

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**REUNIÃO DOS COORDENADORES  
DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO,  
FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

RELATÓRIO FINAL



Brasília – DF  
2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Departamento de Atenção Básica

REUNIÃO DOS COORDENADORES  
DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO,  
FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA

RELATÓRIO FINAL

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF  
2002

© 2002. Ministério da Saúde.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.  
Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 300 exemplares

*Distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Sede, 7.º andar, sala 718  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tel.: (61) 315 2542  
Fax: (61) 325 2094  
E-mail: psf@saude.gov.br

*Promoção e organização:*

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica  
Coordenação de Qualificação em Atenção Básica

*Relatores:*

Flavio A. de Andrade Goulart  
Lucinéia Moreli Machado  
Liliane Tannus Gontijo

*Projeto visual:* Thiago Antonucci

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.  
Reunião dos Coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: relatório final / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

80 p.: il. - (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-0627-4

1. Programa Saúde da Família. 2. Capacitação em Serviço. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. III. Título. IV. Série.

NLM WA 308

---

Catálogo na fonte - Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610  
CEP: 71200-040, Brasília – DF  
Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558  
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

# SUMÁRIO

1	PROGRAMA	5
2	ESTRUTURA E METODOLOGIA DO RELATÓRIO	7
3	SOLENIDADE DE ABERTURA	8
4	MESAS-REDONDAS E PAINÉIS	10
4.1	CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO	10
4.1.1	Apresentação da Pesquisa de Avaliação dos Pólos Realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEEP)	11
4.1.2	Apresentação do Relatório de Avaliação dos Pólos de Capacitação (DAB)	21
4.1.3	Apresentação dos Resultados do Monitoramento das Equipes de Saúde da Família	24
4.1.4	Debate em Plenária	27
4.2	ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	29
4.2.1	Apresentação do Plano de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família	30
4.2.2	Profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	36
4.2.3	Debate em Plenária	40
4.2.4	Apresentação do Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde	44
4.2.5	Apresentação do Programa de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família	46
4.2.6	Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED)	49

4.2.7	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) . . . . .	53
4.2.8	Apresentação do PROESF – Projeto de Implantação e Consolidação do Saúde da Família . . . . .	59
4.2.9	Debate em Plenária . . . . .	62
5	PLENÁRIA FINAL . . . . .	66
5.1	APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS . . . . .	66
	Região Norte . . . . .	67
	Região Sudeste . . . . .	68
	Região Nordeste . . . . .	69
	Regiões Sul e Centro-Oeste . . . . .	71
5.2	DEBATES SOBRE AS APRESENTAÇÕES DOS GRUPOS . . . . .	73
6	ANEXO . . . . .	76

# 1 PROGRAMA

## DIA 6 DE AGOSTO DE 2002

Horário: 20h

Solenidade de Abertura

## DIA 7 DE AGOSTO DE 2002

Horário: 8h30 às 12h

Mesa-Redonda: Contextualizando o Processo de Capacitação

Painéis:

Apresentação da Pesquisa de Avaliação dos Pólos Realizada pelo NEPP (Campinas)

Apresentação do Relatório de Avaliação dos Pólos de Capacitação (DAB)

Apresentação dos Resultados do Monitoramento das Equipes de Saúde da Família

Debate em Plenária

Horário: 14h às 18h

Mesa-Redonda: Definindo Estratégias de Implementação da Capacitação

Painéis:

Apresentação do Plano de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família

Profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde

Debate em Plenária

## DIA 8 DE AGOSTO DE 2002

Horário: 8h30 às 12h

Continuação da Mesa-Redonda: Definindo Estratégias de Implementação da Capacitação

Painéis:

Apresentação do Programa de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família

Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)

Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED)

Horário: 14h às 18h

Trabalho de Grupos

## DIA 9 DE AGOSTO DE 2002

Horário: 8h30 às 12h

Continuação dos Trabalhos de Grupos

Horário: 13h30 às 16h

Plenária Final

Apresentação dos Grupos da Região Norte, Região Sudeste, Região Nordeste e Região Sul/Centro-Oeste.

Debate em Plenária

Horário: 16h30 às 18h

Informes

Encerramento

## 2 ESTRUTURA E METODOLOGIA DO RELATÓRIO

A Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, transcorreu de acordo com a programação oficial. Apenas não ocorreu a apresentação dos Informes das Áreas de Saúde do Trabalhador e Alimentação e Nutrição. Contudo, foram disponibilizados, junto à pasta dos participantes, material informativo sobre essas duas áreas. Houve grande contribuição dos palestrantes, debatedores, coordenadores de mesa e, sobretudo da plenária. As reuniões de grupos foram produtivas, sendo apresentado em Plenária Final, os produtos solicitados pela Coordenação do Encontro, subdivididos por regiões do País. Foi possível sintetizar todo o material apresentado nas mesas-redondas e painéis, seja sob a forma de textos e apresentações em multimídia ou a própria fala dos apresentadores, bem como as manifestações, questionamentos e discussões surgidas nos debates. Os informes sobre endemias vetoriais, controle de tuberculose e hanseníase, saúde mental e assistência farmacêutica, conforme constam na programação oficial, não foram incluídos no relatório final, tendo em vista a entrega desses informes durante a reunião.

A organização das falas dos palestrantes, debatedores e plenária, das mesas-redondas e painéis, teve a preocupação de sistematizar as contribuições de cada participante, de forma a destacar a idéia central, as contradições, a seqüência de apresentação, os destaques do apresentador e a relevância da colocação, conforme o tema proposto. Além dos conteúdos apresentados, procurou-se também enfatizar aspectos conceituais ou de interesse político ampliado, referentes a cada tema.



## 3 SOLENIDADE DE ABERTURA

### FORMAÇÃO DA MESA

CLAUDIO DUARTE DA FONSECA – Secretário de Políticas de Saúde/MS

HELOIZA MACHADO DE SOUZA – Diretora do DAB/SPS/MS

PAULO HENRIQUE D' ANGELO SEIXAS – Diretor-Geral da Política de Recursos Humanos – SPS/MS

RICARDO DE FREITAS SCOTTI – Secretário Executivo do CONASS, representando o presidente da entidade, *FERNANDO PASSOS CUPERTINO*

ALESSANDRA SCHENEID – Representante da UNESCO

JUAN SECLÉN – Representante da OPAS

Foi apresentado um vídeo institucional sobre os 50 milhões de brasileiros cobertos pelo Programa Saúde da Família (PSF)

### HELOIZA MACHADO DE SOUZA

Cumprimentando a todos, destaca o esforço que o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Instituições de Ensino vêm empreendendo no trabalho de parceria que vem sendo desenvolvido pelos Pólos de Capacitação em Saúde da Família desde 1997. A experiência dos Pólos tem sido essencial para o bom desenvolvimento do Programa Saúde da Família e hoje é conhecida e observada por organismos internacionais, na perspectiva de apoiar iniciativas de outros países. Agradece a presença e dá as boas-vindas a todos os presentes.

### RICARDO DE FREITAS SCOTTI

Em nome do Presidente do CONASS manifesta o apoio formal da entidade a esta iniciativa, que considera um movimento tático fundamental para a construção do SUS, um projeto de enorme amplitude e complexidade e com potencialidade de dar importantes resultados também. Ressalta e valoriza o esforço que a SPS/MS vem desenvolvendo no sentido de dar organicidade ao processo de capacitação de recursos humanos para o SUS,

ultrapassando o tradicional caráter de “experiência piloto” ou de fato pontual que muito se viu na história do setor no País. Este encontro é uma oportunidade de refletir para progredir na definição de papéis que cada gestor deve ter face à questão da capacitação. Nesse aspecto, a posição reiterada do CONASS frente ao Ministério da Saúde é de que se avance e se detalhe tais responsabilidades através de normatização específica, em busca de coerência e equilíbrio na gestão do sistema. Torna-se preciso ampliar as discussões e também a participação dos gestores e das universidades. A presença de tantos gestores nesta noite confere legitimidade a este fórum e aos processos dele decorrentes.

### CLAUDIO DUARTE DA FONSECA

Agradece a todos lembrando que a presença e a qualidade de tantos parceiros neste evento reflete, sem dúvida, o que tem sido a construção da política de recursos humanos no País, aliás, um grande e complexo desafio que ainda está sendo enfrentado no SUS. A estratégia dos Pólos de Capacitação foi sem dúvida essencial para se chegar ao estágio atual e ao impacto que tem o PSF no País. Com efeito, a questão dos recursos humanos possui enorme conteúdo estratégico. Nesse aspecto, o que é frequentemente levantado pelos gestores, principalmente municipais, é a “falta de quadros” para se implantar as políticas e os programas. A questão dos médicos, embora não seja isolada, ainda merece preocupações e muito investimento político. Na enfermagem também há problemas, mas sem dúvida esta profissão conseguiu avançar mais, em termos de um currículo mais condizente com as necessidades do sistema de saúde. A atuação dos Pólos visa a corrigir equívocos gerados na etapa de formação, que continuam ocorrendo. Para isso, o Ministério da Saúde tem procurado induzir mudanças curriculares nas faculdades de medicina e de enfermagem, através do PROMED. Contudo, nesse caso os resultados só aparecerão em longo prazo, talvez anos, mas é preciso começar a atuar imediatamente. Neste programa é claro que serão valorizadas as faculdades que já se inseriram nos Pólos de Capacitação, ou seja, aquelas que já ousaram em suas propostas, saindo dos muros da Universidade. Encerrando, comenta que face aos temores que o atual momento político e eleitoral provoca quanto ao futuro dos programas desenvolvidos na saúde, não vê motivos para

sobressaltos, considerando que existe hoje uma agenda fortemente pactuada entre os gestores, outros atores institucionais e a própria sociedade e que, assim, as possibilidades de eventuais retrocessos se minimizam.

## 4 MESAS-REDONDAS E PAINÉIS

Data: 7/8/02

Horário: 8h30 às 12h

### 4.1 CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO

Coordenadora da Mesa: HELOÍZA MACHADO DE SOUZA –  
Diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS)

Deseja boas-vindas a todos, fala sobre os grandes desafios no processo de reforma do setor saúde no Brasil, afirmando que o Programa Saúde da Família (PSF) representa hoje uma estratégia estruturante do sistema de saúde e que vem provocando um importante movimento para uma nova organização do modelo de atenção vigente. Destaca o êxito da expansão do PSF com a adesão dos gestores estaduais e municipais aos princípios do programa, possibilitando em 2001, a cobertura a cerca de 39 milhões de pessoas e ressalta a ocorrência das experiências exitosas nos estados e municípios que têm contribuído para a consolidação do PSF.

Os Pólos de Capacitação entendidos enquanto estratégia operacional são protagonistas desse processo e atualmente os 30 Pólos existentes no Brasil vêm possibilitando aos profissionais de Saúde da Família a adequação e o desenvolvimento de habilidades de forma a capacitá-los para a abordagem da atenção, exercida de forma contínua, integral e coordenada.

Ressalta que no tocante ao desenvolvimento de recursos humanos, enquanto um dos eixos estratégicos para a reformulação do setor, os Pólos vêm realizando um conjunto de ações, com diversidade e riqueza de experiências, destacando o potencial de várias iniciativas e a importância do trabalho realizado.

Destaca alguns aspectos difíceis, limitantes e a necessidade de alternativas de mecanismos de financiamento mais ágeis para os Pólos de Capacitação, que não signifiquem descontinuidade de realização dos trabalhos.

Cita o desenvolvimento regular de processos avaliativos internos e externos no DAB, que visam a aprofundar os conhecimentos acerca do tema Saúde da Família. Destaca três processos avaliativos que foram realizados e se complementam, sendo: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente; Monitoramento das Equipes de Saúde da Família e o Acompanhamento dos Relatórios Físico e Financeiro dos Pólos.

Em agosto de 2000, a professora Regina Faria iniciou, o processo avaliativo dos Pólos de Capacitação, e neste encontro apresenta o trabalho finalizado. O Departamento de Atenção Básica (DAB) acompanhou desde o início o processo, que foi muito rico. Regina Faria acumulou muito em termos de avaliação, acumulação teórica, metodológica e prática. As discussões dentro do departamento foram constantes.

Após apresentação da professora Regina Faria, será apresentado o resultado parcial do monitoramento das Equipes de Saúde da Família, por Alexandre Alberto Freire Jorge e o Acompanhamento dos Relatórios Físico e Financeiro dos Pólos, pela Maria Angélica Curia Cerveira.

#### 4.1.1 Apresentação da Pesquisa de Avaliação dos Pólos Realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEEP)

Palestrante: REGINA FARIA – Coordenadora de Pesquisa do Núcleo de Estudo de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP)

A pesquisa realizada versou sobre a Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF. Iniciaram o trabalho, como avaliadores externos do núcleo de políticas públicas. Processo considerado longo, de dois anos de trabalho. Precedeu a avaliação, a coleta e exame dos dados, um trabalho conjunto da UNICAMP com a equipe do DAB, para posteriormente implementar a etapa de pesquisa de campo. O objeto de estudo foram os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF.

Na fase preparatória realizou-se a revisão da literatura, a divulgação e a formalização do estudo junto aos Pólos, reuniões com as equipes do DAB

e coleta de documentos e dados secundários para caracterização do universo de estudo.

Os 12 primeiros Pólos de Capacitação foram constituídos, em novembro de 1997, que naquele momento eram o universo dos pólos.

Apresenta os 12 primeiros Pólos de Capacitação, por região e quantidade (ver quadro 1). Conforme demonstrado no quadro a seguir, observa-se que há pelo menos dois Pólos em cada macrorregião brasileira, com exceção da Região Norte, onde não se desenvolve nenhum Pólo.

#### QUADRO 1 – PÓLOS DE CAPACITAÇÃO POR REGIÃO E LOCAL

■ Região Centro-Oeste	02	Cuiabá e Brasília
■ Região Nordeste	04	Maceió, Salvador, Fortaleza e Recife
■ Região Sudeste	04	Belo Horizonte, Juiz de Fora, Rio de Janeiro e Niterói
■ Região Sul	02	Curitiba e Florianópolis
TOTAL	12	-----

Destaca o caráter de avaliação formativa, ou seja, aquela que examina a eficácia do programa, tanto durante seu desenvolvimento, quanto durante sua implementação, objetivando obter informações para a tomada de decisão, que permitam seu aprimoramento. O objetivo é trazer elementos para ajudar, caso seja necessário, na correção do curso e do rumo que está sendo trilhado. Um outro tipo de avaliação, a somativa, é aquela que compara programas, analisa e compara resultados, objetivando a escolha do melhor. No caso presente, uma avaliação reflexiva foi utilizada. Iniciou-se com o exame da documentação de diretrizes.

A modalidade licitatória para seleção das instituições que apresentaram projetos para constituição dos Pólos contemplou pré-requisitos que definem o perfil dos Pólos objetivando: experiências em pesquisa e ensino; integração entre ensino e serviço; participação das instâncias de representação, mediante aprovação da CIB; capacidade de gestão empreendedora e articulação de parcerias; introdução de mecanismos de avaliação e moni-

toramento. Todos esses pontos foram detalhados e analisados, antes do trabalho de campo.

Na etapa seguinte buscou-se a caracterização da oferta de capacitação dos Pólos, sua composição estrutura, procurando-se levantar: as redes de articulação/processo decisório; o projeto institucional de ensino/atividades; as potencialidades e limites.

Na terceira etapa investigou-se a caracterização da demanda de capacitação das Equipes de Saúde da Família e a atuação dos Pólos, procurando conhecer: a caracterização das ESF; a organização dos serviços no nível local; a demanda de capacitação de pessoal do PSF, para uma atuação alinhada com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família; a identificação dos beneficiários; a atuação da ESF: divulgação do trabalho, sensibilização e capacidade de atendimento da demanda e o relacionamento da ESF com a comunidade.

Retornando à etapa dois, em relação ao aspecto de caracterização dos Pólos, quando do estudo já em andamento, observou-se a seguinte natureza das Instituições participantes e sua respectiva coordenação (quadro 2).

## QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PÓLOS: NATUREZA DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES E COORDENAÇÃO

Pólo	Instituições de Ensino		Serviço		Outras *	Coordenação	
	IES (federais, estaduais ou municipais)	Outras instituições	SES	Órgãos de Ensino da SES		Ensino	Serviço
AL	04	-	√	-	02	-	√
BA	05	-	√	-	03	-	√
CE	01	-	√	01	02	-	√
DF	01	-	√	-	-	-	√
MT	01	01	-	01	-	-	√
MG-BH	01	03	√	01	03	√	-
MG-JF	01	01	√	01	02	√	-
PR	05	-	√	-	02	-	√
PE	03	02	√	-	03	-	√
RJ	03	02	√	-	04	√	√
SC	05	-	√	-	05	-	√

Fonte: NEPP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

Ainda nesta etapa obteve-se o marco analítico da caracterização dos Pólos. A Pesquisa estruturou-se a partir de quatro eixos principais, referentes aos seguintes aspectos sobre os Pólos: Estrutura e Organização; Projeto Educacional; Descentralização e Cooperação Institucional e Institucionalização e Mudança,

pontuando as dimensões examinadas e estabelecendo indicadores relacionados conforme especificado no quadro 3.

### QUADRO 3 – MARCO ANALÍTICO DA CARACTERIZAÇÃO DOS PÓLOS

Eixo	Dimensão Examinada	Indicadores
Estrutura e Organização	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituições integrantes</li> <li>Integração ensino e serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Natureza e características das instituições</li> <li>Níveis de interação e tipo de cooperação institucional</li> </ul>
Projeto Educacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abrangência e diversificação das atividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Natureza do projeto pedagógico e plano de atividades</li> </ul>
Descentralização e Cooperação Institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esferas governamentais envolvidas</li> <li>Cooperação institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Natureza da participação e cooperação entre os diferentes níveis da Federação</li> <li>Integração de instituições regionais e locais</li> </ul>
Institucionalização e Mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos institucionais de gerenciamento</li> <li>Sistema de avaliação e monitoramento</li> <li>Impacto nas instituições participantes</li> <li>Impacto na graduação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de gestão</li> <li>Incorporação, reprodução e difusão de inovações</li> <li>Estabelecimento e fortalecimento de parcerias</li> <li>Níveis de descentralização das atividades</li> </ul>

Na etapa três o marco analítico para a caracterização da demanda de capacitação estabeleceu dois eixos: a qualificação dos recursos humanos e a eficácia e o controle social. Pontuou, também, as dimensões e indicadores, relacionados a seguir, no quadro 4.

### QUADRO 4 – MARCO ANALÍTICO PARA A CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE CAPACITAÇÃO

Eixo	Dimensão Examinada	Indicadores
Qualificação dos Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caracterização das Equipes de Saúde da Família (ESF)</li> <li>Capacitação</li> <li>Desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrutura; permanência e rotatividade; interação/integração; satisfação profissional; apoio e supervisão</li> <li>Qualificação básica, especializada, específica e aprimorada; sugestões e demandas; fontes e recursos de capacitação</li> <li>Divulgação do trabalho; interação com a comunidade; conhecimento do público-alvo; dificuldades</li> </ul>
Eficácia e Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relação das Equipes de Saúde da Família com a Comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planejamento e realização das atividades de planejamento; Conhecimento e interação com as famílias</li> </ul>

Os Instrumentos da Pesquisa contemplaram informações e dados indicadores dos seguintes aspectos: perfil; implantação e organização dos serviços; participação da comunidade; caracterização; funcionamento e atuação da estratégia de saúde da família; identificação dos usuários; monitoramento; relacionamento com a comunidade; condições de trabalho, perspectivas de formação e capacitação; caracterização do domicílio e da família; identificação dos problemas de saúde; atuação e avaliação do PSF.

Observou-se uma tendência de regionalização e descentralização dos Pólos e a utilização de parcerias com as universidades regionais, refletindo modelos positivos que poderão vir a ser replicados.

Os resultados encontrados demonstram, conforme esperado, baixo impacto na graduação, de profissionais da área da saúde, o sistema de monitoramento e avaliação é pequeno e existe uma distância entre o que se preconiza e o que é realizado pelas equipes do PSF. Fica assim reforçada a importância de desenvolver sistemas de monitoramento da competência do gestor e do programa.

Sobre os instrumentos de Pesquisa, observou-se que a categoria de enfermagem foi quem respondeu pela equipe. Todos os secretários municipais de saúde foram entrevistados. Os questionários foram diferenciados para cada um dos segmentos.

A partir do resultado da Pesquisa de Avaliação do PAB e da indicação dos Pólos selecionou cinco municípios considerados bons e cinco ruins.

Na etapa três – caracterização da demanda de capacitação – a seleção da amostra de municípios nos estados estudados contemplou dois requisitos: o primeiro, refere-se a municípios que possuem o PSF e o segundo, a municípios que responderam a Pesquisa de Avaliação do PAB. Dessa forma, obtiveram 470 municípios, inicialmente, indicados pelos Pólos e na ausência deste selecionou-se outro com característica semelhante. A localização dos municípios selecionados por Região, segundo a UF é mostrada no quadro 5.



## QUADRO 5 – LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS POR REGIÃO, POR UF

UF	N.º Pólos	Região				Total
		CO	NE	S	SE	
AL	01		05			05
BA	01		05			05
CE	01		05			05
PE	01		05			05
DF	01	01				01
MT	01	05				05
MG	02				10	10
RJ	02				10	10
PR	01			05		05
SC	01			05		05
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>06</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>56</b>

Fonte: NEPP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

O quadro 6 mostra os municípios de acordo com sua trajetória no SUS.

## QUADRO 6 – TRAJETÓRIA DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS NO SUS

TRAJETÓRIA	Frequência	Percentual
Direto PAB	46	82%
Direto Plena do Sistema	04	7%
Semiplena-Plena	03	5%
Incipiente-PAB-Plena	02	4%
PAB-Plena	01	2%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

Fonte: NEPP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

No quadro 7 vê-se a distribuição dos integrantes das ESF segundo a quantidade de cada profissional.

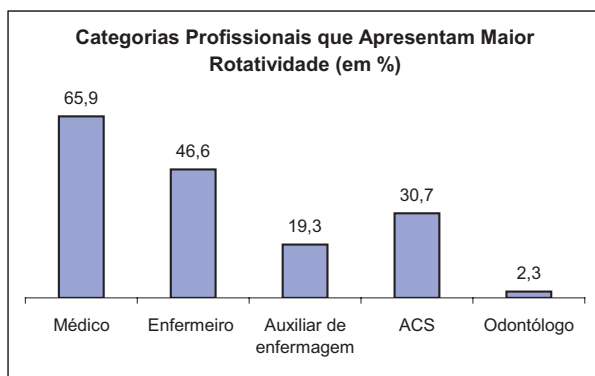
## QUADRO 7 – INTEGRANTES DAS ESF POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Número de Profissionais	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	ACS	Odontólogo
Nenhum	-	4%	4%	2%	58%
1	97%	96%	65%	1%	38%
2	3%	-	26%	2%	2%
3	-	-	5%	-	-
4	-	-	-	12%	-
5	-	-	-	23%	-
6	-	-	-	27%	-
Mais de 6	-	-	-	32%	-

Fonte: NEPP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

O quadro 8 apresenta-se a rotatividade das diversas categorias das ESF.

## QUADRO 8 – ROTATIVIDADE PROFISSIONAL NAS ESF



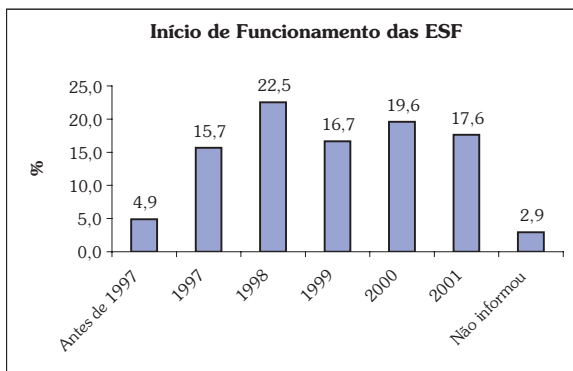
Fonte: NEPP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

A rotatividade apresentada pelos integrantes da ESF aparece em razão dos baixos salários, motivos pessoais e familiares; busca de desenvolvimento profissional e aprimoramento; interferências políticas e insatisfação com as condições de trabalho. Destaca-se a alta rotatividade dos ACS, por motivos políticos e de condições de trabalho.

Em média as ESF têm dois anos de funcionamento. A maioria dos profissionais tem experiência em atenção básica à saúde, e muitos já tinham passado por outras equipes de PSF.

Em seguida, no quadro 9, apresenta-se aumento de Equipes de Saúde da Família em funcionamento, no período compreendido entre 1997 e 2001.

#### QUADRO 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS ESF POR TEMPO DE FUNCIONAMENTO



Fonte: NEEP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

Os resultados demonstram que a região nordeste apresentou a maior expansão de equipes do PSF.

Em seguida, apresenta-se a distribuição percentual dos profissionais do PSF, da amostra que foi submetida ao Módulo Introdutório do Curso de Capacitação, oferecido pelos Pólos (quadro 10).

#### QUADRO 10 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE PROFISSIONAIS

Quantidade	Médico	Enfermeiro	Auxiliar Enfermagem	ACS	Odontólogo
Nenhum	10,7%	8,9%	42,9%	23,2	26,8%
De 1% a 50%	32,1%	21,5%	10,7%	10,7	8,9%
De 51% a 99%	26,8%	19,6%	10,7%	16,0	3,6%
Todos os profissionais	26,8%	44,6%	32,1%	44,6	12,5%

Fonte: NEEP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

Constata-se que o auxiliar de enfermagem representa a categoria profissional menos inserida e prejudicada em relação à capacitação.

Quanto à metodologia empregada na capacitação, observa-se que o treinamento por categorias profissionais fragiliza e fragmenta a equipe. Contudo, os entrevistados apontam que a capacitação conjunta de médicos e ACS exige diferentes conteúdos, definições de papéis, as fronteiras e interfaces.

Todas as instituições de ensino interessadas, independente de seu caráter público ou privado, devem estar envolvidas no processo de capacitação. Para os objetivos da pesquisa não interessa se a capacitação está inserida na Universidade ou na Secretaria de Saúde, o que interessa é este poder de capilarizar, de ter braços, de difundir as informações.

Em seguida, no quadro 11 apresenta-se a Avaliação do Curso Introdutório por categoria profissional, segundo diferentes itens de avaliação.

**QUADRO 11 – AVALIAÇÃO DO CURSO INTRODUTÓRIO POR CATEGORIA PROFISSIONAL**

Item	Médicos		Enfermeiros		ACS	
	Ótimo/ Bom	Regular/ Ruim	Ótimo/ Bom	Regular/ Ruim	Ótimo/ Bom	Regular/ Ruim
<b>Conteúdo</b>	79%	21%	77%	23%	92%	8%
<b>Material didático</b>	76%	24%	76%	24%	86%	13%
<b>Carga horária</b>	50%	50%	65%	35%	67%	33%
<b>Metodologia de ensino</b>	67%	33%	77%	23%	93%	7%
<b>Qualidade dos docentes</b>	81%	19%	85%	15%	100%	-
<b>Instalações</b>	67%	33%	83%	17%	83%	17%

Fonte: NEPP/UNICAMP. Avaliação dos Pólos PSF, 2001.

O indicador qualidade dos docentes foi avaliado como positivo. Destaca-se a necessidade de aprimoramento e inovações constantes de conteúdo e da introdução de temas sobre capacitação gerencial e internação domiciliar.

Uma decorrência é que à medida que ocorre a implantação de novas ESF isso se reflete no aumento da demanda de capacitações em níveis diferenciados.

Cerca de 74% dos gestores municipais sugeriram aprimoramentos ao Módulo Introdutório do Curso, tais como: capacitação no nível local (13%); adequação do conteúdo às necessidades locais (11%); aumento da carga horária (11%); maior ênfase na parte prática (9%) e aprofundamento do conteúdo (7%). Desses gestores, 15% não souberam dizer que mudanças poderiam ocorrer e 11% declararam que nada precisa ser mudado.

A pesquisa trouxe também a avaliação do impacto dos treinamentos locais, cobrindo uma porcentagem alta de profissionais. Abaixo, apresentam-se alguns resultados.

- (a) Sobre a capacidade de atender toda a demanda da área de sua responsabilidade: observa-se que 66% responderam que sim e 33% responderam que não.
- (b) Observa-se que os fatores que colaboram para o não atendimento são: demanda muito superior à oferta (43%); grande dispersão geográfica da população sob responsabilidade da ESF (40%); infra-estrutura deficiente (20%); falta de equipamentos básicos (14%); ESF incompleta (9%) e falta de capacitação (6%).
- (f) Levantou-se que o ACS tem um papel fundamental por sua inserção na comunidade, através das visitas domiciliares e divulgação de ações preventivas. Existe um certo prestígio do ACS na comunidade considerando que em algumas regiões representa a única alternativa de trabalho mais rentável e acessível.
- (g) Encontrou-se como um dos itens de maior dificuldade a contra-referência de pacientes.

- (h) Levantou-se como fatores de avanços atuações de coordenações do PSF e o apoio de estados na implementação do Programa.
- (i) O tipo de relação da ESF com a comunidade demonstrou os seguintes resultados: 94% declararam que o tipo de relação existente com a comunidade é de confiança, há boas interações da ESF com a comunidade (62%) e bom relacionamento dos ACS (51%).
- (k) Mostra-se que a relação de confiança com a comunidade é efeito do bom relacionamento dos profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares), abordagem adequada dos problemas de saúde (30%); bom preparo dos profissionais (28%) e regularidade das visitas domiciliares (23%).
- (l) O Modelo Pólo é centralizado nas capitais. A descentralização para outros municípios depende da articulação de cada Pólo. O exemplo de Belo Horizonte avançou para uma atuação regionalizada. É necessário que os Pólos desenvolvam capacidade de disseminar e descentralizar a proposta, atingindo um número maior de municípios. Foram destacadas algumas alternativas sugeridas ao Modelo Pólo, tais como: modelo mais descentralizado (20%); intercâmbio/consórcio municipal (11%); modelo com maior participação dos municípios (5%) e capacitação por Educação a Distância (5%).

#### 4.1.2 Apresentação do Relatório de Avaliação dos Pólos de Capacitação (DAB)

Palestrante: MARIA ANGÉLICA CURIA CERVEIRA - Consultora Técnica do Departamento de Atenção Básica/MS

Apresenta avaliação de resultados, a partir de 1998, através da análise do formulário físico-financeiro.

Conceitua Pólos de Capacitação como articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às Instituições de Ensino, que se consorciam ou celebram convênios com SES e/ou SMS, para implementarem programas de capacitação direcionados à estratégia de Saúde da Família.

Implantados em 1997, os Pólos constituem uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, orientadas para atender a demanda de capacitação do pessoal para a estratégia Saúde da Família. Recebem recursos do MS para o desenvolvimento de uma agenda de trabalho anual, onde são contempladas as ações necessárias. Informa que durante o período de 1997 a 2001 o MS repassou para os Pólos de Capacitação R\$ 25.000.000,00, através de convênios financiados com recursos REFOR-SUS e do Orçamento do MS. Atualmente, existem 30 Pólos de Capacitação englobando aproximadamente 117 Instituições de Ensino.

<b>Regiões</b>	<b>N.º IES</b>
Norte	13
Nordeste	28
Centro-Oeste	05
Sudeste	38
Sul	33
<b>Total</b>	<b>117</b>

Os Pólos, entendidos enquanto estratégia operacional para a adequação e desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais das equipes de Saúde da Família, foram concebidos de forma a desenvolver suas ações em três vertentes: a curto prazo, Capacitação e Educação Permanente dos profissionais inseridos em Equipes de Saúde da Família; a médio e longo prazo, Formação na Graduação, gerando reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço, voltadas mais para a academia.

A seguir, enumera doze atividades básicas realizadas pelos Pólos de Capacitação:

1. Treinamento Introdutório;
2. Capacitação do Instrutor/ Supervisor do PACS;
3. Capacitação do ACS;
4. Capacitação de equipes em temáticas prioritárias (DST /AIDS, Saúde Bucal, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão Arterial e Nutrição);

5. Capacitação em AIDPI;
6. Capacitações das equipes em Sistemas de Informações da Atenção Básica (SIAB);
7. Capacitações das equipes para abordagem integral nas diferentes etapas do ciclo de vida humano (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso);
8. Capacitação de Gestores na estratégia de saúde da família;
9. Desenvolvimento de atividades que visem a promover articulação/integração entre SES, SMS, Coordenação do PACS/PSF e Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (PCFEP-SF);
10. Desenvolvimento de ações que promovam o aprimoramento da equipe técnica do PCFEP/SF;
11. Desenvolvimento de atividades que visam a transformação do projeto pedagógico na formação dos profissionais de saúde e
12. Padrão custo/atividade (relação à média nacional e especificidades regionais).

Apresenta informações referentes a oferta de capacitação dos Pólos no período de 1998 a 2001.

Informa que o Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família continua sendo a atividade mais desenvolvida pelos Pólos, o que demonstra o empenho dos mesmos no processo de expansão das equipes de saúde da família. Contudo, em relação à capacitação das equipes nas áreas temáticas e ciclos de vida (saúde da mulher, criança, endemias, idoso, etc), observamos que um número bem menor de cursos são desenvolvidos, nos levando a refletir sobre a necessidade de uma melhor articulação com as áreas técnicas, reafirmando a importância de um processo de Educação permanente em Saúde. Embora se constate que as capacitações nas áreas temáticas têm sido menos trabalhadas pelos Pólos, em 2000 e 2001 houve um crescimento dos cursos com conteúdos temáticos.

Constata-se que o Pólo tem sua ação mais voltada para a demanda do serviço e que existe uma demanda reprimida para o curso de capacitação, dificultando a inserção do profissional na estratégia PSF de forma mais adequada.



No ano de 1999, os Pólos investiram na formação de facilitadores, obtendo um n.º maior de cursos realizados para as equipes em 2000 e 2001, principalmente o curso introdutório. Essa formação de facilitadores possibilita aos Pólos ofertar mais cursos de forma descentralizada, levando à desobstrução da agenda de capacitação, permitindo investir na qualidade das mesmas.

Destaca a intensa e importante produção local de material didático realizada pelos Pólos, principalmente para desenvolvimento dos cursos introdutórios.

#### 4.1.3 Apresentação dos Resultados do Monitoramento das Equipes de Saúde da Família

Texto elaborado pela equipe técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS.

Com a velocidade da expansão do Programa Saúde da Família nos últimos anos, tornou-se necessário avaliar as condições de implantação e funcionamento das unidades de saúde e Equipes de Saúde da Família. Semelhante ao processo de avaliação desenvolvido em 1999, optou-se em 2001 pela realização do monitoramento, com vistas a verificar a coerência com as diretrizes da estratégia do PSF. Entende-se que, para a sustentação do PSF, é necessário que se garanta, além de um adequado processo de implantação, a manutenção da coerência com seus princípios.

Este monitoramento encontra-se inserido no processo de avaliação normativa do Programa e visa a obter análise de componentes de processo e de estrutura na implantação das equipes, buscando identificar fatores que exerçam influência no alcance de seus resultados.

A avaliação centrou-se em alguns elementos considerados mais importantes, agrupados em torno de cinco grandes temas: identificação da Equipe de Saúde da Família, implantação da equipe, infra-estrutura da unidade básica de saúde, processo de trabalho das equipes, acesso a serviços e procedimentos e recursos humanos.

Para coleta dos dados foi utilizado um questionário, aplicado em 100% das Equipes de Saúde da Família e de saúde bucal do Brasil, por entrevistadores treinados e remunerados pelo Ministério da Saúde.

Os dados obtidos, à medida que passavam por análise estatística, eram organizados em relatório e os resultados apresentados às Secretarias Estaduais e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Em 2001, foram entrevistadas cerca de cinco mil equipes, distribuídas em nove estados de cada uma das regiões do País. Em 2002, o monitoramento se estendeu aos demais estados. A coleta de dados foi iniciada em 25 de junho de 2001 e concluída em 23 de agosto de 2002.

Como o relatório final se encontra em fase de elaboração para publicação, apresentaremos a seguir alguns dados sobre recursos humanos organizados no consolidado 2001, referentes aos resultados dos nove estados avaliados naquele ano.

1. Na média dos nove estados analisados inicialmente, 30% dos médicos e 34% dos enfermeiros tinham contrato de acordo com a CLT ou eram estatutários. Nos estados do norte e nordeste apenas 15% tinham seus vínculos regularizados conforme essas modalidades. Nos estados do sudeste e sul esse percentual chegava à marca dos 70%.
2. Constata-se assim, como já foi analisado no estudo "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família" (MS e FIOCRUZ-2000), a grande multiplicidade de vínculos dessas categorias profissionais, merecendo estudos que busquem, para além das questões legais, apontar outros fatores que têm influenciado nas formas de contratação.
3. 45% das equipes tinham menos de um ano de funcionamento, sendo que 70% de médicos e enfermeiros estavam nelas também há menos de um ano. Esse dado pode estar apontando para mudança desses profissionais de uma equipe para outra, fortalecendo a hipótese de rotatividade, já apontada pelos gestores municipais e coordenadores do PSF.
4. Abordando as ações desenvolvidas pelas equipes, os dados mostraram à época da avaliação, que 80% dos profissionais participavam de reuniões regulares das equipes e 50% participavam de reuniões com a comunidade. Além disso, 76% dos enfermeiros e 63% dos médicos realizavam atividades educativas com grupos de usuários em sua rotina de

trabalho. Mais de 80% das equipes prestavam assistência a hipertensos e diabéticos. No entanto, com relação à assistência à hanseníase e à tuberculose 50% e 62% das equipes, respectivamente, faziam diagnóstico desses agravos, 25% realizavam tratamento de hanseníase e 30% o tratamento de tuberculose. É provável que o fato desses programas terem uma tradição vertical e centralizadora esteja dificultando a descentralização das ações neles previstas. Vale ressaltar a importância de uma política estadual nesse sentido, como é o caso de Tocantins, que em 85% das equipes se faz o diagnóstico dessas enfermidades e 74% e 31% fazem o tratamento da hanseníase e tratamento da tuberculose, respectivamente.

5. Quanto ao processo de capacitação das equipes, áreas importantes como saúde da mulher, saúde da criança, tuberculose e hanseníase têm tido baixa cobertura (somente 30% das equipes relataram ter recebido capacitação nessas áreas). Isso aponta para a insuficiência das capacitações, também constatada na pesquisa de avaliação dos Pólos de Capacitação, realizada pelo NEPP, caracterizando o descompasso entre o número de capacitações ofertadas e a grande expansão do número de equipes. Consideradas as inúmeras possibilidades de enfocar esse objeto, espera-se tornar disponíveis os bancos de dados que sirvam a novos olhares para a geração de informações relevantes ao fortalecimento da proposta. Espera-se com isso a ampliação das potencialidades de análise, agregando resultados obtidos no nível local e fundamentando intervenções diretamente relacionadas ao modelo assistencial que se pretende transformar.

Por fim, cabe ressaltar que o monitoramento tem gerado subsídios para a definição ou recondução de estratégias nos diversos níveis de gestão do sistema de saúde, responsáveis pela condução do Programa. Assim, mais do que um instrumento pontual de intervenção, este trabalho se desdobra em discussões e projetos de aprimoramento dos mecanismos de avaliação.

#### 4.1.4 Debate em Plenária

##### MANIFESTAÇÕES DA PLATÉIA

1. Reforça-se a importância da descentralização dos serviços, possibilitando que profissionais da rede ministrem a capacitação. A pesquisa é fundamental, considerando que reforça algumas questões, como por exemplo, o compromisso do secretário em responsabilizar os Pólos pela capacitação, a partir dos problemas do município.
2. Há um desencontro, desarticulação e incoerência entre as agendas do Pólo, dos programas, do estado e do MS.
3. Precisa-se de um movimento mais intenso e mais incisivo, nas estruturas internas das universidades, docentes com vivência em Saúde da Família, mais suporte para a realização das atividades, utilização do planejamento estratégico como ferramenta e aporte de recursos.
4. Surgiram críticas às dificuldades no repasse dos recursos financeiros para o Pólo.
5. Predomina uma queixa quanto a relação dos Pólos com o gestor e a necessidade de fazer este enfrentamento de forma mais qualificada e agilidade do MS em dar respostas.
6. Se a responsabilidade da atenção preconizada é a integral, é preciso discutir os programas oficiais (criança, mulher e outros).

##### INTERVENÇÕES E ESCLARECIMENTOS DA EQUIPE DO DAB/SPS

###### MARIA ANGÉLICA CURIA CERVEIRA

A intenção da mesa foi oportunizar reflexões e discussões com base na pesquisa dos Pólos, no monitoramento das equipes e nos dados apresentados, possibilitando redirecionar algumas estratégias de ação. Ressalta o avanço que se obteve na efetiva parceria dos Pólos e Coordenadores de PACS/PSF, para o desenvolvimento das capacitações das equipes e agradece a participação desses dois atores considerados fundamentais na consolidação da estratégia do PSF.

Existe a necessidade de desenvolvermos um sistema de cadastramento dos cursos, considerando a alta rotatividade dos profissionais das equipes e também, para o efetivo monitoramento das capacitações realizadas pelos Pólos de Capacitação, Secretarias Municipais de Saúde e outras instituições que vierem a participar desse esforço em preparar as equipes. Devemos ter um registro dos cursos realizados pelos profissionais, preferencialmente alimentado pelos municípios e pelos Pólos.

Em relação ao desencontro e incoerência entre as agendas do Pólo e as áreas técnicas do MS, reconhece que o trabalho ocorre de forma departamentalizada, a partir de programas, gerando uma agenda de capacitação desarticulada. Conseguir esta integração entre os Pólos e áreas técnicas tem sido um grande desafio, tanto para o Departamento de Atenção Básica, quanto para os Pólos Estaduais. Destaca a importância de se buscar estratégias para a construção de uma agenda mais ordenada e integrada para as capacitações, otimizando os recursos existentes, tanto humanos, quanto financeiros.

Esclarece que tem sido preocupação constata do DAB, a modalidade de repasse de recursos financeiros aos Pólos e a regularidade nesses repasses, informando que têm sido buscadas alternativas para a regularização desse problema.

Destaca a importância dos Pólos se articularem com os gestores municipais para a consolidação de um processo de capacitação mais descentralizado e voltado para os serviços.

#### HELOÍZA MACHADO DE SOUZA

Os trabalhos de grupo serão fundamentais para aprofundar as discussões. Afra Suassuna estará colocando hoje uma proposta de descentralização e regionalização dos Pólos, que busca a ampliação da capacidade de oferta. O plano não dá conta de todos os desafios, precisamos ter uma visão abrangente. Temos grandes preocupações, e imensos desafios. As demandas são muitas, que vão desde mudança de modelo, mas ao mesmo tempo preocupações pontuais, como a dengue. É preciso resgatar o papel do gestor estadual, temos discutido isto com CONASS e com o CONASEMS. O desenho proposto é o de reforçar o papel das Secretarias Estaduais. Precisamos ter maior autonomia, tem de ter também a contrapartida estadual, o cumprimento da EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29.

Convênio não é uma boa alternativa, já tivemos essa modalidade anteriormente. Precisamos ter outras formas de viabilização de recursos, via CNPQ, OPAS, que têm maior agilidade institucional. É preciso fazer um esclarecimento quanto ao nome "Pólo Estadual" porque tem levantado polêmicas, já que o desenho será regionalizado. Mas ele será o grande articulador, precisamos entender este papel.

Data: 7/8/02

Horário: 14h às 18h

## 4.2 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

### COMPONENTES DA MESA:

AFRA SUASSUNA FERNANDES - Coordenadora de Qualificação em Atenção Básica (DAB/MS)

CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL - Coordenadora Nacional dos Pólos de Capacitação (DAB/MS)

BRASILEIRA CORDEIRO LOPES - Assessora Técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS)

ZELMA FRANCISCO TORRES - Assessora Técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS)

Manifesta a convicção de que trabalhar recursos humanos para a estratégia de Saúde da Família significa, de fato, trabalhar recursos humanos para o SUS. O debate desta mesa é resultante dos processos avaliativos que orientaram a elaboração deste Plano de Descentralização, que está sendo discutido há aproximadamente oito meses, em várias instâncias, inclusive com o CONASS e o CONASEMS.

Como vimos na mesa anterior, é importante a institucionalização da avaliação como instrumento de gestão, ou seja, a decisão gerencial deve ser tomada a partir da avaliação, aliado ao processo de gestão.

Existe toda uma demanda de qualificação das equipes de Saúde da Família uma vez que, após oito anos de sua implantação, a expansão da estratégia de Saúde da Família ocorreu de forma muito rápida. Conta-se

hoje, no País, com aproximadamente 16 mil equipes e 172 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A oferta de capacitação não tem acompanhado essa demanda.

Os municípios de grande porte (acima de 100 mil hab.) têm a necessidade de implantar, em média, de 20 a 30 equipes concomitantemente, o que tem gerado uma grande demanda de capacitação para o MS. O que se tem observado é que não está sendo possível proporcionar uma resposta ágil e adequada para esta necessidade.

A proposta de regionalização e descentralização das capacitações fortalecem a estratégia de Saúde da Família. É, também, nesta lógica que o "Plano de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família" foi concebido.

Por outro lado, houve uma demanda muito grande para capacitação, decorrente da Lei n.º 10.507/julho de 2002 que cria a profissão dos ACS. É preciso discutir o que esta Lei traz de novo para a qualificação dos ACS. Chegar-se-á, ao final do ano, com 176 mil ACS os quais terão que passar por uma capacitação prevista em lei. O DAB está discutindo, junto às instâncias afins, a disponibilização de recursos para viabilizar as providências necessárias ao cumprimento desta lei.

A seguir, foram expostos os temas específicos da mesa-redonda.

#### 4.2.1 Apresentação do Plano de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família

Palestrante: CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL - Coordenadora Nacional dos Pólos de Capacitação - Departamento de Atenção Básica/MS

Apresenta a discussão sobre a capacitação contextualizando o momento de transição política e ressaltando a importância de se deixar, como proposta, um processo elaborado e debatido demonstrando limites e possibilidades de avanço, para o avanço das questões referentes ao desenvolvimento de recursos humanos para o SUS.

O Plano de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família foi baseado nos contextos de

expansão da estratégia de Saúde da Família como eixo de reorientação da atenção básica; de crescimento do número de equipes de Saúde da Família; de dados levantados pelos relatórios dos Pólos de Capacitação; de análise de resultados da pesquisa de avaliação realizada pelo Núcleo de Estudos de Pesquisa Pública (NEPP), bem como dos resultados apontados pela pesquisa de monitoramento das equipes de Saúde da Família realizada pelo DAB. Além disso, foi valorizado o que é preconizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que redefine as responsabilidades de estados e municípios e prioriza as áreas para a atenção básica. Influenciaram também os dados apontados pelo pacto de indicadores: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão Arterial, Controle da Diabetes, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase e Saúde Bucal e, mais recentemente, a decisão em relação ao processo de expansão da estratégia Saúde da Família para os grandes municípios.

A elaboração desta proposta baseou-se na decisão política do DAB de agilizar a oferta da capacitação, mediante a opção da descentralização via Pólos de Capacitação, considerando que eles têm tido um papel importante não só na articulação ensino-serviço, como também na articulação entre os diferentes níveis de gestão do sistema.

É fundamental que se consiga atingir resultados significativos para fortalecer a Atenção Básica (AB). Sabemos que a capacitação e a gestão têm que caminhar juntas para que o resultado seja otimizado e efetivo. Ambos são faces de uma mesma moeda na ótica de consolidação da estratégia de SF e, conseqüentemente, do fortalecimento da atenção básica no SUS.

O objetivo geral do plano é promover a descentralização dos processos de capacitação das equipes de Saúde da Família visando adequar, quantitativa e qualitativamente, a oferta de cursos introdutórios e programas de educação permanente em saúde, que contribuam para a melhoria da resolutividade da atenção básica no SUS. O que se quer é trabalhar com menos cursos pontuais e cursos que organizem um pouco melhor estas capacitações.

O plano apresenta quatro vertentes: (a) instituir os Pólos Estaduais de Capacitação de Recursos Humanos para SF; (b) implantar os Pólos Regionais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família com Coordenação Única nas Unidades Federadas; (c) ampliar a Formação de Instrutores para a capacitação de RH em Saúde da Família e (d) descen-



tralizar recursos aos municípios com mais de 100 mil habitantes para capacitação de RH para a Saúde da Família. O Plano de Descentralização consolida o resultado de várias experiências positivas de diferentes estados, que, inclusive, já estão criando, de fato, Pólos Regionais descentralizados para viabilizar seus processos.

A primeira diretriz do Plano é a institucionalização dos Pólos de Capacitação. É considerada fundamental para fortalecer os Pólos no âmbito estadual. Esta medida passa pela redefinição das responsabilidades dos mesmos, pela reorientação do processo de articulação ensino-serviço e pela elaboração e pactuação de uma agenda de capacitação que melhor atenda às necessidades dos estados e municípios. Para isso, necessita-se pactuar a Agenda Estadual de Capacitação que deverá estar compatível com a Agenda Nacional de Capacitação de RH para a Saúde da Família.

A segunda diretriz do Plano é implantar Pólos Regionais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família sob coordenação dos Pólos Estaduais, com o objetivo de descentralizar, agilizar e adequar os cursos às necessidades regionais, estabelecendo prioridades para os planos de capacitação orientadas pela Agenda Nacional. Outro objetivo é fortalecer a articulação ensino-serviço mediante funcionamento por meio de um colegiado interinstitucional e com coordenação escolhida entre os membros representantes das instituições que compõe os Pólos.

A outra diretriz do Plano de Descentralização é ampliar a formação de instrutores para a capacitação de Recursos Humanos em SF com o objetivo de expandir o quadro de instrutores disponíveis para as capacitações. Essa medida contribuirá para agilizar a oferta de capacitações. Esse processo de formação dos instrutores será de competência dos Pólos Estaduais, com apoio dos Pólos Regionais. É preciso preparar mais pessoas para assumir este cenário que está posto. Para tanto, está sendo preparado um material didático-pedagógico que servirá de orientação e apoio às capacitações descentralizadas.

A quarta e última diretriz do Plano é a de descentralizar recursos aos municípios com mais de 100 mil habitantes para capacitação de RH para a Saúde da Família, mediante a criação de um incentivo financeiro aos municípios que tenham equipes implantadas e estejam regulares na alimentação do SIAB. O repasse de incentivo se dará por meio da assinatura de um

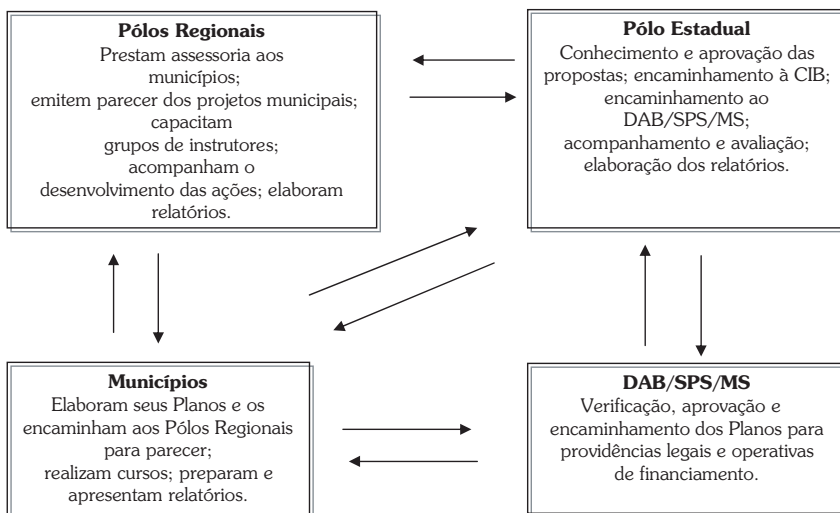
Termo de Adesão e os interessados deverão propor uma Agenda de Capacitação que deverá ser formulada mediante análise do Pacto de Indicadores e em consonância com a Agenda Nacional de Capacitação.

Para sua organização, os Pólos Estaduais deverão seguir as recomendações de contar, em sua instância colegiada, com os representantes dos Pólos Regionais; representação dos municípios com mais de 100 mil habitantes; representação de municípios com menos de 100 mil habitantes; os Pólos Regionais, por sua vez, deverão contar com a participação das instâncias regionais das secretarias estaduais de Saúde, representantes das instituições de ensino superior e representantes dos municípios com população acima de 100 mil habitantes e também dos demais municípios. Os Pólos deverão elaborar regimento próprio definindo sua estrutura, composição, coordenação e funcionamento; e desenvolver um plano de trabalho anual composto minimamente de um diagnóstico situacional das necessidades de capacitação no âmbito estadual e regional. Esses planos deverão ser aprovados pela CIB e posteriormente encaminhados para o Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica.

Cada Pólo Regional deverá organizar seu processo de planejamento de acordo com as suas necessidades loco-regionais e em consonância com as diretrizes pactuadas no âmbito estadual. Por sua vez, os Pólos Estaduais deverão elaborar seus Planos considerando os apresentados pelos Pólos Regionais. É fundamental garantir um processo de articulação na conformação desse processo, com uma pactuação efetiva e sincronizada das agendas de capacitação dos Pólos.

O quadro 1, demonstra o Fluxo de Funcionamento do Plano de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família.

## QUADRO 1 – FLUXO DE FUNCIONAMENTO DO PLANO DE DESCENTRALIZAÇÃO



Em síntese, este é o Plano de Descentralização que o DAB/SPS/MS elaborou e que vem discutindo com as instâncias envolvidas. Já foi submetido à apreciação do CONASS e do CONASEMS mediante um amplo processo de discussão e que culmina com esta apresentação e discussão junto aos coordenadores dos Pólos.

Após apresentação, destaca ainda algumas observações sobre o Plano de Descentralização dos Pólos, a saber: (a) será necessário organizar uma base de dados para monitorar este processo, que contenha informações sobre o corpo de instrutores, instituições parceiras e demais informações; (b) a importância do desenvolvimento de um sistema de monitoramento e avaliação dos pólos; (c) estudar a viabilidade de repassar os recursos financeiros para os pólos regionais, objetivando viabilizar suas capacitações; (d) trabalhar com prazos determinados e compromisso do gestor municipal. Quando o estado não enviar a adesão do município, o mesmo poderá enviar direto para o MS, para cumprir suas agendas.

AFRA SUASSUNA FERNANDES – Coordenadora de Qualificação em Atenção Básica - Departamento de Atenção Básica/MS

Retoma aspectos considerados mais importantes do Plano de Descentralização dos Pólos apresentado anteriormente, ressaltando que o Gestor Estadual é quem deve se responsabilizar pela gestão de recursos humanos do SUS, no âmbito do seu estado. Desta forma, o Pólo de Capacitação deve ser gerido pelo gestor estadual.

Sobre os Pólos Regionais, há vários estados aqui presentes que não vão contemplar esta proposta, mantendo um único Pólo que será Estadual. Poderão compor os Pólos instituições de nível superior e médio. Também as instituições privadas deverão ser incorporadas. As sociedades de especialidades da área médica (endocrinologia, cardiologia, etc.) precisam ser aliadas ao processo. A FEBRASGO tem sido uma parceira importante na saúde da mulher.

Outro aspecto importante ressaltado é que o estado tem a visão do todo, sobre as regionais, assim, o Pólo Estadual deve apreciar os planos regionais de capacitação. Também lembrou que esses planos não serão desenvolvidos na mesma velocidade. Os planos regionais poderiam, onde fosse possível, fazer parte dos Planos de Descentralização Regionais (PDR) como preconizado pela NOAS. O Plano Estadual deve ser o retrato de oferta e demanda do estado como um todo, podendo ser apresentado de forma gradativa pelo estado.

Outro aspecto a discutir é a descentralização de recursos para municípios acima de 100 mil habitantes, que deve estar sob a coordenação do gestor estadual. Atualmente, há 226 municípios em tal condição; 189 destes têm Equipes de Saúde da Família, sendo que 69 estão localizados no Estado de São Paulo. A cobertura da população com Saúde da Família hoje, nesses municípios, corresponde a 18% da população. Este é um dos motivos pelos quais justifica-se a importância deste processo ser implantado em municípios de grande porte, sendo que é importante que os termos de adesão desses municípios façam parte dos planos de capacitação da SF.

Sobre o financiamento, pretende-se implantar mudanças na forma de pagamento dos planos de capacitação propostos pelos Pólos. Atualmente, os Pólos apresentam seus Planos de Trabalho, demonstrando as necessidades de capacitação e de recursos financeiros e o MS repassa os

recursos por intermédio de convênios. A proposta é que, de agora em diante, se pretende pagar um valor per capita para agilizar os processos de negociação. Assim, os municípios de mais de 100 mil habitantes poderiam receber, após a aprovação do Termo de Adesão, o repasse na modalidade fundo a fundo. O repasse de recursos para os Pólos Estaduais será mantido na forma convencional, e estudos estão sendo desenvolvidos para se pensar em alternativas de financiamento como, por exemplo, através de parceria com outros organismos.

Os Instrutores para o desenvolvimento das capacitações em Saúde da Família, hoje disponíveis no País, estão estimados em torno de 600, ou seja, um quantitativo pequeno para as necessidades atuais. Como eles têm vínculos com outras instituições, fica difícil a participação dos mesmos nas capacitações realizadas fora de seus municípios. Por isso, é preciso formar mais monitores e multiplicadores, pois cerca de 200 mil ACS terão que ser capacitados durante 2003, entre outros profissionais.

#### 4.2.2 Profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

AFRA SUASSUNA FERNANDES – Coordenadora de Qualificação em Atenção Básica (DAB/MS)

As pessoas que acompanham os vários anos de implantação do SF, como as das coordenações estaduais, reconhecem que havia uma grande dívida social com esse novo trabalhador de saúde que se chama ACS. O vínculo dos profissionais de saúde ainda é um problema no SUS. O ACS é o elo entre serviços e comunidade e, como a maioria dos ACS é do sexo feminino, fica criada uma situação paradoxal - essas trabalhadoras não têm direito à licença gestante.

Recentemente em um processo de negociação com a associação dos ACS, foi discutido este processo de profissionalização e a criação da categoria. A Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002, que criou a profissão do ACS, já foi aprovada no Congresso, sancionada pelo Presidente da República e publicada no Diário Oficial.

Comenta a seguir alguns aspectos da Lei n.º 10.507.

*Art. 1.º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.*

*Parágrafo único. O exercício da profissão dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

*Art. 2.º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.*

*Art. 3.º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:*

*I - residir na área da comunidade em que atuar;*

*II - haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;*

*III - haver concluído o ensino fundamental.*

*§ 1.º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do Art. 2.º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2.º.*

Comunica que o DAB/MS prepara no momento uma revisão da Portaria n.º 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que "Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família", para que seu texto se harmonize com esta nova Lei de criação dos ACS.

Quem já era ACS até 10 de julho de 2002, em decorrência da Lei, não precisa ter concluído o ensino fundamental. A partir de 10 de julho, terá que ter o ensino fundamental completo. Antes precisava apenas saber ler e escrever. Houve uma grande mobilização pela volta do ACS à escola para contribuir com a sua formação. Destaca que isso não significa que as parceiras deixaram de ser importantes dentro deste processo. O ACS tem de morar na comunidade, mas sem a delimitação do tempo de dois anos.

Em relação ao fato do ACS ter concluído, com aproveitamento, o curso de qualificação básica, existem algumas propostas: (a) este curso de qualificação básica seria o introdutório ampliado, até definirmos uma outra denominação; (b) formar realmente o ACS, não apenas qualificá-lo ou capacitá-lo. O curso de qualificação básica está respaldado em lei e cabe ao MS regulamentar esta lei. A regulamentação das profissões faz parte das responsabilidades do Ministério do Trabalho, entretanto, coube ao MS a regulamentação da profissão do ACS. Há prazos determinados para sua elaboração. Assim, serão também definidos a carga horária, o conteúdo e demais características deste curso de qualificação básica.

Comenta a parte da Lei n.º 10.507 que atribui ao MS responsabilidades para estabelecer o conteúdo programático do curso de formação do ACS:

*§ 2.º Caberá ao MS estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1.º.*

Sobre o vínculo empregatício do ACS:

*Art. 4.º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.*

*Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.*

A regulamentação tem prazos, mas o DAB/MS está acompanhando passo a passo a mesma. Há discussões em pauta com várias instituições. É necessária uma política de alianças para fazer cumprir a lei como, por exemplo, com a Associação dos ACS. É um processo de articulação altamente complexo, tendo em vista que se demorou mais de dez anos até chegar neste estágio de regulamentação.

Está provado que são possíveis várias formas de qualificar a formação dos ACS através dos pólos de capacitação. O cadastramento é urgente. O DAB/MS priorizou alguns encaminhamentos, a saber: a regulamentação da Lei; a definição de diretrizes para a qualificação dos ACS; a definição de conteúdo mínimo para a qualificação básica; a negociação para a criação de um Sistema Nacional de Informações sobre Capacitação de RH da Atenção Básica e, ainda, o cadastramento dos profissionais das ESF com dados de capacitação.

Ainda sobre a qualificação básica dos ACS, o PROFAE com sua estrutura pode ajudar nesta grande tarefa, pois está trabalhando com 225 mil auxiliares de enfermagem. É preciso aprender com o PROFAE na formação dos ACS. Outros profissionais devem entrar nesta capacitação dos ACS a médio e longo prazo. Em curto prazo, já se pode contar com o enfermeiro que já está atuando na ESF. Como os ACS não poderão sair de seu território para a qualificação, a oferta da capacitação deverá ocorrer no território ou próximo ao município onde ele atua.

**BRASILEIRA CORDEIRO LOPES** – Assessora Técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS)

A equipe do DAB/SPS está em reuniões há aproximadamente um mês para definições sobre a qualificação do ACS. No início, entendíamos que a qualificação era o todo, depois ficou claro que se constituía no mínimo de conteúdo para o ACS iniciar o trabalho. Alguns conteúdos mínimos que foram pensados para o curso introdutório são quem é o ACS? Onde ele se instala? Qual é a política de saúde (nacional e local)? Para abordagem familiar, definiu-se um mínimo de conteúdo para que se possa dar segurança para o ACS iniciar o seu trabalho. Ele será certificado como ACS. Dentro de 15 a 20 dias, esta proposta de qualificação básica já estará elaborada e será submetida à discussão em várias instâncias.

**ZELMA FRANCISCO TORRES** - Assessora Técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS)

A questão do cadastramento é um desafio operacional complexo. A verdade é que não existe no nível nacional um sistema de informações para saber quantos profissionais são capacitados via pólo ou sob outra alternativa. Os bancos de dados existentes não respondem à situação da capacitação na área básica e do PSF. O cadastramento dos instrutores e capacitadores deverá ser realizado junto com o cadastramento dos ACS. Pela urgência deste problema, foi feita uma reunião com alguns representantes de estados e regiões para dar andamento nesta proposta. Este banco de dados sobre qualificação poderá ajudar, também, na informação da rotatividade dos ACS entre municípios. Com certeza é preciso organizar um "mutirão nacional" nesse sentido.



## 4.2.3 Debate em Plenária

### MANIFESTAÇÕES DA PLATÉIA

1. *O Acre manifestou preocupação com o fato de que sua regionalização foi realizada a partir de critérios geográficos e não de número de habitantes. Solicita diferenciação para essa regionalização.*
2. *Há dúvidas em relação à autonomia e representação dos municípios de mais de 100 mil habitantes dentro do Pólo Regional.*
3. *Solicitam-se esclarecimentos sobre a definição da carga horária do curso introdutório e da relação e repasse financeiro entre o Pólo Estadual e o Regional. É preciso definir o Pólo Regional como executor e com autonomia, devendo o município se submeter ao mesmo.*
4. *O Paraná indaga se o gestor estadual poderia delegar a coordenação do Pólo Estadual.*
5. *Solicita-se aprofundamento da questão do papel da UF na consolidação do SUS porque é confuso - até parece com o papel do auxiliar de enfermagem no PSF. O estado que quer implantar o PSF avança, os outros não. Requeridos esclarecimentos sobre os trâmites da capacitação, por exemplo, quando o gestor estadual não cumprir os prazos de envio ao pólo, o município deve mandar direto para o MS.*
6. *O problema do financiamento fica bloqueado pelo fato de o governo estadual não investir o necessário; a modalidade per capita para capacitação abre novas possibilidades.*
7. *Em relação aos treinamentos, propõe-se retomar a discussão dos treinamentos longos versus treinamentos curtos, pois há críticas que especialistas se formam com qualificação inferior.*

## INTERVENÇÕES E ESCLARECIMENTOS DA EQUIPE DO DAB/SPS

### AFRA SUASSUNA FERNANDES

Onde não houver Pólos Regionais, a operacionalização deverá ser do Pólo Estadual. Precisamos pensar a forma como o Pólo Estadual descentraliza no caso de não haver o Pólo Regional. O plano de qualificação de recursos humanos para saúde inclui PITS e PROMED. A discussão da coordenação dos pólos pelo gestor estadual já foi realizada em fórum apropriado, a CIT. É lógico que tem contradições e polêmicas no SUS, mas há também avanços. O tema do curso introdutório será aprofundado amanhã na apresentação do Plano. Quanto ao financiamento, ainda está em discussão. A avaliação dos pólos de capacitação ainda é falha. A pactuação entre gestores não é fruto da cabeça das pessoas que estão aqui. Existe uma agenda a respeito.

### CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL

Cada região tem sua especificidade e a implantação do Plano deverá respeitar isso. A expansão dos novos Pólos é limitada e deverá ser de forma gradual. Os recursos são limitados. Sabemos que existem Pólos que estão desenvolvendo curso introdutório de mais ou menos 48 horas. Mas, para efeitos de estimativas de financiamento do Plano de Descentralização, a proposta foi calculada com base em 48 horas. É preciso avançar de forma gradual, o intuito é contar com mais recursos financeiros para dar vazão às demandas que se tem hoje, com estimativas de ampliação que dependerão dos cenários futuros.

### MAIS MANIFESTAÇÕES DA PLATÉIA

1. Sugere-se curso introdutório ampliado e treinamento conjunto da ESF.
2. A legislação que regulamenta o ACS estabelece que o mesmo pode ser nomeado não morando no local, bastando morar no local depois que for admitido. Assim, ficaria mais fácil o uso político. Já que a comunidade não é tão valorizada, será necessário compensar nas capacitações sobre ética e outras questões.

3. Questiona-se a participação do COREN nas comissões de negociação da regulamentação do ACS.
4. A equipe mínima da ESF era o médico, o enfermeiro, auxiliar de saúde e ACS. Critica-se o fato de o agente ser capacitado apenas pelos membros típicos da ESF, pois isso poderia significar "biologização" da formação do ACS. Todo o currículo do ACS é também área do assistente social, que deve também ser convocado para esta formação.
5. Questionamentos sobre a regulamentação e qualificação do ACS: quem trabalhava como ACS, independente de ter o ensino básico, antes de 10 de julho, terá que passar pela qualificação? Fala-se de um processo de programa de formação ou de qualificação dos ACS? Vai envolver uma certificação? Como fica este processo para a escola que certifica?
6. Problemas com a Portaria - art. 3, inciso I. Questão conceitual sobre morar na comunidade. Chama-se atenção sobre a questão da territorialização. Tem de ficar bem definido o que é microárea e área na regulamentação desta Portaria.
7. A regulamentação do ACS será concretizada pelo MS. Sobre a participação do COREN na comissão de qualificação do ACS, lembrar que se o ACS não está sob o "guarda-chuva" da enfermagem, ele transita também com o assistente social. Na preparação do conteúdo programático é ressaltada a necessidade de inclusão da promoção em saúde.
8. Uma das preocupações é a qualificação do agente. É difícil os municípios assumirem esta qualificação, mas as escolas técnicas poderiam assumir.
9. Dúvidas sobre como se dará a vinculação do ACS ao gestor municipal e qual a categoria profissional que ira gerir esta formação.

## ESCLARECIMENTOS E INTERVENÇÕES DA EQUIPE DO DAB/SPS

### AFRA SUASSUNA FERNANDES

Para várias situações ainda não se têm respostas, mas há estudos em andamento. Precisamos levantar informações jurídicas sobre a vinculação do agente (concurso público). Na XI CNS aprovou-se seleção pública. O ACS, a partir da Lei, está sob a supervisão do gestor municipal. Isto não quer dizer que não se possa ouvir outras instâncias, tornando o processo mais democrático. A definição de território deve estar na regulamentação. Afinal é uma Lei e não uma simples portaria. O gestor do município é de fato e de direito o supervisor de todos os profissionais do município. O acompanhamento do ACS no cotidiano é da equipe. Tem aspectos legais envolvidos nesta questão. O cadastramento é fundamental, inclusive dos enfermeiros. Inicialmente, cabe fazer um diagnóstico e cadastrar os instrutores. A validação via pólos deverá acontecer.

### ZELMA FRANCISCA TORRES

Há um contingente de mais de 160 mil ACS que já tiveram mais ou menos 80 horas de qualificação. É bastante heterogênea a distribuição da carga horária dos diferentes pólos. Na regulamentação da Lei é que haverá oportunidade de contemplar tudo o que o ACS realizou de treinamento, até 80 horas. O cadastramento é essencial para saber qual é a qualificação que este agente tem. Acho, também, que não podemos "fechar" a qualificação do ACS apenas com enfermeiro - a inserção do assistente social é pertinente. Não caracteriza uma condição indispensável o COREN participar da regulamentação. O projeto é de qualificação. Está dentro das leis de diretrizes e bases. É básica, é livre e feita no trabalho. Não é uma formação e não tem diploma. Tem validação. É um curso livre. Aqueles que já estão trabalhando só serão considerados ACS depois que passarem pela qualificação. O ACS não está sob a regulamentação do COREN. Temos de deixar bem claro o perfil do ACS. Ele tem um papel bem claro na promoção e na prevenção. Não faz procedimentos de enfermagem - isto tem de ficar muito claro.

Data: 8/8/02

Horário: 8h30 às 12h30

## CONTINUAÇÃO DA MESA - DEFININDO ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

### COMPOSIÇÃO DA MESA

MARIA ANGÉLICA CURIA CERVEIRA - Consultora Técnica da Divisão de Atenção Básica (DAB/MS)

PAULO HENRIQUE DÂNGELO SEIXAS - Coordenador-Geral de Políticas de Recursos Humanos

ROSA SAMPAIO VILA NOVA - Coordenadora do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) - DAB/MS

COORDENADORA DA MESA: CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL – Coordenadora Nacional dos Pólos de Capacitação (DAB/MS)

#### 4.2.4 Apresentação do Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde

Palestrante: MARIA ANGÉLICA CURIA CERVEIRA – Consultora Técnica do Departamento de Atenção Básica/MS

Apresenta a proposta de reformulação do Curso Introdutório. Constata a grande variedade da carga horária dos cursos introdutórios, através de consulta direta à platéia. É o curso mais oferecido, mas não tem padronização de seus conteúdos. Em 1999, o MS já havia padronizado a carga horária de 32 a 56 horas e o conteúdo programático mínimo.

Em função dos avanços, houve a necessidade de mudanças, pois este é um módulo de introdução do ACS na comunidade. Há a necessidade de reformular os conteúdos e apresentar uma proposta de carga horária padronizada pelo MS para definição do que será financiado. O MS enquanto gestor nacional tem como obrigação de estar apresentando uma padronização nacional.

Propõe a mudança do nome de Treinamento Introdutório para Curso Introdutório (CI). Treinamento fica a idéia de pouca reflexão. Isso já é fruto de várias discussões e uma ampla escuta.

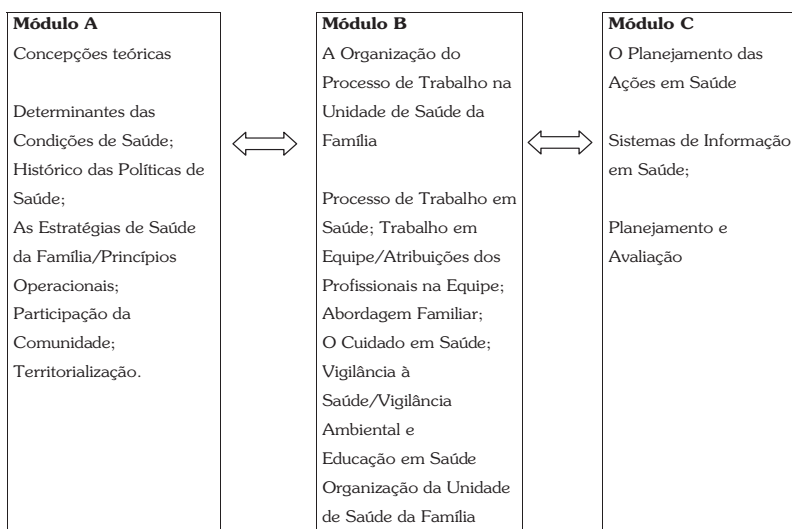
O objetivo geral do CI deverá ser, então, o de oportunizar aos profissionais das ESF uma aproximação aos princípios da estratégia da saúde da família, a fim de que possam organizar a atenção básica de saúde nos municípios.

A metodologia pode ser descrita como pautada na construção do conhecimento e na aquisição de habilidades, a partir da experiência e reflexão da realidade dos alunos - problematizadora, portanto. O papel do facilitador neste processo de ensino-aprendizagem deve ser o de estimular e orientar os alunos, buscando a participação de todos, ajudando-os a distinguir o que é fundamental do que é acessório. As técnicas e métodos utilizados pelo facilitador devem ser flexíveis, respeitando o ritmo do grupo.

Quanto à sua organização, o CI deverá ter duas unidades dinamicamente inter-relacionadas. Na Unidade I - *Conhecendo a realidade* - pretende-se que o aluno ou a equipe seja capaz de levantar e consolidar dados e informações sobre sua realidade e priorizar os problemas a partir dessas informações. Na Unidade II - *A Estratégia da Saúde da Família* - pretende-se que a equipe ou o aluno seja capaz de compreender a saúde da família como estratégia de orientação da atenção básica no SUS, na construção de modelo de atenção centrados nos princípios da Vigilância à Saúde. Essas unidades podem acontecer em forma de concentração e dispersão, mas isso vai depender de cada pólo e da viabilidade de recursos financeiros.

A unidade II está dividida em três módulos A, B e C, conforme apresentado no quadro 1.

#### QUADRO 1 – UNIDADE II - A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA



A proposta do CI ainda está parcialmente aberta. O DAB/MS prevê para o mesmo 60 horas, sendo 12 horas a distância e 48 horas presenciais. O MS arcará com os recursos financeiros.

#### 4.2.5 Apresentação do Programa de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família

CÊLIA REGINA RODRIGUES GIL - Coordenadora Nacional dos Pólos de Capacitação (DAB/MS)

Ontem foi feita uma reflexão sobre a questão de recursos humanos adequados para o SUS. O PSF evidencia este descompasso existente entre a formação de recursos humanos e a necessidade que os serviços apresentam. Ao mesmo tempo, no processo de implementação do SUS, o PSF contribuiu para a reorientação do modelo de atenção à saúde, a reorganização dos sistemas de saúde e ainda para a reorientação das práticas profissionais. Assim, a forte expansão da estratégia de Saúde da Família - cerca de 16 mil equipes implantadas; 4.011 municípios com SF implantado (72% de cobertura); 50 milhões de pessoas recebendo atendimento - aponta para a necessidade de recursos humanos com o perfil mais adequado ao SUS e à estratégia de Saúde da Família.

Em 1999, iniciou-se uma discussão no DAB sobre a importância da pós-graduação lato sensu (especialização e residência) multiprofissional em Saúde da Família. A partir de 2001, com o resultado de um amplo processo licitatório, houve a contratação dos cursos de especialização e residência junto às Instituições de Ensino Superior (IES) ou Escolas de Saúde de Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Foram firmados, inicialmente, 66 contratos, sendo 42 cursos de especialização e 24 cursos de residência multiprofissional. Estão ainda em processo de negociação, seis cursos de especialização e dois de residência a serem contratados na modalidade de contratos diretos.

O quadro a seguir, apresenta a síntese dos dados referentes à situação atual dos cursos de especialização e residência, por região, em 2002.

QUADRO 2 – SITUAÇÃO ATUAL DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO  
E RESIDÊNCIA NO PAÍS

<b>Região</b>	<b>Especialização</b>	<b>Residência</b>
NORTE	01 (+ 06)	0 (0)
NORDESTE	08 (+ 03)	06 (+ 01)
CENTRO-OESTE	05 (0)	03 (+ 01)
SUL	12 (0)	05 (0)
SUDESTE	16 (0)	10 (0)

Durante o ano de 2002, foi constituída uma comissão interna do DAB que, em conjunto com a SIS, está procedendo a análise de todos os projetos aprovados. Essa comissão está finalizando a elaboração de um Programa de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família, cuja a missão é monitorar o desenvolvimento dos cursos contratados visando a colaborar na resolução de problemas que possam surgir no decorrer do processo, pautando-se numa postura permanente de apoio e compromisso. Procura-se, dessa forma, conhecer e divulgar as experiências bem-sucedidas que estejam desenvolvendo, entre outras atividades, a integração entre as diferentes áreas de conhecimento e a interlocução dos campos de saberes relativos ao PSF. Assim, quem sabe, se poderá construir o conhecimento necessário para o profissional que está na ponta do sistema, compondo as equipes.

Os resultados esperados dos Cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família são: (a) contribuir para formar profissionais de saúde que compreendam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; (b) formar profissionais capazes de atuar em consonância com os princípios e diretrizes da estratégia de Saúde da Família; (c) formar profissionais com capacidade crítico-reflexiva sobre os determinantes do



processo saúde-doença e os modelos de atenção à saúde; (d) constituírem-se como estratégias de estímulo e fortalecimento aos processos de articulação entre ensino-serviço; (e) atuar como estratégia de estímulo e fortalecimento à inclusão de diferentes áreas do saber que fazem interface direta com a saúde coletiva no processo de formação dos profissionais de saúde; (f) desenvolver ações que oportunizem a abordagem e o trabalho interdisciplinar dos problemas de saúde, sempre respeitando as especificidades de cada área participante; (g) estimular práticas que focalizem a integração entre as abordagens coletiva, individual e epidemiológica dos problemas e necessidades de saúde; (h) estimular práticas que permitam a integração entre alunos de especialização e graduação, de modo a fomentar processos que contribuam para mudanças no ensino de graduação da área de saúde; (i) estabelecer vínculos com a pós-graduação strictu sensu, principalmente no âmbito de desenvolvimento de linhas e programas de pesquisa, no intuito de fomentar a produção e sistematização do conhecimento na área.

Apresenta também uma proposta metodológica de cronograma de visitas do grupo de apoio aos cursos, constituída de: (a) elaboração e aplicação de instrumento de acompanhamento e avaliação dos cursos; (b) visitas aos cursos; (c) envolvimento dos pólos; (d) realização de fóruns de discussão com destaque para a residência multiprofissional; (e) sistematização e disseminação de resultados.

Entende-se que o Pólo de Capacitação deva trabalhar com os cursos introdutórios e com o processo de educação permanente, mas é muito importante que se envolvam, também, na discussão da residência e da especialização para potencializar essa discussão.

Após a visita aos cursos de residência, está prevista a realização de um fórum sobre a residência multiprofissional. Dada a sua complexidade, esse tema merece um evento que permita compartilhar, socializar e dinamizar essas experiências, além de registrar as inovações que possam trazer subsídios para os futuros contratos.

#### 4.2.6 Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED)

Palestrante: PAULO SEIXAS - Coordenador-Geral de Políticas de Recursos Humanos para o SUS

O PROMED é um projeto de incentivo a mudanças curriculares no curso de medicina. Sempre é boa esta oportunidade de compartilhar essa experiência, mesmo com uma certa sensação de estar repetindo as coisas, mas sem dúvidas as sucessivas aproximações podem ser positivas.

A necessidade de mudanças deve-se não só a uma nova conjuntura epidemiológica, como também tecnológica, econômica e social. A conjuntura epidemiológica é dada pela redução da mortalidade infantil; pela mortalidade materna alta; pela explosão na mortalidade por causas externas em adultos jovens; pelo incremento nas doenças crônico-degenerativas; pelo reaparecimento ou surgimento de novas epidemias e pela permanência de uma profunda desigualdade social.

Do ponto de vista tecnológico, configuram-se avanços diagnósticos e terapêuticos e também o prolongamento e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, a institucionalização e fragmentação no cuidado, além das novas questões éticas e da reorientação na prática médica, com a mudança do paradigma - de tratar para cuidar.

Já a conjuntura econômica e social tem seu substrato na inflação significativa nos custos da assistência; no incremento do controle social sobre a prática, com a perda da autonomia profissional; na diversificação no mercado de trabalho e nas relações profissionais, bem como na ampliação progressiva no acesso, porém com persistência de significativa iniquidade.

Assim, torna-se necessário, para os futuros profissionais de saúde, a competência em assumir novas responsabilidades técnicas, éticas e sociais, além de aprender continuamente.

A chamada expansão regulada do setor Saúde, com seus componentes de expansão racionalizada, descentralização/regionalização pactuada além de transformação do modelo, deve ser levada em conta também nas questões de ensino médico. Da mesma forma, ocorre um certo conflito entre a universalização e a equidade decorrentes da reforma da saúde no

Brasil e as tendências à focalização de cuidados propostos em outras partes, inclusive pelos organismos internacionais.

O modelo estabelecido pelo PSF também deve ser posto em evidência como uma nova organização do trabalho, no qual podem ser vislumbrados elementos de mudança, tais como a recuperação do tempo; a redução da fragmentação da atenção; a adscrição radical da clientela; a coordenação das atividades; a ação dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários; a flexibilidade de papéis decorrentes do trabalho em equipe.

Entretanto, no PSF as "áreas cinzentas" de atuação ainda são muitas, aumentando o desafio para os gestores. Um novo perfil profissional, com as seguintes características, é almejado: vínculo; comprometimento; excelência técnica e resolutividade; compreensão e atuação sobre os determinantes sociais, seja no diagnóstico ou na intervenção. Torna-se preciso também compreender e atuar sobre a dinâmica familiar, através de trabalho em equipe, com respeito e interação entre saberes distintos. No planejamento e na execução das tarefas, a participação social deverá ter especial destaque.

A avaliação realizada pelo CINAEM, no ensino médico, demonstra a vigência de uma postura passiva e acrítica no ambiente da escola médica; a dicotomia entre o ciclo básico e o ciclo clínico, além do ensino tradicional biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, etc. Existe baixa profissionalização e baixa qualificação do corpo docente e também um baixo envolvimento com a comunidade.

Dados do Provão do MEC mostram que os alunos de medicina retêm apenas cerca de 50% do conhecimento necessário ao final do curso, os outros 50% vêm com a residência e as especializações. É excessiva a especialização, com perda da terminalidade.

Como elementos do contexto que reforçam a necessidade de intervenção, citam-se a priorização da atenção básica pelo MS - necessidade de profissionais habilitados; a Nova LDB, que promove flexibilização das diretrizes curriculares; a necessidade de ampliação da ação dos pólos de PSF para a graduação; a não-terminalidade da graduação médica - expansão da residência médica e também uma "crise tecnológica" da educação médica, que afeta a circulação da informação e decorre da rápida obsolescência do conhecimento médico.

Em resumo, existem várias oportunidades para fazer intervenção nessa área. É inédito para o MS estar na condução de um processo de intervenção direta. Há um quadro de oportunidades, dadas, por exemplo, pelo processo de regionalização do sistema; pelos compromissos assistenciais e formadores associados; pela vigência de políticas públicas que criam um mercado de trabalho concreto e promovem articulação entre os gestores do sistema e IES/Pólos; pelo acúmulo prático-conceitual considerável e convergência nos diagnósticos institucionais - CINAEM, Rede Unida, MEC, MS, LDB e Diretrizes Curriculares do Ensino Médico.

O PROMED, em particular, tenta construir um caminho para "o como fazer isto". As diretrizes estão postas e podem ser definidas como reorientar os "produtos" da escola médica - profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados - para o processo de mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica. Além disso, do ponto de vista dos objetivos específicos, cabe estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas para deslocar o eixo central do ensino médico da idéia exclusiva da enfermidade, incorporando a noção integralizadora do processo saúde-doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica. Também é necessário propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e também favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando a prepará-los para a auto-educação permanente num mundo de constante renovação da ciência.

Não é possível acreditar que a formação isolada é suficiente. As pessoas têm também que buscar a educação permanente.

Em resumo, a situação desejada em um projeto como o PROMED deve ser enfocada como o desenvolver de um processo formativo centrado nas necessidades sociais, enfatizando a idéia da integralidade e da promoção da saúde, buscando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, configurados como princípios norteadores do movimento de mudança. Cumpre, assim, obter a integração curricular com modelos pedagógicos interativos, metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno/sujeito e professor/facilitador, além de estabelecer parcerias entre

universidades, serviços e grupos comunitários. Nesse contexto a educação deve ser considerada como um processo permanente, e no caso do ensino médico representar a inserção orgânica e efetiva dos Hospitais Universitários no SUS, na assistência, ensino, pesquisa, educação - continuada e permanente - e avaliação da incorporação de novas tecnologias.

Apresentam-se a seguir os eixos do processo de transformação, conforme o quadro 1.

### QUADRO 1 – EIXOS DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR

<p style="text-align: center;"><b>Eixo A – Orientação Teórica</b></p> <p>Vetor 1: produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS</p> <p>Vetor 2: pós-graduação e educação permanente</p> <p style="text-align: center;"><b>Eixo B – Abordagem Pedagógica</b></p> <p>Vetor 3: mudança pedagógica</p> <p>Vetor 4: integração ciclo básico/ciclo profissional</p> <p style="text-align: center;"><b>Eixo C – Cenário de Práticas</b></p> <p>Vetor 5: diversificação de cenários do processo de ensino</p> <p>Vetor 6: abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS</p>
--

A operacionalização do PROMED implica passos a serem seguidos e observância de critérios fundamentais:

1. Convocação às Escolas Médicas - adesão voluntária e apresentação de projetos avalizados pelos diretores de unidades e coordenadores de cursos, respaldados pelas congregações e colegiados. Os processos de mudança devem ter um envolvimento significativo do conjunto da Escola Médica. Assim, iniciativas com componentes interdisciplinares e multiprofissionais serão privilegiadas. As experiências inovadoras devem ocorrer ao longo de todo o curso e não somente nos primeiros anos ou no internato.
2. Os projetos de mudanças curriculares de IES serão analisados por Comissão Nacional.
3. Serão definidos termos de compromisso para as mudanças curriculares, a serem pactuados com o Ministério da Saúde

e com os gestores estaduais e municipais do SUS, que permitem a adoção de um escalonamento entre a situação atual e a situação proposta.

4. Terão prioridade projetos que integrem o maior número possível de vetores da presente proposta, tendo em vista que mudanças parciais e pontuais dificilmente teriam sustentabilidade.

Em termos de desempenho quantitativo do programa: de um total de 82 escolas com potencial, apresentaram-se em torno de 54 e se está trabalhando com aproximadamente 47. Trabalha-se com 13 consultores e já foram realizados quatro seminários regionais.

As perspectivas futuras do projeto apóiam-se no grande processo de aproximação ensino-serviço e reflexão dentro das escolas para sustentação deste movimento; na progressividade e sustentabilidade do movimento; na responsabilidade na condução; na agregação de novos parceiros e agentes e ainda na expansão.

As 20 escolas selecionadas neste momento serão financiadas com recursos de convênios (Tesouro Nacional). Espera-se ampliar as possibilidades desses recursos (BNDES, por exemplo). Agregar recursos e agentes novos neste processo constituem-se em outros elementos importantes deste projeto.

#### 4.2.7 Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)

**ROSA SAMPAIO VILA NOVA** - Coordenadora do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) - DAB/MS

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, no Brasil, visa a estimular, de forma planejada, a interiorização da força de trabalho em saúde para o fortalecimento da Atenção Básica em áreas de reconhecida carência socioeconômica e sanitária, utilizando a estratégia de Saúde da Família e promovendo a educação continuada em serviço como garantia de continuidade e sustentação do Programa.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) é considerado uma política inovadora no setor Saúde brasileiro, de início recente, com muitos de seus beneficiários, municípios pobres e remotos, sem nenhum acesso, até então, a profissionais de saúde residentes. Sua concepção visa a estimular, de forma planejada, a interiorização da força de trabalho em saúde para o fortalecimento da Atenção Básica em áreas de reconhecida carência socioeconômica e sanitária, utilizando a estratégia de Saúde da Família e promovendo a educação continuada em serviço como garantia de continuidade e sustentação do Programa.

O PITS foi regulamentado pelo Decreto Presidencial n.º 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, e pela Portaria Ministerial n.º 227/GM/MS, de 16 de fevereiro de 2001. Foram adotados como critérios de elegibilidade dos municípios a população até 50 mil habitantes, alta taxa de mortalidade infantil, não dispor até o momento de Equipes de Saúde da Família funcionando. Além disso, visando a potencializar os resultados, também foi adotado como critério a inclusão do município em outros programas governamentais, como *Comunidade Ativa* e o *Projeto Alvorada*. Suas prioridades são o controle da tuberculose, da malária e da hanseníase.

O site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) permite o acesso a uma página com todas as informações existentes sobre o município. Outros mecanismos, também inovadores, foram utilizados, como a *Ouidoria* e o *Fale Conosco*. Deve ser ressaltado que a aceitação do PITS superou as expectativas, e que o mesmo não é um programa paralelo, mas uma estratégia.

Inicialmente, o Programa constituiu-se como um grupo de trabalho, do qual fizeram parte o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e os Conselhos Profissionais de Medicina e Enfermagem. Esse grupo definiu as diretrizes e as regiões a serem contempladas. A adesão do município é feita mediante aprovação do pleito na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), após isso, um Termo de Compromisso é firmado entre o município, a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde. São definidas como obrigações dos municípios: moradia e alimentação, transporte intramunicipal, estrutura de atenção básica presente, contratação dos Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares de enfermagem para a equipe do Programa Saúde da Família.

Formada uma comissão nacional de seleção, as inscrições ocorreram exclusivamente através do site do Ministério da Saúde, no período de 21 de fevereiro a 31 de março de 2001. Um total de 15.364 profissionais foram inscritos, sendo 12.673 inscrições válidas (2.349 médicos e 12.673 enfermeiros). O processo seletivo deu-se mediante avaliação curricular e entrevista. Para fazer a avaliação curricular, utilizou-se um programa, no próprio *site*. Após a seleção inicial, houve a realização de entrevista na mesma localidade onde os candidatos fizeram a inscrição. A seguir os candidatos escolheram os municípios de lotação. Esse foi um processo difícil, pois a escolha dos municípios para a futura lotação se dava de acordo com a classificação dos candidatos e, eventualmente, a vaga já tinha sido preenchida por outro candidato melhor classificado. Com o objetivo de formar equipes, não foram colocadas enfermeiras onde não havia médicos, salvo em casos excepcionais, para repor o profissional do Programa do Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Constituem benefícios e incentivos aos profissionais do PITS a remuneração por bolsa no valor de R\$ 4.000,00 a R\$ 4.500,00, para os médicos e R\$ 2.800,00 a R\$ 3.150,00 para os enfermeiros. Além disso, os profissionais contam com tutoria presencial e a distância em Saúde da Família e Atenção Básica. Também participam de um Curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado de forma presencial e a distância por instituições de ensino superior. A existência de tutoria é uma inovação, sendo que o tutor também deve se articular com outros profissionais e com a própria universidade para poder dar a resposta solicitada pelo profissional.

Quanto ao Curso de Especialização em Saúde da Família, almeja-se que esta atividade seja o mais próximo possível do local de atuação, além de vinculada à realidade local, com ênfase nos trabalhos de campo. Entre os avanços do programa, para o próximo ano, já existem propostas de reformulação no curso de especialização. Como benefícios e incentivos para os profissionais, está o fornecimento de equipamentos de informática para cada equipe, ligação à internet para o processo de tutoria e acesso à biblioteca virtual. Além disso, os profissionais recebem um *kit* básico de instrumental médico e material didático, direito a seguro de vida e acidentes pessoais durante a participação no Programa, além de moradia, alimentação e transporte. As expectativas dos profissionais quanto esses últimos itens eventualmente não são atendidas, devido às próprias limitações dos municípios.



Quanto à cobertura do programa, foram alocadas cerca de 300 equipes de Saúde da Família em 150 municípios de 16 estados das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais, atingindo uma população de mais de um milhão e meio de habitantes. O programa é viabilizado por um convênio com o CNPq para bolsas, no valor de R\$ 33.604.400,00, com recursos do Ministério da Saúde, totalizando R\$ 36.123.200,00.

Quanto aos tópicos para avaliação e monitoramento do PITS e dos resultados obtidos são destacados o trabalho do profissional, a atividade do tutor, o curso de especialização e o impacto no município. Existe um sistema informatizado criado para o acompanhamento do programa, buscando-se avaliar os impactos da interiorização propriamente dita, da gestão da atenção básica e dos indicadores dos municípios selecionados. Além disso, é realizado o monitoramento e avaliação do Curso de Especialização em Saúde da Família pelo Centro de Desenvolvimento para Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da UNIFESP.

O acompanhamento do processo de trabalho é realizado de forma presencial e a distância. Na relação tutor/aluno uma parte é presencial, através do curso de especialização e de visitas locais. A tutoria vai até o município e discute a situação de saúde local com os profissionais e com o próprio Secretário de Saúde (mínimo de três visitas durante o ano). Existe também um processo de supervisão realizado a distância por meio de internet, telefone, correio, fax, rádios e outros. São avaliadores do programa o próprio profissional, os tutores, os coordenadores estaduais e a equipe de avaliadores técnicos. Além disso, existe a avaliação externa realizada pelo CEDESS/UNIFESP.

Dados sobre o PITS são mostrados nos quadros abaixo.

**QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS QUADROS AGREGADOS AO PITS POR MUNICÍPIO, REGIÃO E CATEGORIA PROFISSIONAL (NOVEMBRO 2001)**

<b>ESTADO</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>MED</b>	<b>ENF</b>
ACRE	12	11.952	10	09
AMAZONAS	15	204.518	07	17
AMAPÁ	10	77.125	06	14
PARÁ	09	153.248	20	25
RORAIMA	05	33.659	02	05
BAHIA	01	31.363	05	05
CEARÁ	13	160.581	29	32
MARANHÃO	29	446.701	51	81
PARAÍBA	12	80.579	15	18
PERNAMBUCO	08	121.841	19	19
PIAUÍ	07	24.934	01	08
RIO GRANDE DO NORTE	07	54.951	07	11
MINAS GERAIS	09	52.332	07	10
MATO GROSSO SUL	03	21.912	03	03
MATO GROSSO	03	21.912	03	04
GOIÁS	03	11.572	03	03

**QUADRO 2 – DADOS GERAIS DO PITS – LOTAÇÃO EM JULHO DE 2002**

TOTAL DE MUNICÍPIOS	
TOTAL DE PROFISSIONAIS	410
TOTAL DE MÉDICOS	162
TOTAL DE ENFERMEIROS	248
TOTAL DE EQUIPES COMPLETAS	163
TOTAL DE MUNICÍPIOS COM PROFISSIONAIS	117
TOTAL DE MUNICÍPIOS COM MÉDICOS	96

### QUADRO 3 – LOTAÇÃO E DESLIGAMENTO DOS PROFISSIONAIS DO PITS 2001

Total médicos desligados	<b>51</b>
% de médicos desligados	<b>23,28%</b>
Total enfermeiros lotados	269
Total enfermeiros desligados	21
% de enfermeiros desligados	<b>7,83%</b>
Total de profissionais lotados	488
Total de desligamentos	72
% total de desligamentos	14,75%

Apresentam-se a seguir, no quadro 4, alguns resultados do processo de avaliação do PITS.

### QUADRO 4 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PITS EM 2001-2002

- Existência de área de abrangência definida: 89% sim e 11% não.
- Mapa da Área de Abrangência: 63% sim, 35% não e 2% não respondeu.
- Zona de atuação do profissional: 44% zona rural, 20% zona urbana e 36% ambas.
- Existência de transporte para deslocamento da equipe: 60% sim, 33% não e 7% não necessita.
- Disponibilidade de transporte para deslocamento da equipe: 49% sempre disponível, 39% disponível e 12% estão sendo disponibilizados.
- Disponibilidade de Acesso ao Secretário Municipal de Saúde: 95% sim, 2% não e 3% não respondeu.
- Periodicidade de reuniões com os gestores: 47% periodicamente, 46% sem periodicidade e 7% não respondeu.
- Existência de Unidade de Saúde para o trabalho dos profissionais: 77% sim, 21% não e 2% não respondeu.
- Existência de salas para procedimentos específicos da atenção básica: 65% sim; 22% não e 13% não respondeu.
- Existência de salas para procedimentos específicos – sala de vacinas: 52% sim; 33% não e 15% não respondeu.
- Existência de materiais e equipamentos suficientes: 23% sim; 70% não e 7% não respondeu.
- Visitas domiciliares efetuadas por médicos: 23% sim; 70% não e 7% não respondeu.
- Visitas domiciliares efetuadas por enfermeiros: 75% sim; 20% não e 5% não respondeu.
- Existência de treinamento do ACS por enfermeiros: 80% sim; 15% não e 5% não respondeu.
- Dentre 16 estados que desenvolvem indicadores locais de saúde, destacam-se: Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Pernambuco.

Quanto à Avaliação do Curso de Especialização realizada pelo Centro de Desenvolvimento para o Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da UNIFESP, apresenta-se a seguir (quadro 5) um resumo dos achados.

#### QUADRO 5 – AVALIAÇÃO DO PITS PELO CEDESS/UNIFESP (2001)

- Opinião quanto à qualidade do curso de especialização: 60% boa, 22% regular, 9% não respondeu e 9% considerou ruim.
- Opinião quanto ao conteúdo desenvolvido nos módulos presenciais do curso para o desempenho frente às demandas: 52% bom, 33% regular, 6% não respondeu e 7% considerou ruim.
- Opinião quanto às atividades planejadas para o período de dispersão: 64% compatíveis, 22% incompatíveis e 14% não respondeu.
- Opinião quanto à execução das atividades planejadas para o período de dispersão: 44% totalmente, 26% parcialmente, 17% não executou e 13% não respondeu.
- Opinião quanto à metodologia utilizada no curso: 50% bom, 32% regular, 11% ruim e 7% não respondeu.

Qual é o futuro do PITS? Este é o modelo de interiorização dos profissionais. O MS está ampliando cada vez mais o projeto e implementando novas ações. A estratégia de interiorização do PITS é voluntária e se antepõe conscientemente a qualquer possibilidade de ser obrigatória. No contexto atual, considera-se ser esta a estratégia mais apropriada.

#### 4.2.8 Apresentação do PROESF – Projeto de Implantação e Consolidação do Saúde da Família

Palestrante: PATRÍCIA RAUPP - Representando o Projeto de Implantação e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF/MS)

Como o foco deste encontro não é o PROESF, mas sim algumas linhas de ação para o Pólo de Capacitação, a expositora se compromete a realizar um apanhado geral sobre o componente II do Projeto, que é de interesse para a área de qualificação de recursos humanos.

O objetivo geral do PROESF é o de reorganizar e fortalecer a Atenção Básica à Saúde no País, com ampliação e consolidação do PSF, aumentando o acesso aos serviços e propiciando melhoria da situação de saúde da população brasileira.

Do ponto de vista da vigência e recursos financeiros para o programa, esclarece que o prazo para implementação do projeto é de sete anos, dividido em três fases distintas, sendo a primeira de três anos e as demais de dois anos cada. O volume total de recursos envolvido é de US\$ 550 milhões, distribuídos 50% do BIRD e 50% de contrapartida do governo federal. As linhas de ação previstas para o projeto encontram-se distribuídas em quatro componentes.

Fará a explicação dos três componentes que são de interesse deste fórum: (a) apoio à conversão do modelo de atenção básica; (b) desenvolvimento de recursos humanos; (c) monitoramento e avaliação da atenção básica.

No primeiro componente - Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica - está prevista a reorganização da rede de serviços, em municípios com população maior que 100 mil habitantes, tomando a estratégia do Saúde da Família como eixo de estruturação do sistema. As linhas de investimento nesse componente são a modernização institucional; a adequação da rede de serviços; o fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação e a capacitação e acompanhamento do Programa nos municípios.

O segundo componente - Desenvolvimento de Recursos Humanos - tem como foco a política de recursos humanos para a implementação e o fortalecimento do modelo de Saúde da Família, em todos os municípios com PSF implantado. As linhas de Investimento disponíveis são: a capacitação e educação permanente de profissionais envolvidos no Saúde da Família; a formação de recursos humanos em Saúde da Família e o apoio e acompanhamento das atividades de capacitação, educação permanente e formação de recursos humanos.

No componente seguinte - Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - o objetivo é estruturar e implementar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho, com linhas de investimento voltadas para implantação e adequação do sistema de monito-

ramento de Atenção Básica e Saúde da Família, incluindo a integração e agilização do SIAB; a avaliação e monitoramento da implantação e funcionamento das equipes do PSF e dos Pólos de Capacitação; a acreditação das unidades de Saúde da Família e instituições formadoras e ainda a constituição de um fundo de investigação.

Apresenta a proposta de alocação de recursos financeiros por fases e componentes do PROESF, conforme descrito no quadro 1.

## QUADRO 1 – PROESF – RECURSOS FINACEIROS

### Projeto de Implantação e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF)

Em US\$1,00 milhões)

Componente	2002 -2004			2005 -2006			2007 -2008			Total		
	BIRD	GOB	Total	BIRD	GOB	Total	BIRD	GOB	Total	BIRD	GOB	Total
Componente 1	26	61	87	60	113	173	40	79	120	126	254	379
Componente 2	34	4	38	54	6	60	39	4	43	127	14	141
Componente 3	6	1	7	5	1	6	5	1	6	17	2	19
Componente 4	2	2	4	2	2	3	2	2	3	5	5	11
<b>Total Geral</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>136</b>	<b>121</b>	<b>121</b>	<b>242</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>172</b>	<b>275</b>	<b>275</b>	<b>550</b>

O componente II do PROESF, como já afirmou antes, é o que mais interessa aqui. Explicita as possibilidades das linhas de capacitação de recursos humanos, que não diferem substancialmente das diretrizes do DAB. Estão garantidas neste projeto as ações para especialização e residência, além de apoio às estratégias PITS e PROMED.

## 4.2.9 Debate em Plenária

### MANIFESTAÇÕES DA PLATÉIA

#### 1. Sobre o Curso Introdutório:

Contemplaria em seu conteúdo programático a tecnologia da atenção primária, ou seja, a tecnologia específica da atenção básica?

Sobre o custo e o tempo médio da especialização por aluno e informações sobre o acesso ao financiamento na segunda fase do PROESF.

Sugestão de introduzir os conteúdos sobre abordagem e a sensibilização da comunidade.

Considera-se um problema a redução de carga horária do módulo introdutório; em um terceiro momento, essas equipes poderiam retornar a seus tutores para aprimorar e adequar conteúdos pendentes após momento de práticas.

Trabalhar a comunicação e a relação equipe/paciente e ainda a participação, controle social e conceito de família.

#### 2. Sobre o PROMED:

Considerado um bom programa.

Dentro de um cenário otimista de 30.000 médicos atuando na ESF, em médio prazo, e 9.000 médicos sendo formados por ano, é defendida a formação do médico de família, com a duração mínima de três anos.

O PROMED deveria investir nas universidades para ampliar programas de residência, bem como harmonizar a relação entre especialistas e generalistas disponibilizados no mercado de trabalho.

Questiona-se sobre a suficiência de leitos, o tipo de atenção médica prestada, oferta de disciplinas e especialidades das 45 faculdades selecionadas para desenvolver o PROMED e se estão adequadas para suportar as demandas do SUS.

3. PROESF: questiona-se sobre qual será o prazo para publicar a portaria.

4. Sobre o financiamento:

A concorrência entre os pólos é negativa; o objetivo final é que todos os pólos tenham um resultado positivo.

Relação entre pólos deve ser entendida como entre parceiros e como não concorrentes.

Modalidades de financiamento consideradas inadequadas.

O processo de concorrência internacional foi a única forma que o MS encontrou para ter financiamento. Tudo fez parte de um longo processo de licitação. O financiamento tem de obedecer aos requisitos internacionais das normas de empréstimos.

5. Sobre o PITS:

A experiência em Minas Gerais avançou no perfil do profissional (relativo a normatização de notas), com alguns problemas na inclusão de um médico que ficou com nota 2.5., não tinha perfil e foi contratado. Deveria ter um limite de corte para não incluir profissionais desqualificados.

Outras dificuldades e limitações do agendamento de médicos para o PITS realizado de forma centralizada e utilizando apenas um meio de comunicação. Sugere-se chamar para a entrevista, através de telegrama, além da internet. Houve apenas 10% de comparecimento para as entrevistas em relação aos inscritos.

6. Terminalidade do curso de graduação de medicina é difícil de defender. Defende-se a idéia do especialista do SF. A reordenação do ensino da educação médica, conforme a Federação Mundial e a OMS, aponta para o perfil de um "médico cinco estrelas". Deve haver um movimento de "re-converter" também a formação médica. O médico tem de sair com habilidades básicas para depois fazer sua opção de especialidades.



## ESCLARECIMENTOS DOS EXPOSITORES E DA EQUIPE DO DAB/SPS/MS

### MARIA ANGÉLICA CURIA CERVEIRA

Concretamente trabalhamos com um limite de recurso financeiro para as capacitações das Equipes de Saúde da Família e, para continuar garantindo esses recursos de capacitação, faz-se necessário uma reorientação nos cursos, principalmente o curso introdutório.

As experiências dos Pólos no desenvolvimento dos cursos introdutórios têm sido diferentes, como exemplo, apontamos o n.º de carga horária, os conteúdos abordados, a categoria dos profissionais participantes do curso e outros. Embora o MS tenha padronizado em 2000 uma proposta para os cursos introdutórios, sentiu-se a necessidade de um melhor aprofundamento nos conteúdos e na carga horária desses cursos, tendo em vista o tempo decorrido e a necessidade concreta em abordar outros assuntos. Dessa forma, a Coordenação de Qualificação para Atenção Básica está revisando os conteúdos do curso introdutório, em que estão sendo incluídos assuntos sugeridos pelos Pólos, bem como a carga horária. Inicialmente apresentamos uma proposta para 60 horas, sendo 12 horas em dispersão e 48 horas em concentração. Ressalta a importância dessa proposta ser adaptada à realidade de cada Pólo e destaca a necessidade de se envolver os gestores estaduais e municipais nesse processo.

### MARIA LEOPOLDINA DE CASTRO VILLAS BOAS

O custo por aluno das especializações saiu em torno de R\$ 6 mil/course de 600 horas. As turmas em média ficaram com 30 alunos. O custo aluno/residência é de R\$ 60.000 por aluno. Temos 62 especializações e 24 residências. Priorizamos o pessoal que está em campo. A bolsa dos residentes sofreu um reajuste. A questão de continuidade será através do PROESF.

### PAULO HENRIQUE D'ANGELO SEIXAS

Queremos desenvolver competências em relação ao cuidado prestado. Gestação e pneumonia em uma mesma pessoa, por exemplo, certamente exige cuidados de diferentes médicos. Nosso esforço não é apenas para formar médico para SF. Curso médico deve ser terminal. Saúde da Família deve ser sem d vida uma especialidade, pois implica em conhecimento e prática específicos. A residência é importante, mas para a dimen-

são do programa temos que contar, também, com a participação dos serviços. Estamos construindo esta prática, este campo de atuação. Características das universidades incorporadas ao PROMED: federais, públicas, estaduais e privadas mais consolidadas. Foram selecionadas as que têm estrutura e inteligência incorporada. O PROMED prepara o profissional para continuar no aprendizado contínuo - mais informações no *site* do MS. Algumas iniciativas como a do Paraná - incorporação de outros profissionais - são fundamentais. Reitera a importância do PITS. O processo garantido pela instância federal proporciona confiabilidade, representando, no caso, uma "intervenção federal" positiva. A complementação do nível estadual é fundamental.

#### PATRÍCIA RAUPP

É importante que o PROESF esteja bastante divulgado, é um projeto realista, tanto técnica como politicamente. A idéia é realizar a identificação dos problemas para assim colher subsídios. O projeto está praticamente pronto, em termos de responsabilidades, fluxos e até mesmo portarias. Faltam os trâmites burocráticos e políticos que ainda não foram sanados. Considera mais positivo o PROESF ocorrer junto aos novos atores políticos. Um seminário de apresentação do PROESF aos novos gestores também já está estruturado.

#### AFRA SUASSUNA FERNANDES

O PROESF vem para alavancar a SF no País. Representa financiamento para a atenção básica. Faz parte de uma longa negociação.

#### ROSA SAMPAIO VILLANOVA

O PITS é a expansão pobre do SF e o PROESF é a expansão rica. Considera que a convocação pela televisão é a que funciona. Considera que tem de aprimorar a convocação, estamos apenas no segundo ano. A relação da procura de médicos por vagas foi de 13 para 1 vaga.

#### REGINA RODRIGUES GIL

O PITS é o PSF. Propõe levar o médico para o interior, para executar o PSF. O SIAB está sendo reformulado no sentido de acessar conjuntamente o PSF e o PITS, informando da mesma forma. Apenas os financiamentos é que são distintos.

# 5 PLENÁRIA FINAL

## 5.1 APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS

Apresentam-se, nas páginas seguintes, quadros sinópticos das contribuições dos grupos de trabalhos, por região, em relação as duas questões propostas pela coordenação dos trabalhos.

### Pergunta 1

Em relação ao Plano Nacional de Descentralização, apontar os pontos facilitadores e os pontos a serem superados para sua implantação, considerando os quatro eixos orientadores do Plano:

1. Institucionalização dos Pólos Estaduais;
2. Implantação dos Pólos Regionais;
3. Formação de Instrutores;
4. Descentralização da capacitação para municípios acima de 100 mil habitantes.

REGIÃO: NORTE	FACILITADORES	PONTOS A SUPERAR
<p>Institucionalização dos Pólos Estaduais</p>	<p>Recursos financeiros para o Pólo;            Articulação com o PACS/PSF;            Gestores sensibilizados (TO, AP e AM);            Criação dos regimentos e colégio interinstitucional;            Bom relacionamento com áreas técnicas.</p>	<p>Articulação com instituições formadoras;            Falta de autonomia do Pólo (exceto TO);            Sensibilização dos gestores para articulação com instituições;            Definição de "GESTÃO", gerenciamento de recursos financeiros;            Buurocracia e mudança de forma de financiamento;            Estrutura física e RH;            Dificuldade de articulação com áreas técnicas para sistematização das ações/capacitações;            Definição de papéis, responsabilidades e compromissos entre serviços e instituições.            Criação dos bancos de dados para acompanhamento e controle das capacitações;            Uniformização da metodologia didático-pedagógica das capacitações;            Demandas urgentes do MS para ações portuais das áreas técnicas, desorganizam o processo de trabalho do pólo;            Os colégiados interinstitucionais criados nos regimentos não são atuantes (exceto do Amazonas);            O instrumento "Portaria", por si só, não legitima o trabalho articulado e integrado;            Vinculação da participação das universidades no PROMED com a participação do Pólo.</p>
<p>Implantação dos Pólos Regionais</p>	<p>"Possível" descentralização para as capitais, o que ampliará as ações do Pólo Estadual em outros municípios;            Municípios que atendem aos critérios somente as capitais (exceto Rondônia, com mais um município, além da capital) e Recursos financeiros definidos.</p>	<p>Proposta de criação de núcleos do pólo em municípios que geograficamente e estruturalmente não atendem aos critérios para descentralização, com definição de agendas locais e recursos financeiros pelo pólo estadual;            Carência de recursos humanos tanto nos municípios quanto nos estados.</p>
<p>Formação de Instrutores</p>	<p>A formação de instrutores agiliza a execução das capacitações.</p>	<p>Deficiência de RH nos municípios e estados;            Definição de contratação de RH por parte dos estados e municípios/Rotatividade dos profissionais;            Critérios para definição de instrutores/facilitadores;            Responsabilidade na formação de instrutores.</p>

<p>Descentralização da capacitação para municípios acima de 100 mil habitantes</p>	<p>Comprometimento do município com a capacitação e formação dos RH das ESF e atenção básica . Pontos a serem superados: dificuldade de controle e acompanhamento da execução física dos pólos municipais, que assinharam o termo de adesão, pelos pólos estaduais; definir critérios de repasse de informação, plano de trabalho e relatórios de forma a não prejudicar a agenda estadual. Regulamentação da Lei e a Qualificação Básica do ACS.</p>	<p>Não especificados.</p>
--	---	---------------------------

REGIÃO: SUDESTE	FACILITADORES	PONTOS A SUPERAR
<p>Institucionalização dos Pólos Estaduais</p>	<p>Organiza e insere essa política na estrutura institucional.</p>	<p>Institucionalização sem articulação com a política de RH anteriormente instituída; Carência de RH envolvido nos Pólos; Infra-estrutura inexistente.</p>
<p>Implantação dos Pólos Regionais</p>	<p>Descentralização: Contempla a realidade local; Agiliza a operacionalização das atividades de capacitação e EPS; Recurso descentralizado* via fundação ou outras modalidades ágeis; Articulação com os municípios maiores e os diferentes atores envolvidos.</p>	<p>Recurso centralizado no estado na instituição de ensino – dificuldade de operacionalização; Falta de Infra-estrutura gerencial para os Pólos Regionais; Falta de um Sistema de Acompanhamento e Avaliação, visando à qualidade das capacitações.</p>
<p>Formação de Instrutores</p>	<p>Disponibilizar maior número de facilitadores qualificados; Facilita a organização de um banco de facilitadores.</p>	<p>Encontrar profissionais com perfil adequado; Reduzir rotatividade.</p>
<p>Descentralização da capacitação para municípios acima de 100 mil habitantes</p>	<p>Autonomia e parceria com os municípios com mais de 100.000 habitantes</p>	<p>Garantia da qualidade das capacitações.</p>

REGIÃO: NORDESTE	FACILITADORES	PONTOS A SUPERAR
<p>Institucionalização dos Pólos Estaduais</p>	<p>Participação das SES nas Coordenações dos Pólos; Ações dos Pólos são demandadas pelas áreas técnicas das SES;</p> <p>Existência de regimentos em grande parte dos Pólos;</p> <p>Existência de Coordenação Colegiada em alguns Pólos;</p> <p>Existência de convênios de cooperação técnica interinstitucional;</p> <p>Apresentação de alguns planos dos Pólos na CIB e na CES;</p> <p>Compreensão política das coordenações atuais da importância da descentralização;</p> <p>Fortalecimento Político dos Pólos com possibilidade de implementação de uma política de recursos humanos (mais organizada) para a atenção básica.</p>	<p>Garantir processos qualitativos e que os Pólos realmente cumpram suas funções;</p> <p>Incorporação de parceiros (atuantes e políticos) que assumam a proposta de Saúde da Família como estratégia para transformação de modelo assistencial que ainda é frágil;</p> <p>Distintas configurações das atuais estruturas dos Pólos diante de suas diversidades;</p> <p>A possibilidade das universidades/academia serem afastadas ou se afastarem dos Pólos especialmente nos estados "politicamente fragilizados";</p> <p>Fragmentação das organizações (caixinhas e guetos);</p> <p>Pactuação nos Pólos é dificultada pela insuficiência de recursos para atender todas as demandas;</p> <p>Falta de definição de percentuais de valores de contrapartida que devem ser assumidos por parte dos estados e municípios quanto ao financiamento das capacitações;</p> <p>A desorganização de capacitações, com desestabilização dos Pólos, quando o MS libera recursos para capacitação em atenção básica totalmente desarticulados dos Pólos;</p> <p>Falta de continuidade (grandes atrasos) nos repasses dos recursos financeiros.</p>

<p>Implantação dos Pólos Regionais</p>	<p>Existência de universidades em macrorregiões em alguns estados (PB, RN, PE, BA, CE); Alguns regionais com pessoas capacitadas e estimuladas para participar; Coordenação dos PACS e PSF em algumas regionais é bem organizada; A regionalização permitirá alocação de recursos financeiros para regiões; A promoção do desenvolvimento regional.</p>	<p>Inexistência de instituições de ensino superior em macrorregiões em alguns estados (MA, PI, SE, AL); Há estado que não possui regionais de saúde, outros possuem estrutura muito deficiente ou estão sucateadas; Escassez de profissionais preparados em algumas regionais; Alguns estados com baixa densidade populacional, extensa área geográfica, com municípios muito pequenos e com estrutura operacional e de recursos humanos praticamente inexistente; Falta de um programa (com linha de financiamento específico, similar ao PROFAE) que objetive a formação de formadores para titulação dos facilitadores nos Pólos Regionais.</p>
<p>Formação de Instrutores</p>	<p>Existência de profissionais, em algumas regionais, estimulados para participação descentralizada; Oferta de cursos de especialização permite maior consistência teórica e adesão à proposta; Alguns Pólos (e seus facilitadores) já se aproximaram de metodologias de ensino participativas, problematizadoras e centradas no aluno; Promoção da descentralização do conhecimento.</p>	<p>Baixa disponibilidade de facilitadores preparados ou inexistência dos mesmos nas regionais; Falta de critérios mínimos para definição do perfil dos facilitadores; Falta de um sistema de acreditação do resultado das capacitações; Falta de definição das responsabilidades dos municípios para participação nas capacitações; Amaras metodológicas de alguns cursos (AIDPI); A integração docência-assistência ainda é insuficiente; Falta de um programa sistematizado (a exemplo do PROFAE) de formação para formadores (mestrado profissionalizante); Os Pólos não recebem qualquer material (manuais) para treinamentos (mesmo os básicos como SIAB e ACS).</p>
<p>Descentralização da capacitação para municípios acima de 100 mil habitantes</p>	<p>Vinculação da aprovação dos planos de capacitação municipais aos Pólos Regionais e Estaduais possibilita monitoramento; Disponibilização de recursos específicos para capacitação pelos municípios; Alguns Pólos Estaduais têm legitimidade e prestígio junto aos municípios frente aos trabalhos já executados.</p>	<p>Insuficiência de estrutura funcional em alguns municípios; Insuficiência de possibilidades dos Pólos Estaduais para acompanhar as atividades de capacitação dos municípios; A necessidade de legitimar, sistematicamente, as ações através do controle social do SUS (CMS, CES, Bipartite); Submeter planos e avaliações.</p>

REGIÕES: SUL E CENTRO-OESTE Institucionalização dos Pólos Estaduais	FACILITADORES A existência do plano de descentralização apresentado, uma vez que vem ao encontro das necessidades apresentadas pelos Pólos; Estruturas já existentes descentralizadas nas regiões (parceiros); PROFAE.	PONTOS A SUPERAR Inserção do nível médio (escolas técnicas) na discussão, levando em consideração que formam inúmeros profissionais na área da Saúde anualmente. Entende-se a necessidade de inserção dessas escolas na discussão, mas é necessário definir critérios de participação das mesmas, que sejam representadas aquelas classificadas e participantes das licitações do PROFAE; Maior mobilização/integração com as IES, nos seus diversos departamentos; Dificuldades na execução dos recursos. É necessário definir novos critérios conferindo maior agilidade ao repasse dos recursos e a execução financeira dos mesmos; Necessidade de garantir contrapartida (estadual e municipal) para os Pólos ou instituições elencadas pelo mesmo para a execução das atividades, visando a assegurar o cumprimento das ações planejadas e uma continuidade das mesmas.
Implantação dos Pólos Regionais Formação de Instrutores	Sem manifestação específica. Potenciais facilitadores podem ser os egressos dos cursos de especialização e residência; Ampliação do número potencial de facilitadores e da massa crítica; Estreitamento das parcerias com instituições e envolvimento de outras instituições.	Sem manifestação específica. Facilitar o pagamento de horas-aula; Propiciar um maior envolvimento de outras profissões e seus centros acadêmicos, não restringindo as ações às profissões clássicas da saúde (ex.: administração, engenharia, informática, etc.); Definição do perfil do facilitador; Ampliar o número de facilitadores nas áreas de saúde bucal entre outras.
Descentralização da capacitação para municípios acima de 100 mil habitantes	A diferenciação do recurso (fundo a fundo); Descentralização dos recursos e incentivos para a capacitação; Ampliação de cobertura e qualificação da assistência.	Maior sensibilização e adesão dos municípios.



## Pergunta 2

A Lei que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde apontou duas necessidades: a regulamentação da Lei e a qualificação básica do ACS.

1. Que pontos consideram importantes para a regulamentação da Lei?
2. Que alternativas o grupo identifica para a operacionalização dos cursos?

REGIÃO: NORTE	
QUE PONTOS CONSIDERAM IMPORTANTES PARA A REGULAMENTAÇÃO DA LEI?	QUE ALTERNATIVAS O GRUPO IDENTIFICA PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DOS CURSOS?
<p>Definição de carga horária; Atribuições; Rever n.º de famílias por ACS da zona rural para Região Norte; Acompanhamento técnico e operacional sob a responsabilidade do coordenador municipal PACS/PSF; Sobre o art. 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o O candidato deve ter um período mínimo de seis meses de vínculo com a comunidade;</li> <li>o Utilizar a ficha de avaliação curricular para o processo seletivo;</li> <li>o Nome: Curso Básico de Agente Comunitário de Saúde;</li> <li>o A validação e qualificação dos cursos básicos de ACS sejam feitas pelos Pólos de Capacitação institucionalizados;</li> <li>o Consulta jurídica para verificar se o Pólo tem de ter uma escola técnica vinculada para certificar.</li> </ul>	<p>Identificar e capacitar os facilitadores; Estabelecer critérios de avaliação e acompanhamento; Definição e agilidade no repasse dos recursos financeiros; Recurso financeiro do curso básico de ACS incluído no plano de trabalho do Pólo ou definir recurso específico para a capacitação do ACS; Criação de banco de cadastro de instrutores; Que o responsável pela capacitação do ACS, no PACS, seja o enfermeiro instrutor supervisor; Definir as responsabilidades de capacitação, supervisão e acompanhamento do ACS entre os membros ESF.</p>

REGIÃO: SUDESTE	
QUE PONTOS CONSIDERAM IMPORTANTES PARA A REGULAMENTAÇÃO DA LEI?	QUE ALTERNATIVAS O GRUPO IDENTIFICA PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DOS CURSOS?
<p>Art. 2.º (competência):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aprofundar o conceito promoção e prevenção;</li> <li>o Especificar as atribuições do ACS, com ênfase na abordagem coletiva e na comunidade, segundo as necessidades locais;</li> <li>o Explicitar o entendimento sobre: "sob supervisão do gestor local". E em relação a vínculos administrativos e empregatícios;</li> <li>o Explicitar a responsabilidade em relação à supervisão técnica.</li> </ul> <p>Requisitos para o exercício: o ACS deverá residir na área de abrangência da equipe de Saúde da Família ou na área de abrangência de sua atuação.</p> <p>Pergunta: na regulamentação da Lei há possibilidade de especificar o tempo mínimo de moradia na comunidade em que vai atuar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ter concluído com aproveitamento um curso de qualificação básica para formação do ACS.</li> </ul> <p>Observação: entendem que a qualificação básica é um pré-requisito para o exercício da profissão e não para a seleção (a lei possibilita entendimento dubio: pré-requisito para a seleção e/ou para o exercício da profissão).</p>	<p>O conteúdo deve abordar temas hoje identificados nos treinamentos introdutórios e temas específicos para o exercício da profissão do ACS. Onde houver capacidade operacional de oferta do Curso Introdutório para a ESF este deverá representar o módulo inicial da qualificação do ACS.</p> <p>Temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Visão intersectorial</li> <li>o Entendimento contextualizado do Processo Saúde Doença</li> <li>o Trabalho em equipe: multiprofissional e interdisciplinar</li> <li>o Ações de promoção e prevenção/Ciclo de Vida</li> <li>o Visão de saúde – qualidade de vida</li> <li>o Necessidade da população – identificar situações de risco intra e extradomiciliar</li> <li>o Ética profissional e humana</li> <li>o Comunicação</li> <li>o Abordagem Pedagógica</li> <li>o Educação para Saúde</li> <li>o Abordagem familiar e domiciliar</li> <li>o Cidadania e organização da comunidade</li> <li>o Modelo Assistencial direcionado para vigilância a saúde</li> </ul> <p>Prazo de Qualificação: novos ACS – a partir da promulgação da Lei: três meses após a contratação. ACS em exercício – antes da Lei: seis meses a partir da data de publicação da regulamentação da Lei Ex.: ACS que deixaram de exercer não serão beneficiados pela regulamentação da lei. Deverão seguir a regulamentação dos novos ACS (ver mais observações em anexo).</p>

REGIÃO: NORDESTE	
QUE PONTOS CONSIDERAM IMPORTANTES PARA A REGULAMENTAÇÃO DA LEI?	QUE ALTERNATIVAS O GRUPO IDENTIFICA PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DOS CURSOS?
Definição do papel no ACS no sentido de buscar o resgate às práticas sociais e sanitárias na comunidade; Identificação do ACS como profissional no contexto da promoção à saúde; Considerar a necessidade de acompanhamento técnico do ACS por profissionais de nível superior; Seguir respeitando os princípios de territorialização da atenção; Definição da forma de acesso ao vínculo empregatício, modalidade e piso salarial.	Composição de uma comissão estadual (SES, Pólos, ET e outros); Aproximar as escolas técnicas dos Pólos; Os Pólos devem assumir a responsabilidade de coordenação dos cursos; As escolas técnicas do SUS devem assumir o processo de execução dos cursos; Fortalecer a troca de informações dos Pólos e fomentar a troca de conhecimentos construídos pelos distintos Pólos.

REGIÃO: SUL E CENTRO-OESTE	
QUE PONTOS CONSIDERAM IMPORTANTES PARA A REGULAMENTAÇÃO DA LEI?	QUE ALTERNATIVAS O GRUPO IDENTIFICA PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DOS CURSOS?
Art. 2.º Na regulamentação sugere-se garantir a Portaria 1.886 quanto à supervisão do ACS ou vinculá-lo a qualquer profissional de nível superior da equipe. Art. 3.º – Inciso I - Definição da área de atuação da ACS, explicitando “MICROÁREA”. Art. 3.º – §1.º Constar as atribuições acrescidas das endemias.	Criar critérios e instrumentos de validação de competências para agentes que já atuam nas ESF/PACS (aproveitamento de capacitações anteriores). Para tanto: o Criar <i>comissões locais de avaliação</i> ; o Estabelecer tempo de exercício/atuação (do ACS) como critério de validação, cadastrar, identificando a situação dos ACS em cada estado/região/município; o Identificar capacidade técnico-pedagógica instalada para viabilizar a capacitação do ACS; o Definição de prazo para qualificação considerando a capacidade instalada e o contingente a ser capacitado.

## 5.2 DEBATES SOBRE AS APRESENTAÇÕES DOS GRUPOS

### A PLENÁRIA SE MANIFESTA:

1. Caso seja definido para o agente residir microárea, vai restringir demais as possibilidades, pois deveria residir na área de atuação da equipe.
2. O ACS deve residir na área que vai atuar e não na microárea.
3. Necessidade do sistema de acompanhamento e garantia de certificação. Reconhecimento das capacitações feitas no Pólo.
4. AIDIPI: revisão de alguns aspectos metodológicos. Rio Grande do Sul - proposta de curso operacional do AIDIPI em dois módulos. Avaliaremos este curso junto com grupo da USP - avaliar questão metodológica.

Na regulamentação enfatizar que nenhum trabalhador, no caso o ACS, deverá receber menos de um salário mínimo.

#### AFRA SUASSUNA FERNANDES

Esclarecimentos: sobre a expressão "Pólos Municipais", não existe esta proposta no grupo do MS.

A demanda que vem do MS nem sempre passa pelo Departamento de Atenção Básica. Procuramos a articulação e temos a perspectiva de negociação. Estamos destacando pontos da Lei: sobre a questão do ACS morar na área de residência, o MS quer que prevaleça as definições que constam na Portaria n.º 1.886. Nesse aspecto, é auto-aplicável, ou seja, cumpra-se a Lei. Talvez não tenha como mudar. Vamos ver se na regulamentação é possível incluir.

Na próxima semana haverá reunião da tripartite em São Paulo e o Conasems pautou este tema - descentralização do Plano de Capacitação. A tripartite não discute Portaria. O que está em discussão é o Plano. O Conass e o Conasems fizeram várias sugestões. Sobre as estruturas do Pólo, fica definido que aonde houver Pólos Estaduais e a criação de Pólos Regionais a coordenação é da Secretaria de Estado da Saúde. É importante a qualificação constar na regulamentação da Lei. O Inciso II do art. 3.º onde está escrito - estar qualificado com suficiência - pode ter vários entendimentos. A qualificação básica é pré-requisito. Se a qualificação vai fazer parte do processo seletivo, é um ponto ainda não bem definido. Estamos em fase de discussão com o Ministro da Saúde, realizando cálculos para oferecer uma resposta mais exata para todos. Na semana passada, houve uma oficina conjunta da Divisão de Atenção Básica com a área da Saúde do Trabalhador, com representações de Pólos e coordenações estaduais, e disponibilizamos uma síntese desse processo na pasta deste encontro. Outro informe que consta na pasta é sobre a área de alimentação e nutrição na atenção básica. São momentos como este encontro que crescemos. Elogia a apresentação realizada pelos grupos de trabalhos, demonstrando comprometimento.

## REGINA RODRIGUES GIL

Não houve discrepância e sim pontos comuns na apresentação dos grupos representando as regiões. Sobre a NOAS em relação à integralidade da assistência, destaca que o recurso do MS é um incentivo que esperamos contrapartida dos estados. Perfil dos facilitadores: nem todos que passam pela capacitação na prática consegue desenvolver o perfil para tal função. Essa questão passa pela avaliação e acompanhamento de um esforço conjunto de avaliação. Queremos um facilitador que problematize. Insuficiência dos Pólos para acompanhar os municípios. Dar mais instrumentalização a coordenação dos pólos. Trabalhar gerência e avaliação. O MS conseguirá dar suporte para os pólos e consolidar esta descentralização. Envolvimento das escolas técnicas - ator social importante. A construção do SUS precisa das escolas técnicas. Financiamento: buscar novas formas de recursos, talvez promover parcerias com o CNPq, OPAS para facilitar o cumprimento das agendas pelos Pólos.

## MARIA ANGÉLICA CURIA CERVEIRA

Uma das saídas do nordeste - estrutura da secretaria de saúde. Financiamento - descontinuidade dificulta pactuação da agenda. As estruturas propostas Pólo Estadual/Pólo Regional/incentivo para municípios acima de 100 mil habitantes vem para tentar superar a descontinuidade do pólo.

## ZELMA FRANCISCO TORRES

Na inserção do PITS, também tem de pensar nos mesmos critérios do PSF. O MS precisa de assessoria jurídica, formação do trabalho, legislação do ensino e validação curricular. Estamos constituindo um grupo para facilitar esta regulamentação do ACS - construir este desafio.

## 6 ANEXO

Nota dos relatores: como o grupo da Região Sudeste apresentou um relatório mais volumoso do que os demais, extrapolando, embora com propriedade, as questões propostas pela coordenação, para não se perder o esforço desses participantes, optou-se pelo registro de suas contribuições sob a forma de anexo, conforme as linhas abaixo.

O grupo fez sua apresentação sugerindo alterações ao texto entregue ao grupo para discussão, intitulado: "Plano Nacional de Descentralização dos Cursos de Capacitação de RH para Saúde da Família", procedente do Ministério da Saúde e respondeu aos questionamentos entregues, conjuntamente.

### 1. EIXO 1 – Institucionalização dos Pólos Estaduais de Capacitação de RH para Saúde da Família

- 1.ª alteração: retirar do título do texto a palavra "Cursos".
- 2ª alteração: no objetivo incluir a palavra "formação".
- Item 4.1: composição, organização, gestão dos Pólos Estaduais. Inclusão de "gestores estaduais".
- Reescrever o item 4.1: a composição dos Pólos Estaduais deverá sempre contemplar: representantes dos gestores estaduais, dos Pólos Regionais (onde houver), representação dos municípios com mais de 100.000 habitantes que aderirem a proposta de descentralização, municípios com menos de 100.000 habitantes e instituições de ensino superior na área da Saúde que possuam, minimamente, cursos de graduação em Medicina, ou Enfermagem ou Odontologia e instituições de ensino técnico em alguma dessas áreas.
- Item 6.1: são competências dos Pólos Estaduais: apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos Termos de Adesão dos municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes.

2. EIXO 2 – Implantação dos Pólos Regionais de Capacitação de RH para Saúde da Família
  - 4.2 Composição, organização e gestão dos Pólos Regionais.
    - o O regimento interno e o plano de trabalho dos Pólos Regionais deverão ser encaminhados para apreciação dos Pólos Estaduais e encaminhados para deliberação na CIB.
    - o O plano de trabalho dos Pólos Regionais deverá considerar suas atividades e ainda os termos de adesão (previamente aprovados pelos Pólos Regionais) dos municípios de sua área de abrangência.
  - Observação: nesse sentido, faz-se necessário que o formulário do Termo de Adesão inclua o parecer do Pólo Regional.
  - Item 5 (esclarecer o seu entendimento): o grupo sugere a exclusão, mas se mantido ,incluir no Pólo Estadual - item 4.1.
  - Alterações sugeridas pelo grupo ao texto: Para cumprimento dos respectivos planos de trabalho os Pólos Regionais de Capacitação poderão contratar serviços de entidades e organizações de diferentes naturezas jurídicas e com reconhecida experiência em qualificação de RH para o SUS.
  - São competências dos Pólos Regionais: apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos Termos de Adesão dos municípios.
3. EIXO 3 – Descentralizar recursos aos municípios para capacitação de RH para PSF
  - Item 3.3 - 3.º parágrafo:
  - O projeto de capacitação realizado na forma e termo de adesão, conforme anexo... deste Plano deverão então,

ser apreciados pelos Pólos Regionais (onde houver) e aprovados pelo Pólo Estadual...CIB para deliberação e envio ao MS...

- Item 3.3 - 5.º parágrafo:
  - Para execução das capacitações que se fizerem necessárias, os municípios poderão contratar, preferencialmente, os serviços dos próprios Pólos.
4. EIXO 4 – Ampliar a formação de instrutores para a capacitação de recursos humanos em Saúde da Família
- Item 3.4 - 1.º parágrafo:
  - Para desenvolver... Dessa forma, os Pólos Estaduais e Regionais deverão definir o perfil e identificar profissionais para atuarem como instrutores.
5. Sugestão: incluir um parágrafo que contemple/garanta processo de educação permanente para os atores que constituem os Pólos (especialização, pós-graduação).
6. Atividades: desenvolver atividades de educação permanente em saúde com vistas à capacitação pedagógica e nas áreas assistencial e gerencial, no âmbito da atenção básica.
7. Preocupação do grupo: registrar a preocupação de que a NOAS não contemple o princípio da integralidade.

#### **SOBRE A LEI DOS ACS**

1. *Observação:* o perfil do ACS deve ser assegurado no processo seletivo e explicitado no enunciado do processo seletivo.
2. Conclusão do ensino fundamental: pré-requisito para o processo de seleção. Válido somente para os novos ACS.
3. Processo de validação da qualificação básica para ACS em exercício.
4. Referencial: levar em consideração a carga horária mínima definida para qualificação básica: 80 horas.

5. O processo de validação levará em consideração:
  - Cursos, treinamentos, oficinas que o ACS tenha participado, cujo os conteúdos contemplem os da qualificação básica e tenham: carga horária definida, aproveitamento satisfatório e certificação.
  - Avaliação individual elaborada e implementada pelos Pólos Estaduais/Regionais, constituída de avaliação escrita, entrevista e outras modalidades de avaliação (dramatização, grupo operativo, avaliação da prática no domicílio e na comunidade).
6. Observação: este processo não tem característica eliminatória. Pode validar a qualificação anterior em relação aos quesitos exigidos para a qualificação básica ou indicar a necessidade de complementaridade da qualificação.
7. Quem capacita e certifica: será de competência dos Pólos Estaduais e Regionais, através das instituições que os compõe.

Brasília, agosto/setembro de 2002

FLAVIO A. DE ANDRADE GOULART  
LUCINÉIA MORELI MACHADO  
LILIANE TANNUS GONTIJO

RELATORES





EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, Editoração, Impressão, Acabamento e Expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Brasília – DF, janeiro de 2003

OS 0035/2003