Saúde da Família

Revista Brasileira

Saúde da Família

Ano VII • Número 10 • Abril a Junho de 2006 • Uma publicação do Ministério da Saúde



Os novos espaços da Educação Permanente em Saúde

Nesta edição

Rede de TeleSaúde prioriza Atenção Básica e inicia Educação Permanente em oito pólos

Pessoa, família e comunidade: o triângulo da Medicina de Família e Comunidade

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Revista Brasileira

Saúde da Família

Brasília / 2006

Saúde da Família

Sumário







3 Resposta Intitucional

4 Residência Multiprofissional em Saúde da Família

8 Residências Multiprofissionais em Saúde Investimento na integralidade entre as 14 profissões

10 Residência Multiprofissional em Saúde da Família na UFBA

14 Pessoa, Família e Comunidade

17 A Revolução da Telemedicina

18 Rede de TeleSaúde prioriza atenção básica e inicia educação permanente em oito pólos

20 BH TeleSaúde dá exemplo de como incorporar conteúdos à formação de profissionais de saúde

24 Programa de Ação Integrada de Saúde da USP

27 Uma verdadeira aula de pioneirismo em telemedicina no Ceará

29 TeleSaúde terá Sipam como parceiro para garantir atendimento médico e treinamento na Amazônia Legal

32 A contribuição da Rede Unida para a qualificação da Saúde da Família

35 Rede Unida faz sugestões para Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área de Saúde

37 Ministério da Saúde implementa especialização em Saúde da Família

41 Pró-Saúde: Alternativa Nacional para Multiplicação de Profissionais na Saúde Pública

42 Rede de Ensino para Gestão Estratégica do SUS

44 A supervisão e a interdisciplinalidade como estratégias de organização do processo de trabalho em saúde em niterói

48 Concurso Saúde da Família

49 Desafios para a implantação da estratégia Saúde da Família

53 Agentes Comunitários de Saúde: valorização compatível com sua responsabilidade social

55 Introdutório à Saúde da Família: uma primeira etapa da educação permanente

59 Competências gerenciais do Cirurgião Dentista da Estratégia Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde

Editorial

RESPOSTA INSTITUCIONAL

Os pactos firmados entre os gestores públicos, para orientar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), representam garantias de sustentação das políticas que norteiam sua organização. Eles também indicam a ordem de necessidades que devem ser priorizadas por seus integrantes, para garantir as etapas seguintes, de implementação e avaliação destas políticas vigentes no país.

Destacam-se, nesta edição da Revista Saúde da Família, alguns aspectos da Gestão do Trabalho no SUS, sobretudo aqueles que tratam da Educação em Saúde e, mais precisamente, de sua aplicação no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, com ênfase nas iniciativas em desenvolvimento para apoiar a condução das estratégias relacionadas.

Importante ressaltar que dimensões próprias da Educação em Saúde estão estabelecidas no escopo da Política de Atenção Básica, de acordo com o referendado nos recentes Pactos de Gestão, em Defesa do SUS e em Defesa da Vida, como elementos indissociáveis a servirem como pontos de convergência para os projetos orientados à qualificação dos processos de trabalho em curso.

Os processos de formação devem estar vinculados às necessidades apontadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que exigem profissionais com capacidade de atuar nos diferentes subsetores, áreas e serviços de forma a contribuir para promover a melhoria dos indicadores de saúde e sociais em qualquer nível do Sistema.

Talvez pelas dificuldades reconhecidas no processo de implantação da estratégia Saúde da Família, reafirmados os consensos em torno dos seus componentes, o Ministério da Saúde tem priorizado essa dimensão relativa aos componentes humanos e se concentra nos planos de educação permanente para ampliar as perspectivas de participação dos atores envolvidos e, conseqüentemente, qualificar todas as instâncias que compõem este campo da atenção à saúde.

Nesta complexa estrutura que se constitui o SUS, torna-se premente apresentar respostas institucionais às demandas por qualificação, mobilizando recursos e apoios que valorizem as experiências com potencial de influir sobre os valores e práticas dos trabalhadores, de modo a proporcionar resultados efetivos sobre as condições de vida da população brasileira.

José Agenor Álvares da Silva
Ministro da Saúde

Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Do Movimento Sanitário à nova forma de tratar a comunidade



FOTO UFSC

UFSC

O médico, coordenador do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e consultor do Ministério da Saúde, Marco Aurélio Da Ros, é um apaixonado pelo trabalho que exerce junto ao Movimento Sanitário há mais de 30 anos. Sempre ensinando as pessoas a "se ligarem na vida" e promoverem a saúde ao invés de somente prevenirem as doenças, ele explicou a experiência de sucesso das residências multiprofissionais e em medicina de família em seu estado.

Integração

Conforme suas explicações, neste momento a área de Residência está separada em dois programas: um de Residência Multiprofissional em Saúde, e outro de Residência em Medicina da Família e Comunidade. "A idéia é fazer com que essas duas modalidades funcionem integradamente", pondera Da Ros, explicando que na primeira proposta da residência o modelo era esse. Com a Lei 11,129, foi criada a Residência na área profissional de saúde, separando, segundo ele, o médico dos demais. "Devido a isso, a regulamentação foi feita separadamente", conta.

"No Brasil, no ano de 2005 foram mais 480 novos residentes", contabiliza o consultor, sendo que os residentes recebem uma bolsa por dois anos de duração da residência. São 6 mil horas de formação em serviço.

Em um breve histórico da Residência Multiprofissional em Santa Catarina, Da Ros lembra que há trinta anos era "um delírio" pensar em medicina da família e comunidade e muito menos em ampliar esse modelo de formação para outras áreas profissionais.

Perfil da residência

Em 1999, as universidades do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Santa Catarina se reuniram e dessa reunião foi tirado um Termo de Referência de como deveria ser uma residência com esse perfil. O segundo passo foi a busca pelo financiamento que acabou terminando no ano de 2000, quando foi iniciado o programa de Residência Multiprofissional, com 24 residências simultaneamente em todo o país.



A partir de 2003, a primeira turma de residência começava o seu primeiro ano de trabalho. A partir de 2004, após a redefinição da política de saúde do ministério, começa-se a intenção de expandir o número de residências. "Nós temos um número claro em 2005 quando há um incremento de 480 vagas para residência multiprofissional na área da Saúde da Família", observa ele. Em 2006, o número de proposta ultrapassa a oferta de 2000 vagas/ano.

Proposta ampla e flexível

Numa avaliação de Da Ros, a residência não tem uma proposta única para todos os modelos que estão contemplados no Brasil. "Acho que ela tem uma proposta ampla e flexível e, juntamente com a Comissão de Residência Multiprofissional, pode-se pautar uma proposta um pouco mais direcionada". Segundo ele, um termo médio do que tem sido feito acaba sendo a residência de Santa Catarina. "Ela tem uma cara que, ao mesmo tempo que faz clínica também dá ênfase para os aspectos de promoção da saúde pública e, claramente, da Saúde da Família". Inclusive, relata com orgulho: "Temos quatro ex-residentes trabalhando no Ministério, na atenção básica, contribuindo para dar direção para a nova formação no Brasil inteiro".

Residência integrada

A ênfase é sobretudo no acolhimento, na visita domiciliar, nos trabalhos de grupos, na vigilância à saúde, no trabalho interdisciplinar e, aí, essas propostas transcendem ao atendimento clínico, embora eles também estejam sendo contemplados e supervisionados com grande qualidade. No entanto, o que há de novo são as propostas multiprofissionais. Trabalhamos com todas as profissões da residência integrada, observa.

Existe também uma preocupação com a parte específica. Tanto os outros profissionais quanto os médicos que fazem a residência têm

um espaço para a atenção clínica. Nessa parte específica, se tem supervisão clínica para os profissionais aprenderem o máximo da clínica nas 20 horas de trabalho semanais. Nas outras 20 horas restantes os residentes trabalham em interdisciplinaridade e também com grupos terapêuticos. Como são 60 horas semanais, estão incluídos no trabalho os plantões em emergência e reuniões noturnas com associação de moradores ou conselhos de saúde, além das aulas teóricas e discussões de casos comunitários. Ao todo são sete profissões. Além das três da Atenção Básica (médico, enfermeiro e odontólogo), tem-se ainda o psicólogo, o nutricionista, o farmacêutico e o assistente social.

Ligados na vida

Há ainda o trabalho com interconsulta e com grupos de promoção de saúde. Sobre os grupos de promoção de saúde Da Ros ensina que não se tratam de grupos de prevenção de doença. "São grupos formados com a intenção de ensinar as pessoas a se ligarem na vida. "Acho que a palavra de ordem é essa: se ligar na vida. Promoção de saúde transcende o biológico e as palavras mais relacionadas à promoção de saúde são cidadania, eqüidade, justiça social, objetivo na vida, solidariedade, trabalhar junto, diversão, felicidade", argumenta.

"Acho que a palavra de ordem é essa: se ligar na vida. Promoção de saúde transcende o biológico e as palavras mais relacionadas à promoção de saúde são cidadania, eqüidade, justiça social, objetivo na vida, solidariedade, trabalhar junto, diversão, felicidade"

Ele esclarece que esses grupos acabam lidando com bordado, organizando bailes, trabalhos comunitários em conjunto e se organizando para melhor se ligarem na vida. Como resultado disso se tem registrado uma significativa diminuição de todo tipo de doença. "Nesses grupos, a preocupação não é prevenir a doença, mas, de promover a saúde", insiste.

Nova realidade

Com relação à interconsulta, Da Ros explica que ela acontece em uma consulta normal quando por exemplo, o médico não dispõe de respostas para determinada doença e chama um residente de outra área, como da nutrição ou da psicologia, para trabalhar junto e achar as alternativas. Essa nova realidade é chamada por ele de "mudança de estilo de pensamento", onde o trabalho é interdisciplinar e leva em conta, além do modelo biológico tradicional, a saúde pública, a saúde mental, a possibilidade de outras racionalidades terapêuticas. "Estamos na busca dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) que são integralidade, eqüidade e universalidade", diz o médico Mauro Aurélio Da Ros.



Desafios mais próximos

Na opinião de Marco Aurélio Da Ros, há uma necessidade de muito grande de se ampliar o programa. O motivo ele revela de imediato: estamos trabalhando simultaneamente com mudança na graduação, com a necessidade de mudança na universidade para que elas formem novos profissionais com novos professores. Para formar novos professores, uma nova geração de residentes, que formarão os novos profissionais de ponta, foi criada a residência na UFSC nessa modalidade. "Isso está acontecendo com o Pró-Saúde que é o programa do Ministério da Saúde que muda inicialmente o currículo da medicina, da enfermagem e da odontologia", observa ele, apontando para uma ampliação que envolva a psicologia, a fisioterapia, a nutrição, a fonoaudiologia, a farmácia, o serviço social, a educação física, a terapia ocupacional e a veterinária "para um trabalho interdisciplinar".

Outro desafio ressaltado por Da Ros é a necessidade de que os gestores "aprendam a ser gestores que pensam no futuro" e percebam que o ensino tem tudo a ver com eles. "De alguma forma a gente tem que sensibilizar os gestores para isso", diagnostica.

Em terceiro lugar, aponta Marco Aurélio, está a necessidade de se fomentar de novo o controle social por intermédio de uma maior mobilização. Segundo ele, a idéia é trabalhar com quem está entusiasmado em fazer um novo aprendizado e valorizar o controle social para que a participação seja efetiva. "Temos que trabalhar de novo com a população, com mais informação sobre o plano de excelência em que está o SUS, corrigir a formação em todos os níveis e também mudar a postura da própria universidade. É necessário resgatar a ligação com as bases, que o movimento sanitário tinha com as organizações populares, com a educação na proposta freireana", defende.

Dinheiro para municípios com residentes

Um ponto destacado por Da Ros é o fato de que com a nova Portaria 649 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, Santa Catarina (também os outros estados que têm residência médica em saúde da família e comunidade) teve a aprovação de um recurso financeiro adicional para ser repassado aos municípios que tiverem residentes. "Para cada residente em medicina familiar e comunitária, o município recebe R$ 30 mil, e recebe ainda, R$ 100 mil por curso do Pró-Saúde (medicina, enfermagem e odontologia)".

Outros desafios

- Necessidade urgente de legitimar esta conquista do Movimento Sanitário para a construção do SUS, que são as residências multiprofissionais, sob a forma de decreto-lei que garanta o acompanhamento, a avaliação e a acreditação das residências que já existem;
- Ampliação do financiamento para as novas residências multiprofissionais em Saúde da Família, bem como as de Medicina da Família e Comunidade, garantindo a regularidade do mesmo para entradas anuais nos programas, na direção de formar quadros, tanto técnicos como especificamente para formar os novos profissionais da graduação com outro estilo de pensamento;
- Promover fóruns de troca de experiências objetivando a elaboração de um programa mínimo e de diretrizes curriculares para formação destas residências;
- Estimular a criação, por parte do MEC, de uma Secretaria Nacional de Residências, bem como uma comissão, que subordine as residências de todas as profissões da área de saúde;
- Atribuir à Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) o papel provisório de legitimar as residências de cada profissão da área da saúde (exceto a médica, neste momento) enquanto as categorias não se organizam em um conselho próprio;
- Promover a possibilidade de articulação entre as residências médicas e multiprofissionais, especialmente em áreas como Saúde da Família;
- Ampliar vagas financiadas para residências médicas e especialidades prioritárias para o SUS;



Residências Multiprofissionais em Saúde

Investimento na integralidade entre as 14 profissões

Influenciar na formação dos profissionais da saúde é uma das competências do SUS, conforme estabelece a Constituição Federal. Partindo deste preceito, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade pelo ordenamento da formação dos profissionais desta área.

Existe uma contradição entre os pressupostos e a grande maioria das práticas de saúde desenvolvidas no SUS nos diferentes âmbitos de atenção. Ainda que a integralidade seja uma das diretrizes e princípios do SUS, a maioria dos profissionais que atuam no sistema ainda é formada para um modelo assistencial privatista.

Formação diferenciada

Visando corrigir esta distorção, o Ministério da Saúde tem apoiado, por meio de parcerias, as Residências Multiprofissionais em Saúde. Estas residências contemplam uma formação diferenciada ao qualificar os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada em relação ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como na orientação terapêutica, no uso das tecnologias disponíveis ou a serem criadas, para o cuidado da vida, de acordo com as necessidades de saúde da população.

Esta modalidade de Residência, com a participação de diversas áreas profissionais, possibilita a troca sistemática e contínua entre saberes, assim como a construção coletiva de novos conhecimentos, sem que se perca as especificidades de cada núcleo profissional. Isto transcende a prática convencional de uma comunicação restrita e parcial entre pares e dá ferramentas aos profissionais para que eles enfrentem os problemas da saúde no país.

Esta estratégia levou a um longo processo de debate e negociação entre os ministérios da Educação e da Saúde, tendo como um dos principais resultados a Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, ambas no âmbito do Ministério da Educação.

Momento histórico

O fundamental e o grande momento histórico da residência multiprofissional é a lei, uma vez que ela garante que as outras 14 categorias da área de saúde possam fazer residência, comemora a consultora técnica do Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Laíse Andrade.

"Elas faziam especialização e não tinham reconhecimento", analisa ela. No caso da residência em Medicina da Família e Comunidade, "ela veio para ajudar a habilitar o profissional em trabalhar com as famílias". A Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade assegura que há um crescimento no número de médicos formados em Saúde da Família.

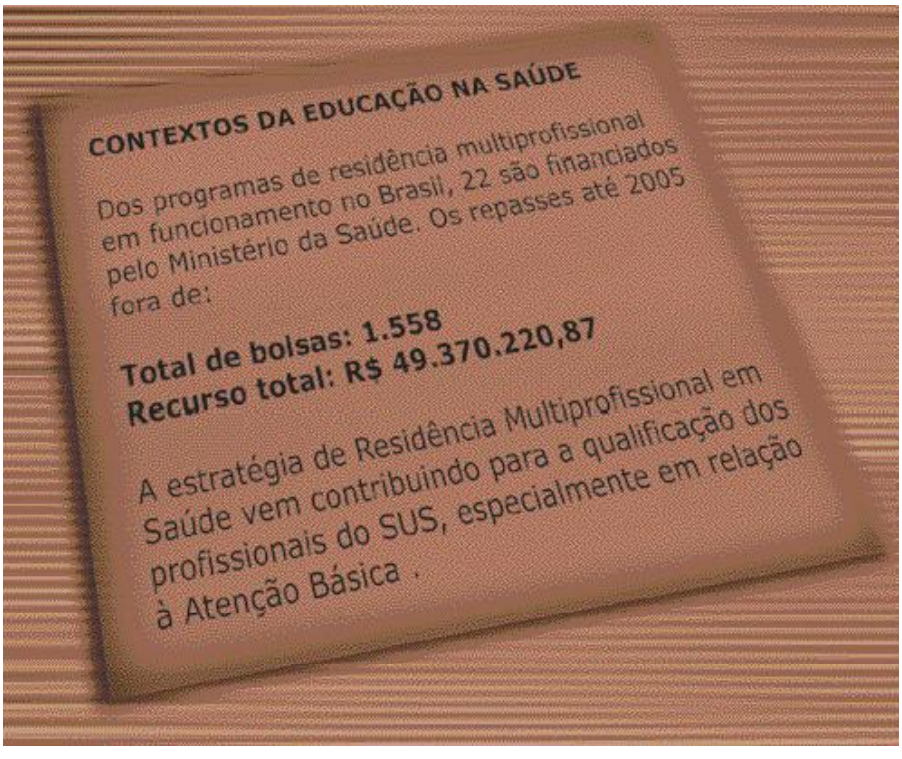
Pela lei ficou instituída a possibilidade de criação de programas de especialização em serviço para todas as profissões da saúde, tanto em modalidades uni como multiprofissionais, orientadas a atender necessidades prioritárias do SUS, como a Saúde da Família, a saúde mental, a saúde do idoso, entre outras.

O velho e o novo

Os novos e os já existentes programas de Residência em Área Profissional da Saúde serão regulamentados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em fase de implantação, sendo este um dos principais desafios a serem trabalhados.

Atualmente o Ministério da Saúde está investindo R$ 50 milhões na formação de 1.558 profissionais de saúde, em 22 programas de Residência em Área Profissional de Saúde.

A Residência Médica Multiprofissional dá a oportunidade ao jovem profissional que foi graduado na área de saúde de cumprir um cronograma de trabalho de 60 horas semanais (5.500 horas no final do curso) trabalhando em um projeto político-pedagógico da instituição universitária.



O trabalho é no sentido da resolução dos problemas. Para isso, o residente recebe uma bolsa de estudos.

Duas experiências bem-sucedidas: uma na Universidade Federal de Santa Catarina e outra na Universidade Federal da Bahia são exemplos de como estão os trabalhos nesta área de residência multiprofissional no país.

UF	Município	Programa/Instituição	Meta Física
BA	Salvador	Fundação de Apoio à Pesquisa e à Engenharia - FAPEX	24
CE	Sobral	Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral/SDSSS	53
MG	Montes Claros	Fundação de Apoio ao Des. de Ensino Superior do Norte de Minas - FADENOR	32
MG	Juiz de Fora	Fundação de Apoio e Desenvolvimento ao Ensino, Pesquisa e Extensão - FADEPE	21
MG	Juiz de Fora	Fundação de Apoio e Desenvolvimento ao Ensino, Pesquisa e Extensão - FADEPE	21
MG	Belo Horizonte	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa - FUNDEP	20
PE	Recife	Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP	18
PR	Curitiba	Universidade Federal do Paraná	20
PR	Curitiba	Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba	18
RJ	Rio de Janeiro	Prefeitura Municipal do RJ	386
RJ	Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde	401
RS	Porto alegre	Grupo Hosp. Conceição	60
RS	Porto alegre	Fundação Universitária de Cardiologia	135
SC	Florianópolis	Universidade Federal de Santa Catarina	22
SC	Blumenau	Univ. Regional de Blumenau	20
SE	Aracajú	Prefeitura Municipal de Aracajú	25
SP	São Paulo	Universidade Estadual Paulista - UNESP	12
SP	São Paulo	Fundação de Desenvolvimento Administrativo -FUNDAP	62
SP	Marília	Instituto UNI-FAMEMA/OSCIP	20
SP	Marília	Instituto UNI-FAMEMA/OSCIP	20
SP	Campinas	H. Munic. Mário Gatti	78
		TOTAL	1.558

Residência Multiprofissional em Saúde da Família na UFBA

Sotaque baiano por uma saúde integral



Em entrevista à Revista Saúde da Família, a coordenadora do Colegiado do Curso de Especialização em Medicina Social, Área de Concentração Saúde da Família, da Universidade Federal da Bahia, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, deu um panorama da realidade vivida por residentes, professores e comunidade no estado da Bahia, em que a busca pela educação permanente em saúde é um ideal de todos.

Saúde da Família - O que é o projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFBA? Qual é o principal conteúdo do Programa? De que forma ele se insere na filosofia da Educação Permanente em Saúde?

Ana Luiza Vilasbôas - A Residência Multiprofissional em Saúde da Família é um curso de especialização realizado de modo conjunto pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e pela Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, desde 1997. Seu objetivo principal é qualificar profissionais de saúde, de modo a desenvolverem competências para a execução e coordenação de práticas de saúde integrais, oportunas, contínuas e de qualidade, destinadas a territórios-populações delimitados no espaço de atuação da estratégia Saúde da Família. A concepção da vigilância da saúde, como modelo assistencial, é a base da organização tecnológica do processo de trabalho dos residentes e sobre a qual foram definidas as competências organizadas sob a forma de objetivos específicos.



Equipe de Promoção da Saúde e membros da comunidade: clientela que começa no indivíduo e se estende para a família.

Saúde da Família - Qual foi o argumento motivador para que as instituições executoras do curso começassem a desenvolver o programa da Residência Multiprofissional? Quais foram os seus propósitos a curto, médio e longo prazos?

Ana Luiza Vilasbôas - A Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi proposta como uma das atividades nucleares do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para os profissionais da Saúde da Família do Estado da Bahia, espaço de articulação inter-institucional conduzido, num primeiro momento, pela Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Universidade Federal da Bahia, por meio do Instituto de Saúde Coletiva e com os Departamentos de Saúde das Universidades Estaduais. Nos anos seguintes, outras instituições de ensino agregaram-se ao Pólo, a exemplo da Escola de Enfermagem da UFBA, da Universidade Católica do Salvador e da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências.

A oferta desse curso buscou atender às necessidades de formação de pessoal qualificado para atuar no processo de implantação do Programa Saúde da Família, em curso no Estado da Bahia e no Brasil. A formação de especialistas contribui para a qualificação do processo de implantação da estratégia Saúde da Família ao nível municipal, estadual e nacional, não só na execução direta das práticas individuais e coletivas de saúde para as comunidades assistidas bem

Para atingir os objetivos propostos, o curso tem duração de dois anos, em regime de tempo integral, com 60 horas semanais distribuídas em atividades clínicas, educativas e de saúde coletiva, realizadas em Salvador e em municípios do interior do Estado que estejam implantando a estratégia Saúde da Família

O formato do curso, sob a forma de uma Residência, tem como eixo pedagógico o processo de trabalho de equipes Saúde da Família e das coordenações responsáveis pela gestão da Saúde da Família nos níveis municipal e estadual. Assim, o curso é desenhado de modo a articular a teoria com a prática dos alunos, mediante supervisão específica (por categoria profissional) e processual (por equipe multiprofissional de residentes) nos locais onde os alunos estão inseridos (unidades de saúde da família, unidades de referência, coordenações municipais e estadual de atenção básica) e encontros semanais sob a forma de sessões tutoriais de clínica da família e saúde coletiva, para os alunos do primeiro ano, e de seminários temáticos para os alunos do segundo ano.

Nessa perspectiva, o curso assume pressupostos da Educação Permanente, na medida em que o trabalho concreto das equipes e das coordenações de Saúde da Família é o espaço de ensino-aprendizagem dos residentes e dos profissionais que interagem em suas atividades diárias. Essa interação provoca um processo circular de ação-reflexão-ação que é compartilhado, de modo variável, entre residentes e equipes, contribuindo para a construção de soluções para os problemas identificados.

como na coordenação e gestão da implementação dessa política nas três esferas administrativas que compõem o SUS.

O curso tem participado e contribuído para a produção de tecnologias assistenciais e gerenciais para apoiar a implantação da Saúde da Família no estado. Entre tais iniciativas, destacam-se o Manual de Treinamento Introdutório para equipes Saúde da Família, os Protocolos de Atenção Básica, a Certificação de equipes Saúde da Família, instrumentos de supervisão para equipes Saúde da Família, Manual de Abordagem do Alcoolismo e Programação da Atenção Básica.

Saúde da Família - A quem o Programa beneficia? Quais são as instituições partícipes? Há parcerias com outras instituições? Quais são as fontes de recursos do Programa?

Ana Luiza Vilasbôas - Atualmente, o Programa beneficia profissionais egressos da graduação de enfermagem e odontologia. Entre 1997 e 1999, o curso ofereceu vagas para graduados de medicina, enfermagem, odontologia, serviço social, nutrição e psicologia. Em 2001, incorporou alunos de farmácia. Em 2003, graduados de fisioterapia. Em 2004, as vagas foram para alunos oriundos dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia. Em 2006, por força da Lei 1.129, não abriu vagas para médicos.

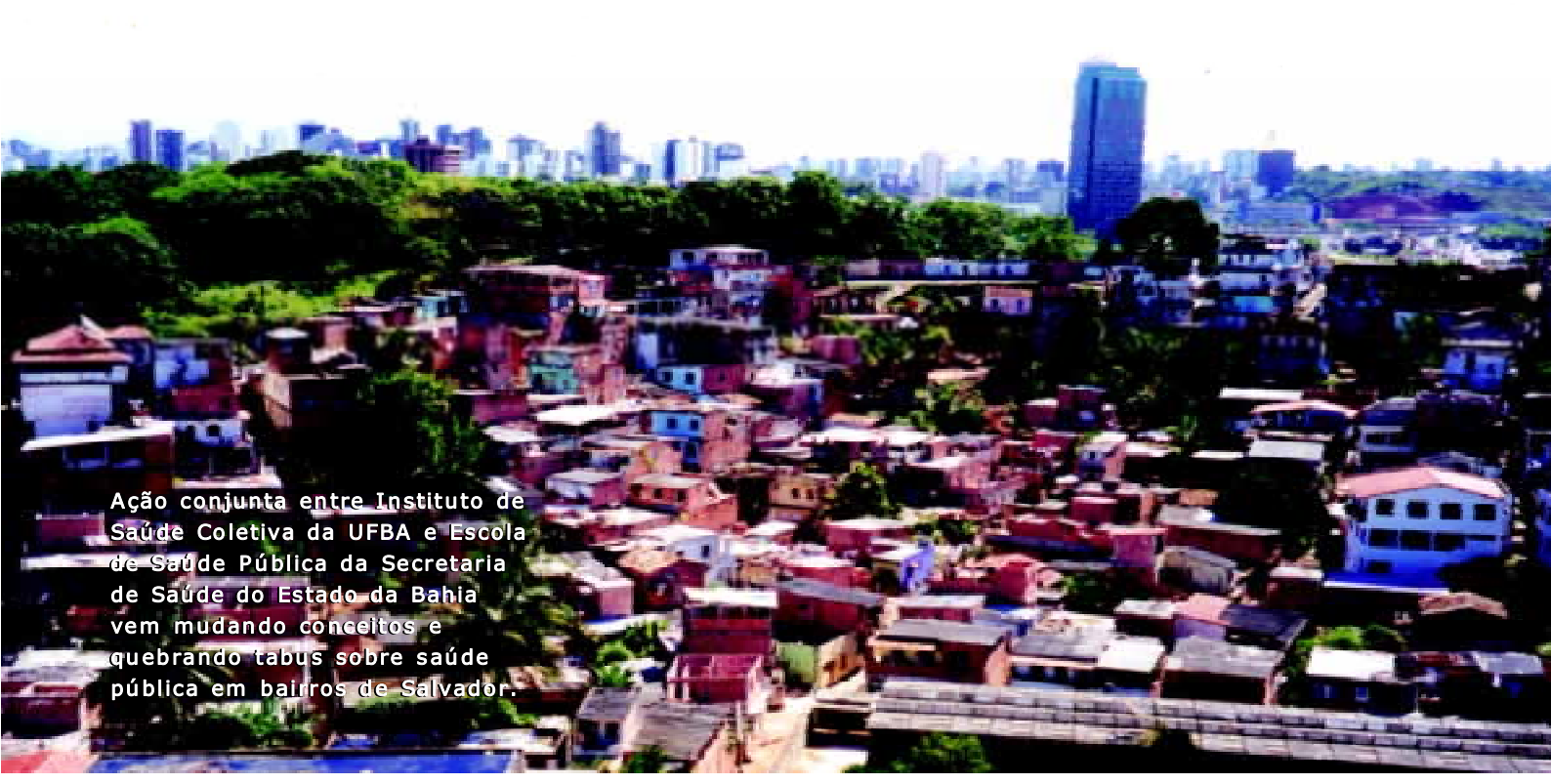
O Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e a Escola Estadual de Saúde Pública da SESAB são as instituições executoras do curso. Os alunos fazem jus a uma bolsa no mesmo valor da bolsa da Residência Médica, paga pela SESAB, que também contribui com parte da manutenção do curso. A UFBA coloca à disposição dos alunos recursos bibliográficos e acesso à micro-informática para o melhor desempenho de suas atividades, além de salas de aula. Os docentes do Curso, todos com curso de mestrado ou doutorado, pertencem aos quadros do Instituto de Saúde Coletiva, de outras unidades acadêmicas da UFBA e da Escola Estadual de Saúde Pública.

Atualmente, as práticas dos residentes têm sido realizadas em municípios integrantes do PROESF e na Coordenação Estadual da Atenção Básica. Os municípios do interior do estado assumem as despesas de alimentação, deslocamento e hospedagem.

Desde 2002, o Ministério da Saúde contribui com recursos financeiros para a manutenção das atividades do curso. Entre 2002 e 2004, mediante um contrato oriundo de recursos do Projeto REFORSUS. Em julho de 2004, a

Mural de fotos expressa o alto grau de comprometimento das equipes Saúde da Família.





Ação conjunta entre Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia vem mudando conceitos e quebrando tabus sobre saúde pública em bairros de Salvador.

SGTES aprovou convênio e repassou recursos financeiros para o apoio às atividades do curso, com duração bienal.

Saúde da Família - Quantos residentes já foram formados? Onde estão atuando?

Ana Luiza Vilasbôas - Entre 1997 e fevereiro de 2006, foram formados 171 residentes. Os egressos têm sido contratados por secretarias municipais de saúde e pela secretaria estadual de saúde para funções de coordenação da implantação da estratégia Saúde da Família. Outros egressos atuam nas equipes Saúde da Família.

Saúde da Família - Quais são as expectativas futuras para o curso e os desafios a serem superados?

Ana Luiza Vilasbôas - Entendemos que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família é uma estratégia essencial para a formação de profissionais que possam atuar de modo competente e crítico no processo de consolidação da estratégia Saúde da Família como eixo orientador da organização da Atenção Básica no Brasil. Na situação particular do nosso curso, estamos nos empenhando para associar a formação desses profissionais a um processo estruturado de produção de tecnologias e conhecimentos que possam contribuir para a superação de certos desafios postos para a Atenção Básica. Por exemplo, a introdução de mecanismos permanentes de melhoria contínua da qualidade técnico-científica das ações realizadas pelas equipes locais e o fortalecimento da gestão dos processos de trabalho pelo uso intensivo de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação.

Esperamos, assim, estreitar nossos laços de cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde e com a coordenação estadual para institucionalizar a integração entre formação e produção técnico-científica no campo da Atenção Básica no Estado da Bahia.

Entre os desafios a serem superados é essencial um pacto tripartite para assegurar fontes de financiamento estáveis para esse tipo de formação. E, muito importante, será a institucionalização de mecanismos de certificação/acreditação das Residências Multiprofissionais de Saúde, processo que está sendo conduzido no Ministério da Saúde.

Desde 2002, a coordenação do curso tem desenvolvido um processo sistemático de avaliação do curso, mediante a aplicação de instrumentos individuais e anônimos, preenchidos pelos alunos sobre a infra-estrutura e funcionamento do curso, com destaque para as questões pedagógicas e da relação ensino-serviço. Os resultados são apresentados ao final de cada ano letivo no seminário anual de avaliação e programação, o que tem contribuído para modificar estratégias pedagógicas, a exemplo da introdução das sessões tutoriais em saúde coletiva, rompendo o recorte disciplinar anterior.

Pessoa, Família e Comunidade

O triângulo da medicina de família e comunidade

Reconhecida internacionalmente como a especialização médica de excelência da Atenção Básica à Saúde, a Residência em Medicina de Família e Comunidade, no Brasil, surge pioneiramente em 1976, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com o nome de Programa de Residência em Medicina Integral. Quinze anos depois, a Comissão Nacional de Residência Médica regulamenta o programa e adota o nome de Medicina Geral Comunitária, mas só em 2001 a terminologia, que ainda hoje é utilizada, ganha força com o nome de Medicina de Família e Comunidade, relata a professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Maria Inez Padula, também presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica com foco privilegiado na atenção primária em saúde, e na atenção básica, como é conhecida no Brasil e, em conseqüência, é considerada estratégica na conformação dos sistemas de saúde. A prática desta medicina parte de um primeiro contato para cuidar de forma integral e coordenada da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário.



O médico de família está de volta?

A medicina de família e comunidade não significa o simples retorno do "médico de família" antigo. O novo médico de família incorpora os progressos da ciência e os avanços da tecnologia, ao mesmo tempo em que recupera o aspecto humano da medicina e cria vínculos com o paciente. A professora esclarece que a valorização do médico de família começou há alguns anos, impulsionada pela estratégia Saúde da Família e a idéia é que as pessoas voltem a ter um médico que seja referência na vida familiar e que acompanhe o histórico de avós, pais e filhos.

O médico de família encaminha o paciente, quando necessário, aos centros de referência do sistema de saúde, mas cabe a ele, no entanto, a coordenação da atenção prestada pelos outros níveis de atenção. Diversos estudos asseguram que o manejo adequado de 50 diagnósticos resolve a maioria dos problemas de saúde da população de uma determinada região. Embora freqüentes, esses diagnósticos nem sempre são de fácil manejo e exigem muitas vezes alto grau de complexidade para serem solucionados.Mas sem os outros níveis do sistema funcionando de

Objetivos da medicina de família e comunidade

• Atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicosocial do processo saúde-adoecimento.

• Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde no nível individual e coletivo.

• Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde.

• Coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo.

• Atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de sexo ou faixa etária.

• Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico.

• Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, da família e da comunidade.

forma adequada, a medicina de família e comunidade não se sustenta e vice-versa, complementa Maria Inez Padula.

Qualidade e custo

Vários estudos indicam que os médicos de família pedem menos exames que os especialistas, justamente porque conhecem melhor os seus pacientes. Qualidade e custo são palavras-chave quando se trata de medicina de família e comunidade. O acompanhamento integral pode evitar medicamentos e tratamentos desnecessários, além de baratear alguns custos. "Um grande número de problemas de saúde está relacionado ao fato de um mesmo paciente se tratar com vários profissionais, que muitas vezes não se comunicam e baseiam sua abordagem na prescrição de exames e medicamentos", diz Maria Inez Padula. Quando existe um médico fazendo essa coordenação e dialogando com as outras especialidades, muitos tratamentos, remédios e até mesmo consultas são evitados, completa a professora.

Programas de residência

A formação de profissionais da saúde é uma questão estratégica não só no Brasil, mas em países que tem uma política estruturada de atenção básica à saúde. A residência em medicina de família e comunidade não tem como objetivo suprir insuficiências do curso de graduação. Seu objetivo é possibilitar o aperfeiçoamento técnico-científico e o amadurecimento profissional de práticas de assistência integral à saúde. A expectativa da universidade e da área de serviços de saúde é que o residente, ao se formar, converta-se de fato em agente de mudança no campo da saúde, recusando-se a assumir o papel de mero prestador de serviços, subserviente aos interesses do mercado ou de projetos reducionistas e pacotes restritivos de medicina pobre para pobre.

Maria Inez explica que o egresso da residência não deve dominar apenas a teoria das doenças mas seja capaz de entender e lidar de forma responsável e competente com a saúde das pessoas, com a saúde da família e da sociedade, a partir do paradigma da integralidade. Além disso, complementa, ele deve valorizar a relação médico-paciente e entender a importância do trabalho em equipe e da participação individual e comunitária nas questões de saúde, dentre outras ações que fazem parte do trabalho da estratégia Saúde da Família.

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade está em todas as regiões do país. Para este ano existem 50 instituições que estão atuando, com um total de 908 vagas credenciadas para o primeiro e segundo ano de residência, conforme dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde, mas a tendência é de crescimento, de acordo com a Comissão Nacional de Residência Médica que, no momento, analisa inúmeros pedidos de credenciamento.

Programas de formação

Além da residência em medicina de saúde da família e comunidade, o MS financia outros programas de formação que já estão em desenvolvimento. O investimento na educação continuada dos profissionais de saúde, com efeito multiplicador, é um dos pontos fortes do processo adotado em vários municípios brasileiros.

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Estado	Município	Instituição	Vagas Credenciadas
AC	Rio Branco	Fundação Hospitalar Estadual do Acre	12
AL	Maceió	Hosp.Universitário Prof. Alberto Antunes (UFAL)	4
AM	Manaus	Hospital Getúlio Vargas (UFAM)	20
BA	Salvador	Hospital Municipal Dr. Esaú Matos	8
CE	Fortaleza	Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social	76
CE	Fortaleza	Hospital Universitário Walter Cantídio	20
CE	Sobral	Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social	24
DF	Sobradinho	Hospital Regional de Sobradinho (FHDF)	8
MG	Contagem	Hospital Municipal José Lucas Filho	20
MG	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens	24
MG	Juiz de Fora	Hospital Universitário (UFJF)	14
MG	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano	6
MG	Montes Claros	Hospital Universitário Clemente Faria (UEMC)	32
PE	Recife	Universidade Federal de Pernambuco (HC)	8
PE	Camaragibe	Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)	6
PR	Curitiba	Hospital Universitário Cajuru (PUC)	16
PR	Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	10
RJ	Teresópolis	Hospital de Clínicas - Serra dos Órgãos	12
RJ	Duque de Caxias	Secretaria Municipal de Duque de Caxias	20
RJ	Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro (Fac.Med.Petrópolis)	4
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Central do Exército	20
RJ	Niterói	Hospital Universitário Antonio Pedro (UFF)	4
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ)	20
RN	Natal	Hospital Maternidade Ana Bezerra (UFRN)	10
RN	Natal	Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN)	8
RS	Santa Rosa	Universidade de Ujuí	4
RS	Pelotas	Hospital São Francisco de Paula (Univ. Católica)	4
RS	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	6
RS	Porto Alegre	Centro de Saúde Escola Murialdo	60
RS	Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição	116
RS	Porto Alegre	Universidade Luterana do Brasil	8
RS	Passo Fundo	Hospital da Cidade de Passo Fundo	6
RS	Rio Grande	Hospital Dr.Miguel Riet C Junior (FURG)	4
RS	Caxias do Sul	Hospital Geral de Caxias do Sul	8
SC	Joinville	Hospital Municipal São José de Joinville	8
SP	Botucatu	Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)	20
SP	Campinas	Hospital Municipal Mário Gatti	8
SP	Campinas	Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp)	12
SP	Campinas	Hospital e Maternidade Dr.Celso Pierrô (PUC)	6
SP	Jundiaí	Faculdade de Medicina de Jundiaí	8
SP	Niterói	Policlínica Comunitária Dr.Sérgio Arouca	8
SP	Ribeirão Preto	Hosp. das Clínicas da Fac. Medicina RP (USP)	20
SP	São Paulo	Casa de Saúde Santa Marcelina	32
SP	São Paulo	Faculdade de Medicina da USP	24
SP	São Paulo	Faculdade de Medicina de Santo Amaro	6
SP	São Paulo	Hospital Geral de Pedreira	6
SP	São Paulo	Hosp. Municipal Prof.DR.Alípio Correa Netto	8
SP	São Paulo	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de SP	16
SP	São Paulo	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	16
SP	São José Rio Preto	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	8



A Revolução da Telemedicina

Alternativa para a expansão da estratégia Saúde da Família

Telepatologia, telecirurgia, redes de TeleSaúde, telediagnóstico por imagem e videoconferências de educação em saúde on-line. Até bem pouco tempo esses termos soavam estranhos. Agora, as conexões em fibra ótica, via satélite, cabos coaxiais e links de rádio tornaram tudo isso possível, relativamente barato e de fácil acesso. Usada na área da medicina e no atendimento à comunidades isoladas, a telemedicina propicia uma abrangência de cobertura de programas como a estratégia Saúde da Família e dá condições de que suas ações na atenção básica se multipliquem.

Conhecimento multiplicado

Exemplo disso é o projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à Atenção Básica proposto pelo Ministério da Saúde como forma de melhor qualificar o atendimento do SUS e multiplicar o conhecimento médico, ao mesmo tempo em que oferece, por meio da disseminação da segunda opinião médica, um diagnóstico mais seguro via interconexão dos Departamentos de Medicina das universidades em rede. Na opinião do secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS, Francisco Campos, o "casamento" do Ministério com a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), na utilização dos 20 hospitais universitários, "é por interesse duplo". Segundo ele, "tanto interessa à RUTE não ter salas de teleconferência vazias como interessa ao Ministério da Saúde ter outros recursos colocados dentro desse projeto".

Em lugares tão diferentes e distantes um do outro como o Ceará, o Amazonas, Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo estão sendo gestados projetos de telemedicina que se propõem a chegar até o mais desassistido dos vilarejos com uma possibilidade de medicina que dê dignidade e ofereça tratamento e cura. Todos têm o mesmo propósito: que as tecnologias aplicadas à medicina possibilitem que a prática médica chegue às localidades mais longínquas, se propaguem e tragam benefícios àqueles que não têm essa oportunidade.

Segunda opinião

Tendo sua origem ligada à corrida espacial na década de 60, quando as funções vitais dos astronautas eram monitoradas pela agências espaciais americana e soviética, a telemedicina é, hoje, praticada em hospitais (públicos, particulares e universitários) e instituições de saúde com diversos objetivos: obter diferentes referências, trocar informações, conseguir uma segunda opinião médica, e na assistência a pacientes crônicos, idosos e gestantes, além da telecirurgia. Outra possibilidade é a teleeducação a distância para atualizar profissionais que atuam em regiões mais afastadas.



Rede de TeleSaúde prioriza atenção básica e inicia educação permanente em oito pólos

Amazonas, Pernambuco, Ceará, Goiás, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Estes são os oito pólos em que há intercâmbio na área da telemedicina e TeleSaúde proposto pelo Ministério da Saúde ainda em 2006. Além desse projeto: Telemedicina em apoio à Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, o ministério tem uma série de programas e projetos voltados para a formação. No entendimento do secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Francisco Campos, há "uma urgência saudável" para que o projeto da telemedicina prospere. "Ele tem a idéia de protencialização, sincronia de esforços e sustentabilidade", destaca.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde acredita que a formação, o desenvolvimento e a educação permanente dos trabalhadores da saúde é fundamental para qualificar a atenção à saúde prestada à população.

Eixos estruturantes

Como eixos estruturantes das ações de educação na saúde, tem-se a articulação entre as áreas da Saúde e da Educação, trabalhando juntos para promover as mudanças que irão adequar a formação profissional às necessidades do SUS (Portaria Interministerial nº 2.118 de 3/11/2005); o fortalecimento da relação entre instituições de ensino e pesquisa e instâncias de gestão do SUS, com a criação da Rede de Ensino para a Gestão estratégica do SUS (REGE SUS) que vem atuando no estabelecimento de parcerias e apoio aos processos formativos das Escolas de Saúde Públicas, instituições públicas de ensino superior na área de Saúde Coletiva, com foco na gestão estratégica, formação de pessoal e pesquisa no campo da gestão; a educação permanente como parte essencial da política de formação e do desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS; a TeleSaúde, cujo projeto tem a metodologia inovadora de teleducação interativa na base da capacitação das equipes Saúde da Família, e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), uma iniciativa conjunta dos ministérios da Saúde e Educação para aproximar as instituições de ensino superior e os serviços de saúde.

Mudanças na graduação

No caso do Pró-Saúde, que envolve mudanças na graduação, colocando o profissional de saúde junto às necessidade de saúde da população, a intenção é que, por meio desta articulação, as necessidades dos serviços possam influir no perfil dos profissionais a serem formados, aos mesmo tempo em que o conhecimento acadêmico possa transformar as práticas dos serviços de saúde, melhorando a

qualidade da atenção (Portaria Interministerial nº 2.101 de 3/11/2005). O Pró-Saúde envolveu inicialmente as profissões que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família: medicina, enfermagem e odontologia.

Pós-graduação

No nível da pós-graduação, onde a intenção é promover a adequação do perfil dos profissionais às necessidades do SUS, o Ministério da Saúde atua para ampliar a formação de especialistas com ênfase na Atenção Básica à Saúde, condição necessária para a ampliação da cobertura da Saúde da Família e aumento da resolubilidade no SUS. Entre os projetos que também vamos conhecer estão a Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família (Rede MAES), a Residência em Medicina de Família e Comunidade, a Residência Multiprofissional e a formação para gestão dos serviços e do sistema de Saúde.

A política do Ministério da Saúde para cursos de graduação na área da saúde envolve investimentos em mudanças na formação em nível de graduação dos profissionais de saúde. Para isso, a exigência é que o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social nas instituições de ensino superior deve ser buscado permanentemente. A meta a ser atingida propõe que a sintonia entre a formação profissional e o SUS possa aprimorar a qualidade dos serviços prestados, tornando cada um deles mais humanos e integrais, além de representar a médio prazo uma melhoria da relação custo-eficácia do sistema por evitar exames e tratamentos desnecessários.

Nesse sentido, os ministérios da Educação e da Saúde também firmaram outra parceria, assinando em novembro de 2005, a Portaria Interministerial nº 2.118 que estabelece cooperação técnica entre ambos para lidar com as questões de formação de pessoal para a saúde.

Entre as ações de educação na saúde do MS, com vistas a estimular mudanças na formação, estão: motivação, suporte técnico ampliado, ambiente nacional de discussão e apoio a mudança institucional. Várias ações estão em curso para lidar com esse cenário, entre elas o VER-SUS/Brasil - Vivências e Estágios na Realidade do SUS. Esta ação faz parte de uma estratégia do MS e do movimento estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estudantes universitários

O projeto VER-SUS/Brasil destina-se aos estudantes universitários dos 14 cursos da área de saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Também é prevista a possibilidade de participação limitada de estudantes universitários de outros cursos e de outros países.



BH TeleSaúde dá exemplo de como incorporar conteúdos à formação de profissionais de saúde

Existe uma discussão mundial sobre o uso da terminologia da área de telemedicina, um campo muito novo em que se utiliza tecnologia de informação combinada com medicina. Na verdade, o projeto de TeleSaúde não se limita ao uso da medicina, ele incorpora outras áreas do conhecimento como odontologia, enfermagem, e outras da saúde. No cenário mundial hoje é aceito o termo *e-saúde* do inglês *e-health*, que é mais abrangente e incorpora todos os termos conhecidos neste campo.

Significa a aplicação de tecnologia de informação e comunicação em todas as áreas da saúde, ou seja, uma consultoria, uma segunda opinião, uma tele-educação. Neste contexto pode-se realizar capacitação, cirurgia, monitoramento à distância, além de ações de saúde para a população.

Pequena História

A idéia de um projeto no campo do e-saúde surgiu em 2001, ao se firmar uma parceria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O primeiro financiamento veio em 2003, já com um modelo desenhado que estabelecia uma ligação entre a Universidade e a Atenção Básica. A partir de abril de 2004, este projeto começou a ser experimentado no município de Belo Horizonte e abrangeu 14 centros de saúde, hoje unidades básicas de saúde. Belo Horizonte tem 139 unidades de saúde, das quais 125 implantaram o projeto.

Estamos no meio do processo e temos a rede TeleSaúde em 60 unidades, diz a coordenadora do Centro de TeleSaúde do Hospital das Clínicas/UFMG, professora Beatriz. O que o projeto faz é telemedicina, teleenfermagem, teleodontologia. "Uma conexão de sucesso não só entre o Hospital das Clínicas e a Secretaria Municipal de Saúde, mas inserindo também as faculdades de medicina, de odontologia, a escola de enfermagem e, agora, a de farmácia, psicologia e fisioterapia, formando um grande centro integrado de *e-saúde* na Universidade Federal de Minas Gerais, com a ação muito focada nas atividades das equipes Saúde da Família, já que nosso alvo são os profissionais da Atenção Básica", explica.

No mundo acadêmico, o projeto traz inovações também. Os professores e especialistas têm que raciocinar com o modelo da Atenção Básica e as experiências saem da universidade para alcançar a realidade do meio ambiente



e sócio-cultural onde atuarão, pois os alunos de hoje serão médicos da estratégia Saúde da Família amanhã.

A parceria não se limita ao município de Belo Horizonte. A Universidade Federal de Minas Gerais está desenvolvendo o Minas Telecardio, um projeto de telecardiologia, por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde. Este modelo de *e-saúde* tem aplicação em todos os níveis de governo: município, estado e governo federal.

Experiência nacional e internacional

A experiência de Belo Horizonte é reconhecida como uma das grandes demonstrações nacionais. Em 2005, ela foi levada para quase todos os eventos e grupos de discussão nacionais com a participação de especialistas, estudiosos, profissionais, gestores e alunos brasileiros e de outros países. Na América Latina existem muitas experiências semelhantes como no México, Peru, Argentina, Colômbia, Panamá, Costa Rica. Esta posição internacionalizada se estendeu a Luxemburgo em evento com a participação de 50 países, sendo considerado um projeto do Ministério da Saúde de grande repercussão internacional.





Exemplo de atendimento em teleenfermagem

A saúde vai ao interior

A capacitação dos profissionais médicos, sob a perspectiva do trabalho em equipes Saúde da Família, pautada na priorização da Atenção Básica, foi o ponto impulsionador do projeto. De um lado registra-se uma demanda extensa para uma oferta de vagas de residência de medicina de saúde da família e comunidade ainda restrita em termos nacionais e, de outro lado, muitos médicos recém-formados vão para o interior e exercem uma prática excelente em termos de atenção básica, mas ficam isolados sob o ponto de vista da atualização de conhecimentos.

O projeto BH TeleSaúde vem preencher esta lacuna reduzindo este isolamento e é um canal facilitador para a capacitação desses profissionais e para fazer com que possa ser praticada uma medicina que atenda as regiões mais isoladas.

A professora Beatriz diz que se tem trabalhado intensamente na capacitação e também na necessidade diária dos profissionais. O início desse trabalho, conta ela, se deu em Belo Horizonte junto aos profissionais da equipe Saúde da Família da UFMG e do Hospital das Clínicas. Tudo com apoio de especialistas que tiram dúvidas on-line, via computador. De outra forma, discussões mais pontuais são resolvidas off-line e palestras nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia são dadas a fim reforçar o conhecimento a partir das próprias Unidades Básicas de Saúde.

Para a professora Beatriz, embora esteja sendo "bem aceito" e tenha "foco na capacitação dos profissionais da rede básica", a implantação é um processo e, a cada mês, "mais centros de saúde vão conectando e interagindo", sendo a enfermagem a área que chegou a ser campeã com 150 profissionais participando. O princípio é o mesmo para as três áreas: resolução de dúvidas cotidiana e discussões de casos clínicos semelhantes que ajudam a melhorar o atendimento de outros parecidos.

O forte da capacitação

Com vistas a apoiar as equipes de Saúde da Família dos municípios selecionados, as entidades parceiras – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade de Uberlândia (UFU), Universidade do Triângulo Mineiro (UFTM), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – constituíram a Rede Mineira de Telecardiologia, para prestar atendimento a distância via internet. Nesses locais estão sendo disponibilizados um microcomputador com eletro o que significa um plantão de

cardiologia 24 horas a distância. Para a ação há o revezamento das universidades consorciadas.

Segundo a professora Beatriz, neste projeto se está tendo condições de oferecer "algo mais" do que só o eletrocardiograma. "Nós estamos utilizando a mesma tecnologia no BH TeleSaúde, com toda a possibilidade de capacitação das equipes Saúde da Família, dos municípios de interação on line e off line".

Internato Rural na Atenção Básica

Em paralelo a esse projeto, os mineiros convivem, já fazem três décadas, com outra iniciativa bem-sucedida: o internato rural. No estado existem municípios que recebem os alunos da UFMG no programa de internato rural. No caso, os alunos de medicina do último ano de graduação ficam três meses inseridos na Atenção Básica dos municípios. Várias dessas localidades celebram convênios com a UFMG também para outras modalidades, como, por exemplo, enfermagem, odontologia, educação física e psicologia.

De acordo com os gestores do programa, uma porcentagem dos municípios do Minas Telecárdio coincidem com os municípios do internato rural. A intenção é apoiar estes alunos desses municípios, o que é facilitado pela maior interação existente com os professores. Ganham os estudantes e também a Atenção Básica. Ao todo, 82 municípios serão beneficiados, sendo que 22 estão em fase de testes de conexão à internet. Neste início de trabalho, duas palestras foram realizadas em maio com qualidade e participação de profissionais da localidade e de outra cidade.

Cooperação internacional

Um exemplo do sucesso das iniciativas do grupo de Minas Gerais no intercâmbio com outros países é o acordo de cooperação internacional firmado em 1999 com o Centro Hospitalar da Universidade de Rouen, na França.

Com este hospital são realizadas rotineiramente vídeoconferências que servem aos interessados do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte sobre estudos de casos e outros procedimentos que envolvem a Atenção Básica. Quando as palestras são sobre esses temas, o sistema transmite direto para os Centros de Saúde.

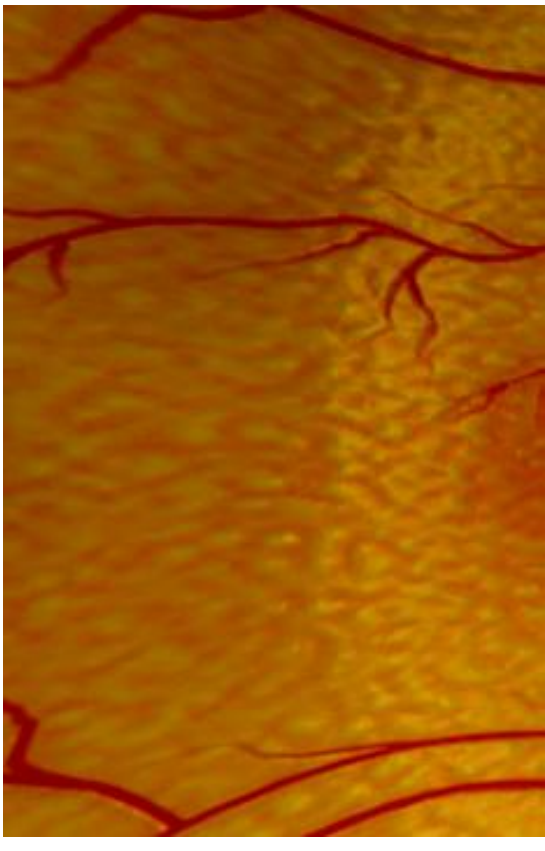


Caminho para o Futuro



Programa de Ação Integrada de Saúde da USP

Estágio Rural Multiprofissional e Telemedicina de Baixo Custo



Presente à cerimônia de lançamento da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), no Rio de Janeiro, para apresentação do case: Programa de Ação Integrada de Saúde da Universidade de São Paulo (USP): Estágio Rural Multiprofissional, Jovem Doutor e Telemedicina de Baixo Custo, o professor e coordenador-geral da Disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da USP, Chao Lung Wen, era um dos convidados mais esperados.

Na agenda de sua "aula" estavam os temas da telemedicina como parte da solução para o isolamento de comunidades e profissionais em locais como a Amazônia e a demanda crescente dos subúrbios das grandes metrópoles. Outra prova da criatividade das equipes da Universidade de São Paulo, orquestradas pelos professores György Miklós Böhm e Chao Wen, é o Homem Virtual, uma espécie de "quadro negro holográfico" que utiliza um "corpo humano virtual" para o ensino da medicina, também foi tema do debate.

Com exclusividade, o professor Chao Wen falou com a Revista Brasileira Saúde da Família, para explicar de que forma suas iniciativas beneficiam as pessoas e como elas tangenciam com os projetos do Ministério da Saúde como a estratégia Saúde da Família.

Muito à vontade depois da apresentação de sua palestra e da repercussão dos temas sobre a platéia, o professor Chao fez a ligação do seu trabalho na USP com a Atenção Básica/Saúde da Família e explicou que o trabalho desenvolvido na Faculdade de Medicina da USP faz três usos da tecnologia.

"O telemedicina de alta performance, que é o chamado uso da videoconferência para interiorização rápida de grande perfomance", conta ele, dizendo que a idéia é que, em cada estado, as suas principais representações universitárias se interligassem para elaborar estratégias de abordagens e de saúde.

Depois, enumera, a FMUSP trabalha em um segundo nível que é baseado em internet de banda larga, como é feito no Programa BH TeleSaúde, da UFMG. "Os centros de saúde e outras unidades podem se comunicar sem precisar ter um equipamento muito caro", comemora.

A Era do Homem Virtual

Por último e "mais interessante para a Saúde da Família em pontos isolados", descreve Chao, está o uso apenas da internet. "Nessa modalidade se usa a internet, uma máquina fotográfica, enfim, materiais baratos". O professor Chao ensina que na USP foi desenvolvido o que passou a ser conhecido como o "laboratório virtual e tutor eletrônico". Segundo ele, esse laboratório virtual permite que o médico, em um ponto





isolado, como a Amazônia, consiga esclarecer suas dúvidas com médicos das capitais usando a internet por linha discada.

Por sua vez, o tutor eletrônico permite aos médicos que eles continuem a sua atualização profissional mesmo em pontos isolados.

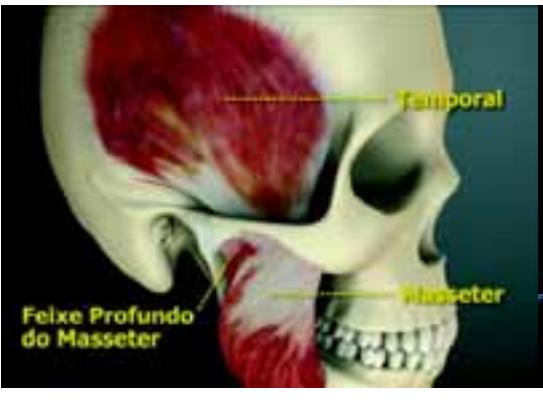
A convicção do professor Chao é de que quando se oferece essas estruturas mínimas ao médico "o governo consegue reter esse profissional na localidade porque ele não tem mais a sensação de estar isolado". Economia em todos os sentidos.

Foco na Atenção Básica

Por outro lado, enfatiza o professor, a Atenção Básica não é só para cidades isoladas. As periferias de grandes centros urbanos também são "cidades isoladas", às vezes, com 400 mil pessoas ou mais. Para Chao, tendo como premissa a questão da Atenção Básica/Saúde da Família, a FMUSP vai atuar para pontos isolados, levando saúde, porém, atuando com empenho nas periferias das grandes cidades usando essa média tecnologia, que é a *web-conference*. "Assim, pode se integrar toda a rede de unidades básicas de saúde entre si, formando um círculo completo com o Ministério da Saúde".

O professor defende como prioritário o trabalho sincronizado entre o MS e o MEC de forma que, ao mesmo tempo, se trata da doença e se forma uma nova geração de alunos que conhecem como preservar a saúde e vão ser os defensores da saúde na sua comunidade.

No caso do Homem Virtual, Chao também identifica aspectos que o aproximam positivamente da abordagem da Atenção Básica. "O Homem Virtual significa a transformação do conhecimento específico médico numa linguagem muito simples que qualquer um consegue entender. Meio pelo qual se consegue transmitir o conhecimento mesmo para pessoas não alfabetizadas. Para desenvolver o Homem Virtual temos que ter todo esse cuidado e fazer entender corretamente de forma simples", define o professor Chao Lung Wen, para quem esta é uma das grandes ferramentas para se fazer a democratização do conhecimento.







A experiência do Ceará



Uma verdadeira aula de pioneirismo em telemedicina no Ceará

No Ceará, essa nova experiência com um Projeto de Telemedicina formando futuros professores mostra, de fato, que é possível beneficiar a comunidade. Tudo isso está nas mãos de um cirurgião, pioneiro e desbravador do árido sertão da tecnologia: o médico e professor universitário Luiz Roberto de Oliveira.

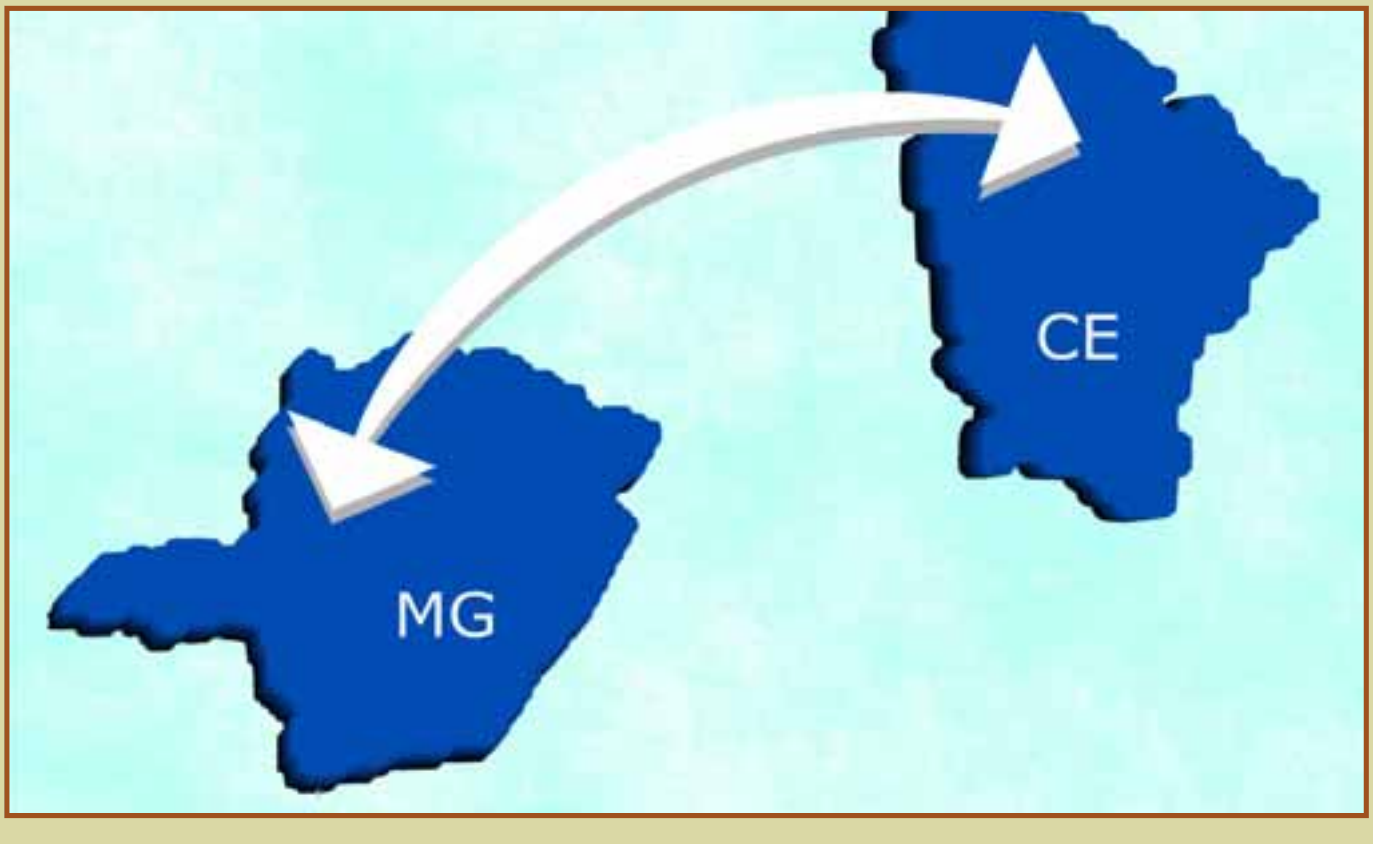
Em maio, duas salas de aula: uma na Universidade Federal do Ceará (UFC) e outra na Universidade de Fortaleza (Unifor) foram conectadas em rede à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), distante quase três mil quilômetros. O objetivo: promover uma videoconferência para troca de experiências sobre o projeto BH TeleSaúde, a fim de subsidiar a criação de mais um pólo da Rede Universitária de Telemedicina. A idéia de Luiz de Oliveira começava a dar frutos: a partir dessa parceria, com apoio do Ministério da Saúde e da Rede Universitária de Telemedicina, a Universidade do Ceará estava finalmente integrada ao eixo das instituições-pólo que dispõem dessa tecnologia.

Conexão de Sucesso

O projeto de telemedicina mineiro – base de inspiração para o projeto cearense – é fruto da parceria do Hospital das Clínicas da UFMG com a prefeitura da capital do estado. Nas três platéias, médicos, professores de medicina, representantes das secretarias municipais de Saúde de Fortaleza e Belo Horizonte e alunos. Duas televisões, uma câmera de vídeo, um monitor de áudio e um microcomputador foram as ferramentas usadas nos três pontos.

"As parcerias do Projeto de Telemedicina do Ceará também começam a se ampliar e já contam com a simpatia da secretaria municipal de saúde de Fortaleza, por intermédio da assessora Ivana de Castro", comemora o professor Oliveira.

A expectativa de Luiz Roberto Oliveira é que, a partir do início do segundo semestre de 2006,



Videoconferência em plena ação



já esteja promovendo as primeiras videoconferências educativas com cidades do interior do estado do Ceará.

A premissa de Luiz Roberto é simples: desenvolvimento de ações na área de telemedicina e TeleSaúde para mudar o quadro da saúde no estado, racionalizando tempo e custos, além de dar oportunidade de acesso aos diagnósticos e à cura a milhares de pessoas que, de outro modo, não teriam como se tratar.

Interiorização do ensino

Temos pensado em utilizar o fato da Universidade Federal do Ceará ter interiorizado o ensino da medicina, criando uma Escola de Saúde em Barbalha e em Sobral, para criar uma intranet entre essas três unidades de ensino médico e a partir dessa intranet começarmos a nos ligar a pólos da Secretaria de Saúde tanto do estado quanto do município para o desenvolvimento de ações na área de telemedicina e TeleSaúde, declarou.

Segundo o professor, essas ações que se utilizam de tecnologia de comunicação são cada vez mais necessárias porque permitem não só melhorar a qualidade como também a racionalização do atendimento e dos gastos na área da saúde. "Uma quantidade muito grande de pacientes hoje precisa ser transferida para determinados atendimentos em determinadas especialidades na área da saúde e isso onera o sistema", garante.

Com ações de telemedicina, defende ele, "nós podemos diminuir muito essas transferências, até porque muitas delas são feitas desnecessariamente, naquilo que chamamos ambulancioterapia". Na área da cardiologia isso é bem conhecido, diz ele, lembrando que há uma quantidade imensa também de pacientes que ficam esperando um tempo desnecessário para um atendimento especializado "quando esse atendimento poderia ser agilizado por meio de ações de segunda opinião médica, de apoio à decisão e até de controle remoto".

Monitorização à distância

Existe ainda uma quantidade expressiva de pacientes que poderiam ser monitorados à distância de uma forma melhor e com tecnologia relativamente barata.

"A gente, às vezes, até se surpreende quando esse binômio: 'melhorar a qualidade com economia' é colocado conjuntamente como se isso fosse impossível".

TeleSaúde terá Sipam como parceiro para garantir atendimento médico e treinamento na Amazônia Legal



Antenas V-Sat do Sipam podem contribuir com a educação permanente em saúde, a integração nacional e a expansão da SF.

Entre as parcerias estratégicas de integração nacional e desenvolvimento regional está a realizada com o Sistema de Proteção da Amazônia (Sipam). Presente ao longo de mais de 5 mil km de fronteira com sete países andinos (Bolívia, Peru, Colômbia Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa), a região da Amazônia Legal integra nove estados (Amazonas, Pará, Rondônia, Acre, Roraima, Amapá, Maranhão, Tocantins e Mato Grosso).

Um dos grandes problemas para o atendimento em comunidades no interior da chamada Amazônia Legal é a grande distância entre elas e os centros urbanos. Nesse contexto, onde as vias de acesso são rios, as viagens entre vilarejos e cidades levam semanas, a tecnologia e o uso da telemedicina facilitam a cobertura da Saúde da Família.

Outro problema na área de saúde da região é o número reduzido de profissionais de saúde. Para o diretor técnico e operacional do Sipam, Roberto Ventura, ações de TeleSaúde e telemedicina servem para atenuar essa falta e beneficiar as comunidades mais isoladas.

Voz e dados

O Sipam tem instalado na Amazônia em torno de 700 antenas que permitem recepção de voz e também de dados. E algumas dessas antenas do Programa de TeleSáude e Telemedicina do Sipam recebem também imagens. Dessa forma, o sistema tem condições de transmitir um vídeo, um filme ou, até mesmo, uma conferência sobre determinado assunto.

Com relação ao TeleSáude e Telemedicina, o Sipam atua com base em três eixos principais. O primeiro eixo são os equipamentos, que foram adquiridos no âmbito do projeto para possibilitar uma segunda opinião médica, ajudando no diagnóstico, como respirômetros e eletrocardiogramas, e por meio dos meios de comunicação do Sipam. O dado obtido por esse equipamento é enviado para um hospital para essa segunda opinião médica.

Vertente Educacional

A outra vertente é mais educacional. Nela, se evidencia a capacitação médica onde, por intermédio desse sistema de telecomunicação de vídeo, é possibilitada a transmissão de aulas de vídeos médicos especializados e voltados exclusivamente para esses profissionais que vivem mais isolados.

Medicina educativa

A terceira linha do Programa, considerada "a mais importante e a mais prioritária" é a medicina educativa. A medicina que estamos pensando é a direcionada às populações locais, centrada especialmente na saúde da mulher, na saúde do idoso, na saúde bucal, na leishmaniose, na malária, na hanseníase e na imunização. Isso será mais efetivo com a criação de um meio de comunicação direto com a população para o esclarecimento sobre essas várias questões às equipes SF e aos agentes comunitários de saúde.

Ventura considera ser essa vertente a mais importante porque essa é uma população que carece de mais informações. Nesse sentido, a aparelhagem do Sipam pode passar vídeos educativos e conferências. "O canal que chamamos de vídeo é unidirecional. Ou seja, as pessoas vão ver alguém dando a conferência, mas, o canal de voz é bidirecional, dando a oportunidade de que haja uma interação", esclarece.

Programa Sipam

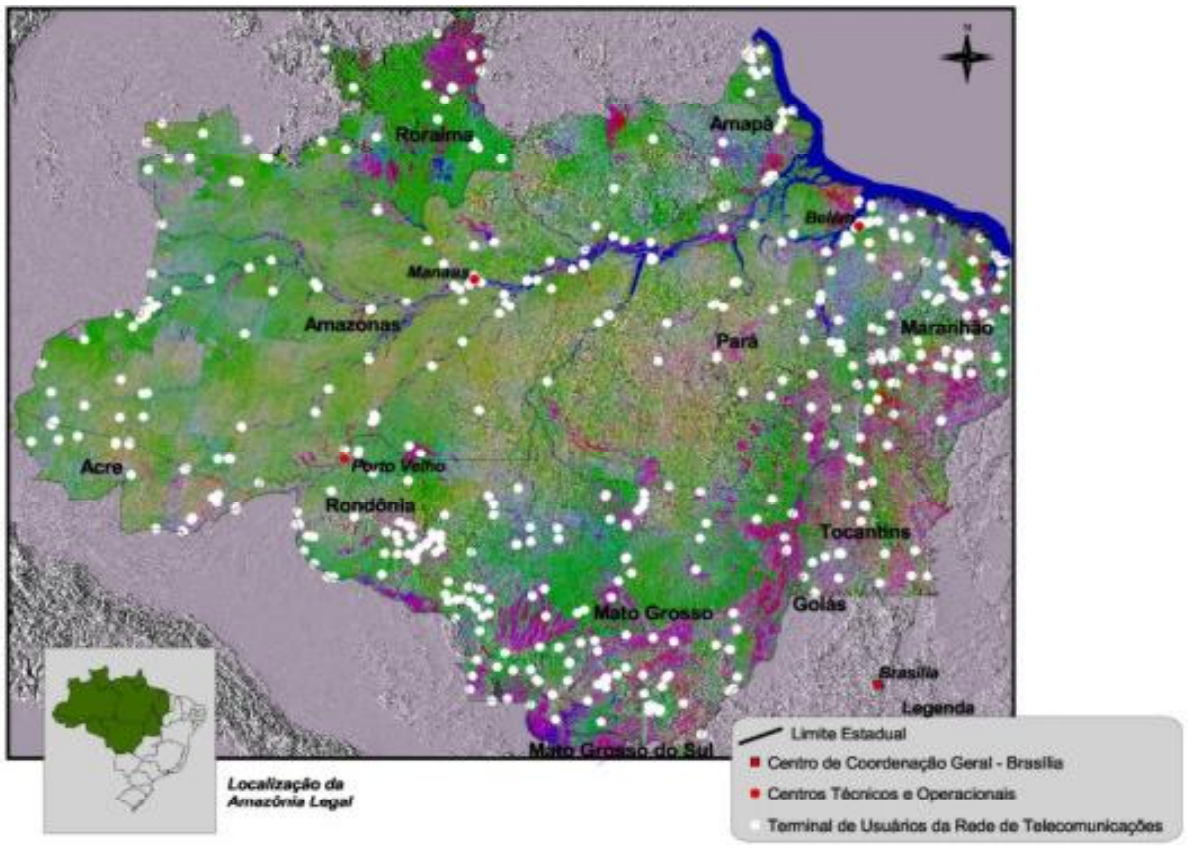
Para Ventura, talvez esse seja o momento ideal para uma reestruturação dos princípios do programa herdado pelo Sipam, com a convocação também da área médica. Nesse caso, ele destaca dois pontos: (a) a gestão das V-Sat (antenas de comunicação do Sipam), apesar de a questão tecnológica não ser um fim em si mesma; (b) o Projeto de Integração do Alto Solimões, onde procura-se integrar teleeducação, telemedicina para populações e conferências e palestras sobre gestão pública para prefeitos, secretários, administradores".

Capacitação para gestores

Ele explica que não vê solução para a telemedicina que esteja desvinculada de outras questões como teleeducação e capacitação para gestores públicos, por exemplo. "Esse é um projeto-piloto do Sipam, e que eu espero que traga bastante resultado".

Do ponto de vista do que se chama segunda opinião médica, foram instaladas 22 sistemas na Amazônia, em várias instituições tanto na área de fronteira como em hospitais.

Terminais de Usuários da Rede de Telecomunicações do SIPAM na Amazônia Legal



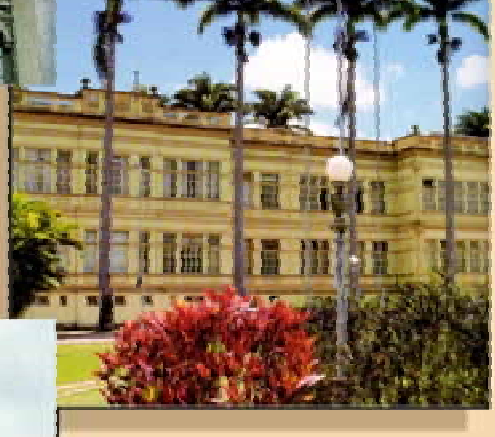
Os 700 terminais de usuários espalhados pela Amazônia Legal: cobertura instantânea com canais de voz e imagem

REDE UNIDA











A contribuição da Rede Unida para a qualificação da Saúde da Família

Marcio José de Almeida[1]
Luciana Alves Pereira[2]
Laura Feuerwerker[3]

Como entidade presente e ativa do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a REDE UNIDA há 21 anos reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com o movimento de mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde eqüitativo e eficaz com forte participação social. É entidade componente do Fórum da Reforma Sanitária e do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS). Sua principal idéia força é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, numa modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos. Em virtude de uma intensa atividade de análise, reflexão e proposição de diretrizes e políticas nas áreas de saúde e de educação, a REDE é hoje uma interlocutora reconhecida nacionalmente.

A Rede em todo Brasil

A REDE UNIDA tem associados distribuídos em todas as regiões do Brasil, entre membros individuais e institucionais. Projetos de integração docente-assistencial, projetos UNI e outros projetos inovadores na área de formação e da prestação de serviços, associações comunitárias, ONGs são membros da Rede. A secretaria executiva, atualmente em Londrina-PR, procura dinamizar as relações entre os membros, propondo debates e intervenções sobre questões relevantes das políticas de saúde e de educação.

A REDE vem investindo na construção de propostas inovadoras nessa área, onde novas relações de parceria e de colaboração são consideradas elemento essencial para as mudanças que se pretende implementar. Por intermédio dos seus membros, a REDE tanto promove quanto participa ativamente de eventos em vários segmentos, para difusão de seu ideário. Desse modo, busca potencializar a capacidade de produzir mudanças, transformando esforços isolados em movimentos articulados, com maior potencial de ação.

Agenda estratégica

Suas atividades são orientadas por sua Agenda Estratégica, organizada em quatro eixos de ação, intrinsecamente relacionados: 1- Mudança na Formação de Profissionais de Saúde; 2- Educação Permanente em Saúde; 3- Articulação & Parceria; e 4) Fomento à Produção de Conhecimento. Em torno de cada eixo se operacionalizam ações e organizam grupos de trabalho, nos quais atores de diferentes partes do País se integram por interesse ao trabalho desenvolvido.

[1]médico, professor e coordenador do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina. Coordenador da Rede UNIDA. Doutor em Saúde Pública/USP

[2]fisioterapeuta, diretora executiva da Rede UNIDA. Doutoranda em Saúde Coletiva/IMS-UERJ

[3]médica, professora da Universidade Federal Fluminense, membro do Conselho Consultivo da Rede UNIDA, Doutora em Saúde Pública/USP.

A REDE é uma proposta de trabalho coletivo, uma contribuição para uma nova maneira de articular sujeitos diversos e produzir transformações, de criar contextos externos mais favoráveis aos processos de mudança. Para isso, é necessário que os sujeitos se articulem a partir da necessidade de enfrentar problemas concretos e comuns, para que a ação articulada traga um produto que não pode ser obtido isoladamente.

A transformação das práticas e a reorientação dos desenhos organizativos da atenção à saúde são elementos prioritários à construção da integralidade e da qualificação do cuidado à saúde e, portanto, essenciais à consolidação do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, devem se constituir num dos eixos orientadores fundamentais na produção de políticas de educação para o SUS.

A educação permanente reconhece que cada trabalhador tem seus valores e conceitos sobre práticas de saúde. Reconhece que numa unidade de saúde tem projetos convivendo e disputando permanentemente. A resultante depende do tipo de relação que se estabelece ali entre os diferentes atores envolvidos.

Educação permanente é estratégia potente

Considerando a natureza do trabalho em saúde, que envolve a utilização de diferentes tipos de tecnologias e está baseada no estabelecimento de relações intersubjetivas entre trabalhador e usuário, e o fato de que as unidades de saúde e as equipes de Saúde da Família constituem-se em palcos de disputa entre diferentes projetos de organização do trabalho e da atenção à saúde – nos quais dirigentes, trabalhadores e usuários cumprem papel ativo – a educação permanente em saúde revela-se uma estratégia potente para interferir na micropolítica do trabalho em saúde.

A educação permanente reconhece que cada trabalhador tem seus valores e conceitos a respeito das práticas de saúde. Reconhece que numa unidade de saúde existem diferentes projetos convivendo e disputando permanentemente. A resultante, o modo como a atenção à saúde é produzida em cada unidade, depende do tipo de relação que se estabelece ali entre os diferentes atores envolvidos.

A Saúde da Família como estratégia de organização dos serviços vem demonstrando capacidade de aumentar a resolutividade dos serviços, diminuindo a procura por serviços hospitalares e promovendo a melhoria nos indicadores de saúde nas cidades brasileiras onde está atuante. Desse modo, vem se constituindo numa nova forma de ver e trabalhar com a saúde. No entanto, uma das dificuldades importantes para sua ampliação e consolidação é a insuficiência/inexistência de profissionais formados com o perfil, competências e habilidades necessárias para sua efetiva implementação.

Desde a sua implantação como estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção básica no Brasil, a Saúde da Família conquista cada vez mais espaço e destaque nos processos de formação de profissionais de saúde. Muitas escolas/cursos das diferentes profissões estão desenvolvendo experiências nesse campo e enfrentando muitos problemas. O trabalho articulado em parceria nos cenários diversificados ainda é um tema crítico e prioritário a ser trabalhado. Os gestores do SUS, por outro lado, estão convencidos de que a mudança na formação faz parte de sua agenda política, mas também não têm acumulação nesse tipo de construção e operacionalização.

Questões vitais

Os desafios estão nos "comos": como incluir o ensino na rede contribuindo para melhorar a qualidade e a resolutividade dos serviços? Como fazer com que os gestores não sejam "engolidos" pela demanda assistencial e invistam tempo, energia e recursos para o desenvolvimento de inovações? Como fazer para que os docentes e os estudantes se incorporem efetivamente no trabalho

nos cenários diversificados? Como melhorar a infra-estrutura dos serviços de saúde? Como trabalhar nos cenários reais de produção da saúde de maneira interessante e mobilizadora para os estudantes? Como valorizar o trabalho de ensino nos serviços de saúde? Como articular efetivamente teoria e prática e clínica e saúde coletiva e atenção e vigilância em saúde nesses espaços?

As questões levantadas estão na ordem do dia para a efetivação de uma política pública que impulsione a mudança na graduação em saúde. Sistematizar e aprofundar o debate, a produção de conhecimentos e a socialização das experiências, além de promover articulações políticas que favoreçam o enfrentamento dos problemas e dificuldades são as ações propostas para a agenda estratégica da Rede.

Da reflexão ao debate, da proposta à ação, dificuldades, avanços e desafios para a Saúde da Família são apresentados no cotidiano do trabalho da REDE e de todos os atores sociais comprometidos com a consolidação do SUS resolutivo, humanizado e de qualidade a todos os cidadãos

Formação é prioridade da Rede

Nesta perspectiva, a formação de profissionais e o desenvolvimento de trabalho da Saúde da Família se constituem como uma das prioridades para a REDE. O IV Congresso Nacional da Rede UNIDA realizado em 2001, em Londrina-PR, reuniu cerca de 400 trabalhos. Entre eles, vários relacionados às experiências desenvolvidas na Saúde da Família.

Em 2003, agregada à realização da 5ª edição do Congresso da Rede, foi realizada a II Mostra Paranaense de Produção em Saúde da Família. Dos 504 trabalhos apresentados, 30,3% (152) foram inscritos na temática Saúde da Família, reforçando a importância que o tema ganha a cada ano nas áreas da educação e da saúde. Vale lembrar que a primeira edição da Mostra Paranaense também contou com o apoio da Rede para a sua realização em 2001.

No VI Congresso Nacional da Rede UNIDA realizado em Belo Horizonte-MG em julho de 2005, foi realizada a I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais. Além das várias atividades relacionadas diretamente à Mostra, dos 1.148 trabalhos apresentados, 175 foram inscritos neste tema. Outros trabalhos desenvolvidos pelas equipes de Saúde da Família também foram apresentados nas demais temáticas do congresso.

A sétima edição do Congresso Nacional da Rede UNIDA, realizada de 15 a 18 de julho de 2006, em Curitiba-PR, novamente mostra a força e a relevância da temática. A III Mostra Paranaense de Saúde da Família reuniu 241 dos 1266 trabalhos aprovados.

Saúde da Família é foco da Rede

Dessa forma, a Saúde da Família é tema que permeia os quatro eixos da agenda estratégica da REDE. No primeiro, pelo destaque que possui no movimento de mudança na formação de profissionais de saúde. No segundo, pela potencialidade da educação permanente como estratégia para organização do processo de trabalho e formação de profissionais de saúde. No terceiro, pelo fortalecimento da articulação e parceira entre formação e serviços, entre gestores, educadores, trabalhadores e usuários. Por fim, na produção de conhecimento, todos os produtos dos congressos e eventos da REDE UNIDA, onde a Saúde da Família se configura como um dos eixos de maior relevância.

Da reflexão ao debate, da proposta à ação, dificuldades, avanços e desafios para a Saúde da Família são apresentados no cotidiano do trabalho da REDE e de todos os atores sociais comprometidos com a consolidação do SUS resolutivo, humanizado e de qualidade a todos os cidadãos.

Saiba mais sobre a REDE em www.redeunida.org.br

Rede Unida faz sugestões para Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área de Saúde

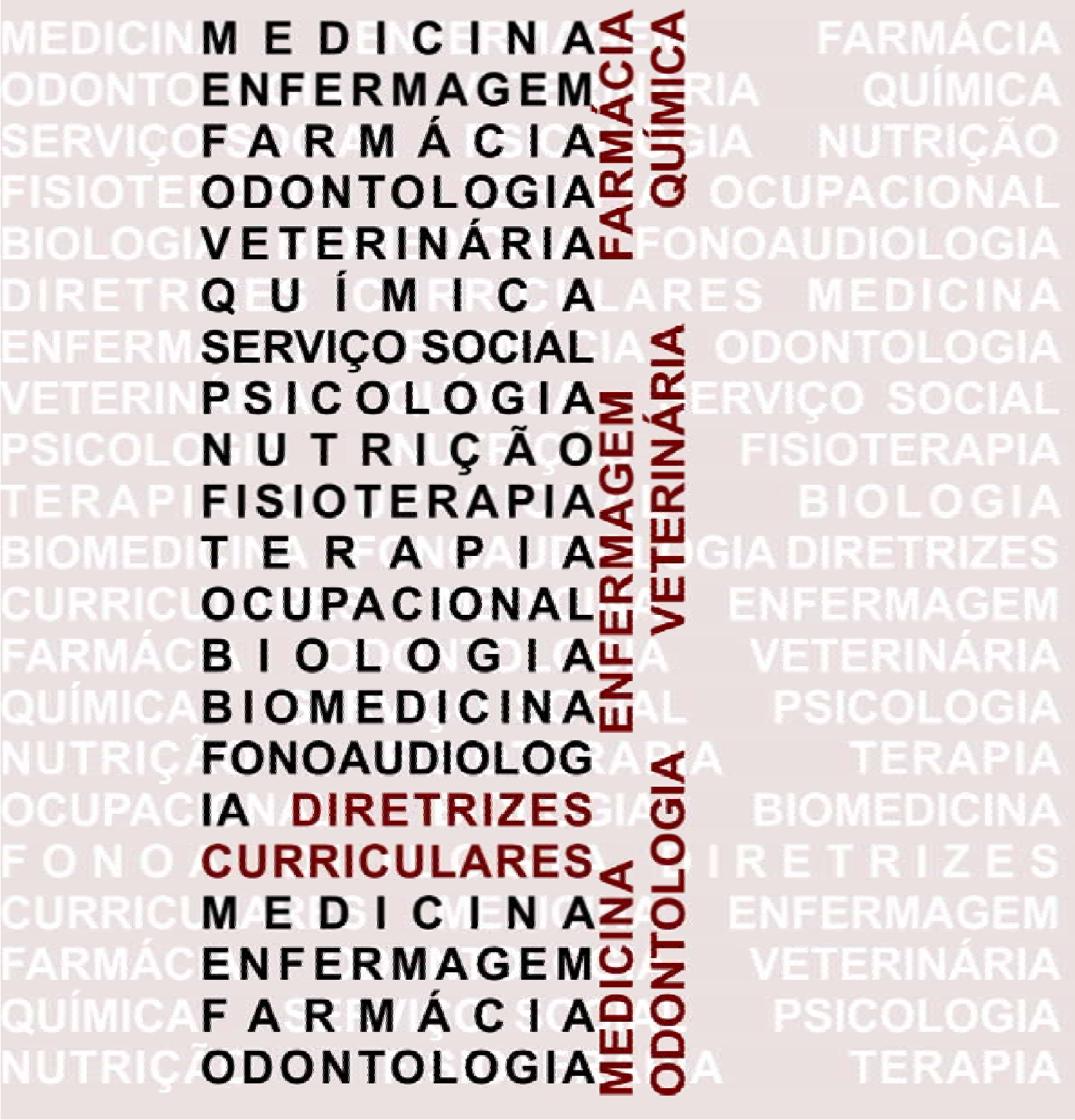
Atendendo a convite do Ministério da Educação, a REDE UNIDA elaborou uma série de propostas que considera fundamentais como contribuição para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área de Saúde. A proposta que teve a contribuição de inúmeros associados, além de outros estudiosos, foi sistematizada com a colaboração de consultores especializados no campo da formação de profissionais da saúde.

De acordo com Boletim da REDE UNIDA, as diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde no século XXI indicam que todos os profissionais deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade, promovendo-se a saúde para todos. Estas competências devem cobrir os seguintes campos:

- ***Atenção à saúde:*** *os profissionais de saúde, dentro do seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto ao nível individual, quanto coletivo. Cada profissional deve buscar assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida), tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato médico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo.*
- ***Tomada de decisões:*** *o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para esse fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.*
- ***Comunicação:*** *os profissionais de saúde devem ser acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Devem também estar capacitados a interagir e articular-se com outros profissionais de saúde. Devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura.*
- ***Liderança:*** *no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.*
- ***Administração e Gerenciamento:*** *os profissionais devem estar preparados a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, da mesma forma que devem estar preparados para serem gestores, empregadores ou exercer lideranças na equipe de saúde.*
- ***Educação Permanente:*** *os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática profissional. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.*

Para que os profissionais de saúde tenham as competências aqui citadas, é fundamental que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde contemplem os seguintes princípios:

- flexibilidade de currículos, que devem ser fundamentados no humanismo
- integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, selecionados em bases epidemiológicas e orientados para os problemas mais relevantes da sociedade
- integração da pesquisa e ensino
- equilíbrio entre teoria e prática
- diversificação de cenários de aprendizagem
- educação centrada no aluno, visto como sujeito dos processos de ensino-aprendizagem, implicando no uso de metodologias ativas
- avaliação formativa, baseada nas competências cognitivas, afetivas e psicomotoras do aluno
- terminalidade do curso, garantindo a formação geral do .
- profissional





A decisão conjunta da SGTES e SAS foi fundamental para criar a Rede MAES+ (Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Grandes Municípios)

Um estudo apresentado, no ano passado, no Seminário "Experiências Municipais – Contextos e Processos de Cooperação em Rede" revelou que a expansão da estratégia Saúde da Família vem ocorrendo de forma mais ágil em municípios de pequeno e médio portes. O trabalho destaca a importância do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) como fundamental para fortalecer a estratégia também em grandes centros urbanos, estrutrurado sobre três pilares básicos: a adequação da rede física; a capacitação das equipes e a avaliação permanente.

Neste cenário, há cerca de um ano, é formatada a primeira concepção da Rede MAES+ para possibilitar o avanço nos processos de cooperação em um circuito de relações institucionais que envolvem diferentes instituições de ensino e secretarias municipais de saúde compromissadas com a capacitação e especialização de trabalhadores da Saúde da Família em grandes centros urbanos.

Agilidade e acessibilidade

Na visão dos especialistas, acadêmicos e estudiosos do tema, o processo educacional deve ser integrado ao processo de trabalho, viabilizando a própria estratégia Saúde da Família como um todo.É indispensável que esse processo se dê o mais rapidamente e seja acessível a todos simultaneamente. O que se busca – acreditam eles – são combinações entre momentos de concentração das atividades de aprendizagem com momentos de atuação nos próprios serviços, além do uso de tecnologias de educação à distância. Esse mesmo processo – afirmam – deve adaptar-se *a posteriori* para atender à contínua demanda de atualização do conhecimento e evolução tecnológica, perfazendo uma transição para um verdadeiro processo de educação permanente para as equipes de saúde.

Segundo este relato, alguns fatores foram identificados como obstáculos ainda ao desenvolvimento do componente capacitação das equipes e são fortes pontos de reflexão. Dentre eles, destacam-se:

- As instituições acadêmicas que muitas vezes lidam com um processo de educação permanente no qual não são as necessidades de saúde que determinam as competências. No início dessa cadeia, há o predomínio, em geral, de determinações do mercado de trabalho.
- A oferta educacional tradicional não costuma acolher a especialização de profissionais em serviço, em razão da incompatibilidade de horários e da forma usual de seleção, baseada em mérito acadêmico e alheia às especificidades no conjunto de suas ações.
- A reprodução de práticas consolidadas é indesejável. O que se quer é a formatação de práticas desejáveis, o que demanda o desenvolvimento de novas competências docentes que valorizem a abordagem integral.
- A centralidade do trabalho em equipe, o que exige um tratamento educacional das áreas de intersecção entre profissões e ocupações diversas e, portanto, de tratamento mais complexo do que aquelas destinadas a clientelas homogêneas.
- A heterogeneidade dos profissionais-estudantes que não se restringe ao aspecto da multiprofissionalidade, uma vez que o processo de implantação da Saúde da Família costuma, em seu início, ser baseado na reconversão de profissionais já absorvidos pelos serviços e formados sob o enfoque da especialidade e da segmentação do processo de trabalho.
- As diferenças de cultura institucional entre as instituições de serviço e as acadêmicas. As primeiras convivem com demandas cruciais com atendimento imediato, como, por exemplo, a inexistência de profissionais para a implantação massiva da estratégia Saúde da Família. As academias lidam sobretudo com demandas futuras com a possibilidade de utilizar longos períodos para desenvolver, consolidar e avalias os seus processos.

Agora, o desafio de conquistar mais cidades

Entrevista com o médico Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, coordenador da Rede MAES

Saúde da Família – Qual o principal desafio da Rede MAES para a formação de profissionais de saúde?

Raphael Aguiar – Não é fato novo que a estratégia Saúde da Família precisa consolidar a sua expansão nas grandes cidades, o que está acontecendo mais intensamente desde a implantação do PROESF. Este é o grande desafio. Na verdade, a grande expansão se deu nas cidades de médio porte. No campo da educação permanente, a questão da capacitação é fundamental para a expansão. A Residência Médica, por exemplo, é ainda hoje o padrão-ouro de formação de um profissional na área médica. Ela é necessária mas precisa de expansão para todo o país com qualidade e de forma rápida. No entanto, a expansão a curto e médio prazos exige um custo maior e uma estrutura operacional mais complexa. Na verdade, o grande pressuposto da Rede MAES é que a especialização em Saúde da Família seja sólida e ao mesmo tempo em que se investe na expansão das Residências se investe na Especialização.

A Rede MAES foi idealizada da seguinte forma: em várias instituições (inclusive em universidades federais), até em municípios de médio porte, existem cursos de especialização, ainda que sem padronização. Cada curso prioriza um aspecto que acha mais essencial e fica limitado àquele objeto, gerando dificuldades de alteração,de melhorias em sua estrutura e até de aplicação em outros lugares. Às vezes você tem municípios que têm instituições próximas desenvolvendo cursos totalmente diferentes. Assim, a idéia da Rede MAES é fazer com que instituições que trabalhem cursos de especialização em Saúde da Família conver-

sem entre si para criar um canal facilitador no sentido de compartilhar saberes e tecnologia. A longo prazo pode favorecer, por exemplo, a homogeneidade de um conteúdo que se pressupõe essencial. Na medida em que instituições vão trocando informações e conhecimentos podem cada vez mais adquirir o melhor de cada uma.

Saúde da Família – Em que nível de inter-relação ocorreria esse processo?

Raphael Aguiar – Favorecer essa articulação é o grande desafio da Rede Maes. Na nossa visão tem duas formas possíveis de articulação. Uma é a do próprio gestor com a academia. Determinados gestores não têm, às vezes, informações suficientes para encontrar um curso adequado. Então, a Rede vai disponibilizar a informação (no site) ao mapear os cursos de cada instituição acadêmica, facilitando dessa forma a conversa entre o gestor e a academia. O objetivo da rede é favorecer a comunicação horizontal entre os ofertantes dos cursos. Uma outra forma de articulação é por meio de eventos que a Rede vai promover. Agora, no Congresso da Rede Unida em Curitiba, de 15 a 18 de julho, teremos uma oficina da Rede MAES. A idéia é convidar para essa oficina pessoas ou instituições que possam participar da Rede e favorecer a articulação também por meio desses encontros.

Saúde da Família – Quais são as melhores formas da Rede se consolidar?

Raphael Aguiar - Temos um projeto em tramitação em Washington (EUA), encaminhado pela SGTES, uma vez que a Rede é um acordo do Ministério da Saúde com a Organização PanAmericana de Saúde(OPAS), que analisa o projeto da Rede MAES para a estruturação e garantia de operacionalização. A linha de financiamento é para a manutenção do site e mobilização de alguns eventos.

Saúde da Família – Já se tem como avaliar as primeiras fases do projeto, quais as áreas prioritárias e que repercussão as ações estão tendo na área?

Raphael Aguiar – A Rede MAES ainda está agregando algumas instituições que podem participar, mas não temos ainda essa base ampliada.

A partir do momento em que o site estiver disponibilizado vamos iniciar a fase de divulgação, chamando gestores e entidades acadêmicas para participar. A expectativa é que, a médio e longo prazo, essa rede favoreça a criação de diretrizes mínimas com cursos de especialização em Saúde da Família. Alguns são parecidos com os programas de residência e outros são mais simples, principalmente os de instituições privadas.

Saúde da Família – Num contexto de educação permanente em saúde e, em se tratando de Atenção Básica, o projeto Rede MAES tem contribuído de que forma para a expansão dos serviços de saúde integral das famílias?

Raphael Aguiar – De várias formas. Educação permanente é educação em serviço e a especialização em Saúde da Família da forma que vem sendo preconizada, até pela Rede MAES, tem que levar em conta essa formação em serviço. Na verdade, nos cursos acadêmicos convencionais não se pressupõe que a pessoa esteja trabalhando. A própria construção do conhecimento no processo de trabalho não é levado em conta bem como os horários. A Rede MAES deve favorecer a consolidação e o compartilhamento de experiências que possibilitem o aluno ter aulas em horários adequados, uma vez que ele não pode deixar de trabalhar para estudar A idéia é que um curso de especialização neste formato aproveite o que ele está desenvolvendo no trabalho. A Rede MAES vai pode contribuir também disponibilizando os módulos dos cursos que podem ser aplicados separadamente em uma ou outra região.



Saúde da Família – Qual seria a relação estabelecida pela Rede MAES com a formação em saúde, ao adotar como estratégia a especialização multiprofissional?

Raphael Aguiar – A Rede MAES, as Residências e o Pró-Saúde, que é o projeto de mudança na graduação, são estratégias acontecendo em tempos distintos. No caso da Rede MAES, pretende-se colher os frutos mais rápidos para beneficiar logo a população. As Residências também vão ajudar nesse sentido, só que a médio prazo. Agora, a grande melhoria é a longo prazo, que é a própria mudança na formação. Sempre existiu uma controvérsia sobre se o ensino pode ser terminal. A visão atual é de que não há terminalidade. Por mais se tenha uma formação voltada para a Atenção Primária ou para as necessidades primárias de saúde do SUS, a educação deve ser continuada, pois sempre haverá a necessidade de alguma complementação, sob a forma de residência ou especialização.

Saúde da Família – Existe alguma nova ação sendo preparada dentro da Rede MAES para ser executada ainda no ano de 2006? Quais as perspectivas do projeto Rede MAES para o curto, médio e longo prazos?

Raphael Aguiar – As perspectivas imediatas são colocar o site no ar, convidar instituições que possam integrar a rede em um primeiro momento e abrir a rede para que outras instituições se integrem. Vamos ter um formulário on line de adesão para as instituições que se sentirem capazes ou queiram integrá-la. É importante falar também da divisão que se pensa da Rede MAES. A rede pressupõe a existência de diferentes atores. O P1 é o ator que tem alguma coisa acumulada, oferece alguma especialização em Saúde da Família e pode contribuir para outros cursos. O P2 são aquelas instituições que estão começando a desenvolver ou querendo desenvolver cursos de especialização que não tem tanto para oferecer mas um grande potencial para absorver. E o P3 são os próprios gestores que estão procurando esses cursos.

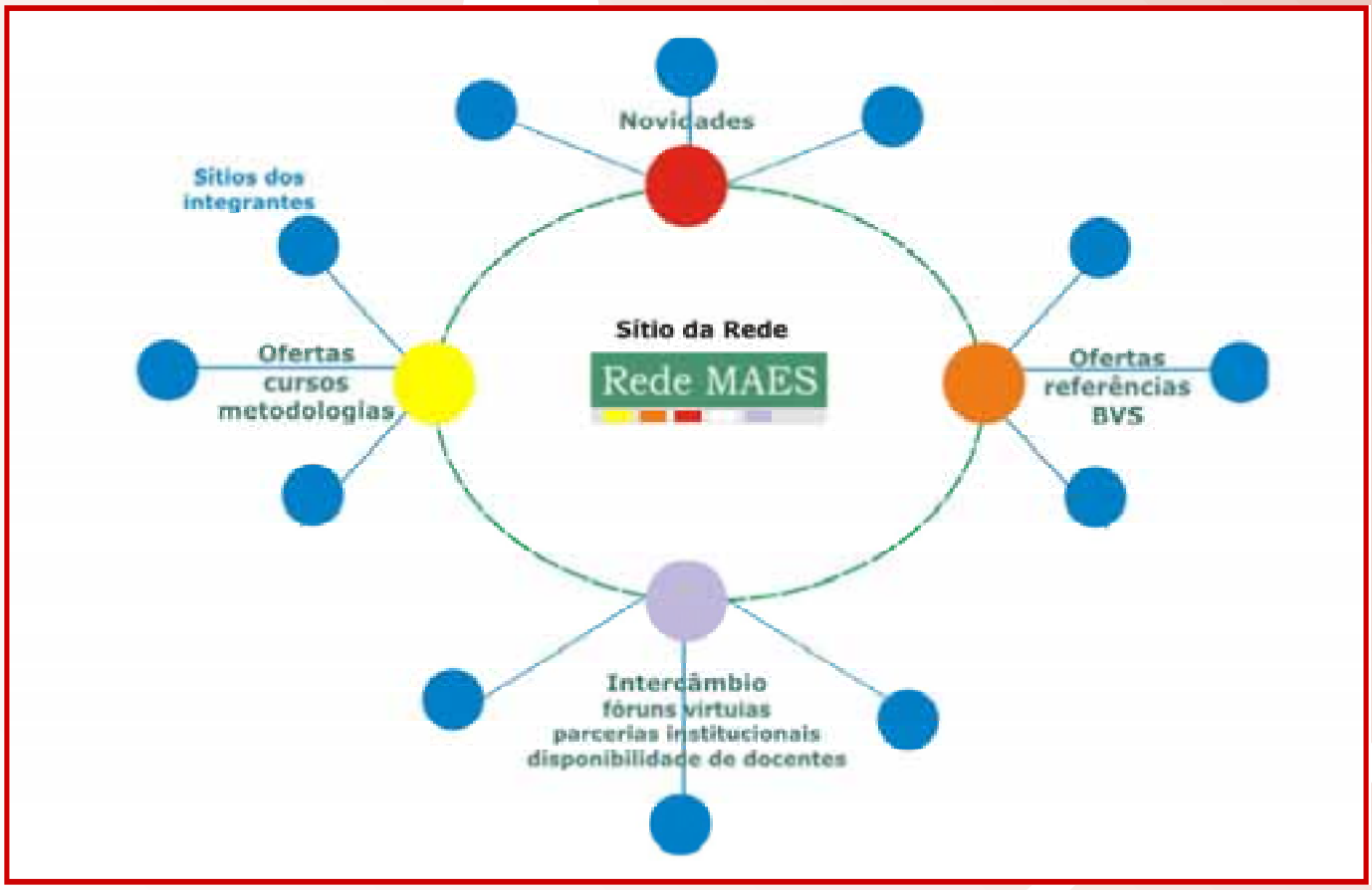
A Rede MAES+ tem um desenho multicêntrico, e seus pontos podem ser classificados em quatro categorias:

(P0) Ponto de enlace, definido pelo portal da rede, hospedado por uma das instruções integrantes e com conteúdos não armazenados e sim referidos nos sítios das instituições participantes de acordo com as características de casa uma. Será definido entre os pontos da categoria P1.

(P1) Instituições ofertantes de produtos e serviços;

(P2) Instituições repetidoras ou ofertantes incipientes

(P3) Instituições demandantes.



Pró-Saúde: Alternativa Nacional para Multiplicação de Profissionais na Saúde Pública

Mesmo antes de completar um ano de vida, em novembro, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) já tem o que comemorar: o trabalho conjunto realizado pelos ministérios da Saúde e da Educação de oferecer uma escola integrada ao serviço público de saúde já é uma realidade. A conjunção de propostas para dar respostas às necessidades da formação de profissionais de saúde mostrou amadurecimento na condução de um assunto que vai beneficiar milhões de cidadãos. Pelo lado da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e, da Educação, a Secretaria de Educação Superior (SESU/MEC) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), se empenharam em desenhar um projeto que busca novos processos de reorientação da formação e na prestação de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o Termo de Referência do Pró-Saúde, o programa se inspira na avaliação do Promed, que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras. "Esta iniciativa visa a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família", argumenta a SGTES na apresentação do programa, apontando o "distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde" como um dos responsáveis pela "crise" do setor da saúde.

A experiência internacional aponta que profissionais gerais são capazes de resolver custos relacionados a quatro quintos dos casos sem recorrer à medicina complementar. "O Brasil tem uma notável experiência em aproximação entre a academia e serviços, mas essa ainda está muito aquém do que seria necessário. Projetos experimentais, vinculados a pequenas partes das escolas de medicina, odontologia e enfermagem devem se expandir e tornar-se o centro do processo de ensino e aprendizagem", defende a SGTES/MS.

O Pró-Saúde tem como objetivo geral "incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença". Entre os específicos: reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população e à operacionalização do SUS; estabelecer os mecanismos de cooperação entre gestores e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia; incorporar, no processo de formação dessas áreas, a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção da saúde; e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde do SUS.

O Pró-Saúde tem como objetivo geral "incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença"

Vale registrar que a construção do Pró-Saúde também contou com a participação de representantes do Conasems, Opas, CFM, CFO, Cofen, Aben, Abeno, ADEn, Denem, Deneo, ABO, e das IES que fazem parte do Promed e participaram da Oficina de Avaliação realizada no Rio de Janeiro em setembro de 2005.

Rede de Ensino para Gestão Estratégica do SUS

Apoio à capacitação e à qualificação da gestão

O Ministério da Saúde desenvolve várias ações com a finalidade de fortalecer o sistema de formação dos profissionais da saúde e a qualificação da gestão estratégica do sistema e dos serviços de saúde para atender as necessidades do SUS, tendo como horizonte a melhoria da atenção à saúde em todos os seus aspectos. Esta proposta de formação por meio da REGE SUS é mais uma iniciativa com o objetivo de fortalecer e qualificar a gestão do SUS, conforme prevê o Termo de Referência que criou a Rede de Ensino para Gestão Estratégica do SUS (REGE SUS).

Como objetivo geral está a constituição de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas com reconhecido acúmulo na formação de pessoal para a gestão do SUS ou com papel relevante regional e que demandem apoio para fortalecer os processos formativos no campo da gestão em saúde, efetivando a aproximação da gestão do SUS com os centros de formação, ensino e pesquisa, com vistas tanto a qualificação do Sistema, como o fomento à produção e disseminação do conhecimento em saúde.

> "O intercâmbio e a cooperação técnica são palavras-chave nesse trabalho de rede".

Os objetivos específicos são: apoiar e fortalecer as instituições responsáveis pela formação/capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS; efetivar programas de formação para a gestão do SUS; estabelecer programas de cooperação técnica para a gestão do SUS e desenvolver projetos de pesquisa na área da gestão do SUS.

Na vertente da formação de uma rede de gerenciamento do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde decidiu apoiar a iniciativa de elaboração da Rede de Ensino para Gestão Estratégica do SUS (REGE SUS). Essa, então, é mais uma forma de se destacar como prioritária a capacitação para a gestão estratégica da saúde pública de qualidade.

"A gente vem trabalhando com a idéia de fomentar a aproximação entre as instituições", declara o coordenador da REGE SUS, Mário Grassi, explicando que "o intercâmbio e a cooperação técnica são palavras-chave nesse trabalho de



rede". Por outro lado, a intenção é estimular o relacionamento entre as instituições de forma que elas cresçam juntas, que possam melhor utilizar suas capacidades para ajudar as que têm menor acúmulo de conhecimento na área.

Em um primeiro momento desse trabalho com instituições públicas de ensino superior, o MS fez uma primeira reunião e contabilizou pelo menos uma instituição de cada estado já interessadas em participar do programa.

O MS lançou a idéia, fez o mapeamento de todas as instituições em todos os estados e apresentou, em uma mostra, a disposição em apoiar as instituições que aderissem à esta rede. Conforme explica Grassi, existe uma contraparte que é apresentar um projeto de trabalho que tem a ver com cooperação técnica e, fundamentalmente, com a questão da gestão, que é o foco da REGE SUS.

> "Esta proposta de formação da REGE SUS é mais uma iniciativa do Ministério da Saúde com o objetivo de fortalecer e qualificar a gestão do SUS".

Como é um trabalho em rede, existe a dependência de que haja o interesse das instituições de produzirem *cases* que são objeto da rede como pesquisas em gestão, e trabalhar em conjunto com os gestores estaduais e municipais. "O que se quer é fomentar mais esses relacionamentos de forma que isso tenha foco para melhoria da gestão", idealiza Grassi.

Como ainda não foi fechado o modelo de processo, detalha Mário Grassi, para que as instituições mostrassem sua criatividade, sua capacidade, sua especificidade e foi aberta uma consulta sobre a proposta e outras questões que são loco-regionais e da tradição das próprias instituições. Chegaram coisas muito diferenciadas. Como exemplo ele cita propostas que estão bem focadas no tema cooperação e gestão até outras que tangenciam o projeto, como pedidos de financiamento de cursos.

> "O que se quer é fomentar mais esses relacionamentos de forma que isso tenha foco para melhoria da gestão".

Está previsto para que até o meio desse ano, o Comitê Gestor, composto por representantes da SGTES, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Organização PanAmericana de Saúde (Opas), discuta e avalie os projetos e respondam às instituições. "Isso é uma forma de validar a entrada dos projetos dessas instituições nesse trabalho em rede", destaca.

."Não existe melhoria da gestão se ela não tem impacto na ponta, que é o objetivo final do SUS", ressalta. Além dessa preocupação, há a expectativa de que algumas dessas instituições já tenham tradição de preparar profissionais para a Atenção Básica, seja formando residentes seja formando gestores de unidades básicas de saúde na linha da Saúde da Família ou na linha de capacitação de conselheiros.

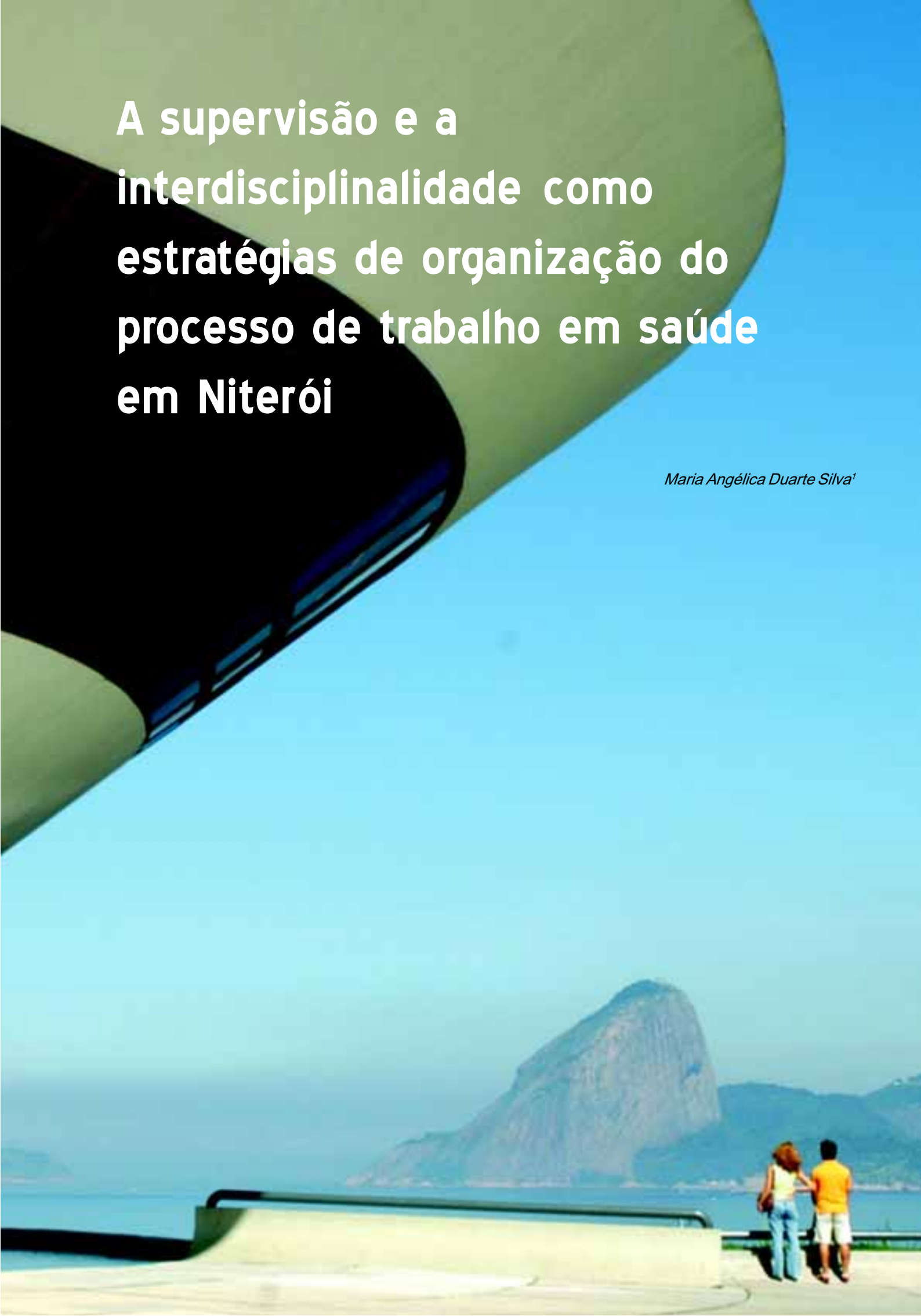
O perfil das instituições participantes, segundo dados da SGTES, são universidades, na sua grande maioria, como a UFMG e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e escolas de saúde pública ligadas ao estado, como o Ceará e o Mato Grosso do Sul, e ainda alguns departamentos de saúde coletiva de universidade como as federais do Rio Grande do Sul, São Paulo e Goiás.

De acordo com o coordenador do REGE SUS, a idéia era poder apoiar em algumas coisas que fossem fundamentais para o funcionamento das instituições, como na compra de um canhão de imagem, a disponibilização de uma TV ou o fornecimento de material didático, ou ainda, melhorar uma sala de aula. O certo é que os recursos alocados para o projeto se encontram no âmbito do projeto de cooperação global com a Opas.

Uma das idéias é que até o final do ano cada instituição tenha uma *home page* e, por meio de um site, possa se interligar com outras e com o Ministério da Saúde .

A supervisão e a interdisciplinalidade como estratégias de organização do processo de trabalho em saúde em Niterói

Maria Angélica Duarte Silva[1]



O início da Caminhada

A construção de um novo modelo de assistência à saúde, como vem se desenvolvendo em Niterói, se sustenta por nova intencionalidade, por novas razões técnicas, sociais e éticas. Deste modo, cabe aos profissionais envolvidos na proposta, com as especificidades técnico-científicas e ético-políticas que orientam cada profissão, produzir um novo "olhar" e um novo "fazer" em saúde.

A Supervisão tem, no seu caminhar histórico, adquirido inúmeras funções e objetividade, exercendo papéis diferenciados. Por um lado, como instrumento de controle e fiscalização, para cumprimento de ordens e regulamentos, aumento de produção etc., exigindo inclusive a aplicação de sanções aos supervisionados. Por outro, como instrumento de gerência, mediando entre as funções executivas e as de direção, procurando adequar ações às normas da organização, se caracterizando como um processo de desenvolvimento de Recursos Humanos.

Para Nogueira (1983:01), as características da supervisão tem variado ao longo do tempo, de acordo com o contexto social e político-institucional em que ela se insere. Neste sentido, a supervisão nos serviços de saúde tem se caracterizado como instrumento das ações programáticas objetivando corrigir distorções, orientar e estimular o alcance de objetivos e metas. Diz ele: "surge a partir do momento que se dá a "coletivização" do trabalho em saúde, com a associação entre profissionais de distintos níveis de qualificação levando, inclusive, à separação entre funções de execução e funções de gerência em que estas últimas encarnam os objetivos gerais da instituição. Naturalmente, o que está em jogo é a 'eficiência' do desempenho da instituição, a adequação a suas próprias normas".

Contextualizando a Supervisão das Equipes de Médicos de Família em Niterói

A supervisão das equipes de saúde em Niterói nasce de um dos desafios enfrentados na implantação do modelo, que é a inexistência no mercado de trabalho do perfil dos profissionais desejados e adequados às especificidades da ação em saúde necessária ao cumprimento desta atenção; no acompanhamento da metodologia e no monitoramento e avaliação do impacto da melhoria do quadro sanitário da população.

Para Lima (1997:1) "a atividade de supervisão é parte indissociável da metodologia de um plano de ação, e como tal foi concebida, objetivando a superação de três pontos essenciais ao sucesso da proposta:

- *Contribuir para o desenvolvimento das equipes básicas de saúde, complementando aspectos deficitários da formação acadêmica, a partir de elementos vivenciados na nova prática, propiciando a aplicação de princípios interdisciplinares à um perfil profissional pretendido;*
- *Aumentar a resolutividade das equipes, quer seja intervindo direta e conjuntamente na orientação de casos e/ou situações mais complexas, ou indiretamente atuando como facilitador nas relações com outros níveis de atenção à saúde, outros segmentos institucionais ou mesmo com o movimento social com o qual se interrelacionam;*
- *Acompanhar a implementação dos trabalhos em todas as suas etapas, avaliando e corrigindo distorções percebidas, de forma a atingir os resultados esperados tanto no âmbito dos serviços locais quanto da própria política de saúde na qual está inserido".*

[1]Assistente Social, Especialista em Saúde Pública e Gerência de Unidade de Saúde, (GERUS), Coordenadora Municipal do Programa Saúde da Família de Niterói

Supervisão e trabalho em equipe

A ação da supervisão e o trabalho em equipe dão forma à estratégia institucional para o novo modo de se operar as ações em saúde, onde os diversos especialistas (clinico, pediatra, ginecoobstetra, sanitarista, assistente social, enfermeiro e técnico em saúde mental), em construção coletiva – através de discussões internas sobre vários temas que permeiam a prática da atenção à família – organizam protocolos e rotinas, que instrumentalizam a prática em saúde.

Estes instrumentos também propiciam as discussões de situações – clínicas, socioeconômicas, ambientais e/ou político-culturais – que determinam o processo saúde/doença de um indivíduo, família ou coletividade, demonstrando assim, uma das formas de gerência sobre situações concretas vivenciadas.

Embasada na metodologia participativa e nos princípios pedagógicos da educação, vários momentos foram construídos onde o objetivo é propiciar espaços de relação entre os sujeitos sociais envolvidos: a equipe básica, aqui representada na forma de executores, a supervisão, que neste contexto tem função gerencial, e os usuários desta prestação de serviços.

Deste modo, propõe-se um trabalho que permeie o redimensionamento da prática em saúde, que pressupõe um processo de educação permanente que possibilite ampliar a ação dos profissionais em direção aos usuários e aos movimentos sociais, que lutam por melhores condições de vida.

A metodologia aplicada, parte do universo dos envolvidos, volta-se para a percepção da realidade local e sua relação com a realidade ampliada, tendo em vista desenvolver um processo de formação de reflexão crítica, para compreensão da realidade histórico-cultural onde estão atuando no cotidiano da prática.

Propõe-se um trabalho que permeie o redimensionamento da prática em saúde, que pressupõe um processo de educação permanente que possibilite ampliar a ação dos profissionais em direção aos usuários e aos movimentos sociais, que lutam por melhores condições de vida.

Assim, o componente permanente é a avaliação, que além de atravessar todo o processo de trabalho, seja das equipes básicas, seja dos supervisores, qualifica à atenção. A avaliação é instrumento de redirecionamento das ações e da prática em saúde.

Reunião como instrumento do processo de trabalho

Um dos mecanismos presentes são as reuniões, aqui entendidas como instrumento do processo de trabalho deste modelo e, conseqüentemente, do processo de avaliação, criando novos modos de operar as ações: ...*"As reuniões dos coordenadores de Grupo Básico de Trabalho com os supervisores, onde é possível ter uma visão mais abrangente do desenvolvimento das atividades na área geográfica coberta por cada grupo básico.*

É também possível a identificação de questões comuns e/ou predominantes a este grupo; a avaliação no âmbito de decisão ao qual se remete a questão identificada e o seu encaminhamento. Faz parte ainda desta estrutura a reunião mensal com a comunidade, na qual são buscadas soluções em torno de questões que refletem sobre as atividades do Programa. Em toda a estrutura de avaliação são utilizadas informações, tanto gerenciais quanto epidemiológicas, geradas pelo Sistema de Informações de Saúde e Serviços do PMF, quer seja através dos seus informes regulares e dos informes especiais voltados para o estudo de alguma situação específica.(PMN/SMS/FMS/PMF-1997:5)".

Estas reuniões são espaços organizados onde a relação entre sujeitos facilita desvendar compromissos e intencionalidades, direcionam para a missão institucional, processa avaliação permanente que realimenta a prática profissional, centrando o objetivo na população usuária, construindo o processo de cidadania entre os envolvidos. Merhy (1997:134), discutindo um novo "fazer saúde" coloca que "o importante é percebermos que todo processo de trabalho e de interseção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes em suas instituições".

a ferramenta que viabilizará este novo modo de se fazer saúde é a tecnologia que não é confundida como instrumento (equipamento) tecnológico

Saber profissional e popular

O "saber" profissional e popular, a cultura e os valores éticos, os interesses e as ideologias dos sujeitos envolvidos vão se colocando em interação, refletindo o processo de produção das ações e seus resultados. Para Merhy (1997), a ferramenta que viabilizará este novo modo de se fazer saúde é a tecnologia que não é confundida como instrumento (equipamento) tecnológico, mas que ele concebe ao termo, uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo.

Como vimos anteriormente, a supervisão é utilizada como instrumento de complementação técnico-metodológica, atravessando então, pela reorientação ético-política da prática profissional. Neste sentido, a capacidade de instrumentalizar a subjetividade do processo abre possibilidades de incorporar novas atitudes, de desvendar posturas cristalizadas, interesses ocultos, para que coletivamente se construa práticas que oportunizem a efetividade do vínculo entre sujeitos – a responsabilização sanitária dos serviços de saúde passa pelo compromisso dos envolvidos no processo de produção das ações em saúde.

Dr. Filiberto Perez (em entrevista) coloca que "um elemento essencial da metodologia da Medicina Familiar é a supervisão e o controle, no sentido científico, controlar qualidade, controle das ações e satisfação de necessidades, que exige permanentemente, que ter contato com a população, capaz de medir até que ponto o modelo está resolvendo o problema da população".O processo de supervisão do Médico de Família, passa pelo desafio de trabalhar em equipe interdisciplinar, onde a construção do processo de trabalho, pauta-se no cotidiano em saúde. É evidente que este é um processo conflituoso por si só, mas que vem permitindo, na relação entre sujeitos, reconstruir um novo saber. A exaustiva perseguição por um processo de supervisão, onde as idéias e os métodos tomam conseqüência, a partir do trabalho conjunto no atendimento ambulatorial, nas visitas domiciliares, nos grupos, nas reuniões de setor, nas reuniões de equipe, no espaço de reflexão teórica, etc., tem a objetividade de uma prática conseqüente, onde a população é seu objeto/sujeito.

Bibliografia

1. Merhy, E.C. - O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (Um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo) *In*: Fleury, S.M. (org.) – Saúde e Democracia: A Luta do CEBES. São Paulo, Lemos, 1997.

2. Nogueira, R.P. – Supervisão: Referencial Teórico. Rio de Janeiro. ENSP/FOC (mimeo).

3. Lima, P.G.A - Supervisão: Algumas Considerações para o Debate. Documento Instrutivo do Programa Médico de Família. Niterói, 1997 (mimeo)

4. Prefeitura Municipal de Niterói/Programa Médico de Família – Gestão Pública e Cidadania, 1997 (mimeo).

Concurso Saúde da Família:

977 médicos, 2.152 enfermeiros e 1.768 cirurgiões dentistas são aprovados no Ceará

A população de 118 municípios cearenses terá a atenção básica à saúde, desenvolvida por meio das equipes Saúde da Família, ampliada e com mais qualidade. Com a participação no I Concurso Público Unificado de Base Local do Estado / Saúde da Família, considerado maior da história do Brasil, os municípios passam a ter mais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

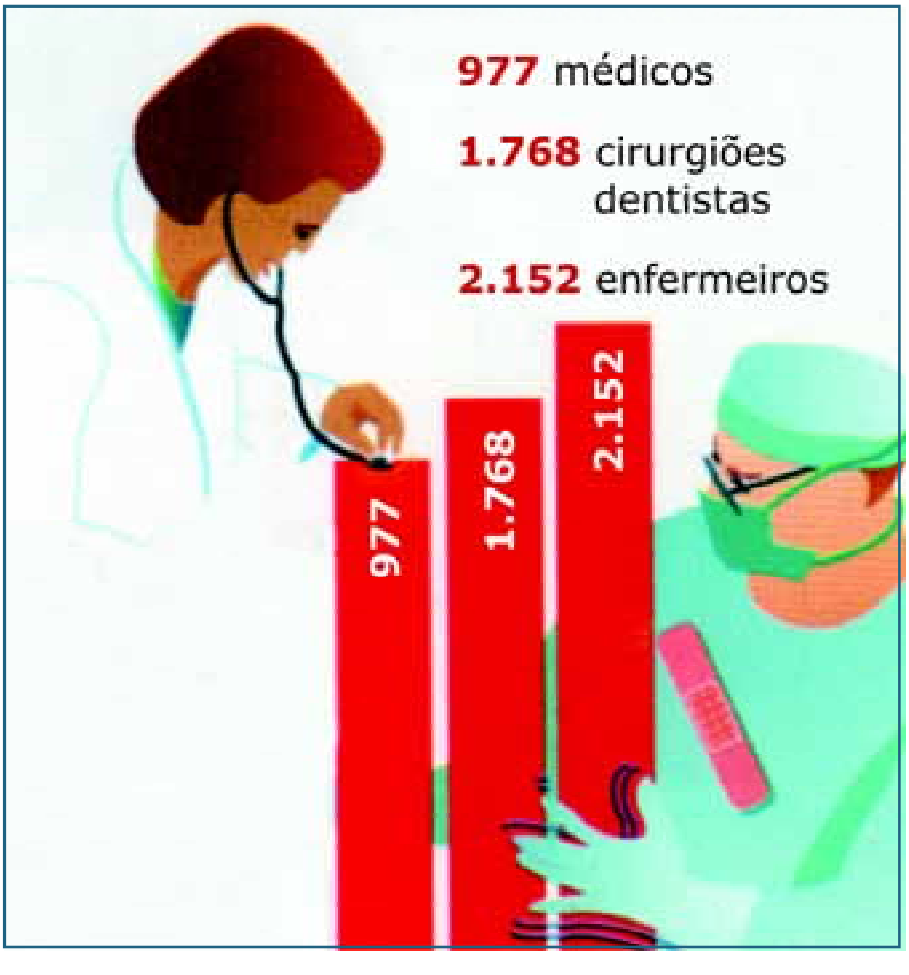
Foram aprovados 977 médicos, 2.152 enfermeiros e 1.768 cirurgiões dentistas. Além da quantidade, a qualidade da Saúde da Família vai melhorar, "uma vez que o concurso promove a estruturação do serviço de saúde e desprecariza as relações de trabalho, com profissionais mais satisfeitos e criando mais compromisso com a saúde da população" afirma o Secretário da Saúde do Ceará, Jurandi Frutuoso.

Ele destaca os municípios e da Delegacia Regional do Trabalho como grandes aliados na superação das dificuldades que apareceram no decorrer do concurso, que começou a ser idealizado e planejado em 1987. "Essas parcerias foram fundamentais para o sucesso do concurso", avalia.

Com a homologação do concurso, que acorreu em maio, no Palácio Iracema, os municípios já podem chamar os aprovados. Fortaleza começa a convocar, a partir do mês de junho. Na Capital cearense a cobertura da Saúde da Família passará para 80% da população assistida.

Começaram a ser chamados já a partir de junho, 300 médicos, 300 enfermeiros e 191 cirurgiões dentistas para ampliar a cobertura em Fortaleza.





Desafios para a implantação da estratégia Saúde da Família

A (re)formação dos profissionais

*Lêda Maria Albuquerque**

A implantação da estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros é incentivada pelo Ministério da Saúde, como recurso de mudança do modelo assistencial dos serviços de saúde. Em conformidade com a Portaria Ministerial nº648 de 28 de março de 2006[1], a Política Nacional de Atenção Básica, se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo e abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

> O profissional de saúde disponível no mercado de trabalho, via de regra, não se encontra preparado para atuar em conformidade com as diretrizes propostas na Portaria nº648/06

Para tanto, o trabalho é realizado em equipe e suas ações dirigidas a populações de territórios bem definidos e utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, de maneira a resolver os problemas de saúde de maior freqüência e importância em seu território. Este trabalho fundamenta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. E, ainda, considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.

Focalizando a família

No que diz respeito à estratégia Saúde da Família há que se destacarem aspectos específicos do trabalho: focalizar a família, ou seja, conhecer a estrutura e funcionalidade das famílias, com intuito de propor intervenções impulsionadoras de mudanças positivas nos processos de saúde doença dos indivíduos, famílias e comunidade; o desenvolvimento de ações interdisciplinar e em equipe; além de realizar ações intersetoriais, por meio de integração com organizações governamentais e estabelecimento de parcerias com instituições e organizações sociais.

A Portaria nº648/06 delimita ainda a responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais de Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, incluído a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no desenvolvimento de estratégias de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica e, especialmente, de Saúde da Família.

Analisando os aspectos acima, contidos na portaria, percebe-se que o profissional de saúde disponível no mercado de trabalho, via de regra, não se

*Enfermeira especialista em Saúde Pública pela ENSP, Mestre em Enfermagem pela UFPR. Enfermeira da SMS de Curitiba-PR. Professora do curso de enfermagem da PUC (PR). Docente e Vice-presidente do Instituto Brasileiro de Saúde da Família -Infamilia.

encontra preparado para atuar em conformidade com as diretrizes propostas, configurando-se em um dos mais importantes obstáculos a serem superados para alcance dos propósitos estabelecidos.

Da criança ao idoso

Espera-se dos médicos e enfermeiros a capacidade de fluência entre as distintas áreas de atuação, desde o seguimento da criança, sadia ou com intercorrências, até o seguimento do idoso, passando pelas diferentes etapas de desenvolvimento, e, ainda, pressupõe-se o domínio de artefatos específicos para o trabalho com famílias, o reconhecimento territorial e o trabalho comunitário[2], além de uma abordagem integral e humanizada, centrada na realidade da pessoa[3].

A exposição do aluno ao contato com a comunidade e serviços de saúde de atenção básica, mais precocemente e durante mais tempo durante a graduação, tem se mostrado importante estratégia de aproximar o acadêmico da realidade

Mercado e serviços de saúde

No entanto, o processo de formação é, predominantemente, baseado em especialidades e possui como locus de ensino preferencial os ambientes hospitalares. Dessa forma, tem-se um hiato entre os egressos dos centros formadores, disponibilizados no mercado, e a necessidade dos serviços de saúde, demandando do gestor a necessidade de estabelecer mecanismos de (re) formação dos profissionais.

Gil, em estudo específico, constatou a necessidade de implementação de cursos de especialização "mais voltados ao desenvolvimento de habilidades clínicas específicas para o trabalho em atenção primária e saúde da família"[3], tendo em vista as peculiaridades de como os problemas de saúde se apresentam na comunidade, e cita as experiências realizadas nos municípios de Curitiba e Londrina.

Essas experiências referem-se a parcerias ocorridas entre os municípios, instituições formadoras e o Infamilia (Instituto Brasileiro de Saúde da Família), em que se realizaram cursos de especialização em Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem em Saúde da Família - com ênfase em habilidades clínicas. Para tanto, se utilizou método desenvolvido pela Fundação de Medicina da Família do Hospital Italiano de Buenos Aires, bem como materiais oriundos do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto, além de conhecimentos de outras áreas como a Medicina baseada em Evidência, a abordagem sistêmica, dentre outras, somando-se à vivência dos docentes na prática em Atenção Primária e Saúde da Família.

Esse Instituto tem realizado parcerias com municípios e/ou instituições de ensino para ofertar cursos de especialização em Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem em Saúde da Família, a exemplo dos municípios já citados e ainda: Porto Alegre (RS), Vitória(ES), Joaçaba(SC) e Florianópolis(SC).

Outra possibilidade de mudança, mais estrutural e extremamente necessária, são as modificações nas estruturas curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. A exposição do aluno ao contato com a comunidade e serviços de saúde de atenção básica, mais precocemente e durante mais tempo durante a graduação, tem se mostrado importante estratégia de aproximar o acadêmico da realidade. Porém, seus efeitos, embora mais duradouros, demoram a surgir, vale destacar que além da mudança curricular há que avançar a mentalidade daqueles que formam, assim, o quadro de professores necessita ser ampli-

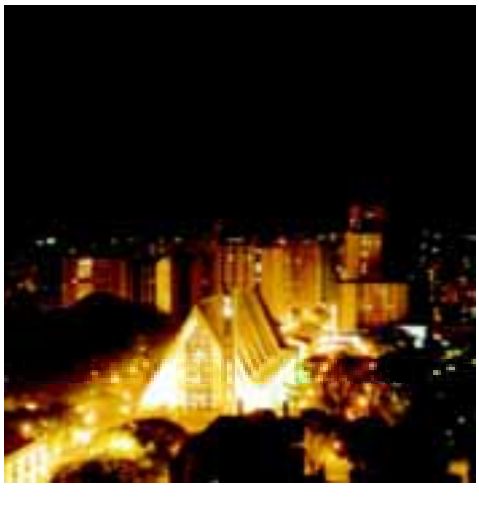
ado, renovado e "oxigenado", pois está "impregnado" do modelo biomédico tradicional, centrado na doença.

Parceria faculdade / município

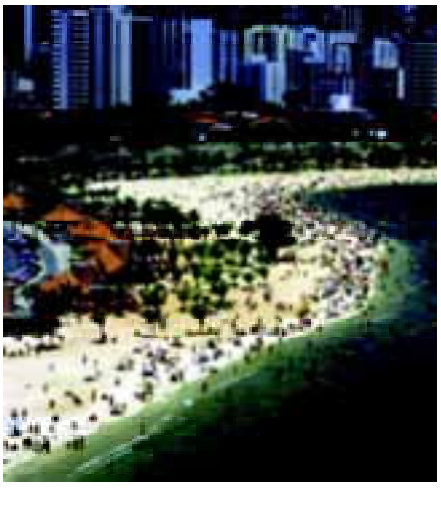
No presente momento o Infamilia está trabalhando com um grupo de professores de uma faculdade de medicina de Joaçaba (SC), em parceria com o município, que sentiu a necessidade de atualizar seus conhecimentos e habilidades em Atenção Básica/Saúde da Família, devida à reestruturação curricular do curso. Este é um exemplo de esforço do serviço, do centro formador aliado à uma entidade não governamental, para enfrentamento de uma situação nova. Certamente este preparo (do centro formador e do serviço) para receber novos alunos e ofertar um ensino de qualidade fará toda a diferença na qualidade de formação dos egressos, minimizando a necessidade de (re)formar o profissional posteriormente.

A qualificação dos profissionais de saúde para atuação em Saúde da Família é uma preocupação que afeta a toda a sociedade, especialmente os municípios que são os responsáveis pela prestação dos serviços à população

A qualificação dos profissionais de saúde para atuação em Saúde da Família é uma preocupação que afeta a toda a sociedade, mais especialmente aos municípios que são os responsáveis pela prestação dos serviços à população. É um problema complexo, não podendo ser enfrentado, de maneira satisfatória, por alguns setores isoladamente, exige a união dos diferentes atores (órgãos governamentais de ensino e de serviço, não-governamentais, sociedades científicas, sociedade organizada) comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente com sua concretização na prática de maneira a ofertar um serviço de qualidade compatível com as necessidades da população.





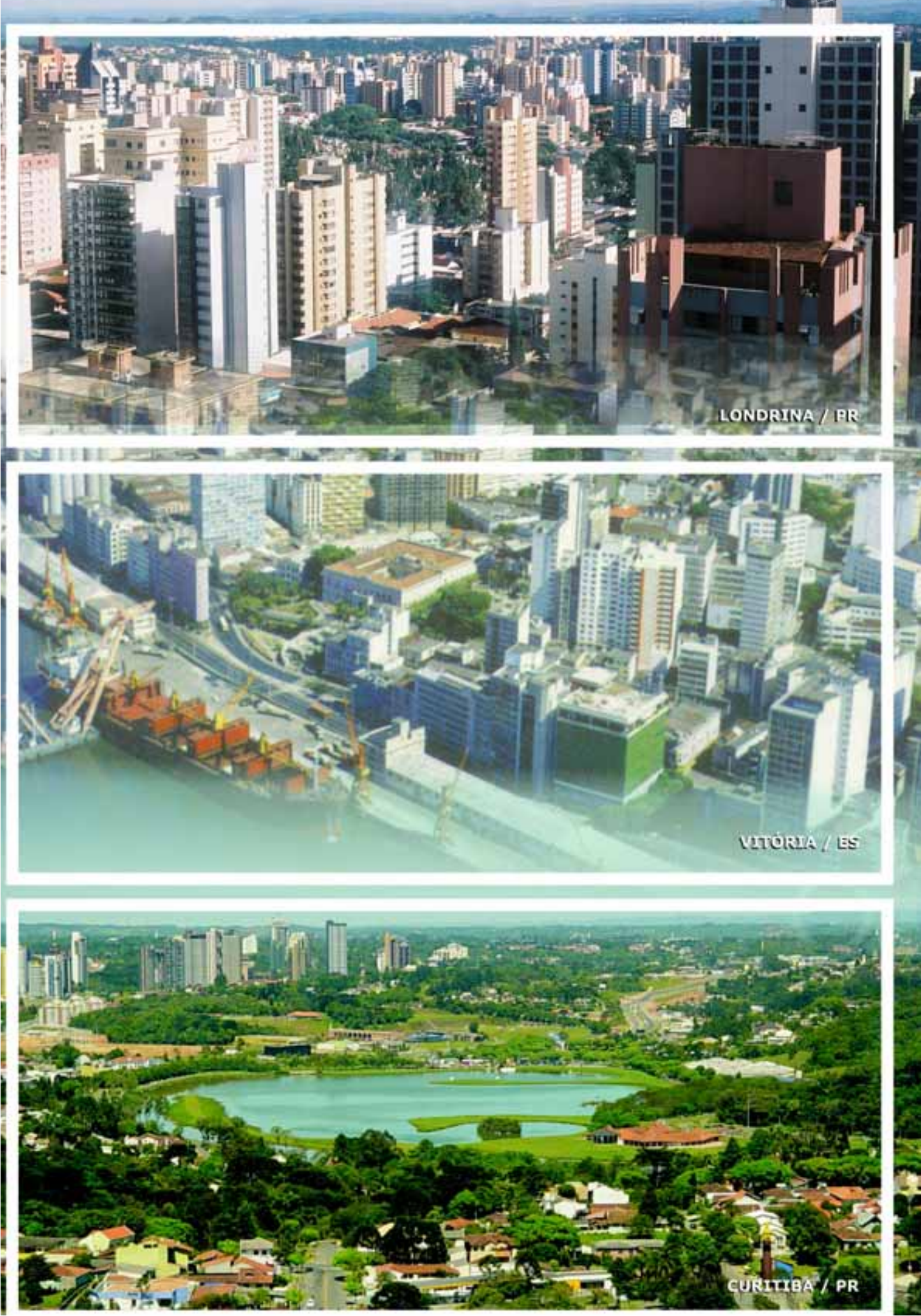


Referências:

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 646 de 28 de março de 2006. 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). Brasília, 2006.

2. CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em saúde da família: uma estratégia para o apoio à expansão da atenção básica nas grandes cidades. Revista Brasileira de Saúde da Família, 2005, p.38-47.

3. GIL C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad.


LONDRINA / PR
VITÓRIA / ES
CURITIBA / PR

Agentes Comunitários de Saúde: valorização compatível com sua responsabilidade social

Os números impressionam. São 212.973 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuando em todo o país, sendo que mais de 50% desses agentes já estão em processo de formação, de acordo com dados do Ministério da Saúde. Criada em julho de 2002, pela Lei nº 10.507, a profissão de Agente Comunitário de Saúde é exercida exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob a supervisão do gestor local em saúde.

Pela Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em março de 2006, cabe aos agentes comunitários de saúde atividades como as descritas abaixo, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade
- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea
- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe
- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM de 3 de janeiro de 2002.

Segundo a consultora técnica do Ministério da Saúde,Teresa Christine Pereira Morais, isso possibilita "uma proposição qualitativa de suas ações e evidenciando um perfil profissional que deve concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias".

Formação dos Agentes Comunitários de Saúde

A Lei de criação da profissão de ACS trouxe a necessidade de um processo formal de profissionalização para esses trabalhadores. Para definir essa formação, assinala, durante o ano de 2003, o Ministério da Saúde reuniu Agentes Comunitários de Saúde, gestores estaduais e municipais do SUS, além de trabalhadores do setor da saúde e elaborou uma proposta para o Perfil de Competências Profissionais dos Agentes Comunitários de

Saúde, levando em conside-ração os seguintes aspectos:

- a estrutura legal de formação estabelecida no país (legislação educacional)
- a política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS
- a especificidade do trabalho do ACS
- a diversidade da escolarização desses profissionais.

O Ministério da Saúde propôs que a formação do Agente Comunitário de Saúde acontecesse por itinerários formativos, ou seja, uma formação oferecida em etapas subseqüentes e com presença nos serviços. Dessa forma, o reconhecimento de cada etapa assegura que os ACS tenham possibilitada a progressão dos estudos, conforme sua escolaridade.

Ainda segundo a consultora técnica, 60% dos atuais ACS, ou seja, em torno de 127.000 trabalhadores do SUS já possuem plenas características escolares para um curso de habilitação técnica. "Para este expressivo quantitativo, a formação passa a funcionar como construção ocupacional e não o contrário. Independentemente da escolaridade, o trabalhador poderá começar a formação inicial e, ao mesmo tempo, complementar sua escolaridade", destaca ela. A proposta prevê a possibilidade de que o ACS possa dar continuidade aos estudos de formação profissional, podendo chegar até a profissionalização.

Teresa Morais lembra que neste processo de formação dos ACS também estão sendo articulados com o Ministério da Educação um conjunto de estratégias que permitam a elevação da escolaridade dos trabalhadores.

Cenário atual da formação dos ACS

O quadro abaixo reflete os processos formativos que foram financiados e que se encontram em andamento, por meio das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS:



Estado	Nº de ACS em formação
Alagoas	4.611
Amazonas	5.394
Bahia	21.338
Ceará	8.661
Espírito Santo	5.041
Minas Gerais	10.329
Mato Grosso do Sul	3.345
Mato Grosso	4.138
Paraíba	7.717
Pernambuco	12.975
Piauí	6.915
Paraná	8.946
Rio de Janeiro	5.427
Rio Grande do Norte	5.192
Roraima	618
Santa Catarina	790
Sergipe	840
São Paulo	8.307
Tocantins	3.269
Total Brasil	124.294

Introdutório à Saúde da Família: uma primeira etapa da educação permanente

Claunara Schilling Mendonça
Yves Talbot

Apresentação

O fortalecimento da Atenção Básica no Brasil tem sido um processo gradativo, que se concentrou de 97 a 2004 com o aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família em todos os estados da federação e que,em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PT GM nº 648, de 28 de março de 2006), torna-se fundamental pois está inserida como uma das prioridades do Pacto pela Vida: " consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde".

A implantação da Atenção Básica como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável (OMS, OPAS). Já existem evidências suficientes que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da Atenção Primária alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade mesmo em situações de grande desigualdade social (Starfield 1994,1998).

São significativos os avanços alcançados pelo sistema público de saúde brasileiro, apesar dos panoramas macroeconômicos serem desfavoráveis à garantia de direitos sociais. Mas é inegável a necessidade de esforços nacionais e internacionais para que o sistema de saúde alcance melhores resultados no estado de saúde da população.

Avaliações nacionais do estágio de desenvolvimento/implantação do SUS apontam a qualificação dos profissionais como um dos eixos fundamentais para o próximo passo a ser dado na qualificação do modelo de saúde e garantia dos resultados mencionados. Nesse sentido situa-se a atual proposta.

Este texto apresenta resumidamente uma proposta para o Curso Introdutório a ser oferecido às Equipes de Saúde da Família que, à luz do Pacto de Gestão, tornou-se uma obrigação dos gestores o realizarem até 3 meses após a implantação das equipes, sendo das Secretarias Estaduais a responsabilidade nos municípios menores de 100 mil habitantes e, das Secretarias Municipais nos municípios maiores de 100 mil habitantes, em parceria com as Secretarias Estaduais.

Introdução

No Brasil, a expansão da Atenção Básica não incorporou no mesmo ritmo e proporção a formação de especialistas para essa área. É freqüente que os cuidados primários sejam prestados por médicos e enfermeiros que se especializaram em outros cenários da clínica, como os ambulatórios de especialidades, blocos cirúrgicos, centros de tratamento intensivo e emergências. A complexidade das ações e serviços na atenção básica requer saberes, competências, habilidades e atitudes que, infelizmente, não estão nas grades curriculares da formação dos profissionais da área da saúde.

Em qualquer introdução de um novo modelo, a capacidade dos recursos humanos para responder às mudanças, deve se dar, inicialmente, na parceria entre os serviços e os órgãos formadores (Escolas de Saúde, Universidades, Pólos de Educação etc) a fim de desenvolver um programa de capacitação baseada, nesse caso, nos conceitos da atenção

primária e das necessidades das comunidades e dos profissionais para responder a essas necessidades. (WONCA,OMS).

O curso introdutório aqui apresentado é uma parte inicial da educação permanente proposta aos profissionais das equipes de Saúde da Família, cujo objetivo é orientá-los na sua identidade como profissionais de atenção primária e incluí-los nessa reforma mundial (OMS, fevereiro de 2006). Posteriormente, a gestão deve garantir o aprofundamento dos conceitos e iniciar o trabalho das habilidades necessárias ao desenvolvimento das ações das equipes, a partir de exercícios em equipes que respondam às diferentes dimensões do seu trabalho, realizando projetos e intervenções que melhorem os indicadores de saúde da região sob intervenção, formando "equipes inteligentes".

A atual proposta refere-se a uma intervenção dirigida a todos os profissionais que exercem atenção primária (equipes de saúde) que ingressam na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivos

Propor um programa de curso introdutório criado a partir das competências que os profissionais/equipes devem ter, que são vinculadas aos elementos da atenção básica, a fim de desenvolver uma Atenção Básica/Atenção Primária forte e sustentável e que induza mudança nos indicadores de saúde.

O profissional/equipe deverá ser capaz de a partir do curso introdutório propor a continuidade do processo de educação permanente baseado no reconhecimento das fragilidades que os profissionais/equipe apresentarem para responder às necessidades daquela população na qual estarão inseridos.

Metodologia

O desenvolvimento pedagógico deverá contemplar metodologias de ensino e de aprendizagem em uma perspectiva de criação e legitimação do conhecimento pelo trabalho, ou seja, o aprendizado se dá a partir das vivências dos profissionais na equipe e junto à comunidade . A metodologia utilizada será a da problematização.

A proposta é de um curso de 40 horas, com componentes práticos, distribuído em 4 módulos (quadro 1), que deverá ser realizado para toda a equipe de Saúde da Família, sendo os módulos comuns a todos. No módulo II, a utilização da informação será direcionada para que cada profissional aplique os instrumentos de registro específicos de sua atuação na atenção básica.

Quadro 1. Curso com descrição sumária do conteúdo dos módulos.

Módulo I: Políticas Públicas de Saúde, Sistemas de Saúde e Atenção Primária à Saúde
Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil; A Política da Seguridade Social e o Direito à Saúde; Princípios e Diretrizes do SUS; Marcos Legais (as Normas Operacionais,o Pacto de Gestão e a Política Nacional de Atenção Básica)
Tendências universais na organização de sistemas de saúde; a Atenção Primária (APS) entendida no contexto dos sistemas de saúde; tendências da APS no mundo; vantagens dos sistemas de saúde com base forte na APS; características fundamentais da APS e a Atenção Básica no Brasil.
Módulo II: Planejamento e Gestão
Análise da Situação de Saúde Local: conhecer e aplicar metodologias e ferramentas que identifiquem: determinantes da saúde, rede de serviços sociais e de saúde, recursos financeiros,humanos e materiais - dados secundários e primários, sistemas de informação em atenção primária (Takeda,2004)
Caracterização do território: Mapa, micro-áreas e registros
A importância da informação e do uso de sistemas de informação voltados aos objetivos do projeto de saúde em questão.
Identificar e definir as necessidades da população e estabelecer prioridades de atenção.

Módulo III: Atenção Integral e Integrada centrada na Pessoa, Família e Comunidade

Ciclo vital individual e familiar

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Vigilância em Saúde

Atividades desenvolvidas pelos profissionais (problemas de saúde não são estritamente problemas médicos)

Variedade de problemas diagnosticados pela equipe

Encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde e para outros serviços

Ações intersetoriais

Resolutividade = competências

Modulo IV: Atuação interdisciplinar e participação popular.

Ferramentas para uma atuação interdisciplinar

Vantagens e dificuldades de processos participativos de tomada de decisão

Mecanismos para alcançar maior compromisso e participação

Como trabalhar numa proposta de participação comunitária

Como identificar e lidar com populações em risco

Como lidar com aspectos relacionais da atenção primária (trabalho com indivíduos,famílias, equipes, comunidades e controle social)

Avaliação: Oportunidade de revisar conceitos antes e depois (Anexo 1)

Objetivos específicos

- Dar aos profissionais uma percepção clara de sua identidade como profissional de atenção primária e as possibilidades que o seu papel desempenha no sistema de saúde
- Adquirir e entender os 4 princípios fundamentais da Atenção Primária
- Entender a relação natural entre pacientes, famílias, profissionais e equipes
- Disponibilizar aos profissionais a melhor evidência nos diversos pontos de tomada de decisão (política, gestão, clínica, comunidade, promoção da saúde);
- Capacitar a equipe para obtenção e uso da melhor evidência para as tomadas de decisões

Resultados

Juntamente com o compromisso político e o levantamento de necessidades em saúde, a capacitação dos profissionais de saúde, a partir da definição de políticas a longo prazo para a adequação da força de trabalho a essas necessidades, bem como às mudanças previstas nos sistemas de saúde e o desenvolvimento da capacidade institucional para colocá-las em prática e revisá-las periodicamente, tem sido uma indicação nos documentos da OMS/OPS como elemento fundamental na reforma de um sistema de saúde baseado ou liderado pela atenção primária.

Um dos elementos definitivos na perspectiva da educação permanente é a orientação a partir do trabalho cotidiano, da orientação por melhores resultados utilizando como medida as competências laborais. É nessa perspectiva que o papel inicial da capacitação é uma etapa essencial em qualquer reforma dos serviços e um instrumento para a construção da educação permanente, pois, a partir do entendimento do papel dos profissionais e das equipes nessa reforma, pode-se avaliar as habilidades que deverão ser adquiridas, envolvendo as sociedades profissionais, as universidades, as escolas de saúde públicas e os pólos de educação num contexto de titulação, certificação, especialização e residências que modifiquem a médio e longo prazos o perfil dos profissionais da Atenção Básica no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.Departamento de Apoio à Descentralização.Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

Bourget,M.M. (org). Programa Saúde da família - Manual para o curso introdutório. São Paulo: Martinari,2005.

Starfield, B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.Barbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

Villabi Jr, G.A., Pasarin, M.I., Gil, M., Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud:la reforma de la atención primaria como estrategia. Atención Primaria: Enero 1998. Volumen 21 (1): 47-54.

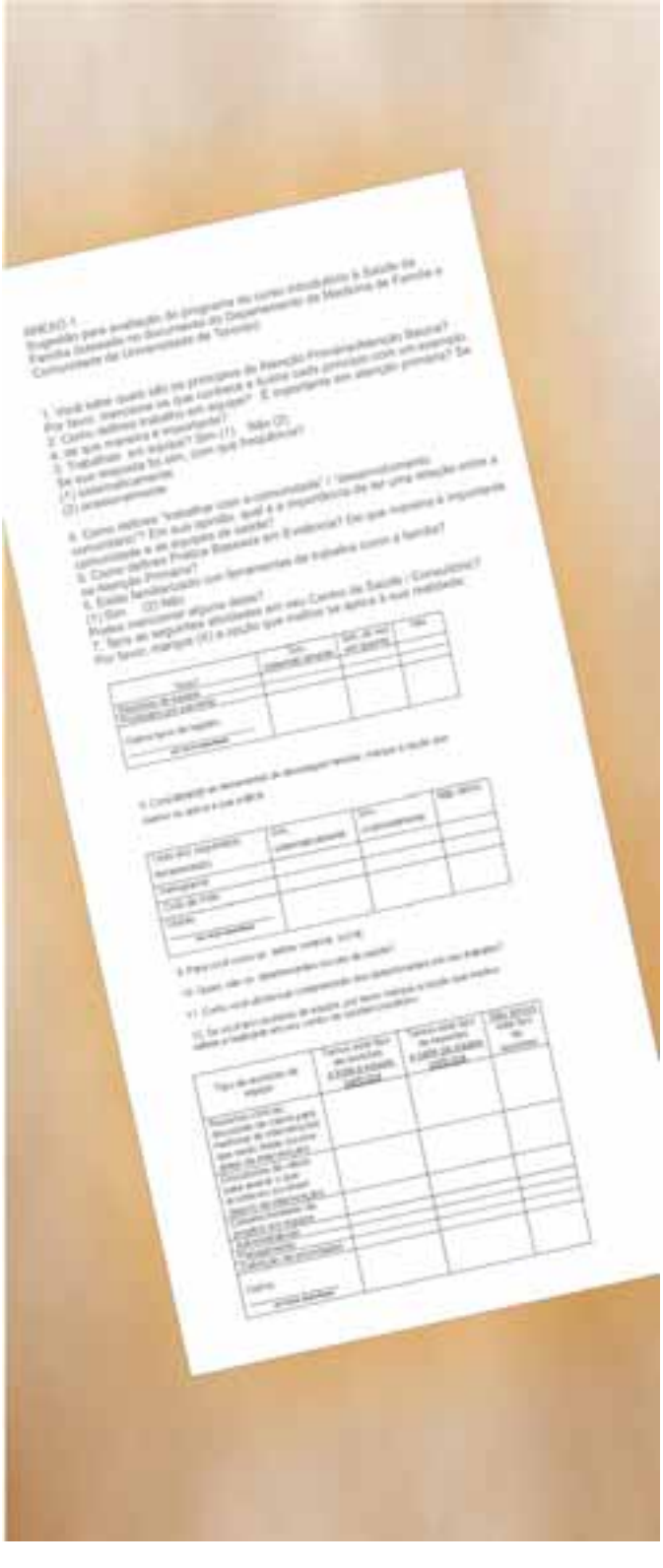
Takeda, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde.In: Duncan,B. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.3. ed.Porto Alegre:Artmed,2004.

Talbot,Y;Takeda,S.M.P.;Bhattachryya,O y Riutort,M. Capacity Building in Family Health: an innovative in-service training program in primary health care for teams in Latin America. Artigo submetido à publicação

Takeda, S.M. A Organização de Serviços de Atenção Primaria a Saúde. Em: Duncan, B.; Schmidt, M.A. e Giugliani (Orgs). Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primaria Baseadas em Evidências. Artes Médicas, 3a ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? World Health Organization, Regional Office for Europe'sHealth Evidence Network (HEN). Janeiro 2004.

WHO , W. (1994). Making Medical Practice and Education more relevant to peoples Needs:The Contributioin of Family Doctor. In: WHO WONCA CONFERENCE 1994 :The Contribution of the Family Doctor;;, London Ontario Canada; WONCA-WHO.



Competências gerenciais do Cirurgião Dentista da Estratégia Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde



Lincoln Luciano da Silva[1]

Na busca da reorganização assistencial em saúde pública e visando o atendimento ao individuo no seu contexto familiar, o Ministério da Saúde (MS), em 1994, propôs uma estratégia que garanta a universalidade, integralidade, igualdade e a divulgação de informações e serviços a população, esta estratégia chamou-se Programa Saúde da Família (PSF), hoje chamamos estratégia Saúde da Família (SF).

As atribuições fundamentais dos profissionais da equipe de Saúde da Família são: "planejamento de ações; saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família".

De acordo com o Ministério da Saúde, a função de gerência no SUS está relacionada à prestação e controle dos serviços e ações de saúde aos seus usuários, sendo de extrema importância para o exercício desta atividade o compromisso, a ética, a competência e o respeito. A gerência, quando fundamentada em competências, resulta em um conjunto de mudanças, promovendo a auto-direção, já que proporciona a participação mais ampla de seus empregados com maior responsabilidade e desempenho no seu trabalho, integrando conhecimentos, habilidades e atitudes de forma dinâmica.

Nesse sentido destaca-se a importância da formação das competências para que os profissionais passem a realizar suas atividades através do planejamento de ações, uma vez que a formação de competências ensina a pensar e a aprender o porquê do como fazer. Portanto, para a prática de atividades pertinentes à gestão de organizações

[1]Dentista da ESF - Curitiba, Especialista em Saúde da Família, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho - Saúde da Família

de saúde é fundamental que o cirurgião dentista conheça as competências necessárias para o exercício de tal função.

O conceito de Competência

A palavra competência é frequentemente utilizada na língua portuguesa para definir qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade.

Autores baseados em David McClelland, que publicou um trabalho sobre mensuração de competências em 1973, definem competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (figura 1), onde o conhecimento é tratado como "saber", habilidades como "saber fazer" e atitudes como "querer fazer".

Figura 1 - Diagrama da Competência



Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia a formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente .

Enfocando em nosso tema de pesquisa, "administração e gerenciamento", as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia definem que:

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

A Odontologia no contexto da Estratégia Saúde da Família

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação, ou seja, é resultante das condições materiais de vida das pessoas.

A estratégia Saúde da Família envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde. Há necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ele relacionadas, quer em termos de promoção, de proteção e recuperação, impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia da Saúde da Família. Neste contexto, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em 2001, onde se procurou

objetivar a melhora das condições de saúde bucal da população brasileira através de reorientações das práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pela estratégia Saúde da Família.

As ações de saúde bucal tornam as ações de saúde da família mais completas e mais eficazes. Neste sentido, torna-se essencial que a Saúde Bucal trabalhe em sintonia com os outros profissionais da equipe Saúde da Família (ESF). O conceito de Saúde da Família deve ser entendido de forma que não se limite a ver o corpo isoladamente. É preciso cuidar da boca, do corpo todo, da vida das pessoas em todos os aspectos.

No município de Curitiba, cidade onde ocorreu esta pesquisa, a Saúde da Família já se iniciou com a inclusão da equipe de Saúde Bucal, em 1992, com uma visão de integralidade nos serviços. Trabalha-se com o princípio de que o "profissional de saúde é hábil", onde destacamos que é um equívoco achar que as ações preventivas são de cunho coletivo e as ações curativas são de cunho individual.

É errôneo acreditar que a ESF realiza meramente ações de cunho preventivo ou que a atenção clínica agora se desenvolverá dentro dos domicílios. O modelo proposto foi solidamente calcado na realidade local, cujo diagnóstico e definição de prioridades foram embasadas no segundo princípio da ESF onde diz que o "A Saúde da Família é uma disciplina baseada na comunidade". Em Curitiba, entende-se que garantir o acesso, onde a ESF é a porta de entrada de um serviço integral, contempla o terceiro princípio da SF onde diz que "o profissional de saúde da família faz parte de uma rede de serviços". Outro fator que se considerou foi a humanização, embasada no quarto princípio da ESF onde fala que "a relação equipe/paciente é alvo fundamental na ESF".

"A Saúde da Família é uma disciplina baseada na comunidade". Em Curitiba, entende-se que garantir o acesso, onde a equipe de Saúde da Família é a porta de entrada de um serviço integral, contempla o terceiro princípio da SF onde diz que "o profissional de saúde da família faz parte de uma rede de serviços"

O sucesso ou fracasso de nossos projetos destinados a elevar o nível de saúde bucal da população, por melhor que seja o planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente bem-qualificados e não apenas da quantidade de recursos humanos disponíveis.

Logo, espera-se dos integrantes da equipe de Saúde da Família uma boa qualificação para serem resolutivos com problemas de saúde, organizados nas atividades de planejamento local quanto à assistência, vigilância e promoção à saúde e que trabalhem com espírito de equipe .

A Competência Gerencial do Cirurgião dentista da ESF:

Ao se abordar a estratégia Saúde da Família, tem-se o gerenciamento como fundamental nas ações de saúde e as competências gerais (conhecimentos, habilidades e atitudes) são elementos que interagem chegando-se à consolidação das competências gerenciais do cirurgião dentista, reforçando a consolidação das principais atribuições dos profissionais da ESF que são: o planejamento de ações; saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família, contribuindo para o fortalecimento do SUS.

Sendo assim, esta pesquisa apontou para necessidade de reforçar a importância de algumas competências entre os profissionais de saúde que atuam na ESF. Baseada no modelo originário na *University of North Carolina* utilizada na avaliação de programas onde construiu-se diagramas denominados "Diagrama de Árvore", incluindo todos os aspectos relacionados ao tema competência gerencial do cirurgião dentista, isto de forma hierárquica.

Figura 2 - Diagrama dos Conhecimentos Requeridos para Competências Gerenciais do CD da Esf



Figura 3 - Diagrama das Habilidades Requeridas para Competências Gerenciais do CD da Esf



Figura 4 - Diagrama das Atitudes Requeridas para Competências Gerenciais do CD da Esf



Estes diagramas foram submetidos a um grupo de profissionais definidos onde os resultados obtidos nos levam a fazer algumas considerações:

Em relação ao item conhecimento, os dados encontrados nesta pesquisa mostram que o conhecimento sobre os fatores determinantes do processo saúde/doença é considerado o componente de maior importância. Os cirurgiões dentistas reconhecem a importância de ter conhecimento sobre as características da área de abrangência onde eles atuam para realizar o gerenciamento dos seus serviços, porem paradoxalmente reconhecem os fatores sociais determinantes da qualidade de vida como o de menor importância dentre todos os outros componentes. Talvez haja necessidade de reforçar dentro a equipe a importância destes fatores no processo saúde/doença. Embora a habilidade de estabelecer prioridades tenha sido reconhecida entre os entrevistados dessa pesquisa como a mais importante, os resultados levam a acreditar que o grupo não considera a atitude de traçar estratégias ter igual importância. Os resultados sobre as atitudes nos levam a acreditar que os cirurgiões dentistas consideram a comunicação, isto é, compartilhar conhecimento e informações como muito importante, porem o grupo não considera importante essa troca de informações e conhecimentos dentro da equipe, pois a habilidade de formar e treinar equipe interdisciplinar em saúde foi considerada como a de menor relevância, mostrando a necessidade de reforçar essa importante atribuição, preconizada pelo Ministério da Saúde, dos profissionais que atuam na Saúde da Família.

Analisando somente os itens Planejamento das ações; Saúde, promoção e vigilância; Trabalho interdisciplinar em equipe e Abordagem intergral da família, sob os aspectos Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, verificamos que para planejar o mais importante é ter Habilidade, isto é, saber fazer planejamento das ações. Planejar ações em saúde significa desenvolver um conjunto de habilidades que determine formas de agir necessárias para aumentar os níveis de saúde da população 10.

Nos itens saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em saúde e abordagem integral da família, a Atitude foi o componente mais importante.

Atitude pode ser entendida como sendo as condições complexas do ser humano que afetam o estado comportamental das pessoas referem-se, portanto, às questões sociais e afetivas relativas ao trabalho 11. Pode ser definida como uma predisposição da pessoa na determinação de uma reação comportamental em relação a um produto, organização, pessoa, fato ou situação 12.

Da mesma forma, as atitudes dizem respeito ao "saber ser", as predisposições para as decisões e ações construídas a partir de referenciais estéticos, políticos e éticos. De forma articulada aos conhecimentos e habilidades, mobilizam os padrões da prática para a qualidade requerida de um profissional por uma determinada organização.

Percebe-se então que o "saber ser" está ligado aos valores que um individuo possui, ou seja, suas características pessoais e culturais, a capacidade de se comunicar, interagir ou adaptar-se a novas situações entre outras. Então, as atitudes desenvolvidas pelo cirurgião dentista na estratégia Saúde da Família estão relacionadas ao seu comportamento frente às situações impostas pela prática profissional.

Conclusão:

Tendo em vista as mudanças ligadas à reestruturação do modelo assistencial, aonde o cirurgião dentista vem ocupando um papel de gerente dentro dos serviços de saúde bucal, há necessidade deste profissional, desenvolver esta função gerencial com competência.

Infelizmente, administração, recursos humanos, psicologia são temas muito pouco explorados nos cursos de graduação em Odontologia e que fazem toda a diferença para o sucesso ou fracasso deste profissional e é esse o motivo que leva muitos profissionais a retornarem mais tarde aos bancos universitários para cursarem cursos para complementação da sua carreira profissional. Estes profissionais necessitam aprender a gerenciar e adquirir novos conhecimentos, habilidades e atitudes que em sua formação na graduação não obtiveram.

Há necessidade da repensar estratégias de abordagens de assuntos como planejamento em serviços de saúde, trabalho em equipe interdisciplinar, liderança e tomada de decisão nos currículos dos cursos de Odontologia, pois as Universidades exercem um papel fundamental no sentido de priorizar um aprendizado observando as tendências e necessidades da realidade do mercado para desenvolver profissionais enfocados em suas competências.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

2. LAZZAROTTO, E. M. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestre em Engenharia da Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

3. RABAGLIO, M. O. Seleção por competência. São Paulo: Educator, 2001.

4. GRAMIGNA, M. R., Modelo de competências e gestão de Talentos. São Paulo: Makron Books, 2002.

5. ALMEIDA, M. (org). Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

6. PUCCA, G. Por um Brasil Sorridente, Revista da Associação Brasileira de Odontologia, São Paulo, v. 12, n, 2, p. 73-79, abr./mai. 2004.

7. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Os dizeres da boca em Curitiba.Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

8. QUELUZ, D.P. Recursos humanos na área odontológica. In: PEREIRA, A. C., Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

9. SAUPE, R. Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem. Dissertação (Mestrado): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1979.

10. CLAUS, S. M. Competências a desenvolver na formação do enfermeiro para o trabalho com planejamento com ações de saúde. In: MEDEIROS, R. M.; STÉDILE, N. L. R.; CLAUS, S. M. Construção de competências em enfermagem. Caxias do sul: EDUCS, p. 211-307, 2001.

11. HARB, A. G. A determinação das competências essenciais, no setor supermercadista da cidade de Manaus, seguindo a percepção de gestores, funcionários e clientes. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestre em Engenharia de Produção). Programa de Pós - Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

12. MATTAR, F. N. Pesquisa de marketing. São Paulo: Atlas, 1996.

