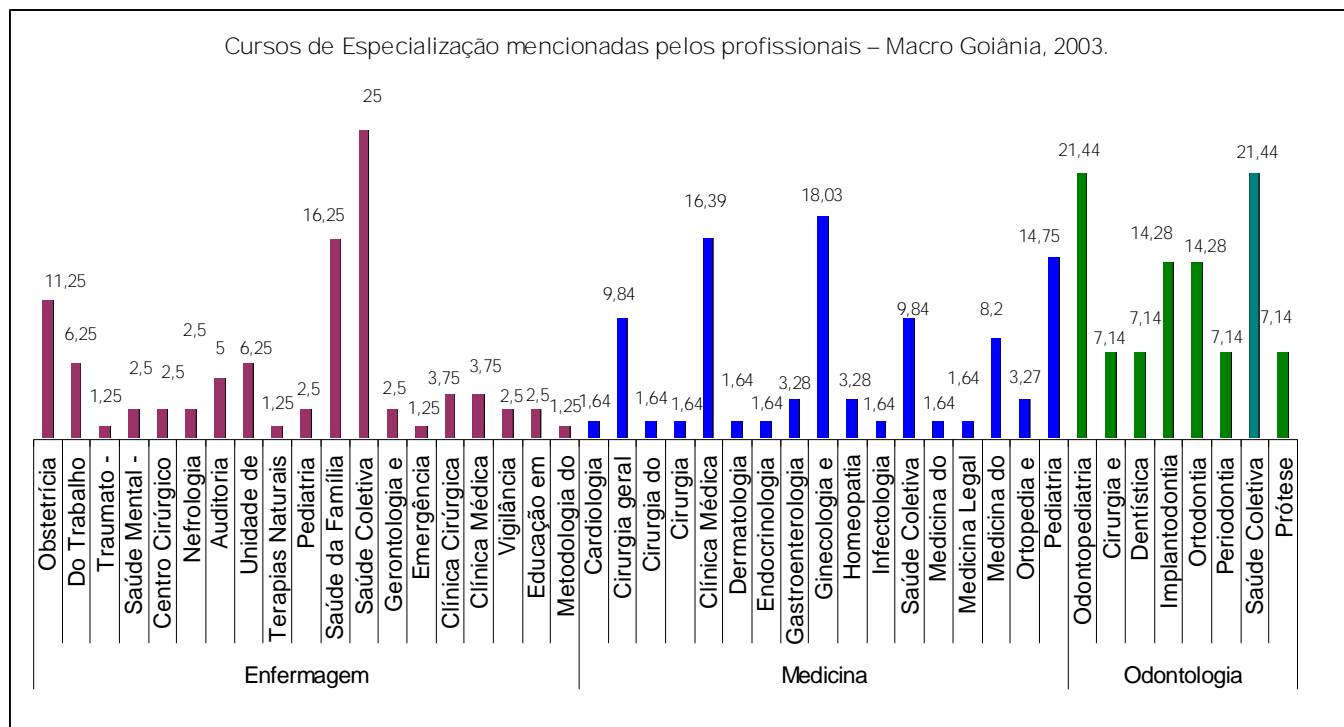
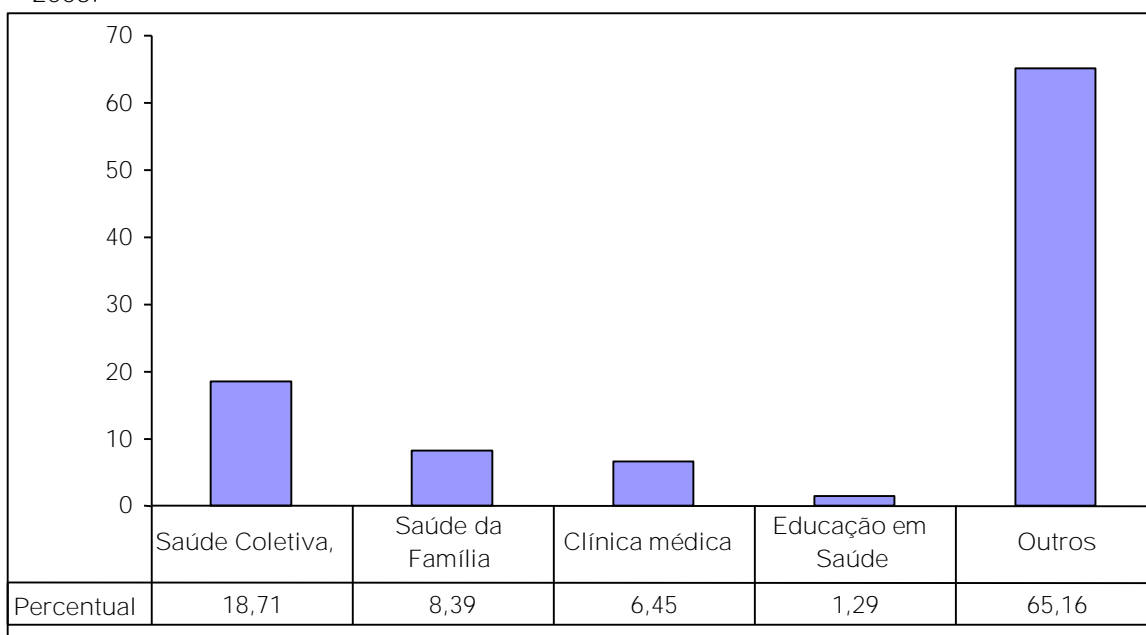
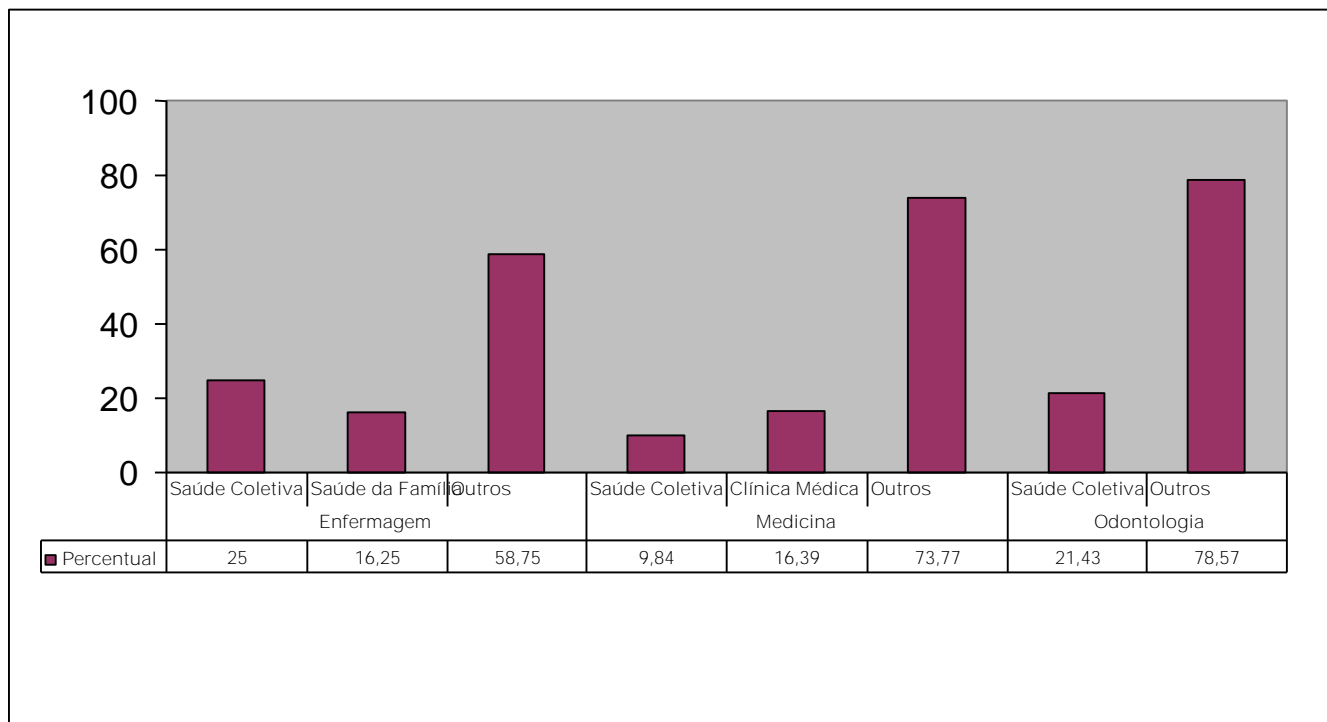


Figura 4: Agrupamento das Especializações mencionadas pelos profissionais, por área, 2003.



Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

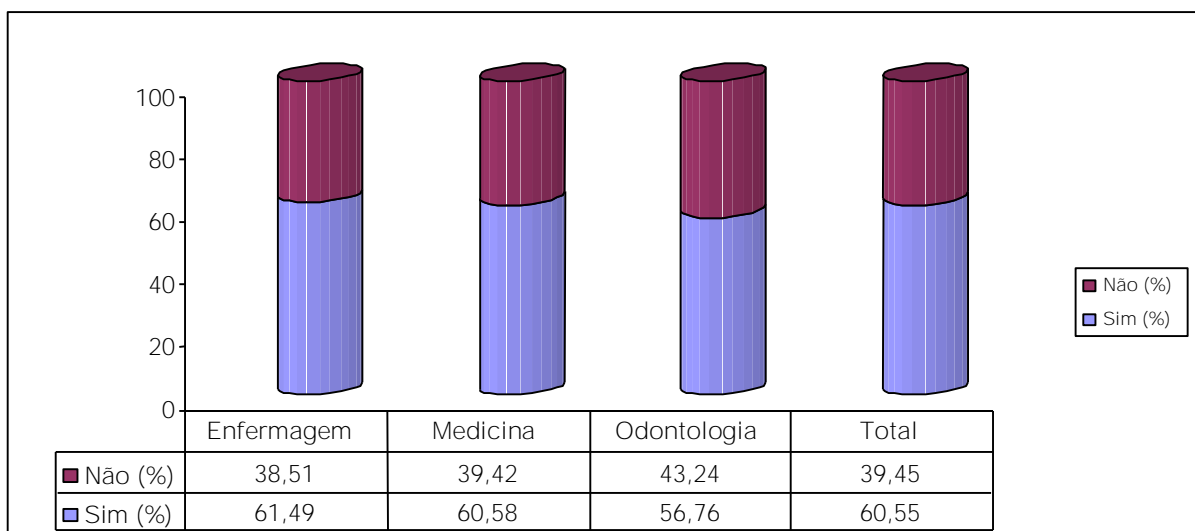
Figura 5 – Agrupamento das Especializações segundo categorias profissionais.



Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

Em relação a cursos introdutórios para o PSF, verifica-se que a maioria teve acesso ao mesmo.

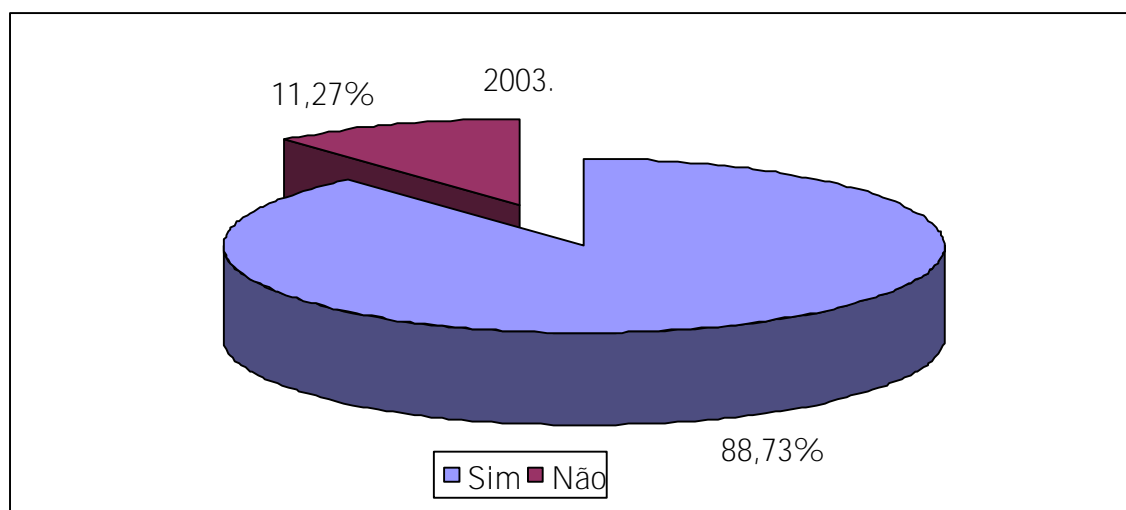
Figura 6: Distribuição dos profissionais que tiveram acesso ao Curso Introdutório para o PSF, Macro Goiânia - 2003.



Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

Em relação ao apoio profissional por parte da Instituição, a grande maioria afirma ser necessário, principalmente com relação a capacitação/qualificação. (Figura 9)

Figura 7: Resposta dos profissionais à questão referente ao apoio profissional por parte das Instituições, Macro Goiânia - 2003.



Fonte: Elaborado com base nos questionários respondidos

Com relação às fontes de acesso às publicações científicas, um pequeno número citou matérias relacionadas à Saúde Pública ou Saúde da Família, conforme quadro 3.

Quadro 3: Fontes de acesso a publicações científicas. Macro Goiânia - 2003.

| Categoria Profissional | Fonte | Número de Vezes em que foi citada. |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Enfermagem | Nursing | 24 |
| | REBEN | 4 |
| | Up Date | 3 |
| | Revista Âmbito Hospitalar | 3 |
| | New England Journal of Medicine | 2 |
| | Monografias | 1 |
| | Artigos e livros | 1 |
| | Revista de Enfermagem da ABEN | 1 |
| | Revistas (genericamente) | 1 |
| | Trabalhos de doutorado | 1 |
| | Foco em Enfermagem | 1 |
| | Literatura do PSF | 1 |
| | Publicações do Ministério da Saúde | 1 |

| Categoria Profissional | Fonte | Número de Vezes em que foi citada. |
|---------------------------|--|------------------------------------|
| | Medline | 1 |
| Medicina | New England Journal of Medicine | 1 |
| | JBM | 5 |
| | Internet (genericamente) | 5 |
| | Revistas especializadas e periódicos | 4 |
| | LANCET | 4 |
| | Revista Brasileira de Clínica Médica | 4 |
| | Revista da Sociedade Brasileira de Pediatria | 3 |
| | ADCD | 1 |
| | Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia | 3 |
| | REBEM | 3 |
| | American Heart Association | 3 |
| | Revista Bimensal da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatía | 3 |
| | Livros | 2 |
| | Fêmeina | 2 |
| | American Association of Family Phisicians | 2 |
| | American College Phisicians | 2 |
| | Manuais da FEBRASCO | 2 |
| | Medline | 2 |
| | ASCUNAND | 2 |
| | Bibliomed | 1 |
| | “eu lia no período acadêmico” | 1 |
| | Revistas internacionais e nacionais sobre pediatria | 1 |
| | Revista Brasileira de Medicina | 1 |
| | Conectmed | 1 |
| Ortopedia e traumatologia | 1 | |
| Ortopedia Infantil | 1 | |

| Categoria Profissional | Fonte | Número de Vezes em que foi citada. |
|------------------------|---|------------------------------------|
| | Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão | 1 |
| | Protocolos do Ministério da Saúde | 1 |
| | Colégio Brasileiro de Cirurgiões | 1 |
| | Arquivos Brasileiros de Cardiologia | 1 |
| Odontologia | Internet (genericamente) | 12 |
| | Revistas especializadas | 10 |
| | Revistas indexadas em bases de dados (Bireme, Medline, Scielo, etc.). | 5 |
| | Cirurgia e Periodontia | 5 |
| | APCD | 3 |
| | ABO nacional | 3 |
| | ABO de Goiás | 3 |
| | Livros | 2 |
| | Monografias e teses da ABO | 2 |
| | Revistas de Prótese | 2 |
| | Cadernos de Saúde Pública | 2 |
| | Biblioteca da UFG | 1 |
| | Revista da FOA | 1 |

2 – Análise e discussão

Na análise documental, não se encontrou nenhuma recomendação específica em relação à idade e tempo de graduação dos profissionais a serem contratados para o PSF. Uma pesquisa institucional identificou que o Programa apresenta uma alta concentração de profissionais na faixa entre 30 a 49 anos, especialmente na área da medicina. Na enfermagem, a maior concentração é encontrada na faixa até os 29 anos. Em relação ao tempo de formado, na medicina predominam profissionais que possuem entre 5 a 14 anos de formados, momento de afirmação da vida profissional, e na faixa entre 15 a 24

anos de formado, fase de consolidação da vida profissional. Entre os enfermeiros, 43,13% têm até 4 anos de formados possuindo habilitação majoritária nas especialidades de saúde pública, enfermagem obstétrica e enfermagem médico-cirúrgico. Em relação à formação, segundo a pesquisa, os médicos são clínicos e os enfermeiros, sanitaristas. (Brasil. MS, 2000c).

Na pesquisa empírica, verificou-se que quase 50% dos profissionais se encontra na faixa etária de 25 a 30 anos, seguido da faixa entre 35 a 40 anos, que contempla quase 30% dos pesquisados. Em relação ao tempo de formado, 47,42% tem até quatro anos de formado o que indica um quadro profissional ainda inexperiente em suas área de atuação profissional.

A mudança do modelo assistencial brasileiro implica no aspecto substitutivo da AB no Brasil, que deve ser orientada pelos princípios da universalidade, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As determinações quanto ao processo de trabalho no Saúde da Família, envolvem ações de análise de saúde das populações em seus aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, diagnóstico, programação e implementação de atividades segundo critérios de risco à saúde, prática do cuidado familiar ampliado de saúde, trabalho interdisciplinar e em equipe, promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, valorização de diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, planejamento, execução e avaliação de ações de saúde. (MS, 2006 a)

A omissão de recomendações por parte do MS, no aspecto relativo à idade e tempo de formado dos profissionais, é justificável na medida em que não foi localizada nenhuma pesquisa, na educação ou na saúde, que estabelecesse uma relação direta entre idade, tempo de formado e a qualidade da prestação dos serviços oferecidos à população.

Apesar de não haver recomendação oficial nesse sentido, é reconhecido que, para qualquer profissão, em especial aquelas relacionadas à vida humana, a experiência profissional é um fator importante, se não determinante para a qualidade do atendimento oferecido à população. Considerando também que a formação dos profissionais, salvo valiosas exceções, está voltada para a preparação de especialistas, e não responde às exigências necessárias para o

trabalho com a atenção básica, é bastante improvável que profissionais jovens possuam já desenvolvidas as habilidades necessárias para o cumprimento dos processos de trabalho exigidos pelo PSF. Apesar de não ter sido criado para atender faixas específicas da população brasileira, a implantação do programa, considerando o princípio da equidade, dá-se prioritariamente nas regiões mais carentes dos municípios. Os indivíduos e famílias atendidos, são muitas vezes desapropriados do exercício de cidadania e vivem em condições de alto risco social e stresse. (Ayres, 2004) Muitos pacientes transportam para a relação médico-paciente, suas subjetividades (Yépez et al., 2004) conteúdos da vida pessoal e do contexto sócio-econômico em que estão inseridos, estabelecendo fortes vínculos (Ayres, 2004;) com as equipes. Cabe ao profissional de saúde um grau elevado de responsabilidade (Martins, 2004) e cuidado na forma com que esses vínculos (Aciole, 2004;) são estabelecidos, sendo possível sugerir que um aspecto importante desse processo de troca, inserindo seus delicados limites, está relacionado ao amadurecimento pessoal, à vivência e à qualidade da experiência profissional. (Hoga, 2002)

Em relação à predominância de gênero entre os pesquisados, na análise documental pode ser comprovado que o PSF absorve mais mulheres em suas equipes de trabalho e que segundo uma pesquisa sobre médicos no Brasil, a medicina é uma profissão predominantemente masculina, sendo que em 2000, 67,3% dos médicos eram homens. No PSF, em âmbito nacional, foi verificado um maior equilíbrio, com a existência de 44,05% médicas. No sul do país, essa percentagem aumenta, sendo encontradas 51,90% de mulheres na profissão médica. Na enfermagem, existe um predomínio do sexo feminino, que, segundo a pesquisa, não foge a caracterização da profissão que é composta quase exclusivamente por mulheres. (MS, 2000c, p.29)

A feminilização da profissão na odontologia é fato no Brasil, confirmado por vários estudos (Moimaz e Blanco, 2003). Na pesquisa empírica na ARMG, também foi identificada uma predominância do sexo feminino no grupo pesquisado, (53,86%) quando visto em conjunto. Individualmente, as três áreas apresentam resultados a serem considerados. Na enfermagem o predomínio é importante, (96,64%), entre os odontólogos (55,26%) é pouco mais da metade dos profissionais e em relação à medicina, ocorre uma inversão, havendo a predominância significativa do sexo masculino (75,47%).

Os dados encontrados estão relacionados ao processo histórico de construção das profissões. A medicina, durante os primórdios do descobrimento do Brasil, foi experiência oficial exclusiva do sexo masculino e se revestiu de um caráter extremamente misógino e de exercício de poder sobre o mundo feminino, no qual a vida da mulher que era controlada pelo médico, pelo pai ou pelo marido (Priore, 1997), o que repercutiu, ainda hoje, na opção pela medicina. A profissão envolve uma grande disponibilidade de tempo e uma certa dificuldade no estabelecimento de tempo demarcado para atividades consideradas femininas e maternas “(...) tradicionalmente as mulheres assumem a responsabilidade de cuidar dos filhos e da casa, dificultando o exercício da profissão.” (Moimaz e Blanco, 2003). A área da enfermagem, nascida para-médica, possui, entre suas características, a especificidade de atuar com grande proximidade do outro, no cotidiano das pessoas em processo de doença. Sua familização é um fenômeno que acompanha a enfermagem até os nossos dias, tanto na graduação, como nos níveis médio e técnico. (Lopes e Leal, 2005, p. 108) como em outras profissões, decorre de padrões machistas historicamente vivenciados no Brasil e inseridos nas estruturas de poder, nas quais cabiam à mulher as atividades de cunho doméstico (século XVIII), sendo que as atividades “fora do lar”, eram consideradas desaconselháveis pois poderiam expor o sexo feminino aos comentários da sociedade. (Falci, 1997, p. 249) A partir do século XIX as mulheres passaram a publicar romances, fundar jornais e revistas que faziam campanhas para a educação da mulher. Posteriormente, passaram a exercer a função de educadoras de meninas. (Telles, 1997 pp. 426-428) Esse contexto pode ter gerado a familização da profissão, promovendo uma reação contra o universo médico-masculino ao qual elas se submetiam, duplamente. O debate atual entre competências das duas profissões no campo da saúde é uma arena na qual se chocam e se relacionam, a medicina - profissão masculinizada e hegemônica - e a enfermagem – em busca da formação um espaço de empoderamento e libertação do imperativo médico. Tais fatos geraram um campo de luta bastante intenso, mas também promoveu, na enfermagem, o estabelecimento de um espaço bastante rico para mudanças, que podem ser retratadas no forte investimento na transformação do currículo acadêmico e

nos investimentos da categoria na formação em saúde pública, área de pouco interesse para a medicina, até então.

Em 2000, poucos profissionais possuíam cursos de especialização (39,53% de médicos e 35,49% dos enfermeiros), apenas 2,43% dos médicos e 1,45% dos enfermeiros possuíam doutorado. (MS, 2000c)

Na pesquisa empírica na ARMG é importante destacar que um grande número de médicos e enfermeiros, respectivamente (58,65% e 56,34%) possuem cursos de especialização. Na odontologia, essa porcentagem diminuiu para 38,89% em relação às especializações, mas dentre eles, 14,28% são mestres. Com relação à titulação de mestre, há um considerável decréscimo da enfermagem em relação à odontologia (2,5%). Entre os médicos pesquisados, não foram identificados mestres, mas 1,64% de médicos são doutores, em áreas não relacionadas com a saúde pública.

Independentemente dos aspectos positivos que envolvem a existência de um número grande de profissionais especializados e sua relativa compatibilidade com as necessidades do PSF, no conjunto, predominam as especializações voltadas para a área privada. Considerando a fragilidade da permanência dos profissionais no setor público, os frágeis vínculos de contratação, os baixos salários, e a grande mobilidade de RH que envolve o PSF, acredito ser possível que as especializações sejam consideradas como um suporte de empregabilidade ou segurança, seja através de concursos em serviços públicos ou retorno ao setor privado. Na enfermagem, predominam especializações em saúde coletiva, PSF e obstetrícia. A primeira, exigência de quase todo processo seletivo ou concurso na área da saúde; a segunda, fator de valorização curricular, nos casos de contratação sem concurso; a terceira é uma especialidade que oferece bons salários na esfera privada. Na medicina, ocorre predomínio da ginecologia e da clínica médica, o que pode evidenciar escolhas de especialidades com base nas oportunidades oferecidas pelas áreas privada e pública, possibilitando a manutenção de dois ou mais vínculos de trabalho, oportunizados pelo reconhecido descumprimento de carga horária no PSF, por parte da categoria, na maior parte dos municípios brasileiros. Com relação à odontologia, não parece sem sentido a ocorrência de porcentagens iguais para a odontopediatria e a saúde coletiva, respondendo, juntas, por quase 50% das especializações. A profissão vive um momento paradigmático e

é evidente a existência de um processo de mudança e aprofundamento das questões relacionadas à odontologia coletiva na profissão. A presença de 14,28% de especialistas que também possuem mestrado, pode demonstrar que no seio da comunidade acadêmica da odontologia, estão sendo promovidas mudanças de grande vulto que podem envolver a atuação de docentes que desempenham um papel ativador e crítico junto aos discentes, a adoção de mudanças curriculares e o estímulo à utilização de metodologias pedagógicas mais problematizadoras. (Brasil. MS/ME, 2005; Berbel, 1999) Nos serviços, em consonância com os aparelhos formadores da área, podem estar sendo adotados processos de educação permanente que sensibilizem os profissionais do serviço a se engajarem na pesquisa e a buscarem, com mais ênfase, a investigação da realidade.

Com relação à forma de obtenção do título de especialista, em nenhum dos 332 questionários recebidos, houve ocorrência de resposta, em cujo item estava envolvida a modalidade de especialização Residência Médica.

Considera-se que o fato pode ter ocorrido em decorrência da incompreensão por parte dos pesquisados, da forma com que a questão foi apresentada. A pesquisa evidenciou que 58,65% dos médicos, 56,34% das enfermeiras e 38,89% dos odontólogos são especialistas, e considerando que nem o campo com a opção "Prova de conteúdo científico, após curso de especialização" - exigência mais comum na modalidade - foi preenchido, sugere-se também que houve um desinteresse dos profissionais em preencher esse campo. Vale ressaltar, que onde foi solicitada manifestação por escrito nas questões abertas, poucos foram os profissionais que as responderam, e entre estes, havia muitas expressões ininteligíveis ou grafadas de forma incompleta, desalinhada ou sem a terminação da escrita completa das palavras. Outro aspecto a ser considerado, diz respeito à possível limitação na disponibilidade de tempo para o preenchimento do questionário, provocada pelo acúmulo de atividades que são de incumbência das equipes (MS,2006 a; MS, 2001e). Na pesquisa realizada pelo MS, a exceção que obteve menor índice de devolução de questionários respondidos foi a região centro-oeste, na qual se encontra o Estado de Goiás. (MS, 2002f)

Na análise documental, o Treinamento Introdutório é considerado um fator essencial para o ingresso dos profissionais na área de atuação, devendo

ser iniciado no momento em que as equipes ingressam no campo de atuação. São definidos os conteúdos mínimos e diretrizes pedagógicas, sendo que a carga horária a ser praticada é no mínimo de 40 horas. (Brasil. MS, 2006e)

Na pesquisa empírica na ARMG, em relação a cursos introdutórios para o PSF, verifica-se que apenas 60% dos profissionais das equipes tiveram acesso ao mesmo, ao contrário do recomendado pelo MS. (Brasil, 2006a)

Pode-se presumir a baixa eficiência e eficácia dos processos de educação permanente (MS,2004) fomentados, e a possível falta de incentivo por parte da gestão municipal no que se refere à qualificação de recursos humanos. Ressalta-se, também, conforme mencionado anteriormente, que a maioria dos profissionais tem até 04 anos de formados e podem depender de educação em serviço para o desempenho de suas competências como profissionais das equipes de PSF. (MS, 2006 a; MS, 2001 e)

A porcentagem de profissionais de saúde minimamente preparados para trabalhar com atenção básica é pequeno, considerando, mais uma vez, a inadequação do perfil dos egressos dos cursos de graduação para a atuação nos serviços de saúde pública (MS, 2001f; MS, 2001g) e Odontologia (MS, 2002g). Percebe-se que, apesar dos esforços em promover os cursos introdutórios, são contratados e mantidos profissionais que não receberam a formação necessária, conforme determinação ministerial e as necessidades do PSF.

É relevante o papel dos gestores na capacitação dos profissionais dos serviços de saúde. (MS, 2001 e; MS, 2006 e)

Em pesquisa do MS, quase a totalidade dos profissionais pesquisados no Brasil, afirmaram ter necessidade de aprimoramento técnico-científico, através de qualificação profissional. (MS, 2000c).

Na pesquisa empírica na ARMG, em relação ao apoio profissional por parte da Instituição, a grande maioria refere ser necessário, principalmente com relação a capacitação/qualificação. Em caso de necessidade de aperfeiçoamento profissional, além das modalidades propostas, foram relatadas outras opções:

- Pelos médicos – Engenharia Física de Batimentos Cardíacos com Diagnóstico de Doenças (3 ocorrências), Especialização em Saúde da Família (3 ocorrências) e Medicina de Família (1 ocorrência).

- Pelos enfermeiros: Especialização em Saúde da Família (5 ocorrências);
- Pelos odontólogos: Especialização em Vigilância Epidemiológica (2 ocorrências) e Especialização em Saúde da Família (1 ocorrência).

No espaço existente para citação da modalidade e com o objetivo de superar as armadilhas da superfície lingüística desvelando o conteúdo oculto nas palavras (Rocha e Deusdará, 2006, p.43) foram identificados aspectos de grande importância e que foram agrupadas de acordo com os núcleos de sentido: envolvimento da gestão, custos, inadequação da oferta de cursos, centralização das decisões sobre capacitação,

No que se refere ao envolvimento da gestão, nota-se que uma percepção de que a gestão não prioriza a questão da educação na saúde. Pode-se exemplificar esta percepção com as seguintes falas:

"A gente podia ter mais liberação para fazer cursos" Enfermeira

"A Secretaria não investe em capacitação!" Enfermeira

"Se não forem ofertados mais cursos nas áreas que o PSF realmente precisa, ficamos sem opção." Enfermeira

Este é um problema que tem fundamental importância no contexto da educação na saúde e a solução depende, em grande escala, do comprometimento dos gestores nas três esferas de governo. (Ceccim e Feuerwerker, 2004)

Em relação ao custo, é reconhecida a necessidade de investimento por parte das três esferas de governo e o fato de que esses recursos possam ser escassos para o atendimento da demanda, bem como que não sejam previstos recursos específicos e contínuos para o setor. Na existência de recursos, é importante o compromisso dos gestores, garantindo a manutenção das verbas para o setor que realiza a gestão do trabalho e da educação na saúde. É usual a noção de que a capacitação deva ser financiada pelo governo e não pelo próprio profissional. Um exemplo disso, é a fala abaixo:

"Não acho que a gente tenha que pagar os cursos com o nosso bolso."

Enfermeira

No que concerne à inadequação na oferta de cursos de capacitação, é necessária a adoção de uma política estadual e municipal de educação permanente, voltada para as reais necessidades dos profissionais do PSF. (MS,2004) A política adotada, em consonância com a Política Nacional de Educação para a Saúde, (*idem*) deve ter um papel estruturante das capacitações em serviço, baseada em um planejamento que envolva os eixos da formação, da atenção, da gestão e da participação, aqui entendida como o controle social. (Ceccim e Feuerwerker, 2004) Os profissionais se expressaram da seguinte forma:

"A Secretaria oferece o que não interessa para o PSF!" Enfermeira

"A gente treina o que ELES mandam e ninguém me pergunta o que preciso para o meu PSF." Enfermeira

"Precisamos de muitos cursos mas de algo que faça a diferença." Médico

"Nós, da ponta do PSF, nunca fazemos parte do planejamento" Enfermeira

"Os cursos têm que ser para nos atender." Enfermeira

"O que eu quero, apesar de já ser especialista, é um introdutório do PSF" Enfermeira

"Não entendi a questão da modalidade. Se vier para o que a gente precisa, pode vir de qualquer jeito!" Enfermeira

Através da análise de documentos do MS e da Educação, é clara a indicação de que a formação não envolve apenas o processo presencial e as capacitações em serviço, mas pode também envolver aqueles espaços oferecidos através das inovações tecnológicas. Esses novos ambientes virtuais, favorecidos hoje pela Internet, podem viabilizar novos espaços, potencializar metodologias de aprendizagem e propiciar novas formas de desenvolvimento individual e coletivo. (MS,2004c)

Na pesquisa realizada pelo MS, muitos profissionais indicaram possuir acesso a publicações relacionadas ao PSF, mas elas são publicações do próprio MS e não oriundas de revistas e periódicos científicos. (MS, 2000c)

Na pesquisa empírica foi verificado que poucos profissionais citaram matérias relacionadas à Saúde Pública ou Saúde da Família, conforme quadro abaixo, havendo um evidente favorecimento para publicações que oferecem conteúdos voltados para as especialidades.

A atualização técnica dos profissionais de saúde é seguramente beneficiada pela leitura de publicações científicas, sejam elas voltadas para as especialidades ou para conteúdos que priorizam a saúde pública, a atenção básica e o PSF. No entanto, o fato de que foram apontadas poucas leituras nestas áreas pelos profissionais, vem confirmar que o interesse dos pesquisados em termos de obtenção de informações e ampliação de conhecimentos, segue uma perspectiva distanciada daquela proposta pela estratégia Saúde da Família.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sistema de Saúde no Brasil tem avançado em seu processo de implementação e para que possa ser apreendido em sua totalidade, deve ser analisado à partir de uma inserção em um contexto histórico que se mostra determinante no cenário de transformações que vêm sendo impressas no percurso de sua constituição. Seus principais desafios são a democratização e a humanização do Sistema, para o que, torna-se fundamental o investimento na articulação docente-assistencial e na Educação Permanente dos profissionais que nele atuam.

O PSF foi instituído no Brasil com o propósito de promover a mudança do modelo assistencial vigente, a partir da AB. Essa mudança tem um caráter substitutivo e é exatamente esse caráter que torna determinante, tanto a correta implantação e implementação do PSF nos municípios, como a estruturação de equipes mínimas que tenham em seus quadros, profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que possuam uns perfis diferenciados, cujas habilidades estejam em consonância com aquelas exigidas pelo PSF.

O programa visa ampliar a resposta aos problemas de saúde da população através da reorientação a organização dos serviços de saúde, a partir tendo a família como o elemento essencial. Busca também melhorar a qualidade de vida dos brasileiros priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, a partir de um conceito de territorialização, com participação popular garantida a partir dos Conselhos locais, estaduais e nacional de saúde.

AS normatizações são definidas pelo Ministério da Saúde e orientam a implantação de equipes em todo o território nacional. Tais orientações têm sido fartamente divulgadas em manuais, cartilhas e outras publicações, acessíveis aos gestores das três esferas de governo, coordenações municipais e equipes. No entanto, o funcionamento do programa, não apresenta aspectos de homogeneidade, dada à grande diferenciação dos serviços de saúde existentes em um país continental, crivado por diversidades regionais bastante singulares.

As especificações do MS para a definição do perfil dos profissionais das equipes, bem como para a sua atuação, são explicitadas de forma bastante

clara, através das suas atribuições e competências. Em relação à ARMG, é possível concluir que esse perfil não corresponde às orientações federais.

As questões relacionadas à RH em saúde têm sido alvo de grandes debates no setor pois sua estruturação é determinante para a qualidade dos serviços oferecidos à população, constituindo-se no maior desafio do setor. Possuindo um perfil adequado às exigências do SUS, o RH pode ser um fator de avanço na estruturação do sistema, não sendo menos verdade afirmar-se que a sua inadequação pode gerar empecilhos intransponíveis para a sua efetivação. O desenvolvimento de RH no Brasil tornou-se especialmente desafiador a partir do aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro e suas vertentes mais importantes são a formação e a capacitação em serviço. O setor avança em quantidade e complexidade mas os investimentos na preparação de RH não tem sido compatíveis com as necessidades da prática.

Com relação aos desafios da educação na saúde, pode-se também concluir que tanto na formação, quanto na EP em serviço, os esforços não têm sido suficientes para reverter a inadequação do perfil profissional ainda existente. Os pontos relevantes a serem trabalhados dizem respeito às mudanças curriculares nos cursos de graduação; estímulos à oferta sistemática de cursos de especialização, residência multiprofissional, internatos, projetos de tutoria e a implementação de projetos de pesquisa voltados para realidade do sistema.

Diante dos desafios propostos pela RS e pelo SUS e considerando as normas e diretrizes do PSF e os desafios de reversão do modelo assistencial brasileiro a partir da AB, é possível concluir que o perfil dos profissionais da ARMG, não se encontra em perfeita consonância com as normas preconizadas pelo MS para o PSF. É possível ressaltar que na Enfermagem e na Odontologia, a pesquisa demonstrou que muitos profissionais têm investido na formação, com ênfase nas especializações e em pós-graduação, *stricto sensu*, no caso específico da odontologia. Também foi observado um interesse dos profissionais das três profissões na atualização de conhecimentos específicos de cada categoria profissional, embora essa busca não se direcione para os temas relacionados à estratégia saúde da família, nem se direcionem para áreas de saúde pública.

A Educação enquanto uma construção social que dinamiza o processo de produção do conhecimento, é a base da sociedade e possui um papel determinante na formação de um indivíduo mais crítico e mais participativo, não só capaz de produzir conhecimentos e saberes, mas capaz de entender o mundo em uma perspectiva mais ampla, em seus paradoxos e complexidades. Os processos de apreensão da realidade, nessa nova dimensão, rompem as barreiras tradicionais da educação formal e buscam nas relações sociais, no cotidiano e nos processos de trabalho, espaços educativos ativos, através dos quais os indivíduos vivenciam experiências de troca de experiências de conhecimento e aprendizagem.

O processo educativo está no cerne da proposta de reversão do modelo assistencial brasileiro, sendo de fundamental importância a aproximação entre os setores saúde e educação. Pode-se concluir que a educação pode contribuir de forma decisiva para que o perfil dos profissionais inseridos no PSF atenda às especificações da estratégia Saúde da Família. Alguns processos são essenciais diante do desafio proposto: o incremento das propostas de articulação docente-assistencial, com o estímulo à participação ativa das instituições formadoras nos processos educativos promovidos pelo setor saúde; a implementação da Política de Educação Permanente para o SUS com participação dos Conselhos de Saúde, tanto na definição de prioridades como na definição das alocações de recursos; o incremento de projetos que buscam viabilizar as mudanças curriculares e a sensibilização de docentes das instituições formadoras com cursos na área da saúde; o incentivo à realização de cursos de capacitação voltados para as reais necessidades do serviço, utilizando metodologias problematizadoras, com clara prioridade para as necessidades das equipes de PSF. Também devem ser promovidas, em parceria dos serviços locais de saúde com as instituições de ensino, capacitações para gestores municipais de saúde, visando, além da formação técnica específica do setor, a sensibilização para com a importância do perfil profissional na formação de equipes de PSF e a especificação das habilidades necessárias para que o programa possa cumprir seu papel transformador do modelo assistencial brasileiro.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Aciole, Giovani Gurgel (2004). O lugar e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 95-112.
Acesso em 12/10/2006
Disponível em:
<http://www.interface.org.br/artigos.asp?nCodArtigos=45>
- Aerts, Denise et al. (2004). O Papel do Cirurgião - Dentista no Sistema Único de Saúde (SUS) – *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 131-138.
Acesso em 15/11/2006
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19830.pdf>
- Almeida, Márcio José (1999) . Educação Médica e saúde: possibilidades de mudança. *Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM*, Universidade Estadual de Londrina. Rede Unida.
Acesso em 35/12/2006
Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista4/debates1.pdf>
- Almeida, Maria Cecília Puntal *et al.* (2001), O desafio do trabalho em equipe na Atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 150-53
Acesso em 02/01/2007
Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>
- Althusser, Louis (1983). *Aparelhos ideológicos do Estado*. Rio de Janeiro: Graal.
- Andrade, Gabriela & Vaitsman, Jeni (2002), Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.

Acesso em 04/02/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>

Arretche, Marta (2004, bril/junho) .Federalismo e Políticas Sociais no Brasil – problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 17.26.

Acesso em 22/11/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a03v18n2.pdf>

Assann, Hugo (2000, Maio/agosto). A metamorfose do aprender na sociedade da informação. *Ci. Inf.*, vol. 29(2), 7-15

Acesso em: 22/11/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v29n2/a02v29n2.pdf>

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3),16-29.

Acesso em 27/03/2006

Disponível em:

http://apsp.org.br/saudesociedade/XIII_3/artigos%2013.3%20PDF/revista%2013.3%20artigo%202.pdf

Baldrani, Márcia Helena *et al.* (2005, julho - agosto). A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cadernos Saúde Pública*, 21(4), 1026 -1035

Barbosa, Rui (1958). *A Questão Social e Política no Brasil*. Rio de Janeiro: Simões Editor.

Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*, Portugal, Lisboa: Edições Setenta

Bassanezi, Carla (1997). Mulheres dos Anos Dourados. In: Mary Del Priore (Org.) *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 608-639) São Paulo:

Contexto

Bastos, L. G. C. (2003) . *Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família*. São Paulo:Universidade de São Paulo (Dissert. De Mestrado policop.).

Berbel, Neusi Aparecida Navas (1999) . *Metodologia da Problematização Aplicada em Curso de Educação Continuada e à Distância* Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina.

Bodstein, Regina et al. (2006) . Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB-Proesf): considerações sobre o seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 725-731.

Acesso em 25/04/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf>

Botazzo, C. (1994). *A Saúde Bucal nas Práticas Coletivas de Saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde.

Brandão, Carlos R (1981) *O que é Educação*. São Paulo: Brasiliense

Buss, Paulo Marchiori (2000).Promoção da Saúde da Família. Brasília: *Revista Brasileira de Saúde da Família*, I, (2), 50-63.

Camelo, Sílvia & Angerami, Emília Luigia Saporti (2005). Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 12, 14-21.

Campos, G.W.S (1989) . *Razão e Planejamento*. HUCITEC, São Paulo-SP.

Campelo, Álvaro (1998). A construção do lugar científico e o real como

citação. In: António Esteves & José Azevedo (eds). *Metodologia qualitativa para as Ciências Sociais* (pp. 73-82). Porto: Universidade do Porto

Caprara, Andréa & Rodrigues, Joseane (2004) . A Relação Assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*,9 (1), 134-146.

Caria, Telmo, (1991). Educar: qual o seu sentido sociológico?, In: *Perspectivas da Educação para o ano 2000 — Actas de Colóquio Internacional* (pp. 299-304). Vila Real: UTAD

Caria, Telmo (1992). As finalidades sociológicas da Educação na formação de professores. In S. Stoer & Esteves (orgs.), *Sociologia na Escola: Professores, Educação e Desenvolvimento* (pp. 259-274). Porto: Afrontamento

Carvalho et al. (2000, setembro/ dezembro,). A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem?, *Ciências da Informação*, 29 (3. 33-39).

Carvalho, Guido Ivan de & Sntos, Lenir (1992) . *Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90)*. São Paulo: HUCITEC.

Casate, Juliana Cristina & Correia, Adriana Kátia (2005) . Humanização do atendimento em Saúde: conhecimento veiculado na Literatura de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,. 13 (1), 105-11.

Acesso em 16/09/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>

Ceccim, Ricardo Burg & Feuerwerker, Laura (2004a) . O Quadrilátero da

Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS, Revista Saúde Coletiva*, 14 (1),41-65.

Acesso em 16/12/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>

Ceccim, Ricardo Burg & Feuerwerker, Laura (2004, setembro/outubro). Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos Saúde Pública*, 20(5).

Acesso em 16/11/2006

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/36.pdf> MS,2004

Cecílio, Luiz Carlos de Almeida (2000) – A avaliação transdisciplinar e poder: levantando algumas questões. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, págs 122-125.

Acesso em 16/11/2006

Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista7/debates3.pdf>

Cohn, Amélia (1995, junho/dezembro) – Políticas Sociais e Pobreza no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, 12, 1-17

Colussi, Cláudia Fleming & Freitas, Sérgio Fernando Torres de (2002). Aspectos epidemiológicos de saúde bucal do Idoso no Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 18 (15), 1313-1320.

Acesso em 11/08/2006

Disponível em:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500024&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Cordón, Jorge (1997, julho-setembro) – A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cadernos Saúde Pública*, 13 (3), 557-563.

Acesso em 11/08/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0182.pdf>

Costa, Nilson do Rosário (2001) – A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni (org.) *Brasil- radiografia da Saúde* . Campinas,SP: Instituto de Economia- UNICAMP,

Costa, Nilson do Rosário & PINTO, Luiz Felipe (2002). Piso de Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: Barjas Negri; Ana Luiza D'Ávila Viana (org.) *O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio..* São Paulo: SOBRAVIME/ Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG.

Costa, Rogério da (2005, março-agosto) . Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9, (17), 235-48.

Acesso em 19/06/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a03.pdf>

Cunha, Maria Isabel (1997) – *O Bom professor e sua prática*. São Paulo: Papirus.

D'Incao, Maria Ângela (1997) . Mulher e família burguesa. In: Mary Del Priore (Org.) *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 270-279). São Paulo: Contexto.

Durkheim, Emile (1984). *Sociologia, Educação e Moral*. Porto: Rés.

Estrela, Carlos *et al.*(2005) *Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Artes Médicas.

Falci, Miridan Knox (1997). Mulheres do Sertão Nordestino. In: *História das Mulheres no Brasil* (pp 241-277). São Paulo, :SP. Editora Contexto,

Faria, Carlos Aurélio (2003) . Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas – Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18, (51), 21-30

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15984.pdf>

Acesso em 12/05/2006

Feuerwerker, Laura Camargo Macruz; Almeida, Marcio (2002) – Integração Ensino/Serviço: a Experiência da REDE UNIDA, In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. (161-185) Campinas, Universidade Estadual de Campinas.

Felisberto, Eronildo (2004, jul-set,). Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 4 (3),. 317- 21

Acesso em 20/10/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda (1999) – Novo Aurélio Século XXI O Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferreira, José Roberto (2001a) - O médico do século XXI. 27-47. In Bertoldo Kruse Grande de Arruda (org.) *E Educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife-PE.: Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, Ministério da Saúde-MS.

Ferreira, Sibele Maria Gonçalves (2001b) . *Principais Sistemas de Informação de Abrangência Nacional*. In: SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo, SP: Associação Paulista de Medicina

Figueiredo, Gustavo de Oliveira *et al.* (2003) . Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Ciência e Saúde Coletiva*,

8 (3), 753-763.

Acesso em 14/12/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17455.pdf>

Filho, Antônio Dercy Silveira (2002) . Odontologia no PSF – um desafio.
Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano II, nº 4. 17-18.

Fonseca, Cláudio Duarte & SEIXAS, Paulo Henrique D'Angelo (2002) .
Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: Diretrizes e
Prioridades IN Barjas Negri et al. (org.) *Recursos Humanos em Saúde:
Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. (pp. 20-308).
Campinas, SP, UNICAMP

Fortin, Marie Fabienne (1999). *O processo de investigação: da concepção à
realização*. Loures: Lusociência

Fortuna, Cinira Magali *et al.* (2005) .O Trabalho de Equipe no Programa de
Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e
de grupos operativos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*,
13(2), 262-8..

Acesso em 25/04/2007

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104
11692005000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200020)

Frantz, Walter (2001, jul/dez) . Educação e Cooperação:práticas que se
relacionam. *Sociologias*, a 3, (6), jul/dez, pp. 242-264. Porto Alegre.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n6/a11n6.pdf>

Frigotto, Gaudêncio (1996) . *Educação e Crise no Capitalismo*. São Paulo:
Cortez.

Gallo, Edmundo *et al.* (1988, out/dez). Reforma Sanitária: uma análise de

viabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 4, (4), 414-419

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/07.pdf> Acesso em 18/07/2006

Giddens, Anthony (1976). *Capitalismo e moderna teoria social*. Lisboa: Presença

Gil, Antônio Carlos (2002) – *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas,

Gil, Célia Rodrigues (2006, jun.) .Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos Saúde Pública*, 22 (6), 1171-1181

Acesso em 01/05/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>

Giuliani, Paola Cappellin (1997). Os movimentos de trabalhadores e a sociedade brasileira. In: *História das Mulheres no Brasil*, Org. Mary Del Priore Editora Contexto, São Paulo-SP.

Gonçalves, R. B. M. (1979). *Medicina e História: raízes Sociais do Trabalho*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Tese de Doutorado policop.).

Hill, Manuela Magalhães & Andrew (2002). *Investigação por questionário*. 2º ed. Lisboa: Sílabo.

Hofling, Eloísa de Matos (2001). Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Cadernos CEDES*, 21(55), 31-41

Acesso em: 01/06/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>

Hoga, Luiza (2004) . A Dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: um reflexo. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 38(1), 13-20.

Acesso em 14/08/2006

Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/88.pdf>

Iamamoto, Marilda Villela (1992). *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social - Ensaio Crítico*. São Paulo-SP: Cortez

Ianni, Áurea Maria Zöllner (2006) . *A Questão ambiental urbana no processo de saúde da Família. Estratégia Ambiental numa Política Pública de Saúde - Metrópole, saúde e Ambiente. Ambiente & Sociedade, IX, (1), 169-180.*

Junior, Magalhães (1979). *Rui, o homem e o mito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Kowarick, Lucio (1981). *Capitalismo e Marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Lakatos, Eva Maria & Marconi, Mariana (1996). *Técnicas de pesquisa*. 2º ed. São Paulo. Atlas

Leal, Rosana Barbosa (2006). *Assistência Odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. Ciência e Saúde Coletiva, 11 (1), 155-160.*

Acesso em 02/02/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29459.pdf>

Levy, Pierre (1999). *Uma Inteligência Coletiva. Por uma antropologia no ciberespaço*. 2ª ed. São Paulo: Loyola.

Levy, Flávia Mauad et al. (200, jan/fev.). Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 20(1), 197-203*

Acesso em 12/02/2007

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n1/36.pdf>

Libâneo, José Carlos (1998) – *Pedagogia e pedagogos. Para que?* São Paulo: Cortez.

Lima, Nísia Trindade & Hochman, Gilberto (1996) . Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In Marcos Chor Maio & Ricardo Ventura Santos, (Orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. (pp 15-35) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Centro Cultural Banco do Brasil.

Lopes, Marta Júlia Marques & Leal, Sandra Maria César (2005, janeiro-junho). A feminilização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, (24), 105-125.

Acesso em 12/12/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>

Lucchese, Patrícia T. R. (2003). Eqüidade da gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 439-448.

Acesso em 14/02/2006

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>

Luz, Madel Therezinha (2000). Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 293-312.

Acesso em 22/10/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7097.pdf>

Machado, Roberto. Introdução. (1999). *Por uma genealogia do saber*. In Michel Foucault, (org.) *Microfísica do Poder*. 14ª ed. (pp 2-3) Rio de Janeiro: Graal.

Malik, Ana Maria & Shiesati & Laura, Maria César (1998). *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde –IDS. São Paulo-SP: Núcleo de Assistência Médico Hospitalar - NAMH/FSP-USP,.

Mandú, Edir Nei Teixeira (2005). Intersubjetividades na Qualificação do Cuidado em Saúde. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 12(4), 665-75.

Acesso em 16/04/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a13.pdf>

Marques, Mario Osório (1996). *Educação/interlocução, Aprendizagem/reconstrução de saberes*. Ijuí: Editora Unijuí.

Martins, A.(1999) . Novos Paradigmas e Saúde. *Physis*, 9(1), 83-112.

Martins, André (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8 (14), 21-32.

Acesso em 17/04/2007

Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista14/ensaio2.pdf>

Matumoto, Silvia et al (2005) . Supervisão em Equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9 (16), 9-24.

Acesso em 16/03/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a02.pdf>

Medina, M. G & Aquino, R. (2002). Avaliando o Programa de Saúde da

Família.. In: M. F. Sousa (org.) *Os Sinais Vermelhos do PSF*. (pp.135-51) São Paulo: HUCITEC,

Mendes, Eugênio Vilaça (1999). O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In *Ministério da Saúde - Capacitação em Recursos Humanos de Saúde*. CADRHU. (pp.45-81). Natal-RN: Editora Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

Mendes, Eugênio Vilaça (1985). *A Evolução Histórica da Prática Médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte-Brasília: PUC/MG – Finep.

Mendes, M. M. R (1996). *O Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil entre 1972 e 1994 – mudança de paradigma curricular?* São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (Tese de Doutorado Policop.)

Merhy, Emerson Elias (2001). *E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS*. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 147-149.

Acesso em 12/11/2006

Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista9/debates3.pdf>

Messina, Graciela (2001) . *Mudança e inovação Educacional: Notas para uma Reflexão*. *Cadernos de Pesquisa*, nº 114, pp. 225-233, novembro. Projeto Inovações Educacionais na América Latina. UNESCO.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a10n114.pdf>

Minayo, Maria Cecília de Souza (1991) - *Abordagem antropológica para avaliação das políticas sociais*. *Revista Saúde Pública*, 25(3), pp. 233-8, junho, São Paulo.

Acesso em 12/04/2006

Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v25n3/12.pdf>

Minayo, Maria Cecília de Souza (2004). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Mishima, SM et al (1999). O trabalho do enfermeiro na organização dos serviços de saúde e sua inserção no Departamento de Informática da SMS-RP. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 7, 13-20

Acesso em 12/07/2005

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13484.pdf>

Moimaz, Suzely A. S; Blanco, Mikaela R. B. (2003). A força do trabalho feminino na odontologia em Araçatuba . *J Appl Oral Sci*; 11(4), 301-5

Acesso em 13/07/07

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v11n4/a04v11n4.pdf>

Moraes, (2002). setembro. Reformas Neoliberais e Políticas Públicas: Hegemonia Ideológica e Redefinição das Relações Estado-Sociedade. *Educação e Sociedade*, 23 (80), 13-24.

Acesso em 02/01/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12921.pdf>

Moraes, Carmen Silva (2006) . Educação Permanente: Direito de Cidadania, Responsabilidade do Estado. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 4, (2), 395-416.

Moysés, S. J. Gevaerd (2002). A Superação do Sistema Incremental de atenção a escolares em Curitiba. In A. D. Silveira-Filho; Simão Dulcil; S.G. Moysés & S.P. Gevaerd (org.) *Os Dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. (pp. 17-26). Rio de Janeiro: CEBES.

Muller, A K. (1987). Organização Pan-Americana de Saúde. La Educación a distancia como opción metodológica para el desarrollo de procesos permanentes de educación para los recursos humanos en Salud. *Educación Médica Y Salud*, 21, 56-59.

Narvai, Paulo Capel (1994). Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo:Hucitec.

Narvai, Paulo Capel (2001) . *Jornal da odontologia*, Ano II, (36),

Narvai, Paulo Capel (2006). Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista Saúde Pública*, 40, 141-147.

Natalini, Gilberto (2001). Princípios Básicos do SUS In *SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.

Negri, Barjas (2002) . A Política de Saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Barjas Negri; Ana Luiza D'Ávila Viana (org.) *O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio*. (pp.15-42). São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SOBRAVIME/ Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG.

Nunes, Mônica de Oliveira *et al.* (2002, nov-dez) . Os Agentes Comunitários de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1639-1646,
Acesso em 15/10/2005
Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>

Oliveira, Jaime A. ;Teixeira, Somie M. F (1986). *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.

Oliveira, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa (1999, jan/mar). *Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva: III*, 8-14.

Oliveira, Francisco Arsego de (2002). Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6, (10), . 63-74.

Acesso em 23/03/2007

Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista10/artigo2.pdf>

Oliveira, J A. ; Teixeira, S. M. F (1985). *Previdência Social*. Petrópolis: Vozes.

Oliveira, Romualdo Portela (1999, maio - agosto). O Direito à Educação na Constituição Federal de 1988 e seu restabelecimento pelo Sistema de Justiça. *Revista Brasileira de Educação*, 11

Acesso em 08/06/2006

Disponível em:

http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE11/RBDE11_07_ROMUALD_o_portela_de_Oliveira.pdf

Paim, Jairnilson Silva (1987). *Direito à Saúde, Cidadania e Estado* Anais da 8 Conferência Nacional de Saúde. Salvador: Centro de Documentação.

Paim, Jairnilson Silva (1991). *A Universidade e a Reforma Sanitária*. Salvador: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde .

Paim, Jairnilson Silva (1994). *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais*. In: *Saúde Coletiva* (pp. 61-81.). Salvador: Centro Editorial e Didático.

Paim, Jairnilson Silva (1996, agosto). O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? *Divulgação Saúde em debate*, 14,59-65.

Paim, Jairnilson Silva (2001). Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9,143-46.

Paim Jairnilson Silva (2002). *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador:CESP-ISC.

Paim, Jairnilson Silva & Nunes, Tânia Celeste (1992, jul/set). Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Cadernos Saúde Pública*, 8 (3), 262-69.

Acesso em 10/04/2006

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v8n3/v8n3a06.pdf>

Pauleto *et al.* (2004) – Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 121-130.

Acesso em 10/10/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19829.pdf>

Pedrosa, J. I. S. & Teles, J.B.M. (2001). Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 35 (3), 303-11.

Acesso em 16/04/2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf>

Pereira, Adriana Lenho (2003, set/out). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 19 (5), pp. 1527-1534.

Pereira, Dayliz Quinto; Pereira, Júlio César Motta & Assis, Marluce Maria Araújo (2003). A Prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde:

individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2), 599-609.

Pereira, Maria José Bistafa (2003). Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12, 83-100.

Petersen, P. E. (1990). Social inequalities in dental health: towards a theoretical explanation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 153-158.

Pinto, Luiz Felipe *et al.* (2000) – PSF: O que pensam os gestores municipais da saúde? *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 1, (2), 52-57.

PINTO, Vitor Gomes (1983) – *Saúde Bucal no Brasil*. *Revista Saúde Pública*, n.17(4), págs 316-27. São Paulo-SP.

Acesso em 09/04/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v17n4/06.pdf>

Piola, Sérgio Francisco & Junior, Geraldo Biasoto (2002). *Financiamento do SUS nos anos 90*. In Barjas Negri e Ana Luiza d'Ávila Viana (org.). *O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio – o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. (pp. 218-32). São Paulo : SOBRAVIME.

Porto, V.M.C. (2002). *Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção da Saúde Bucal no SUS*. São Paulo. Faculdade de Medicina de Botucatu (Dissert. de Mestrado policop.)

Postic, Marcel (1979). *La relation éducative*. Paris: PUF

- Priore, Mary Del (1997). Magia e Medicina na Colônia. In: Mary Del Priore (Org.) *História das Mulheres no Brasil*. (78-114) , São Paulo: Contexto.
- Quivy, Raymond & Campenhoudt, Luc Van (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rago, Margareth (1997). Trabalho feminino e sexualidade. In: In: Mary Del Priore (Org.) *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 270-279). São Paulo: Contexto.
- Raichelis, , Rauque (1988). *Legitimidade Popular e Poder Público*. São Paulo : Cortez.
- Rezende, Conceição(2001). *Momentos da Reforma Sanitária Brasileira – Estudo apresentado no curso de Atualização em Gestão Municipal da Área da Saúde do Estado de Goiás*.
- Ribeiro, Edilza Maria (2004, junho-agosto) – As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia Saúde da Família (PSF). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 658-64.
- Rocha, Décio & Deusdará, Bruno (2006). Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: O Lingüístico e Seu entorno. D.E.L.T.A. *Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*, 22 (1), pp. 29-52.
Acesso em 14:04/2007
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v22n1/31730.pdf>
- Santos, Gabriel Ferrato (2002). *Financiamento e investimento na Saúde Pública de 1995 a 2002*. In Barjas Negri & Ana Luiza d'Ávila Viana (org.). *O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio – o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. (pp. 218-32) São Paulo: SOBRAVIME.

Scantimburgo, João de (1971) . *Tratado Geral do Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Schalka, Mariângela M.S & Rodrigues, Célia R. M. (1996) . A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Revista Saúde Pública*, 30, 179-86.

Acesso em 22/07/2005

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v30n2/5060.pdf>

Scherer, Magda Duarte *et al.* (2005) – Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9, (16), 53-63.

Acesso em 13/07/07

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>

Schwarcz, Lilia Noritz (1998) . *As barbas do Imperador D. Pedro II, um monarca nos trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras.

Silva, Kênia Lara *et al.* (2005). Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*, 39, 391-97.

Acesso em 15/11/2006

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>

Sodre, Nelson Werneck (1967). *O que deve ler para conhecer o Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Soihet, Raquel (1997). Mulheres Pobres e Violência no Brasil urbano. In: Mary Del Priore (Org.) *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 363-400) São Paulo: Contexto.

Sousa, Maria Fátima (2000). Saúde da Família provoca inovações nas

instituições de ensino superior. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, I, (2), 8-11.

Sousa Filho, Carlos F. De (1999) Os Direitos Invisíveis. In Francisco de Oliveira & Paoli, Maria Célia (orgs.). *Os Sentidos da democracia*. (pp. 307-334.) Petrópolis: Vozes.

Souza, Laura de Mello (1977). Formas provisórias de Existência:a vida cotidiana dos Caminhos, nas fronteiras e nas fortificações. In Laura de Melo e Souza (org.). *História da vida privada no Brasil – cotidiano e vida privada na América Portuguesa*. Volume 1. (pp 41-81) São Paulo: Companhia das Letras.

Sposati, Alsaísa & Lobo, Elsa (1992, out/dez). Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 8, 366-378.

Acesso em 12/09/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n4/v8n4a03.pdf>

Teixeira, C. F. (2002). Modelos de Atenção para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades preventivas em saúde. In: Carmem Fontes de Souza Teixeira (org.) *Promoção e Vigilância da Saúde* (pp 12-36) Salvador: Instituto de Saúde Coletiva - ISC.

Telles, Norma (1997). Escritoras, escritas, escrituras. In: Mary Del Priore (Org.) *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 401-442) São Paulo: Contexto.

Tomasi, Elaine *et al.* (2003). Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. *Revista de Saúde Pública* . 37 (6), 800-6..

Acesso em 02/02/07

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18025.pdf>

Toro, José Bernardo A. & Werneck, Nísia Maria Duarte (1997). *Mobilização Social: um modo de construir a democracia e a participação*. Brasília : Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal, Secretaria de Recursos Hídricos, Associação Brasileira de Ensino Agrícola Superior - ABRAES, UNICEF. -

Vala, Victor Vincent (1993) - A Questão da Capacitação Técnica no Brasil. In Victor Vitor & N. Eduardo Stotz (org.). *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática*. (pp.57-86). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Vala, Victor Vincent (1998) – Sobre Participação Popular. *Cadernos de Saúde Pública*.14, (suplemento 2), 7-18.

Acesso em 17/10/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>

Vaz, Leopoldo Gil Dulcio *et al.* (2007, jan/jun) – Políticas Públicas. *Revista Nova Atenas de Educação Tecnológica*, 10, (1), CEFET, MA.<http://www.ufpa.br/numa/images/LivroMeioAmbiente.pdf>

Viana, Ana Luiza D'Ávila; Poz, Mário Roberto (2005). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o PSF. *PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva*, 15, 225-264.

Acesso em 13/12/06

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>

Vieira, Evaldo (2001, novembro). A Política e as Bases do Direito Constitucional. *Cadernos CEDES*, XXI, (55).

Acesso em 13/03/2006

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5538.pdf>

Westphal, Márcia Faria *et al.* (2001). *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo : Editora da Cidade de São Paulo.

White, K .L. (1992) – *Investigaciones sobre servicios de salud: una analogía*. OPAS. Washington, DC.

Yépez, Martha Travesso & Morais, Normanda Araújo de (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para a humanização do atendimento. *Cadernos Saúde Pública*, 20, 80-88.

Acesso em 02/12/2005

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n1/22.pdf>

Zanetti, Carlo Henrique Goretti; Lima ,M. A. U.; Ramos, Livia & Costa, M A. B. T (1996, julho) . Em Busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação Saúde em debate* (13), 18-35,

Zanetti, Carlo Henrique Goretti (2000) . *Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) -proposição e programação*. Brasília:DF.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Câmara dos Deputados (2005b)

Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987 que cria o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde.

Decreto nº 1644, de 25 de setembro que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (1995 a)

Decreto-Lei nº 156 de 10 de Maio (1999 c) que estabelece o regime dos sistemas locais de saúde.

Decreto nº 4726 de 09 de junho de 2003 que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão, das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências.

Decreto nº 5841 de 13 de julho de 2006 que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos cargos em comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Revogado pelo Decreto nº 5.974, de 2006.

Decreto nº 5.974 de 2006 que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Decreto Presidencial de 20 de junho que institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2007a)

Emenda Constitucional (EC) nº 29/ de 13 de setembro que dispõe sobre a vinculação de recursos da União, Estados e Municípios para a área de Saúde. (2000a)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidade@ Estimativa 2006 em 01/07/2006 (2006d)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. População e Domicílios, Censo 2000 com divisão Territorial 2001. (2000f)

Lei nº 1.920, de 25 de Julho que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. (1953)

Lei nº 6.062 de 1974 que extingue o Instituto de Aposentadorias e Pensões-IAPs e cria o Ministério do Trabalho.

Lei nº 6050 de 24 de maio que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento onde existe estação de tratamento. (1977a)

Lei nº 6.439, de 1º de setembro (1977b) que institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social –SIMPAS.

MS. Lei nº 8.142 de 07 de agosto de 1990 que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília-DF. (1990b).

MS. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. (1990a)

MS. Manual Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, Brasília-DF. (1991b)

Lei nº 10.507 de 10 de julho que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. (2002a)

Lei nº 9.394, de 20 de dezembro que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. (1996g)

MS. Portaria SNAS-MS nº 289 de 16 de junho de 1992 que aprova a tabela descritiva dos procedimentos do SIA-SUS.

MS. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93. (1993b)

MS. Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília-DF. (1994a)

MS/FNS. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília-DF. (1994b).

MS/FNS. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília-DF. (1994c)

MS/FNS Manual O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde/PACS - edição revisada e ampliada do Manual do Agente Comunitário de Saúde de 1991. (1994d).

MS/FNS. Programa Saúde da Família-Saúde Dentro de Casa. Brasília-DF. (1994e)

MS. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Manual de Normas e Diretrizes. Brasília-DF. (1994f).

MS. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília-DF. (1995b).

MS. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília-DF. (1996a).

MS Decreto - Lei nº 72 (1996c)

MS/FNS. Sistema de Informação do PACS- Orientação para o acompanhamento e análise dos dados (PACS). Brasília-DF. (1996d)

MS. Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro que aprova a NOB -SUS 01/96. (1996f)

MS. Portaria nº 1882 de 18 de dezembro de 1997 que estabelece o Piso de Atenção Básica e sua composição. Anexo I da Portaria aprova as Normas e Diretrizes do PACS e do PSF.(1997a)

MS. Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. (1997b).

MS. Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. (1997c)

MS. Portaria GM/MS nº 1.886, de 18/12/1997 que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. (1997d)

MS. Normas e Diretrizes do PACS e do PSF - anexos da Portaria/GM/MS nº 1996 (1997g).

MS. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial. Brasília-DF. (1997f)

MS.Portaria nº 2409 de 13 de março que institui o incentivo ao combate às carências Nutricionais. (1998a).

MS. Portaria nº 3916 de 15 de novembro que estabelece a Política Nacional de Medicamentos. (1998b).

MS. Portaria GM/MS nº 3925 de 13 de novembro que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. (1998c)

MS.Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília-DF. (1999 a)

MS. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica –SIAB (1998d)

MS.Relatório Final do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília-DF. (2000b)

MS/Fundação Oswaldo Cruz Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil – Relatório Final. Volume I – Brasil e Grandes Regiões. Brasília-DF. (2000c).

MS. Promoção da Saúde. Brasília, DF. (2001b)

MS Portaria nº 1.444 de dezembro que cria o incentivo à saúde bucal destinado ao financiamento das ações e da inserção dos profissionais dessa área no Programa Saúde da Família. (2000d).

MS. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF. Brasília-DF. (2000e).

MS. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde - Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. (2000g)

MS. PORTARIA nº 1.298 que institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde-RET-SUS. (2000h)

MS. Portaria nº 267 de 6 de março que aprova as Normas e Diretrizes da inclusão da saúde bucal da estratégia Saúde da Família. (2001c).

MS. O Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil. Brasília-DF. (2002b)

MS. Health Promotion. International Conference on Primary Health Care. Brasília-DF. (2001d)

MS.Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília-DF.(2001e)

MS. Portaria nº 95, de 26 de janeiro que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (2001h)

MS. Programa Bolsa Alimentação. Medida Provisória nº 2206-1 de 6 de setembro de 2001 (2001i)

MS. Reduzindo as Desigualdades a ampliando o acesso à Assistência à Saúde no Brasil/1988-2002. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Editora MS. Brasília. DF. (2002c)

MS. Portaria nº 371/GM de 4 de março que institui o Programa de Assistência Farmacêutica Básica para a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. (2002d).

MS. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e

de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (2002e)

MS.Avaliação da Implementação do PSF em Dez Grandes Centros Urbanos - Síntese dos Principais Resultados. Brasília-DF (2002f)

MS/CNS. Princípios e Diretrizes para a NOB-RH/SUS (2002g)

MS. Portaria GM/MS nº 2.047 de 05 de novembro de 2002. Aprova as diretrizes operacionais para a aplicação da Emenda Constitucional nº 29.(2002h)

MS/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610 que institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (2002i)

MS. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família –2001/2002. Brasília-DF. (2004a).

MS/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília-DF. (2004b)

MS. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (2004c).

MS-Ministério da Educação e Cultura –MEC, Portaria Interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005 que institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-saúde. Brasília-DF. (2005a).

MS. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova 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 a)

MS/Ministério da Educação. A Formação dos Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência em construção. Pesquisa Integrante do Plano Diretor 2004 - 2005. Centro de Estudos de Ciências/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC/Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. ROREHS-MS-OPAS. Coordenadora TEODÓSIO, Sheila Sant - Clair da Silva. Natal. Rio Grande do Norte. (2006b)

MS. Uma Análise de Desigualdade em Saúde. (2006c).

MS. Portaria nº 2.527 de 19 de outubro que define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para os profissionais da Saúde da Família(2006e)

MS Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. (2006f).

MS.Portaria nº 698/GM de 30 de março que define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das 3 esferas da gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. (2006g)

MS. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. (2006h).

MS.*Política Nacional de Atenção Básica – Série Pactos pela Saúde*, volume 4, Editora Ministério da Saúde (2006i)

MS. Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Série A - Normas e Manuais Técnicos. Brasília. DF. (2007b)

MS/SAS/DAB Evolução do Credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família, Período janeiro a dezembro de 2006. (2007c).

OPAS (1988). Resolução XV da XXXIII reunião do conselho diretivo da organização Pan-americana da saúde, aprova na décima sessão plenária de 20 de setembro

Portaria/GM/MS nº 1660 de 6 de novembro que institui o Programa Farmácia Básica. (1997e)

Proposta de Emenda à Constituição nº 169/93 encaminhada ao Congresso Nacional de 7 de julho (1993a)

Portaria nº 95/GM de 26 de janeiro de 2001 que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (2001a)

Resolução nº 195 , do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Norma Operacional Básica - NOB nº 1/96. (1996b)

Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. (1996e)

Resolução Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS nº 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. (1991a)

Resolução CEB nº 04 de 08 de março que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Médio. (1999b)

Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de fevereiro que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.(2001f)

Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de Novembro que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001g)

Resolução CNE/CES nº 3 de 19 de Fevereiro que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (2002g)

APÊNDICES

APÊNDICE I

AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS DA ARMG

| ITEM | MUNICÍPIO | CARACTERIZAÇÃO |
|------|-----------------|--|
| 01 | Abadia de Goiás | A cidade fica a 14 quilômetros de Goiânia e foi emancipada em dezembro de 1995. A grande maioria da população reside na zona rural que é privilegiada por vários córregos com água de excelente qualidade para consumo e irrigação. A cidade abriga o Centro Regional de Ciências Nucleares do Centro Oeste, local onde foram depositados os rejeitos do Césio 137 causador do acidente radiológico de setembro de 1987. O local foi transformado em área de preservação ambiental e deu origem ao Parque Estadual de Abadia de Goiás. A cidade é considerada de pequeno porte e recebe bastante influência de Goiânia, capital do Estado, onde parte da população trabalha e utiliza os serviços de saúde de média e baixa complexidade. Possui 1 hospital, 1 centro de saúde, 2 estabelecimentos de ensino fundamental 11 1 de ensino médio. |
| 02 | Anicuns | É uma cidade de médio porte e se localiza na região do |

| | | |
|----|--------------|---|
| | | <p>Mato Grosso goiano sendo banhada por dois rios em seu perímetro urbano, além de diversos ribeirões e córregos. A base econômica da cidade está assentada na produção agrícola de milho, feijão, arroz e mandioca além da pecuária de leite. A industrialização do município cresce bastante destacando empresas de álcool e derivados, cortumes e cerâmicas para fabricação de tijolos. Também é fundamental a presença de reservas minerais de ouro, chumbo, cobre, calcário, manganês, níquel e talco. A região também é muito visitada em função das belezas naturais como o Poço do Boi de Ouro, de 30 metros de profundidade, a Cidade velha que guarda construções do período colonial, a Serra do Filipe, o Morro do Chapéu, Muro de Pedra, construído por escravos, Cachoeira do Tombador, de São José entre outras grutas, bosques e fazendas. Possui 3 hospitais, 5 unidades ambulatoriais, 2 postos de saúde, 1 centro de saúde, 22 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio.</p> |
| 03 | Avelinópolis | <p>Denominação dada ao povoado existente a 90 quilômetros de Goiânia. O nome foi uma homenagem a João Avelino Gomes, o desbravador da região que ali fixou residência em 1935, dedicando-se à lavoura de subsistência e criação de gado. Em 1963 foi elevado à condição de município sendo desmembrada de Anicuns, à qual pertencia. Possui terras muito férteis e uma das maiores produções leiteiras do Estado. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 2 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio.</p> |
| 04 | Bela Vista | <p>A cidade fica a apenas 42 quilômetros de Goiânia e tem sua sustentação econômica baseada na produção de milho e hortifrutigranjeiros e é um dos maiores</p> |

| | | |
|----|--------------|--|
| | | <p>produtores de leite do Estado, possuindo 3 estabelecimentos leiteiros, dois postos de recepção e resfriamento e 1 laticínio dotado de mini usina para pasteurização. Possui também um expressivo trabalho em avicultura, que se transformou na principal atividade empregadora do município. Grandes escritores goianos nasceram em bela Vista e são famosas as festas populares de São Sebastião, de Nossa Senhora da Piedade além da Exposição anual de Agropecuária e Festa do Peão. Possui 2 hospitais, 3 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 22 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio.</p> |
| 05 | Bonfinópolis | <p>Nome dado por Dom Emanuel, arcebispo da região, que era conhecido apenas como “36” - distância exata que o separava de Goiânia. Pertencente à região da Estrada de Ferro, ele chegou a grande prosperidade porque com a estrada vieram pessoas de outras regiões que acelerou o comércio local. Foi emancipada com um plebiscito em 1987 e a instalação como município deu-se em 1989. Sua economia está assentada na lavoura de tomate além da produção de arroz, milho e feijão. Hoje, com as reformas de rodovias no Estado a cidade encontra-se a apenas 28 quilômetros de Goiânia. Possui 1 hospital, 1 unidade ambulatorial, 1 centro de saúde, 5 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio.</p> |
| 06 | Brazabrantés | <p>É uma cidade pequena, mas de grande importância histórica no Estado e tem sua origem no ano de 1920 quando foi instalado o povoado de São João Batista do Meia Ponte, tendo ganhado a condição de município em 1958. A maior parte da população reside na área rural e a principal atividade econômica é a produção de milho, arroz, cana de açúcar e hortifrutigranjeiros. Dois grandes escritores goianos – José Mendonça Teles e</p> |

| | | |
|----|----------------|--|
| | | Iron Junqueira são nascidos em Brazabrantes. A cidade não possui hospital, mas sim 2 unidades ambulatoriais, 1 posto de saúde, 1 centro de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de nível médio. |
| 07 | Campestre | A cidade tem sua origem em um estabelecimento comercial que foi ali instalado em 1949, pois o local era ponto para carreteiros e outros viajantes. Terras de particulares foram doadas à vila recém estruturada formando-se assim o patrimônio público necessário para sua elevação à condição de distrito, o que ocorreu em 1964. Localiza-se a 50 quilômetros de Goiânia e é o maior produtor goiano de quiabo. Outra importante referência econômica da cidade vem da presença de um grande laticínio que beneficia a produção leiteira de toda a região e duas cerâmicas instaladas no pólo industrial. Possui 4 escolas de ensino fundamental e 1 de nível médio, além de 1 unidade ambulatorial e 1 centro de saúde. |
| 08 | Cezarina | A cidade foi constituída a partir de 1960 com a construção da rodovia BR-60 e sua emancipação aconteceu em 1988. Fica a apenas 61 quilômetros de Goiânia e sua principal sustentação está baseada na produção de arroz, milho, soja e feijão além de ser sede de uma grande companhia de cimento e uma usina resfriadora de leite. São conhecidas as festas religiosas distribuídas ao longo do ano e que homenageiam vários santos cultuados na região. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 6 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 09 | Cristianópolis | A cidade é de pequeno porte e economicamente se destaca na produção de arroz, milho e soja além da criação de gado leiteiro. A maioria da população é |

| | | |
|----|---------|--|
| | | <p>simpatizante da religião protestante, o que explica os inúmeros expoentes da música religiosa estadual que são oriundos da cidade, o que fica bastante evidenciado na principal atração turística local que é a Convenção nacional anual que acontece com a participação de milhares de evangélicos que para lá se deslocam todos os anos. Possui 1 hospital, 3 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio.</p> |
| 10 | Goiânia | <p>O Batismo cultural de Goiânia aconteceu em julho de 1942 e foi construída às margens do Córrego Botafogo, nas terras das fazendas Criméia, Vaca Brava e Botafogo, pertencente ao município de Campinas, hoje um bairro da cidade. Sua concepção foi inspirada no projeto que o urbanista Unwin traçou para a cidade de Letchwhoth, protótipo das cidades jardins concebidos por Ebenezer Howard, em fins do século passado. Em 1947 foi aprovado o Código de edificações de Goiânia que abrangia toda a legislação urbana.</p> <p>Em 1950 a população já era de 53.389 habitantes das quais 40.353 na zona urbana. Nos anos 70 a cidade já representava uma capital industrializada e moderna aumentando significativamente seu parcelamento urbano. Em 1980 a cidade já contava com 700 mil habitantes e com apenas 2% na zona rural. A região Metropolitana de Goiânia, aprovada pela Assembléia Legislativa em final de 1999 é composta por 11 municípios (Goiânia, Abadia de Goiás, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Goianápolis, Goianira, Hidrolândia, Nerópolis, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo e Trindade) totalizando 1.537.320 habitantes. Tem sido objeto do governo estadual e gestores municipais a implementação de um planejamento que busque instrumentos de desenvolvimento capazes de beneficiar</p> |

| | | |
|----|----------|--|
| | | <p>as áreas intra-urbanas e fim de promover o crescimento sustentável e ordenado do território, com a melhoria da qualidade de vida da população. A cidade apresenta um grande adensamento demográfico e se torna uma referência nacional na realização de grandes eventos, o que determinou várias ações como a construção de um aeroporto internacional e a construção de diversas redes hoteleiras. A cidade enfrenta graves problemas de trânsito e se aumentou a qualidade de vida da classe média, alguns indicadores não nos oferecem os mesmos avanços, especialmente nos bairros periféricos. Possui 67 hospitais, 1642 unidades ambulatoriais, 5 postos de saúde, 52 centros de saúde, 476 estabelecimentos de ensino fundamental e 147 de ensino médio.</p> |
| 11 | Goianira | <p>O município foi fundado em 1926 com a formação do povoado de São Geraldo, idealizado pelo Padre Pellágio Sauter, vigário da paróquia de Trindade. Em 1940 já era distrito de Goiânia e em 1958 foi emancipado com o nome de Goianira. Cortada por duas grandes rodovias e distante de Goiânia apenas 20 quilômetros a cidade dedica-se à pecuária e à agricultura. É um dos maiores produtores de café do Estado e suas principais festas comemorativas são a de São Geraldo e São Sebastião. Possui 1 hospital, 3 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 14 estabelecimentos de ensino fundamental e 3 de ensino médio.</p> |
| 12 | Guapó | <p>Criado em 1948 ela é localizada a 27 quilômetros da capital do Estado. A sustentação do município está baseada na produção agropecuária e industrial, especialmente as de cerâmica, frigorífica, olarias, serrarias curtumes e fábricas de postes. Guapó é rica em recursos minerais onde se destacam os minérios</p> |

| | | |
|----|---------|--|
| | | não metálicos, calcário, caulim e argila. Lá existem 9 escolas municipais e 7 estaduais e a Pedra Grande é a maior atração do município. Uma grande parte da população da cidade trabalha em Goiânia sendo comum a presença de duas residências nas famílias mais abastadas, o que ocorre em função da inexistência na cidade de faculdades e universidades, o que obriga o deslocamento para Goiânia. Possui 1 hospital, 7 unidades ambulatoriais, 4 centros de saúde, 11 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio. |
| 13 | Indiara | O município tem sua origem a partir da construção da BR-060 na década de 50. Emancipada em 1982 a cidade apresenta uma população de quase 14.000 habitantes e dedica-se à produção agropecuária que é a base de sua economia. A agricultura também se destaca com a produção de milho, arroz e soja. Possui 1 hospital, 1 unidade ambulatorial, 1 centro de saúde, 12 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio. |
| 14 | Jandaia | A cidade se localiza ao sul do estado na microrregião da Serra do Caiapó e possui diversas serras menores como a do Paiol Queimado, Cana Brava e Morro do Segredo. Destaca-se na produção de milho, arroz, soja e algodão, além da cana-de-açúcar que já toma grande parte das terras cultivadas, contando também com uma destilaria de álcool. Possui 1 hospital, 5 unidades ambulatoriais, 1 posto de saúde, 1 centro de saúde, 6 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 15 | Nazário | Situa-se no Mato Grosso Goiano e surgiu da obra pioneira de um garimpeiro, Nazário Pereira de Oliveira, que ergueu uma capela junto à confluência dos rios dos Bois e Buritis em louvor a Nossa Senhora da |

| | | |
|----|------------------------|--|
| | | <p>Conceição, por volta de 1860. Foi elevada à categoria de município em 1948 e está a 62 quilômetros de Goiânia. Sua economia está baseada na agropecuária e promove a extração de areia. O subsolo é rico em bauxita, mármore e calcário. Possui 1 hospital, 1 unidade ambulatorial, 1 centro de saúde, 6 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio.</p> |
| 16 | Nerópolis | <p>A 27 quilômetros de Goiânia, foi desmembrada do município de Anápolis em 1948 e é um dos maiores produtores de alho do Estado, além de possuir diversas granjas de aves e suínos e um posto de resfriamento de leite. Possui 1 hospital, 6 unidades ambulatoriais, 2 postos de saúde, 2 centro de saúde, 476 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio.</p> |
| 17 | Nova Veneza | <p>Surgiu quando as famílias Stival e Peixoto estabeleceram-se na região e em 1924 doaram terras de suas fazendas para a formação de um loteamento. O povoado recebeu, inicialmente, a denominação de Colônia dos Italianos, mais tarde substituída por Nova Veneza em homenagem a seus fundadores. Produz alho, milho, arroz, feijão, café e hortaliças. Possui 1 hospital, 1 unidade ambulatorial, 7 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio.</p> |
| 18 | Santa Bárbara de Goiás | <p>Teve origem na fixação no local dos pioneiros Pedro Luiz Tavares, Antônio João de Araújo e Tomás Lobo, por volta de 1930. Emancipada em 1963 sua base econômica é a agropecuária na qual se destaca a produção de arroz, milho e feijão e é uma das maiores produções de leite e melancia do Estado. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 4 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio.</p> |

| | | |
|----|------------------------|---|
| 19 | Santo Antônio de Goiás | O município foi emancipado em 1990 e pertence a microrregião de Goiânia. A agricultura é forte na produção de milho, feijão, arroz, mandioca, banana, tomate e café, representando quase 60% da arrecadação municipal. A cidade conta com apenas 2 escolas públicas que atendem alunos da pré-escola e ensino fundamental. Possui 1 unidade ambulatorial, 5 posto de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 20 | Trindade | Com quase 150 anos de existência a cidade é um centro de peregrinação e de fé que recebe em julho cerca de 400 mil peregrinos de todo o país que vão orar nas Igrejas da matriz, santuário do Divino, Santa Luzia e capela da Vila de São Cotelengo. Sua base econômica é a produção industrial pois o município abriga cerca de 200 indústrias, com destaque para produtos minerais não metálicos, metalúrgica, mobiliário, química, editorial e gráfica com especial expansão na área de confecções. Possui 4 hospitais, 9 unidades ambulatoriais, 1 postos de saúde, 2 centro de saúde, 38 estabelecimentos de ensino fundamental e 7 de ensino médio. |
| 21 | Varjão | Emancipada do município de Guapó em 1958 e distante de Goiânia 64 quilômetros o município tem como base econômica a produção de milho, soja e arroz e a indústria e representada por uma fábrica de queijo e 1 olaria. Possui 1 hospital, 1 unidade ambulatorial, 1 centro de saúde, 4 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 22 | Araçu | Localizado na microrregião de Anápolis e a 55 quilômetros de Goiânia, o município está em uma região onde é grande a ocorrência de ouro, seu principal recurso mineral. Na agricultura destacam-se a produção de milho, feijão e arroz e produz anualmente |

| | | |
|----|----------|--|
| | | cerca de 3 milhões de litros de leite e 58 mil dúzias ovos, sendo sede de um laticínio. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 6 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 23 | Caturai | Autônomo a partir de 1958 o município dista apenas 35 quilômetros de Goiânia e dedica-se à produção agropecuária. Possui 1 hospital, 3 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 24 | Inhumas | A cidade é um dos maiores pólos produtivos de Goiás e possui um setor de serviços muito ativo. Líder em Goiás na produção de alho, ovos, frango e laranja, produz mais de 50 mil litros de leite por dia, possuindo também grandes cortumes. Possui grandes expoentes literários, quase todos premiados em todo o país. Possui 6 hospitais, 30 unidades ambulatoriais, 2 centros de saúde, 48 estabelecimentos de ensino fundamental e 10 de ensino médio. |
| 25 | Itaguari | O povoado surgiu com o nome de Itariguá e o nome foi mudado para Itaguari por ser de melhor fonia. Está a 100 quilômetros de Goiânia e sustenta sua economia na produção agropecuária, em especial na produção de milho, arroz, feijão, leite e gado de corte. Possui 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 26 | Itauçu | Integrante na Macroregião de Anápolis o município foi emancipado em 1948 e a maior parte de sua população está na faixa de 10 a 14 anos. Sua principal fonte econômica é a pecuária que representa quase 46% de sua arrecadação. Destacam-se a produção leiteira, o plantel bovino de mais de 50 mil cabeças e a produção de ovos de aproximadamente 60.000 dúzias/ano. |

| | | |
|----|---------------------|---|
| | | Distante 60 quilômetros de Goiânia o município possui 2 hospital, 4 unidades ambulatoriais, 1 postos de saúde, 2 centro de saúde, 14 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio. |
| 27 | Petrolina de Goiás | O povoado desenvolveu-se em torno da Capela de Santa Maria Eterna e foi emancipado em 1948 desmembrando-se do município de Jaraguá. Cortado por duas estradas estaduais ele possui terras muito férteis onde são cultivados arroz, milho, feijão, hortaliças e frutas. A cidade também é grande produtora de leite e dispõe de um posto de resfriamento para recebeu o produto de toda a região. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 9 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 28 | Santa Rosa de Goiás | Teve origem em um loteamento iniciado em terras da fazenda Santa Rosa pertencentes ao município de Santa Rosa de Goiás. Distante 90 quilômetros de Goiânia, foi emancipado em 1963 com o nome de Santa Rosa de Goiás e é banhado por três rios: Rosnador, Diamante e Passa Três. Suas principais atividades econômicas são a agricultura e a pecuária, onde se destacam o milho, feijão e arroz além da presença de gado de corte e leiteiro. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 2 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 29 | Taquaral de Goiás | Seu nome tem origem em uma missa celebrada na residência de Gustavo Moreira Coelho na fazenda "Brandão". Após a celebração o vigário de Itaberaí teria sugerido a formação de um vilarejo, tendo sido aprovado o local da fazenda Taquaral. Foi elevado á categoria de distrito em 1958 e emancipada em 1963. Sua economia está assentada na produção de milho, |

| | | |
|----|----------------------|--|
| | | arroz, feijão e na pecuária de cria e engorda de gado bovino. Possui 2 hospitais, 1 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 30 | Damolândia | Localizada nas nascentes do rio Meia Ponte, o município vive da agropecuária e está a apenas 57 quilômetros de Goiânia. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 posto de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 31 | Aparecida de Goiânia | Criada a partir da doação de terras dos devotos de Nossa Senhora Aparecida para que as famílias vizinhas construíssem um uma igreja para a santa, hoje a cidade de quase 400.000 habitantes possui um Distrito Industrial extremamente desenvolvido, com área de 150 hectares e mais de 150 empresas associadas, vias internas asfaltadas, serviços de água, iluminação e a apenas 12 quilômetros de Goiânia.O pólo industrial tem desempenhado um importante papel no desenvolvimento do município. Possui várias indústrias e seus recursos minerais restringem-se à extração de cascalho, pedra e areia para o mercado interno e abastecimento de Goiânia. Também é relevante a existência de um Centro Cultural dedicado a Nossa Senhora Aparecida. Possui 8 hospitais, 19 unidades ambulatoriais, 1 postos de saúde,6 centro de saúde, 150 estabelecimentos de ensino fundamental e 34 de ensino médio. |
| 32 | Aragoiânia | O primeiro nome do município – Malhador - foi dado por boiadeiros que utilizavam o local em suas pousadas. Mais tarde, curiosamente e fazendo referência a uma especialidade do estabelecimento comercial ali instalado, foi chamado de povoado Biscoito, depois Biscoito Duro e posteriormente Aragoiânia, diste da capital 26 quilômetros e faz parte do macroregião de |

| | | |
|----|-------------|---|
| | | Goiânia. A cidade é edificada em um pequeno planalto cercado de grandes elevações, com destaque para a serra da Santa Tereza, também conhecida como Serra da Galha. A base de sustentação econômica da região é a produção de arroz, milho e feijão, além da extração de argila, malacacheta e pedras calcárias. Possui 1 hospital, 2 unidades ambulatoriais, 1 centro de saúde, 10 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio. |
| 33 | Caldazinha | Com uma produção de quase 5.000 t de milho, seguida de arroz, mandioca, cana-de-açúcar e forte produção leiteira o pequeno município emancipado em 1992 dispõe também de um laticínio para beneficiar todo o leite da região. Possui 1 unidade ambulatorial, 1 centro de saúde, 12 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 34 | Hidrolândia | A história de criação do município começa com a doação de terras para a construção da Capela de Santo Antônio passando a logo em seguida a chamar povoado de Santo Antônio das Grimpas. Foi emancipado em 1948 e é banhado pelos rios Dourado e Meia Ponte. As principais fontes de atividade do município são a pecuária de leite, a ricultura e a avicultura, contando também com indústrias de cerâmica, gêneros alimentícios e laticínios. Uma das conhecidas atrações turísticas da cidade é a Feira das Fiandeiras realizada anualmente no terceiro sábado de junho. Os escritores José Mendonça Telles e Marietta Machado Telles são importantes expoentes culturais goianos nascidos em Hidrolândia. Possui 2 hospitais, 3 unidades ambulatoriais, 2 centros de saúde, 29 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio. |
| 35 | Piracanjuba | A cidade é um dos importantes centros da orquidofilia |

| | | |
|----|---------------------|--|
| | | <p>brasileira e seu Círculo Orquidófilo promove salões que contam com exposição de flores de todos os estados brasileiros e de vários países. O nome da cidade tem origem em uma lenda que é refletida da beleza da orquídea: os índios Picaracan e Jubará que num pacto de amor, se atiraram no rio e se transformaram no peixe Piracanjuba. O amor dos dois teria colorido a região com essas flores. O município é banhado por três rios: Piracanjuba, Meia Ponte e Piratinga e a religião predominante é a católica representada pela presença de 30 igrejas. O famoso escritor goiano Leo Lynce é nascido no município que tem em Cilineu de Araújo e João Accioli outros importantes referenciais culturais conhecidos em todo o estado. Possui 3 hospitais, 6 unidades ambulatoriais, 3 centro de saúde, 23 estabelecimentos de ensino fundamental e 4 de ensino médio.</p> |
| 36 | Professor Jamil | <p>Emancipado de Piracanjuba em 1991 o município tem como base econômica a pecuária que representa quase 50% da arrecadação. Na agricultura destaca-se a produção de soja, milha e arroz e possui 1 unidade ambulatorial, 1 centro de saúde, 3 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio.</p> |
| 37 | Leopoldo de Bulhões | <p>Inicialmente a cidade possuía o nome de Pindaibinha, referência aos córregos e às enormes pindaíbas, árvores existentes na região. Entre 1928 e 1939 o local teve grande prosperidade com a chegada dos trilhos da Estrada de Ferro Goyás. Em 1931 Pindaibinha foi elevada à categoria de distrito de Silvânia, ganhando também o nome de Leopoldo de Bulhões, em homenagem ao ilustre goiano José Leopoldo de Bulhões Jardim. O distrito foi emancipado em 1948. Possui 1 hospital, 7 unidades ambulatoriais, 5 postos de</p> |

| | | |
|----|----------------------------|--|
| | | saúde,1 centro de saúde, 18 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 38 | Senador Canedo | Próspero município industrial de Goiás tornado independente em 1989, até então o mais importante distrito de Goiânia. A religião espírita representa a maior parte da população local com a presença de pelo menos 50 centros. A cidade possui um importa terminal de carga ferroviária e mais de 20 frigoríficos num raio de 200 km ² além de possui um Pólo Coureiro instalado em 2000 e enquadrado no conceito de politicamente correto possuindo estação de tratamento dos efluentes. Possui 1 hospital, 14 unidades ambulatoriais, 4 postos de saúde,7 centro de saúde, 24 estabelecimentos de ensino fundamental e 3 de ensino médio. |
| 39 | São Miguel do Passa Quatro | Município criado em 1988 que tem na agricultura sua principal fonte de sustentação econômica na qual se destacam a cultura de soja, milho, feijão e café possuindo ainda 6 unidades industriais. A pecuária, baseada na produção leiteira de 4 milhões de litros de leite ao ano. Possui 1 hospital, 1 unidade ambulatorial, 1 centro de saúde, 6 estabelecimentos de ensino fundamental e 1 de ensino médio. |
| 40 | Silvânia | A mineração foi a origem do arraial do Senhor do Bonfim, hoje Silvânia município incluído na região macroeconômica de Brasília e pertencente à macroregião goiana Sudeste, na zona da Estrada de Ferro. Possui 1 hospital, 8 unidades ambulatoriais, 4 postos de saúde,2 centro de saúde, 15 estabelecimentos de ensino fundamental e 4 de ensino médio. |
| 41 | Vianópolis | Localizado no sudeste goiano, a 90 quilômetros de Goiânia, ganhou autonomia em 1948. Sua produção agrícola é baseada no plantio de lavouras de milho, feijão e café. Na pecuária destaca-se na produção de |

| | | |
|--|--|--|
| | | leite. Possui 1 hospital, 5 unidades ambulatoriais, 2 postos de saúde, 1 centro de saúde, 12 estabelecimentos de ensino fundamental e 2 de ensino médio. |
|--|--|--|

APÊNDICE II

O PERFIL DE FORMAÇÃO TÉCNICO – CIENTÍFICA DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR INSERIDOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE MACRO GOIÂNIA

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS (AS)

A – IDENTIFICAÇÃO

| |
|--|
| <p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>Município onde atua: _____</p> |
|--|

B – GRADUAÇÃO

| |
|--|
| <p>Tempo de Formado</p> <p><input type="checkbox"/> Ate 4 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5 a 14 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 15 a 24 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 25 a 34 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 35 e mais</p> |
|--|

C – PÓS – GRADUAÇÃO
 (Marque o grau mais elevado da Pós-graduação)

- Curso de Especialização / Aperfeiçoamento
- Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

Sim

Não tenho especialidade

Qual Especialidade? Doutorado

ACUPUNTURA

ALERGIA E IMUNOLOGIA
 Alergia e Imunologia
 Pediátrica

ANESTESIOLOGIA
 Dor

ANGIOLOGIA E CIRURGIA
 VASCULAR

CANCEROLOGIA
 Cirurgia Oncológica
 Oncologia Pediátrica
 Oncologia Clínica

CARDIOLOGIA
 Cardiologia Pediátrica
 Ecocardiografia
 Hemodinâmica e
 Cardiologia Intervencionista

CIRURGIA CARDIOVASCULAR

CIRURGIA DE CABEÇA E
 PESCOÇO
 Cirurgia BucoMaxiloFacial

CIRURGIA GERAL
 Cirurgia do Trauma
 Cirurgia Oncológica
 Cirurgia Videolaparoscópica

CIRURGIA DO APARELHO
 DIGESTIVO
 Cirurgia Videolaparoscópica
 Endoscopia Digestiva

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CIRURGIA PLÁSTICA
 Cirurgia BucoMaxiloFacial
 Cirurgia da Mão
 Tratamento de Queimados

CIRURGIA TORÁCICA
 Endoscopia Respiratória

CLÍNICA MÉDICA

COLOPROCTOLOGIA
 Cirurgia Videolaparoscópica
 Colonoscopia

DERMATOLOGIA
 Cirurgia Dermatológica
 Cosmiatria
 Hanseníase

ENDOCRINOLOGIA
 Endocrinologia Pediátrica

GASTROENTEROLOGIA
 Endoscopia Digestiva
 Gastroenterologia Pediátrica
 Hepatologia

GENÉTICA MÉDICA

GERIATRIA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
 Medicina Fetal
 Reprodução Humana
 Sexologia
 Ultrasonografia em ginecologia e obstetrícia

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

HOMEOPATIA

INFECTOLOGIA
 Infectologia Hospitalar
 Infectologia Pediátrica

MASTOLOGIA

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MEDICINA DO TRABALHO

MEDICINA DO TRÁFEGO

MEDICINA ESPORTIVA

MEDICINA INTENSIVA
 Medicina Intensiva Neonatal
 Medicina Intensiva
 Pediátrica

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
 Neurofisiologia Clínica

MEDICINA LEGAL

MEDICINA NUCLEAR

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
 Administração em Saúde
 Administração Hospitalar
 Epidemiologia
 Medicina Sanitária

NEFROLOGIA
 Nefrologia Pediátrica

NEUROCIRURGIA
 Cirurgia de coluna

NEUROLOGIA
 Dor
 Neurofisiologia Clínica
 Neurologia Pediátrica

NUTROLOGIA
 Nutrição Parenteral e Enteral
 Nutrologia Pediátrica

OFTALMOLOGIA

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
 Cirurgia da Coluna
 Cirurgia da Mão
 Cirurgia do Joelho
 Cirurgia do Ombro
 Cirurgia do Pé
 Cirurgia do Quadril
 Ortopedia Pediátrica

OTORRINOLARINGOLOGIA
 Cirurgia BucoMaxiloFacial

Endoscopia respiratória
Foniatria

PATOLOGIA

Citopatologia
Histopatologia

**PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA
LABORATORIAL**

PEDIATRIA

Alergia e Imunologia
Pediátrica
Cardiologia Pediátrica
Endocrinologia Pediátrica
Gastroenterologia Pediátrica
Hematologia e Hemoterapia
Pediátrica
Infectologia Pediátrica
Medicina do Adolescente
Medicina Intensiva Neonatal
Medicina Intensiva
Pediátrica
Nefrologia Pediátrica
Neonatologia
Neurologia Pediátrica
Nutrologia Pediátrica
Oncologia Pediátrica
Pediatria Preventiva e
Social
Pneumologia Pediátrica
Reumatologia Pediátrica

PNEUMOLOGIA

Endoscopia Respiratória
Pneumologia Pediátrica

PSIQUIATRIA

Psicogeriatría
Psicoterapia
Psiquiatria da Infância e da
Adolescência
Psiquiatria Forense

**RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM**

Densitometria Óssea
Neurorradiologia
Radiologia Intervencionista
e Angiorradiologia
Ressonância Magnética
Ultrasonografia

RADIOTERAPIA

REUMATOLOGIA

Reumatologia Pediátrica

UROLOGIA

Andrologia
Sexologia

Outras Especialidades: _____

E – ACESSO A CURSO INTRODUTORIO DO PSF

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

F – NECESSIDADE DE APOIO PROFISSIONAL

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

Em caso positivo, em que modalidade:

Aperfeiçoamento

Mestrado / Doutorado / Pós Doutorado

Curso do Exterior

Trabalhando ou Estagiando em outra Instituição

Fazendo outra Especialização

Curso de Capacitação de curta duração

Outras: _____

G – FORMA DE OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

1ª Especialidade: _____

Residência Médica

Prova de Título em Sociedade de Especialidade

H – ESTAGIO PROFISSIONAL

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

I – ACESSO A PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

| |
|-------------------|
| Sim. Quais? _____ |
| _____ |
| _____ |
| Não |

PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR INSERIDOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE MACRO GOIÂNIA

QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS(AS)

A – IDENTIFICAÇÃO

| |
|--|
| Nome: _____ |
| Idade: _____ |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| Município onde atua: _____ |

B – GRADUAÇÃO

| |
|---------------------------------------|
| Tempo de Formado |
| <input type="checkbox"/> Ate 4 anos |
| <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos |
| <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos |
| <input type="checkbox"/> 25 a 34 anos |
| <input type="checkbox"/> |

35 e mais

C – PÓS – GRADUAÇÃO
(Marque o grau mais elevado da Pós-graduação)

- Curso de Especialização / Aperfeiçoamento
- Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós – Doutorado

D -TÍTULO DE ESPECIALIZAÇÃO

Sim

Não tenho especialidade

Qual Especialidade?

Obstetrícia
Trabalho
Hemodinâmica
Educação Continuada
Dermatologia
Traumato-ortopedia
Unidade de Esterilização
Psiquiátrica
Saúde Mental
Cardiovascular
Endoscopia
Home-Care
Oftalmologia
Oncologia
Centro-Cirúrgico
Estomaterapia
Nefrologia
Auditoria
Unidade de Tratamento Intensivo
Gerenciamento

Nutrição Parenteral
Terapias Naturais
Neonatologia
Pediatria
Ginecologia
Saúde de Família
Saúde Coletiva
Gerontologia e geriatria
Endocrinologia
Aero-espacial
Informática
Diagnóstico por Imagem
Emergência
Clínica Cirúrgica
Clínica Médica
Atendimento Pré-Hospitalar
Infecção Hospitalar

Outras Especialidades: _____

E – ACESSO A CURSO INTRODUTORIO DO PSF

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

F – NECESSIDADE DE APOIO PROFISSIONAL

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

Em caso positivo, em que modalidade:

Aperfeiçoamento

Mestrado / Doutorado / Pós Doutorado

Curso do Exterior

Trabalhando ou Estagiando em outra Instituição

Fazendo outra Especialização

Curso de Capacitação de curta duração

Outras:

G – FORMA DE OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

| |
|---|
| <p>1ª Especialidade _____</p> <p>Residência</p> <p>Prova de Título em Sociedade de Especialidade</p> <p>Prova de conteúdo científico após curso de especialização</p> <p>Outras: _____</p> <hr/> |
| <p>2ª Especialidade _____</p> <p>Prova de Título em Sociedade de Especialidade</p> <p>Prova de conteúdo científico após curso de especialização</p> <p>Outras: _____</p> <p>Não tenho especialidade</p> |

H – ESTAGIO PROFISSIONAL

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

I – ACESSO A PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

| |
|-------------------------------------|
| Sim. Quais? _____ _____ _____ |
| Não |

O PERFIL DE FORMAÇÃO TÉCNICO – CIENTÍFICA DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR INSERIDOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE MACRO GOIÂNIA

QUESTIONÁRIO PARA ODONTÓLOGOS(AS)

A – IDENTIFICAÇÃO

| |
|--|
| Nome: _____ |
| Idade: _____ |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| Município onde atua: _____ |

B – GRADUAÇÃO

| |
|---------------------------------------|
| Tempo de Formado |
| <input type="checkbox"/> Até 4 anos |
| <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos |
| <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos |
| <input type="checkbox"/> 25 a 34 anos |
| <input type="checkbox"/> |

35 e mais

C – PÓS – GRADUAÇÃO
(Marque o grau mais elevado da Pós-graduação)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Curso de Especialização / Aperfeiçoamento |
| <input type="checkbox"/> | Residência |
| <input type="checkbox"/> | Mestrado |
| <input type="checkbox"/> | Doutorado |
| <input type="checkbox"/> | Pós – Doutorado |

D -TÍTULO DE ESPECIALIZAÇÃO

Sim

Não tenho especialidade

Qual Especialidade?

Cirurgia e Traumatologia Buco- Maxilo- Faciais
Dentística
Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor-Orofacial
Endodontia
Estomatologia
Imaginologia Dento-Maxilo-Facial
Implantodontia
Odontologia Legal
Odontologia do Trabalho
Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
Odontogeriatría
Odontopediatria
Ortodontia
Ortopedia Funcional dos Maxilares
Patologia Bucal
Periodontia
Prótese Buco-Maxilo-Facial
Prótese Dentária

Saúde Coletiva

Outras: _____

E – ACESSO A CURSO INTRODUTORIO DO PSF

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

F – NECESSIDADE DE APOIO PROFISSIONAL

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

Em caso positivo, em que modalidade:

Aperfeiçoamento

Mestrado / Doutorado / Pós Doutorado

Curso do Exterior

Trabalhando ou Estagiando em outra Instituição

Fazendo outra Especialização

Curso de Capacitação de curta duração

Outras: _____

G – FORMA DE OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

| |
|---|
| 1ª Especialidade: _____ |
| Residência |
| Prova de Título em Sociedade de Especialidade |
| Prova de conteúdo científico após curso de especialização |
| Outras: _____ |
| 2ª Especialidade: _____ |
| Prova de Título em Sociedade de Especialidade |
| Prova de conteúdo científico após curso de especialização |
| Outras: _____ |
| Não tenho especialidade |

H – ESTAGIO PROFISSIONAL

| | |
|-----|-----|
| Sim | Não |
|-----|-----|

I – ACESSO A PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

| |
|-------------------|
| Sim. Quais? _____ |
| _____ |
| _____ |
| Não |