

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

ELIZABETH BARCELLOS AZOURY

**CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO LOCAL PARA
REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO ESPÍRITO SANTO**

**RIO DE JANEIRO
2003**

ELIZABETH BARCELLOS AZOURY

**CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO LOCAL PARA
REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sarah Escorel

**RIO DE JANEIRO
2003**

ELIZABETH BARCELLOS AZOURY

**CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO LOCAL PARA
REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Aprovada em 27 de agosto de 2003.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Sarah Scorel
Escola Nacional de Saúde Pública
Orientadora

Profª Drª Ana Luiza Stiebler
Escola Nacional de Saúde Pública

Profª Drª Elda Coelho de Azevedo Bussinguer
Universidade Federal do Espírito Santo

A Emyrena, minha mãe, pela força que transmite.

Ao Paulo, companheiro de vários momentos.

Ao Caio e André, filhos queridos.

AGRADECIMENTOS

À Sarah Escorel, orientadora, pela contribuição com sua experiência e compreensão durante o processo de desenvolvimento deste trabalho.

À José Inácio Jardim Motta, quem primeiro me incentivou a realizar o Mestrado, pela contribuição na interface saúde e educação e pela “escuta” e direcionamento nos momentos fundamentais do desenvolvimento desta dissertação.

Às informantes-chave Tânia Mara Ribeiro dos Santos e Elizabeth dos Santos Madeira, pela disponibilidade e contribuição para a realização desta investigação.

Aos egressos do CBSF, que responderam à pesquisa, pela boa vontade em contribuir para a realização deste trabalho.

À Fabilla Kellen Rossi, médica do PSF do município de Fundão, pela disponibilidade em contribuir com a pesquisa, na realização do pré-teste.

À equipe da Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU), da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, em especial a Bernadete, Celi e Samara.

À equipe do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família.

À equipe da Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Família.

À Tânia Calil, pela amizade e enorme ajuda na sistematização do banco de dados da pesquisa.

À Luiz Felipe Pinto, pela disponibilidade e observações críticas quanto à organização e análise dos dados da pesquisa quantitativa.

À Prof^a Dr^a Solange Labatte, por ter gentilmente cedido os instrumentos utilizados na pesquisa “Acompanhamento e Avaliação do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – 1995/96”.

À Rosane Mageste e Luiz Carlos Reblin, pelo apoio e compreensão para a conclusão desta pesquisa.

À minha irmã, Maria, pelo grande apoio na realização deste Mestrado.

À Eliane, amiga de vários momentos.

Aos amigos que fiz no Mestrado, pela sinergia que conseguimos manter.

À Fátima, Luiz e Lucas, pelo carinho e acolhida na Cidade Maravilhosa.

À Ruth e Ediron, pela “escuta” qualificada.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de estudos para a realização do Mestrado.

Conhecer não é acumular dados, mas tornar-se capaz de produzir mudanças, em si e nos outros. Conhecer é informar-se para transformar-se.

Caco Xavier

RESUMO

Trata da formação de recursos humanos com perfil adequado para o desempenho das atribuições das equipes de Saúde da Família, constituindo-se um dos principais desafios para a consolidação e desenvolvimento da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) visando à reorganização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estuda o Curso Básico em Saúde da Família, implantado em 1997, pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família do Espírito Santo, o qual constituiu numa resposta técnica e política local para requalificação de pessoal das equipes de Saúde da Família (ESF). Avalia, por meio de entrevistas a informantes-chave e questionários aos egressos desse curso, a sua inserção institucional, a forma de organização e funcionamento, os procedimentos pedagógicos adotados e os resultados práticos alcançados.

Palavras-chave: Atenção básica; saúde da família; curso introdutório; articulação ensino-serviço; recursos humanos.

ABSTRACT

Deals about the formation of human resources with profile adjusted for the performance of the attributions of the teams of the Family Health, consisting one of the main challenges for the consolidation and development of the strategy of the of Family Health Program, aiming at to the reorganization Basic Attention, in the scope of the Public Health Service. It studies the Basic Course in Family Health, implanted in 1997 by the Permanent Education Pole in Family Health of the Espírito Santo, which constituted in a reply technique and local politics for requalification of staff of the teams of Family Health. It evaluates, by means of interviews the key informers and questionnaires to the egresses of this course, its institucional insertion, the form of organization and functioning, the pedagogical procedures adopted and the reached practical results.

Key words: Basic attention; family health; introductory course; joint teach-service; human resources.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Taxa de escolarização no Estado do Espírito Santo – 1999.....	50
Tabela 02 -	Coeficiente de mortalidade infantil – 1997-1999.....	51
Tabela 03 -	Adesão dos municípios ao PACS/PSF por macrorregião e por ano no Estado do Espírito Santo – 1998-2001.....	57
Tabela 03A -	Resumo da adesão dos municípios ao PACS/PSF por macrorregião no Estado do Espírito Santo – 1998-2001.....	58
Tabela 04 -	Enfermeiros e médicos qualificados pelo CBSF no Espírito Santo 1997-2001.....	65
Tabela 05 -	Situação dos médicos e enfermeiros dos municípios da macrorregião metropolitana que mais qualificaram profissionais pelo CBSF.....	65
Tabela 05A -	Localização nas macrorregiões dos profissionais que permaneceram no PSF ou foram para outro município.....	65
Tabela 06 -	Situação dos médicos e enfermeiros dos municípios das macrorregiões que mais qualificaram profissionais pelo CBSF.....	66
Tabela 07 -	Distribuição da amostra realizada e índice de retorno dos questionários aplicados por macrorregião – Espírito Santo.....	67
Tabela 08 -	Adesão dos municípios ao PSF e CBSFs realizados no Espírito Santo 1997-2001.....	120
Tabela 09 -	Classificação por sexo dos egressos segundo a profissão.....	128
Tabela 10 -	Classificação por faixa etária dos egressos	128
Tabela 11 -	Participação no Curso de Especialização em Saúde da Família.....	130
Tabela 12 -	Tempo de atuação na equipe atual de Saúde da Família.....	130
Tabela 13 -	Atuação profissional no mesmo município.....	131
Tabela 14 -	Atuação profissional na mesma equipe.....	131
Tabela 15 -	Motivo da mudança de município ou estado.....	132
Tabela 16 -	Razões para trabalhar no PSF.....	134
Tabela 17 -	Pré-requisito para a atividade.....	135
Tabela 18 -	Início das atividades no PSF antes de participar do CBSF.....	140
Tabela 19 -	Dificuldades nas ESFs antes de realizar o CBSF.....	141
Tabela 20 -	Avaliação dos trabalhos intermódulos.....	143
Tabela 21 -	Grau de importância atribuído pelo entrevistado aos diferentes trabalhos intermódulos.....	143
Tabela 22 -	Realização do Diagnóstico Situacional periodicamente.....	144
Tabela 23 -	Realização do Plano de Ação periodicamente.....	144
Tabela 24 -	Participantes do Diagnóstico Situacional e do Plano de Ação.....	145
Tabela 25 -	Conteúdos do CBSF utilizados com mais frequência.....	148
Tabela 26 -	Avaliação dos conteúdos abordados no CBSF.....	150
Tabela 27 -	Conceitos e habilidades desenvolvidos no CBSF.....	151
Tabela 28 -	Atividades desenvolvidas pela ESF.....	153
Tabela 29 -	Ações prioritárias.....	156

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Municípios da amostra por macrorregiões com a respectiva população e modalidade de gestão – 2000-2001.....	68
Quadro 02 - Unidades programáticas do curso introdutório.....	82
Quadro 03 - Modelo pedagógico do I CBSF.....	92
Quadro 04 - Modelo pedagógico do VII CBSF.....	106
Quadro 05 - Unidades programáticas do Curso Básico em Saúde da Família..	109
Quadro 06 - Relação entre atribuições, competências e conteúdos do CBSF.....	137
Quadro 07 - Relação entre atribuições e atividades de médicos e enfermeiros egressos do CBSF.....	138

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	Macrorregiões de planejamento do Espírito Santo.....	53
Figura 02 -	Microrregiões administrativas de gestão do Espírito Santo.....	54
Figura 03 -	Mapa conceitual do CBSF.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
BANDES – Banco de Desenvolvimento Econômico e Social do Espírito Santo
CBSF – Curso Básico de Saúde da Família
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
COAB – Coordenação de Atenção Básica
CODRHU – Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSAC – Coordenação de Saúde Comunitária
COSEMS-ES – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo
DAB – Departamento de Atenção Básica
EMESCAM – Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia
ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
ESF – Equipe de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPES – Instituto de Apoio à Pesquisa e ao desenvolvimento Jones dos Santos Neves
LAPA/UNICAMP – Laboratório de Planejamento e Administração da Universidade de Campinas
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBL – Aprendizagem Baseada em Problemas
PÓLO-ES – Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família do Espírito Santo
PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF – Programa de Saúde da Família
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
SAS – Secretaria de Ações de Saúde
SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SPP – Secretaria de Políticas Públicas
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 A ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E A REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE	19
1.1 O PSF COMO ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	19
1.2 OS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA	29
1.2.1 Educação Permanente e o espaço em que se realizam as práticas	36
1.2.2 O processo e os meios de trabalho	39
1.2.2.1 A formação de competências	40
1.2.2.2 Elementos do processo de trabalho	42
1.2.3 Desafios para a requalificação das equipes de Saúde da Família	44
2 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESPÍRITO SANTO	48
2.1 ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO	48
2.2 REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO	55
2.2.1 Implantação do Programa de Saúde da Família	56
2.3 PÓLO ESTADUAL DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTITUIÇÃO E DESENVOLVIMENTO	58
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	62
3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	62
3.2 DEFINIÇÃO DO MÉTODO	69
3.3 COLETA DE DADOS	70
3.4 ANÁLISE DE DADOS	74
4 IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	76
4.1 O DESAFIO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DO PSF	77
4.2 O TREINAMENTO INTRODUTÓRIO	80
4.3 A IMPLANTAÇÃO DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	82
4.3.1 Projeto Político-Pedagógico	82
4.3.2 A estratégia de formulação do CBSF	83
4.3.3 A escolha do modelo canadense como referência para o CBSF	88

4.3.4 O Planejamento de Ensino do I ao VI CBSF	90
4.3.5 Seleção e capacitação dos monitores	96
4.4 AVALIAÇÃO E MUDANÇAS NO CBSF	101
4.4.1 O primeiro balanço do CBSF	101
4.4.2 Reformulação da estrutura e planejamento de ensino do CBSF	103
4.4.3 As alterações na estrutura e funcionamento do CBSF	112
4.5 INSERÇÃO DO CBSF NO CONTEXTO DAS AÇÕES DO PÓLO ESTADUAL	113
4.5.1 Relevância do CBSF no conjunto das ações do Pólo	114
4.5.2 Estratégia do Pólo para atender à demanda pelo CBSF	116
4.5.3 Facilidades e limitações para realização dos cursos	117
4.6 O CBSF E A EXPANSÃO DO PSF NO ESPÍRITO SANTO	119
5 O PAPEL DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	123
5.1 ATRIBUIÇÕES BÁSICAS DAS ESFs E ESPECÍFICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS	124
5.2 PERFIL DOS EGRESSOS: ENFERMEIROS E MÉDICOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS.....	127
5.2.1 Identificação geral dos egressos pesquisados	127
5.2.2 Atuação profissional	130
5.3 O CBSF E O DESEMPENHO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NAS ESF.....	136
CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS	169
APÊNDICES	175

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, trouxe uma série de desafios, tanto no que se refere às ações políticas e administrativas, quanto no âmbito das práticas assistenciais, demandando novas estratégias de planejamento e atuação das unidades prestadoras de serviços, na busca de uma maior qualidade e resolutividade na atenção à saúde.

Com o intuito de reorientar o modelo de atenção à saúde, tradicionalmente centrado na atenção hospitalar, a política de saúde, na década de 90, apresentou como principal foco o fortalecimento da atenção básica, tendo como estratégia o Programa de Saúde da Família.

Os princípios centrais do PSF estão pautados no desenvolvimento de um novo processo de trabalho baseado nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, integralidade da atenção, hierarquização, trabalho em equipe multiprofissional, participação da comunidade, territorialização e o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

As atribuições fundamentais a serem desempenhadas pelos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família, demandam uma nova organização do trabalho em saúde e o desenvolvimento de novas competências e habilidades. Desses profissionais exige-se não só os saberes da clínica, da epidemiologia e das ciências sociais de modo geral, como também a aquisição de outros saberes em saúde.

A implantação dessa política setorial, bem como as transformações no mundo do trabalho trazem novos desafios para a área de recursos humanos, principalmente no plano da qualificação dos profissionais de saúde, pois mudanças nos modelos de atenção à saúde requerem a definição de novos perfis profissionais e, portanto, educacionais, necessários e adequados à reorientação das novas práticas em saúde.

Esse tem sido um dos grandes problemas a serem enfrentados para a gestão e implementação do Programa de Saúde da Família, pois não há no mercado profissionais formados em número suficiente com o perfil, competências e habilidades adequados para desenvolver as atribuições fundamentais na organização da atenção básica, em decorrência de a graduação privilegiar sobremaneira o modelo tradicional da medicina individual, baseado fundamentalmente na clínica, centrado no indivíduo e no atendimento hospitalar.

Nesse sentido, com o objetivo de criar condições para o aperfeiçoamento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde e apoiar mudanças na graduação, por iniciativa do Ministério da Saúde, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família, definidos como espaço de articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde.

Os Pólos têm, como elemento impulsionador, a educação permanente que, ao tomar como eixo central do processo educativo o processo de trabalho, deve refletir o que está acontecendo no mundo das práticas e o que precisa ser modificado. Nessa perspectiva, os processos educativos devem levar em conta o uso de metodologias de ensino-aprendizagem que problematizem o processo de trabalho, a fim de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho.

Buscando dar respostas mais imediatas à crescente demanda de capacitação em face da implantação do PSF, uma das ações prioritárias desenvolvidas pelos Pólos está dirigida para a oferta do Curso Introdutório, entendido como iniciação ao processo de educação permanente dos profissionais que atuarão nas equipes de Saúde da Família (ESF).

No Espírito Santo, o Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente foi criado em 1997. Entre as suas ações de qualificação e requalificação de pessoal que desenvolveu, no período de 1997 a 2001, destaca-se o Curso Introdutório, denominado em nível estadual de Curso Básico em Saúde da Família (CBSF), realizado desde a sua constituição. O Pólo também oferece cursos de formação em nível técnico e de especialização.

O Curso Básico é considerado pré-requisito fundamental para que os profissionais da área de saúde possam integrar as equipes de Saúde da Família nos municípios. Portanto, configura-se como um curso de caráter obrigatório, que apresenta os fundamentos conceituais da nova prática requerida e o instrumental básico a ser utilizado para o desempenho das atividades desenvolvidas pela ESF.

Considerando que as atividades de educação permanente no SUS são ainda insuficientes, depreende-se que a maior parte dos profissionais que integram as ESF foi capacitada no CBSF, ou seja, é por meio desse curso que os profissionais obtêm os principais fundamentos para desenvolver o trabalho na ESF. Evidencia-se, dessa forma, a importância do CBSF e a responsabilidade institucional no seu desenvolvimento.

Entretanto, passados cinco anos, desde a implantação dos Cursos Básicos, não há

estudo sistematizado sobre os resultados alcançados por essa ação, no sentido de levantar e organizar informações sobre o seu impacto no aperfeiçoamento profissional dos egressos.

A luz do conjunto das atribuições fundamentais definidas para as equipes de Saúde da Família, no âmbito do PSF, cabe perguntar: qual tem sido efetivamente a contribuição do CBSF para a formação de competências profissionais no desempenho dessas atribuições? Ou que atribuições de fato são desenvolvidas pelos profissionais, no trabalho das equipes de Saúde da Família, a partir da formação no CBSF? Enfim, como esse curso tem contribuído para a reorientação das práticas profissionais, considerando os limites e potencialidades que apresenta para atender a esses objetivos, tendo em conta o seu próprio caráter e formato?

Nesse sentido, a pesquisa pretende discutir em que medida as ações do Pólo Estadual, especificamente aquelas centradas nos Cursos Básicos em Saúde da Família, têm contribuído para a reorientação das práticas profissionais e de que forma o modelo pedagógico adotado e os conteúdos abordados pelo curso contribuem para a reorientação das práticas assistenciais.

Assim, a pesquisa tem por objetivo geral avaliar os limites e as potencialidades do Curso Básico em Saúde da Família para a requalificação profissional das equipes de Saúde da Família, em frente às necessidades de reorientação das práticas assistenciais, requeridas pela implantação do Programa de Saúde da Família no Espírito Santo.

Como objetivos específicos, busca-se analisar a inserção do Curso Básico em Saúde da Família na *estratégia de ação* do Pólo Estadual; identificar a distribuição geográfica dos profissionais de saúde formados pelo Curso Básico em Saúde da Família nas macrorregiões, microrregiões e nos municípios do Estado do Espírito Santo; analisar as competências geradas pelo Curso Básico em Saúde da Família; e investigar, diretamente com os médicos e enfermeiros, se o diagnóstico e o planejamento, instrumentos específicos abordados no CBSF, efetivamente estão sendo aplicados na organização das ações desenvolvidas pelas equipes.

Para a consecução desses objetivos, foi elaborado um projeto de pesquisa, enfocando a abordagem teórica da temática estudada e o planejamento dos instrumentos de pesquisa, coleta e análise de dados em campo. Visava-se, desse modo, a sistematizar o aporte teórico de conceitos gerais e específicos diretamente relacionados com o objeto de investigação proposto, bem como a operacionalização da pesquisa de campo, observando os procedimentos científicos apropriados.

O produto deste estudo foi consolidado na presente dissertação, organizada em cinco capítulos, nos quais se procura expor as principais implicações teóricas da questão posta em

exame, a sistematização dos resultados da pesquisa documental e de campo, realizada diretamente com alguns dos técnicos responsáveis pelo curso e o pessoal egresso, culminando nas conclusões apresentadas ao final.

O primeiro capítulo busca, de início, situar a evolução do contexto histórico e social que propiciaram as alterações ocorridas na política de saúde na década de 90, que determinaram a implantação do Programa de Saúde da Família como eixo de reorientação da organização da Atenção Básica. Em seguida, contextualiza o problema da formação de recursos humanos na área da saúde da família e discute a constituição dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família. A partir da abordagem dos princípios do PSF, apontam-se os principais desafios colocados para os Pólos de Capacitação, em frente à necessidade de requalificar os profissionais para o desempenho de novas práticas de atenção à saúde.

O segundo capítulo contextualiza, no plano estadual, a implantação do Programa de Saúde da Família e a criação do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, identificando as principais ações que foram desenvolvidas para a sua viabilização.

O terceiro capítulo aborda a metodologia utilizada para investigar o papel desempenhado pelo Curso Básico em Saúde da Família na reorientação das práticas profissionais no âmbito das equipes de Saúde da Família. Apresenta os procedimentos metodológicos e os instrumentos de pesquisa utilizados, bem como a estratégia de investigação e composição da amostra representativa dos egressos dos onze cursos realizados, no período de 1997 a 2001, que vêm atuando nos municípios do Estado.

O quarto capítulo enfoca a análise do Curso Básico em Saúde da Família, sua constituição e desenvolvimento, tecendo considerações sobre os problemas da sua operacionalização, as principais mudanças realizadas na estrutura e conteúdos do curso, bem como os desafios apresentados na efetivação dos seus resultados. Procura analisar a inserção desse curso nas ações do Pólo Estadual e correlacionar a sua promoção com a evolução do PSF no Estado.

O quinto capítulo discute como esse curso tem contribuído com a requalificação profissional. Toma como eixo de análise as atribuições fundamentais a serem desenvolvidas pelos profissionais nas unidades de Saúde da Família e os conteúdos desenvolvidos no curso, para, então, construir um quadro de competências consideradas imprescindíveis para a

atuação profissional. Procura, assim, analisar a geração de competências pelo Curso Básico em Saúde da Família, à luz dos princípios do PSF, e investigar a aplicação do diagnóstico e do planejamento das ações na organização do trabalho das Unidades de Saúde da Família.

No capítulo final, tendo em conta os objetivos da investigação proposta e à luz das principais questões abordadas pelos capítulos anteriores, busca-se apresentar de maneira sintética os resultados mais relevantes da pesquisa, tecendo um conjunto de considerações acerca das limitações institucionais e dificuldades de operacionalização do CBSF, indicando os resultados práticos alcançados na requalificação dos profissionais egressos do curso, bem como um conjunto de diretrizes gerais para o aprimoramento das ações do Pólo Estadual e, especialmente, do Curso Básico em Saúde da Família.

Desde a implantação do Programa de Saúde da Família no Estado, a partir de 1997, a sua evolução tem se dado de forma gradativa e abrangente pelos municípios. No período de 1999/2000, o Espírito Santo foi considerado a Unidade Federativa que mais cresceu na implantação dessa estratégia: o número de equipes de Saúde da Família passou de 36 em 1999, para 151 em junho de 2000.

Há que se observar, contudo, que não basta uma superação crescente das metas de expansão do PSF, se, concomitantemente, não houver uma política adequada de formação de recursos humanos dirigida para a graduação e educação permanente e, de maneira mais imediata, voltada para o investimento na requalificação de pessoal para atuar nas equipes de Saúde da Família. Há que se notar que cabe justamente aos profissionais que atuam na área da atenção básica a competência capaz de garantir os princípios lógicos que sustentam a finalidade da estratégia da Saúde da Família.

A experiência voltada para a adoção de um modelo assistencial em saúde, como a que vem sendo realizada com a implantação do PSF, ainda é bastante recente e carece de avaliação e estudos mais aprofundados. Destaca-se, assim, a pertinência desta pesquisa, considerando a necessidade de estudos dirigidos para a requalificação profissional e, sobretudo, a investigação das práticas, de forma que se possam avaliar os resultados obtidos com a experiência acumulada na realização dos cursos e apontar possíveis correções de rumo.

A expectativa é de que os resultados da pesquisa possam oferecer alguns subsídios dirigidos para a avaliação e o aperfeiçoamento da experiência local, ao mesmo tempo em que, somados aos de outros estudos, realizados para outras realidades, venham contribuir para uma avaliação mais estruturada da experiência em nível nacional.

CAPÍTULO 1

1 A ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E A REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Abordar a formação, a capacitação e a qualificação dos profissionais para o novo modelo de atenção à saúde requer a contextualização do próprio Programa de Saúde da Família, procurando compreender sua inserção no cenário contemporâneo da Política de Saúde, em geral, e da organização da Atenção Básica no Brasil.

Inicialmente, buscar-se-á traçar um quadro geral da implantação do Programa Saúde da Família, identificando os principais motivos que levaram à formulação de uma política de saúde voltada para a reorganização dos serviços de atenção básica, para, em seguida, apontar as principais estratégias adotadas para atender aos desafios de reorientação da política setorial no plano da requalificação dos profissionais de saúde, que visam a reorientar as práticas em saúde.

1.1 O PSF COMO ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A evolução da política de saúde no Brasil, nas últimas três décadas, demonstra que as experiências e as conquistas alcançadas nesse período colaboraram para a formulação da atual política setorial de reorganização da Atenção Básica, que tem como estratégia prioritária o Programa Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994.

As décadas de 70 e 80 foram palco de mudanças significativas no setor de saúde, que resultaram no direito à saúde e na criação do Sistema Único de Saúde inscritos na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentado por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Na década de 70, a partir de algumas experiências extramuros dos Departamentos de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina, iniciou-se o processo de construção de um novo conhecimento sobre saúde, de abordagem médico-social, alicerçado na visão histórico-estrutural da sociedade, construindo-se a teoria social da saúde. Vários projetos foram

desenvolvidos, como o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS), o Projeto Montes Claros e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Também se inicia a articulação dos secretários municipais de Saúde que, a partir de algumas experiências municipais exitosas – Campinas, Lajes, Londrina, Niterói, Piracicaba – propunham como alternativa a organização de um sistema de saúde público e descentralizado (ESCOREL, 1999).

A década de 80 caracterizou-se, no plano político, pelo fim do regime militar, uma transição democrática conflituosa e contraditória, pela elaboração de uma nova Constituição Federal e pela eleição direta para Presidente da República. No plano setorial, as Ações Integradas de Saúde (PAIS), a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e a criação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais da Saúde estruturaram as mudanças no sistema de atenção à saúde e no próprio Ministério da Saúde, que ocorreriam nas próximas décadas (ESCOREL, 1999; NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Merece ainda destacar, nessa década, o embate político-ideológico entre o movimento de Medicina Geral Comunitária e a Medicina de Família, no sentido de marcar a distinção ideológica entre essas duas propostas, na qual a medicina da família, inspirada na prática americana, era considerada dissociada de um contexto coletivo. Esses debates e a definição de uma nova correlação de forças, na década seguinte, permitiriam avançar na descentralização das ações e serviços de saúde e desenvolver a proposta do Programa de Saúde da Família (CONIL, 2001; PAIM, 2001).

A partir da década de 90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os processos de reforma setorial introduziram, na agenda dos gestores federais, estaduais e municipais, a necessidade de implementar mudanças no modelo de atenção à saúde, com ênfase no nível de atenção primária. Apesar dos avanços conquistados nos princípios formais e legais com a universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade, existe ainda um descompasso entre esses avanços e os limites do modelo hegemônico, centrado na doença, tendo como *locus* privilegiado o hospital.

Com o intuito de modificar esse quadro, os gestores do sistema de saúde enfatizaram a mudança do modelo de atenção priorizando a atenção básica. Nesse sentido, observa-se, nessa década, o desenvolvimento de uma série de experiências de atenção à saúde, implementadas em vários Estados e municípios, buscando concretizar os princípios e diretrizes do SUS, tais

como, a “vigilância em saúde”, “ações programáticas em saúde”, “saúde da família”, dentre outros.

O grande investimento do Ministério da Saúde na organização da atenção básica, nessa década, direcionou-se para a implantação e expansão do Programa de Saúde da Família. Verificaram-se, também, avanços no processo de municipalização e na instituição de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da atenção básica (MARQUES; MENDES, 2001).

Mais à frente, tratar-se-á especificamente da implantação do Programa Saúde da Família. Antes, porém, buscar-se-á conceituar o que se entende por modelos de atenção à saúde, a fim de compreender as implicações dessa nova política setorial, referenciando, ainda, os principais movimentos em nível internacional, voltados para a adoção de um novo modelo de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde, segundo Teixeira (2000, p. 262),

[...] são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediados por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais em saúde historicamente definidas.

Em razão da dinâmica histórica e social em constante transformação, os problemas e necessidades de saúde refletem as alterações nas condições de vida da população, o que requer mudanças nos modelos de saúde. Entretanto, nem sempre as políticas e práticas de saúde expressam as necessidades de saúde da maior parte da população. Na maioria das vezes, representam interesses econômicos de grupos corporativos, empresas e profissionais.

Mendes (1996, p. 234) argumenta que, para haver mudanças nos modelos de atenção à saúde, é necessária uma transformação radical, de natureza estrutural nos sistemas de saúde, a fim de construir o SUS como verdadeiro espaço de saúde, “[...] o que implica a construção social de um novo sistema de saúde fundada em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária”.

O sentido da mudança, segundo esse autor, deve se dar pela transformação da concepção atual de saúde-doença, mais vinculada com a doença e a morte – visão negativa – para uma vinculação com a qualidade de vida – visão positiva. O paradigma sanitário deve passar do paradigma flexneriano (setorialização da realidade, com ênfase nos aspectos curativos), para outro, de produção social da saúde (intersetorialidade, com ênfase na promoção à saúde). Nesse sentido, a prática sanitária deve transitar da prática da atenção

médica (serviços de saúde, principalmente de serviços médicos, ofertados individualmente), para a prática da vigilância da saúde (promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa ao indivíduo, família e coletividade). Para a realização dessas mudanças, é exigida uma nova ordem governativa da cidade, em que a gestão médica passa a dar lugar à gestão social, pois “[...] a prática da vigilância da saúde vai exigir uma nova racionalidade governativa da cidade [...] e a saúde como produto social, resulta de uma ação concentrada de governo, sob liderança de um prefeito municipal. O prefeito como gestor social, é o ator político condutor da produção da saúde na cidade” (MENDES, 1996, p. 234-258).

Segundo Franco e Merhy (2001, p. 32), os modelos de assistência devem ser definidos principalmente pelo “[...] território de necessidades e dos problemas de saúde colocados pela população, como os desafios dos serviços de saúde em atendê-los”. Esses autores ainda apontam que é a reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, principalmente do médico, que viabiliza mudanças no modelos assistenciais, “[...] no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso de tecnologias leves (vínculo e acolhimento), que operam em relações intercessoras entre trabalhador-usuário”.

No plano nacional e internacional, diversos movimentos vêm sendo propostos ao longo das últimas décadas, buscando a superação da orientação centrada principalmente no controle das enfermidades. Merecem destaques as propostas de Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis e Vigilância da Saúde.

A Promoção da Saúde é referida, por diversos autores (MENDES, 1996; FERREIRA; BUSS, 2001; PAIM et al., 2000; TEIXEIRA, 2000), como um novo paradigma da saúde, cujo conceito evoluiu nos diversos momentos em que o tema foi discutido: iniciou com a abertura da China comunista ao mundo exterior (1973- 1974) e a apresentação de sua experiência dos *médicos de pés descalços*; o movimento canadense desencadeado pelo Relatório Lalonde (1974), baseado no modelo do “campo da saúde”, constituído por quatro pólos: a *biologia humana* (maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética), o *sistema de organização dos serviços* (recuperação, curativo e preventivo), o *ambiente* (o social, o psicológico e o físico) e o *estilo de vida* (participação no emprego e riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer); na Conferência de Alma Ata (1978), e sua proposta de Saúde para Todos no Ano 2000, por meio da estratégia de Atenção Primária em Saúde; na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde (1986); com a Carta de Ottawa – e diversas outras conferências internacionais que,

periodicamente, discutiram o tema. Teixeira (2000, p. 275) conceitua a Promoção da Saúde como

[...] medidas que, fundamentada na concepção do ‘campo da saúde’, se aplicam à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de comunicação e educação em saúde e na formulação de ‘políticas públicas saudáveis’ nas várias esferas de governo.

O conceito de Cidades Saudáveis, segundo Mendes (1996, p. 259), “[...] já existia desde a metade do século XIX, com os trabalhos de Chadwick, resultantes da Comissão de Saúde das Cidades [...]”, reaparecendo no Seminário sobre Toronto Saudável 2000, realizado em 1984. Ferreira e Buss (2001, p. 259) salientam que, nesse Seminário, “[...] avançou-se no conceito de ‘empoderamento’ e participação social, promovendo saúde por meio da descentralização do poder para as comunidades locais”. Teixeira (2000, p. 274) enfatiza que

[...] a noção de ‘cidades saudáveis’ implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.

A Vigilância da Saúde engloba propostas que fortalecem as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a implantação de vigilância nutricional a grupos de risco, a atenção à saúde do trabalhador (ambientes de trabalho e riscos ocupacionais), a vigilância ambiental e a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar (TEIXEIRA, 2000).

No Brasil, ao longo das três últimas décadas, têm sido implementadas várias propostas e impulsionados vários movimentos de reformulação do modelo centrado na demanda espontânea e de atendimento aos doentes, instituindo ações de prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde. A mudança na lógica assistencial começa a privilegiar o modelo preventivo, reorientando espacial e tecnologicamente o trabalho em saúde. Recentemente, as principais iniciativas na redefinição do modelo assistencial que vêm sendo priorizadas pelo Governo Federal, são os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A proposta de implantação do PSF e PACS se desenvolve na década de 90, denominada a década das reformas dos sistemas nacionais de saúde.

Nos países centrais, as reformas realizadas nas décadas de 60 e 70 caracterizaram-se pela expansão dos serviços de assistência médica. Na década de 80, a crise desse modelo resultou na reformulação de uma nova agenda *pós-welfare*, centrada na mudança do paradigma da intervenção estatal no campo social, questionando os fundamentos básicos do

setor saúde. Na década de 90, as reformas setoriais desenvolvidas podem ser classificadas como do tipo *big bang* (introduzem, de forma rápida e pontual, modificações expressivas e significativas no funcionamento dos sistemas de saúde) e *incremental* (baseadas em pequenos ajustamentos sucessivos) e suas características podem ser agrupadas em três grandes blocos: a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde; a inclusão de mecanismos de mercado por meio da competição administrada (*managed competition*); e a ênfase à efetividade clínica, isto é, ao resultado das ações de saúde (ALMEIDA, 1996; VIANA; DAL POZ, 1998).

Assim, muitos países iniciaram a década tentando implementar um ou outro ponto dessa agenda, através de processos diferentes, tendo em vista as diferentes conjunturas nacionais e os diferentes processos de constituição e operação dos sistemas de saúde. Definiram-se, assim, práticas localizadas *vis-à-vis* conceitos globais [...] (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 15).

O PSF é compreendido, segundo esses autores, como uma estratégia da *reforma incremental* do sistema de saúde, ao apontar mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), na organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (VIANA; DAL POZ, 1998).

Na segunda metade da década de 90, o Ministério da Saúde, reconhecendo as dificuldades operativas no modelo assistencial, apesar dos vários avanços político-administrativos alcançados, definiu a política de reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde por meio da organização da atenção básica, que tem como estratégia prioritária o Programa Saúde da Família.

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, MS/SAS, 1999, 9).

A política de reorientação do modelo de atenção à saúde foi estruturada a partir de um processo de discussão, marcado por vários embates travados entre os atores que participaram da construção do SUS, nessa década. As principais questões levantadas estavam referidas à possibilidade de a atenção básica garantir a integralidade do atendimento, imprescindível para a implementação de uma política pública; à noção de atenção primária como sinônimo de tecnologia simplificada; à possibilidade de o PSF expressar políticas de focalização, constituindo-se em atenção médica para pobres; à garantia de acesso aos demais níveis de atenção; à heterogeneidade e complexidade da população brasileira em se enquadrar num

único modelo e, conseqüentemente, à capacidade de o PSF alterar o modelo assistencial (MARQUES; MENDES, 2002; VIANA; DAL POZ, 1998; PAIM, 2001; FRANCO; MERHY, 1999).

Embora esse debate tenha levantado uma série de questões pertinentes para a reorientação da política setorial, constata-se que nem todas as contribuições foram de fato incorporadas à nova política que se desenhou com a implantação do SUS e especificamente do PSF e que, ainda hoje, permeiam as discussões que avaliam a implementação dessa estratégia.

Antes da criação do PSF, o Ministério da Saúde, em 1991, implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, institucionalizando várias experiências de práticas com agentes comunitários que, guardadas as suas peculiaridades, já vinham sendo realizadas em várias regiões do País, como nos Estados do Paraná, Minas Gerais e Ceará.

O PACS foi formulado com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, pela extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres do País. A experiência do Ceará foi a mais expressiva, mostrando ao Ministério da Saúde a importância dos agentes na organização dos serviços municipais de saúde.

O PACS tinha como principais características: visão ativa da intervenção em saúde – esperar a demanda chegar, agindo sobre ela preventivamente; concepção de integração com a comunidade; abordagem menos reducionista sobre a saúde, não centrando as ações somente na figura do médico; enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e noção de área de cobertura (por famílias e não por indivíduos).

O êxito do PACS, a necessidade de incorporar novos profissionais de saúde, para que os agentes não atuassem de forma isolada (a experiência do Ceará já incorporava o enfermeiro nas ações de supervisão do agente) e a experiência de Niterói, com o Programa Médico de Família, impulsionaram a formulação do PSF. Viana e Dal Poz (1998, p. 18) acrescentam, ainda, que as principais características do PACS foram os elementos centrais para a construção do PSF, “[...] porque constituem a essência (da concepção) de sua atuação”.

Inicialmente, o PSF se constituiu em um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde, vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), com o objetivo de cobrir áreas de risco selecionadas pelo Mapa da Fome. No final de 1993, foram formuladas suas principais diretrizes, concebendo-o como um instrumento de organização do SUS e da

municipalização. No entanto, sua implantação deveria ocorrer prioritariamente nas áreas de risco. Sua implantação, nesse período, foi por meio de convênios assinados entre o Ministério da Saúde, Estados e municípios, com a exigência de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

Em 1995, na gestão do Ministro Adib Jatene, o PSF foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ocorrendo uma mudança na lógica do seu funcionamento, quando deixa de ser um programa vertical, operado por convênio, e passa a ser remunerado pela tabela de procedimento do SIA-SUS, adquirindo maior importância dentro do Ministério. As remunerações do PSF passaram a ser diferenciadas, isto é, a consulta do PSF passou a ser o dobro da consulta normal do SUS.

O PSF começa então a perder o caráter de programa e passa a ser reestruturante dos serviços, isto é, passa a se constituir (mais) claramente em um instrumento de (re) organização do SUS, porque se deseja que este sirva como exemplo de um tipo de assistência distinto do modelo dominante [...] (VIANA, DAL POZ, 1998, p. 22).

Em 1996, intensifica-se o debate acerca da atenção básica, a partir da publicação da NOB/96, que vem estimular o processo de descentralização e enfatizar a implantação do Programa Saúde da Família, como parte de um conjunto de medidas e iniciativas de fortalecimento da atenção básica, segundo os princípios e diretrizes do SUS.

Em 1997, o PSF foi apresentado como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente, com o objetivo de substituir ou converter o modelo tradicional historicamente centrado no atendimento à demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem constituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e no qual a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e coresponsabilidade com a comunidade.

Desse modo, as Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passaram a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, buscando estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

O PSF evidenciou que o financiamento vigente, baseado em procedimentos, priorizava a produção da doença e não a sua prevenção, indicando que a remuneração do tipo *per capita* era a mais adequada à construção de um novo modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, foi

criado o Piso de Atenção Básica (PAB),¹ repassado efetivamente para os municípios a partir de 1998, sendo determinante no crescimento do número de equipes de Saúde da Família, desde então. Em 1996 existiam 1.623 equipes, em 1998 havia 3.147 equipes e em dezembro de 2000, 10.473 equipes de Saúde da Família estavam implantadas em 3.090 municípios, aptos a receber os incentivos financeiros, cobrindo cerca de 22,04% da população brasileira. A meta, para 2002, do Ministério da Saúde era atingir 20.000 equipes, para acompanhar 80 milhões de pessoas (SOUZA *et al.*, 2000; MARQUES; MENDES, 2001).

Em maio de 2002, existiam 15.201 ESF oferecendo cobertura assistencial para 50,3 milhões de habitantes, ou seja, 29,2% da população brasileira (Ministério da Saúde, 2002). Em 12 de março de 2003, o Ministro Humberto Costa anunciou, entre as medidas para a melhoria da atenção à saúde da população dos municípios, a ampliação do PSF, pela qual mais 13 milhões de pessoas passarão a ser atendidas, mais 4 mil ESF e mais 3 mil equipes de Saúde Bucal (ESB) serão criadas até o final de 2003. Na ocasião, o ministro assinalou que o PSF atendia 55 bilhões de pessoas por meio de cerca de 16 mil ESF. Para a ampliação do PSF, até o final de 2003, serão contratados 40 mil agentes comunitários de saúde, 4.690 enfermeiros, 4 mil médicos, 4 mil auxiliares de enfermagem, 3 mil dentistas e 3 mil auxiliares de consultório dentário (BRASIL, 2003).

Os dados de crescimento das equipes, após o incentivo do PAB, demonstram, segundo Marques e Mendes (2001), o reforço do Governo Federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo da atenção básica. Considerando que existe escassez de recursos na área de saúde, esses autores observam que, a princípio, é criticável a adoção de financiamento como principal instrumento de incentivo à implantação de políticas sociais, pois essa estratégia pode impedir, em certa medida, que os municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais.

Esses autores (2001) apontam ainda que, além do Governo Federal, alguns Estados brasileiros adotaram esta política de incentivo à implantação do PSF, com diferentes critérios (Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Paraná, Minas Gerais, Sergipe e Tocantins).

Entretanto, há que se considerar que a estratégia de financiamento foi determinante para viabilizar a implantação do PSF, embora gerando distorções, como o fato de alguns

¹ O PAB é composto de duas partes: PAB fixo – quantia destinada à execução das ações de saúde, definida pela população de cada município; e o PAB variável – quantia para financiar alguns Programas e ações no campo da atenção básica: PACS, PSF, Assistência Farmacêutica Básica, Combate às Carências Nutricionais, Ações de Vigilância Sanitária e Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

municípios terem aderido ao PSF pró-forma, visando tão-somente à captação de recursos, sem promover as mudanças preconizadas para a organização da atenção básica (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; NEMES FILHO, 2001).

A discussão sobre a utilização desses recursos pelos municípios desencadeou uma série de medidas corretivas e de controle, por exemplo, a elaboração do Manual de Atenção Básica, com a participação de vários setores do Ministério, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Esse manual, editado pelo Ministério da Saúde, em 1998, definiu as responsabilidades dos municípios habilitados na NOB-SUS 01/96, no que se refere à atenção básica, às estratégias para operacionalização e à gerência do Piso de Atenção Básica.

Em março de 1999, foi realizado, em Brasília, um seminário nacional sobre a Organização da Atenção Básica, como parte da estratégia do Governo Federal para incentivar a expansão do PSF. Na ocasião, o Ministério da Saúde oficializou a organização da atenção básica como política de reorientação do modelo assistencial, sendo considerado o PSF como *eixo estruturante*, e fortaleceu o papel das Secretarias Estaduais, como articuladoras dos três níveis de Governo, negociando metas com os municípios para atingir os indicadores de saúde. Foram apresentados, como principais instrumentos para a organização da atenção básica, o Manual de Organização da Atenção Básica, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o cartão SUS, a referência para assistência de média e alta complexidade e a adscrição da clientela. Foi enfatizado que a rede de atenção básica poderia atender a 85% das demandas de saúde da comunidade, mas que era fundamental garantir o acesso da população aos outros níveis de atenção à saúde.

Para adoção do PSF nos sistemas locais de saúde, é necessário que os municípios cumpram os requisitos operacionais definidos pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorganizar as práticas de trabalho desenvolvidas nas unidades de saúde. Entre esses requisitos, podem ser destacados o cadastramento das famílias da área de abrangência, o planejamento e programação local, a abordagem multidisciplinar e o desenvolvimento de práticas intersetoriais.

Cordeiro (2000) relaciona uma série de princípios centrais da estratégia de Saúde da Família, além daqueles que caracterizam o SUS: desenvolver um novo processo de trabalho nos cuidados à saúde, substituindo as práticas convencionais de atendimento e de funcionamento das unidades de saúde, baseadas na organização estanque de programas e no atendimento fragmentado e descontínuo de pacientes; envolver a participação de médicos,

enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, progressivamente outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais, etc.; adscrever famílias, a partir de uma base populacional e territorial bem definida, que se vinculam à unidade de saúde e à equipe de profissionais de saúde; promover o atendimento por um médico de família, com formação geral, integrado à equipe e com competência para atender e resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde que demandam serviços; dar atenção integral à saúde dos indivíduos e das famílias, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção das doenças e agravos e a recuperação da saúde, e articular esse atendimento à rede de serviços de saúde, para assegurar a referência e contra-referência de pacientes que necessitem de cuidados especializados.

O PSF, dessa forma, procura propiciar uma atuação que incorpora a atenção à saúde tradicional a uma lógica de promoção à saúde. Para tanto, necessita da articulação e de apoio de outros setores para viabilizar esse potencial.

Vários estudos têm apontado que um dos maiores problemas a serem enfrentados para a gestão e implementação do PSF está na formação de recursos humanos, pois não há profissionais formados em número suficiente, com competência e habilidades para desenvolver as atribuições fundamentais na organização da atenção básica a partir dessa nova ótica.

Nesse sentido, a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde foi a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal de Saúde da Família, definidos como a articulação entre as instituições de ensino superior, responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, e os serviços de saúde, que conformam um mercado de trabalho para os profissionais. Os seus objetivos são criar condições para o aperfeiçoamento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde e apoiar mudanças na graduação.

Esses objetivos trazem grandes desafios aos Pólos, no sentido de requalificar em curto prazo os profissionais de saúde que irão iniciar a sua prática nas equipes de Saúde da Família, além de, em médio e longo prazo, poder influir nos currículos e, conseqüentemente, na formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde.

1.2 OS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A política de reformulação dos modelos de atenção à saúde, por meio da estratégia Saúde da Família, impôs o desafio de reorientar a organização do trabalho e as práticas assistenciais das equipes de Saúde da Família. Obter profissionais com formação adequada tem sido um dos grandes obstáculos a serem enfrentados para a implementação, de forma plena e eficiente, do PSF.

A implantação do Programa de Saúde da Família passou a configurar uma expansão do mercado de trabalho para as categorias inseridas nessa estratégia e um grande desafio para a área de recursos humanos, tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais de saúde, quanto na qualificação desses profissionais para a reorientação das práticas assistenciais, a fim de responder às crescentes mudanças que vêm ocorrendo no Sistema Único de Saúde (PIERANTONI, 2001).

Recomenda-se que cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada ESF deve assistir de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde a 2.400 a 4.500 pessoas. Cada ACS da equipe atua em uma microárea, com aproximadamente 200 a 250 famílias (MS/DAB, 2000c).

A atuação da ESF fundamenta-se nos seguintes postulados: adscrição de famílias que vivem numa base territorial e populacional delimitada; multiprofissionalidade da equipe e interdisciplinaridade do enfoque; interação dos profissionais de saúde com indivíduos sadios ou doentes, sua famílias e comunidades – ampliar responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e recuperação, reabilitação e autonomia das pessoas e priorização das ações de saúde que combinem o uso de recursos atualizados do saber e da tecnologia em saúde de alta efetividade com a inserção da unidade à rede de serviços com garantia de referência para os níveis de maior complexidade (MS/SPS, 2000a).

De acordo com documento do Ministério da Saúde (1997), são definidas atribuições básicas da ESF e atribuições específicas de seus componentes. No capítulo 5 trataremos especificamente dessas atribuições.

A fim de viabilizar as mudanças desejadas na organização dos serviços, a Secretaria de Políticas de Saúde, por meio da Coordenação da Atenção Básica (COAB), do Ministério da

Saúde, definiu o desenvolvimento de recursos humanos como uma das cinco linhas do Plano Estratégico para o Desenvolvimento do PSF no Brasil,² para o quadriênio 1999-2002. Adotou, como movimentos táticos, o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino superior e a pactuação com Estados e municípios, por meio da constituição de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, a fim de “[...] induzir as transformações necessárias na direção de novos modelos de ensino-aprendizagem mais consentâneos com a construção do SUS” (MS/SPS/COAB, 2000a, p. 19).

O Edital nº 04, de 6 de dezembro de 1996, instituiu os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal de Saúde da Família, convocando as instituições de ensino e os serviços de saúde a apresentarem projetos, com o objetivo de formar e qualificar os profissionais das equipes de Saúde da Família. Inicialmente, dos 21 projetos apresentados, foram aprovados a criação de dez Pólos, seis projetos de capacitação e cinco projetos de cursos. O Edital nº 01, de 5 de outubro de 1998, foi lançado com o objetivo de ampliar o número de instituições envolvidas nas ações de formação e capacitação e estimular a articulação de uma rede estadual de Pólos. Em 2002, existiam Pólos implantados em todos os Estados da Federação, envolvendo 116 instituições de ensino, além de cinco Escolas de Saúde Pública das SES, com recursos financeiros provenientes do orçamento federal e de empréstimo internacional, por intermédio do Projeto REFORSUS.³

Os Pólos são definidos como a articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculados às universidades ou instituições de ensino superior, que se consorciam ou celebram convênios com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde para implementarem programas destinados ao pessoal vinculado à prestação de serviços em Saúde da Família, no âmbito de um ou mais municípios. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço voltada para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família.

² O plano envolve cinco linhas estratégicas de ações/investimentos, com doze áreas de atuação, nas quais inserem 37 projetos e 10 subprojetos. Orienta as necessidades de investimentos da atenção básica. Na área de desenvolvimento de recursos humanos, as propostas foram: ampliar e consolidar os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, seu desenvolvimento institucional e educacional; formar e capacitar os profissionais de saúde da família; fomentar a reforma do ensino médico e de enfermagem e oferecer insumos adequados e acessíveis, inclusive com o uso de alta tecnologia de ponta.

³ O Projeto REFORSUS foi financiado pelo Banco Mundial. Inicialmente, os recursos eram somente para a reforma física de equipamentos do SUS. Posteriormente, foram destinados recursos para o fortalecimento dos Pólos.

A missão dos Pólos é desenvolver ações direcionadas aos profissionais inseridos em equipes de Saúde da Família, impulsionadas pelo processo de educação permanente, contribuindo para a sustentabilidade dessa estratégia, tanto em relação aos resultados esperados, como ao desenvolvimento de seu mercado de trabalho. Por outro lado, suas ações devem também gerar reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço, voltadas para a formação acadêmica na graduação, com o intuito de contribuir na adequação da formação dos profissionais de saúde, inserindo conteúdos referentes à estratégia nos cursos e desenvolvendo iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação.

De acordo com documento ministerial (MS/SPS/COAB, 2000a, p. 19), “[...] os Pólos não se caracterizam pela repetição de experiências e modelos de integração docente-assistencial [...]”, apesar da articulação universidade-serviços de saúde ser desenvolvida há várias décadas no País e representarem iniciativas importantes nas tentativas de reformulação da educação superior dos profissionais de saúde, por intermédio da IDA e, mais recentemente, da Rede Unida.

O documento elaborado por Teixeira e Sader (1997), representantes da UFBA e da Rede Unida, solicitado pela COSAC/MS, sobre a contribuição da Rede Unida ao processo de implantação dos Pólos, aponta uma articulação entre eles, que poderia se dar por meio de vários mecanismos, como o intercâmbio de informações, circulação de docentes e consultores, envolvimento direto dos projetos de investigação em serviços de saúde, que pudessem contribuir com o aperfeiçoamento do processo pedagógico no âmbito dos Pólos. No seu Boletim Informativo (2001, p. 4), havia um consenso que a Saúde da Família tem potencial para a reorganização do modelo de atenção à saúde, mas que “[...] a Rede ainda não havia mobilizado os seus integrantes para uma reflexão coletiva, nem para o intercâmbio das experiências que estão sendo desenvolvidas”. Mais recentemente, em junho de 2003, foi realizado o V Congresso Nacional da Rede Unida, que privilegiou na sua programação a discussão sobre o PSF e os Pólos.

De acordo com os compromissos estabelecidos entre as instituições que compõem os Pólos, é desenvolvido um conjunto de ações voltadas para curto, médio e longo prazos.

São medidas de curto prazo: o treinamento introdutório, que inaugura o processo de educação permanente das ESF, fundamental para a primeira aproximação com a filosofia do PSF e para compreensão da nova dinâmica do processo de trabalho; cursos de atualização em áreas estratégicas da atenção básica com abordagens coletiva e clínica individual; e a

supervisão dos trabalhos das equipes nas unidades de Saúde da Família, objetivando a permanente melhoria de resolutividade das equipes.

São medidas de médio e longo prazo: implantar programas de educação permanentes, destinados às equipes, na forma de cursos presenciais; promover educação a distância ou modalidades associadas; implantar cursos de especialização em Saúde da Família ou outras formas de pós-graduação; inserir conteúdos referentes à estratégia nos demais cursos de graduação existentes; e desenvolver iniciativas de inovação curricular.

Com a finalidade de subsidiar os Pólos na elaboração de novos conteúdos e de metodologias que propiciassem o desenvolvimento integral dos educandos, a partir de 2000, a COAB/MS juntamente com vários outros setores do Ministério da Saúde e instituições de ensino, tanto de ensino de nível médio como superior, divulgaram vários manuais, como instrumentos a serem utilizadas pelos Pólos: Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de saúde; Treinamento Introdutório; e Educação Permanente.

Em maio de 1999, o Ministério da Saúde realizou a Reunião Técnica dos Pólos, com o objetivo de apresentar as atividades desenvolvidas pelos Pólos e suas propostas de atuação com recursos do REFORSUS, que teve como produto uma agenda de trabalho pactuada entre os Pólos e a COAB/MS, para o período 1999-2000. Na oportunidade, o ministro da Saúde, José Serra, declarou:

[...] a iniciativa de criação dos Pólos de Capacitação, Formação, Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família é fundamental para o avanço do Programa. A insuficiência de recursos humanos preparados é um problema crítico que deve ser enfrentado de forma permanente. Não se trata apenas de formar pessoas, tem que manter um processo contínuo de reciclagem (MS/SPS/COAB, 2000a, p. 7).

Além da presença do ministro e da equipe técnica do Ministério da Saúde, a reunião contou com técnicos dos Pólos estaduais e vários especialistas e representantes de entidades⁴ com atuação na interface saúde/educação, que analisaram os limites e possibilidades da intervenção dos Pólos na reorientação do modelo assistencial.

A partir da apresentação das Coordenações Estaduais dos Pólos sobre as principais ações desenvolvidas, constatou-se que existiam diferenças entre os Pólos, que uns tinham uma

⁴ Representantes do MS: Coordenação da Atenção Básica (COAB), Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Chefe do Gabinete do Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, REFORSUS; Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM); Colegiado Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) e Fundação Kellog.

tendência maior de agregar as instituições que os compõem do que outros; em sua maioria, estavam sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde; todos os Pólos desenvolviam o treinamento introdutório e atividades pontuais de educação permanente; alguns realizavam cursos de especialização e havia incentivos para as residências; existia uma convergência das ações realizadas pelas coordenações estaduais do PSF e as atividades desenvolvidas pelos Pólos. As dificuldades apontadas para o desenvolvimento das ações dos Pólos se referiram à insuficiência dos recursos financeiros para promover as mudanças pretendidas, além das dificuldades em operacionalizar os recursos do REFORSUS, como a necessidade de sensibilizar os gestores para a proposta do PSF e de se buscar uma maior clareza nas metodologias utilizadas para os processos de ensino-aprendizagem. A adequação da graduação foi considerada o aspecto mais crítico, área onde houve menos avanço na atuação dos Pólos.

Todos os presentes nessa reunião concordaram que a articulação das instituições de ensino com os serviços de saúde é fundamental para as mudanças na graduação, e que os Pólos poderiam constituir-se em um elemento importante para promover mudanças no aparelho formador. Entretanto, segundo a opinião de vários participantes, o poder do Pólo era muito pequeno para mudar o modelo de formação e essas mudanças só ocorreriam na academia se houvesse o compromisso institucional, isto é, não poderia ser preocupação exclusiva dos departamentos de medicina preventiva e social ou coletiva. Portanto, haveria necessidade de estabelecer uma articulação entre os três níveis de Governo, juntamente com o MEC, para formular um projeto nacional para a formação dos profissionais de nível superior e de nível médio da área de saúde.

Como resultado dessa reunião, foi pactuada uma agenda de trabalho construída em torno de três áreas: organização de processos de trabalho; capacitação e formação de pessoal; avaliação dos processos de trabalho e impacto das ações dos Pólos.

Feurwerker (2000, p. 77), representante da Fundação Kellogg nessa reunião técnica, avaliou que a articulação das instituições de ensino com os serviços é fundamental para a transformação desses dois setores, mas advertia que a parceria não seria fácil e nem rápida de ser construída, pois “[...] há muitas dificuldades que devem ser enfrentadas no cotidiano, as pessoas têm que se preparar para isso. Porque são lógicas diferentes, são interesses diferentes e tem que construir pontos de interesse comuns para poderem trabalhar juntas”.

E foi mais além, ao fazer uma crítica aos projetos de integração docente-assistencial que estiveram circunscritos nos departamentos de saúde coletiva: “A transformação da prática profissional é uma questão que tem que envolver todas as áreas, o que está em jogo é

a construção de uma outra maneira de fazer o cuidado em saúde. Isso necessariamente envolve a clínica” (FEUWERKEN, 2000, p.76).

Santana (2000, p.76), representante da OPS nessa oficina, apontou o desafio de envolver as instituições de ensino na consolidação do PSF:

[...] o que vai ‘enraizar’ e ‘massificar’ a Saúde da Família será a sua inserção efetiva em todas as escolas que formam profissionais de saúde. Esse é um desafio grande. Nós temos perto de 100 escolas médicas, mais de 100 de enfermagem, para citar apenas aquelas duas escolas que formam as duas categorias básicas da equipe de Saúde da Família.

Paim (2001) salienta que não basta ter uma política de saúde para que as escolas médicas se reatualizem. Devem ficar também explícitos os mecanismos indutores de mudanças nas instituições educativas, com financiamento de programas, projetos e atividades. Por outro lado, Cordeiro (2000) analisa que a possibilidade de haver mudanças curriculares para formar médicos que exerçam a prática da medicina, no contexto de um novo modelo de cuidados de saúde, depende, em grande medida, das diretrizes curriculares para os cursos médicos. Sugere que os Pólos conheçam as propostas de diversas entidades e movimentos educacionais referentes às categorias médica (Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas – PROMED) e de enfermagem (Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares na Escola de Enfermagem – PROENF), já apresentadas à Secretaria de Ensino Superior do MEC (SESU/MEC).

Com efeito, a articulação das instituições de ensino superior com os serviços de saúde se apresenta como um dos grandes desafios a serem enfrentados pelos Pólos de Capacitação em Saúde da Família para viabilizar a adequação e o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde para a abordagem da atenção integral.

Pesquisas realizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) sobre a avaliação dos Pólos de Capacitação, no período de 2000 a 2002, e a implantação das equipes do PSF, no período 2001/2002, demonstraram que a estratégia dos Pólos se mostra adequada para impulsionar um movimento reflexivo para dentro das instituições de ensino superior, estimulando uma articulação entre estas e os serviços, compartilhando a responsabilidade da qualificação profissional. Ficou também evidenciado que a conformação dos Pólos é heterogênea, alguns ainda não foram formalmente instituídos, existe um descompasso entre a necessidade do serviço e a capacidade de oferta das instituições de ensino parceiras e que, em alguns casos, existe inadequação dos conteúdos de capacitação com as necessidades locais.

A partir desse diagnóstico, em 2002, o DAB elaborou uma proposta de fortalecimento dos Pólos, baseada em quatro eixos de ação: institucionalização dos Pólos Estaduais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família; implantação dos Pólos Regionais de Capacitação com coordenação única nas unidades federadas; descentralização de recursos aos municípios para o desenvolvimento de recursos humanos em Saúde da Família; e ampliação do quadro de instrutores para a capacitação de recursos humanos em Saúde da Família (Souza et al., 2000).

Esses eixos demonstram que a prioridade está direcionada para a descentralização e agilização dos processos de capacitação dos Pólos de Saúde da Família.

Nessa perspectiva, tendo como base a missão dos Pólos, compreende-se que, paralelamente às ações de articulação das instituições de ensino, visando à mudança a médio e longo prazo do perfil profissional, verifica-se a necessidade de ações de caráter imediato, etapa fundamental para a aproximação da filosofia do PSF, para requalificar os profissionais que começam a integrar as equipes de Saúde da Família.

Desse modo, as ações de qualificação dos cursos introdutórios, que iniciam o processo de educação permanente, dependem da construção de modelos de ensino-aprendizagem condizentes com o novo perfil profissional, visando à organização do trabalho e à reorientação das práticas profissionais.

Como analisam Baduy e Oliveira (2001, p. 19),

[...] para que os profissionais de saúde possam responder às novas tarefas que estão colocadas na área de proteção à saúde e para as quais não foram formados, é necessário o uso de metodologias de ensino-aprendizagem adequadas, elaboração e busca de novas práticas de saúde e uso apropriado das já existentes.

Considerando que o processo de educação permanente é o que impulsiona as ações dos Pólos, no qual está embutida a noção de que o processo de trabalho é o eixo central para a elaboração de um projeto educativo (Motta, 1998), há que se apropriar do conceito de educação permanente, na perspectiva de construir um modelo de ensino-aprendizagem consentâneo com as necessidades dos serviços de saúde.

1.2.1 Educação permanente e o espaço em que se realizam as práticas

Existe consenso sobre a necessidade de se instituírem programas de educação continuada e permanente nos serviços de saúde. Entretanto, existem dificuldades em implantar/implementar tais programas de forma que respondam às necessidades de qualificação a partir da dinâmica do trabalho.

Motta *et al.* (2002, p. 4) analisam tais dificuldades a partir de três níveis diferenciados: conceitual, metodológico e contextual. No primeiro, é preciso “[...] compreender os conceitos que permeiam as idéias e as possíveis distinções entre os termos educação continuada e permanente”. No segundo, é preciso “[...] estabelecer diálogos ao processo de trabalho em saúde, de forma que este possa de fato informar sobre os problemas do trabalho e suas possíveis estratégias educacionais de enfrentamento”. No terceiro, “[...] é preciso aprofundar a compreensão dos novos contextos em que se dão à organização do trabalho, assim como o papel das novas competências profissionais na dinâmica do trabalho”.

As distinções dos termos continuada e permanente vão além de uma questão meramente semântica. As distinções se referem principalmente ao processo ensino-aprendizagem.

A educação continuada, muito difundida nos serviços de saúde, tem sido insuficiente para resolver o cotidiano do trabalho, em razão de se pautar em atividades de ensino que atendem às necessidades de aprendizagem de atualização, individuais ou de grupos de profissionais, privilegiando a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos. Conseqüentemente, reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, “[...] na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional, em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho e que se formalizam na descrição dos postos de trabalho” (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p. 41).

A educação permanente, por outro lado, ao ter como objeto de transformação o processo de trabalho, reflete o que está acontecendo no trabalho e o que precisa para transformá-lo. Desse modo, o processo de trabalho é o centro privilegiado da aprendizagem, o que significa compreender como os elementos que constituem esse processo são representados pelos diferentes atores. “Implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões” (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p. 7).

No que se refere à compreensão dos novos contextos em que se dão à organização do trabalho, Motta *et al.* (2002, p. 5) observam que

[...] a implantação e implementação desses sistemas se dão num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde a necessidade por novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores, num sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção, o que impõem a urgência na reformulação de modelos e conteúdos da formação e a necessidade de mecanismos de requalificação profissional.

A partir da apropriação do conceito de educação permanente e considerando a missão dos Pólos de *desenvolver ações direcionadas aos profissionais inseridos em equipes de Saúde da Família, impulsionadas pelo processo de educação permanente*, torna-se necessário conhecer a lógica da organização do trabalho e os elementos que constituem o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, a fim de tornar visíveis os múltiplos e complexos problemas na área de preparação desses agentes de saúde, com base na realidade em que se inserem.

O desenvolvimento do PSF, visando à organização da atenção básica, tem como âmbito privilegiado das práticas o nível primário de atenção à saúde.

De acordo com Starfield (2002, p. 46), desde o início da década de 70, tem sido feitas tentativas de definir a atenção primária. Do ponto de vista dos serviços de saúde, apresenta a seguinte definição da Associação Médica Canadense:

[...] avaliação de um paciente ao primeiro contato e a oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, além de incluir a abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção de saúde e apoio continuado, com intervenção familiar e comunitária quando necessário.

Medina *et al.* (2002), citando Schraiber e Mendes Gonçalves, analisam que a atenção primária, ao ser o primeiro atendimento, deverá servir como porta de entrada para o sistema de saúde, com ações que extrapolam a intervenção curativa individual, para demandas de caráter sanitário, como o saneamento, o desenvolvimento nutricional, a vacinação, dentre outros, como também para o atendimento de demandas relacionadas com a área clínica, que podem ser de dois tipos: vigilância epidemiológica – prevenção, profilaxia e o tratamento de caráter epidêmico – e outras tipicamente clínicas – prevenção e recuperação de quadros muitos freqüentes.

Sório (2001) analisa que as mudanças que vêm se realizando nos modelos de atenção à saúde apontam uma nova dimensão do trabalho que, ao propor a superação da visão exclusiva na assistência médico-hospitalar, propicia novos âmbitos de atuação profissional e outros processos de trabalho.

Desse modo, o âmbito das práticas das equipes de Saúde da Família na atenção à saúde, no nível primário, circunscreve-se no estabelecimento de saúde, nesse caso as unidades de Saúde da Família, como também no domicílio, na comunidade e em outras organizações ou instituições.

1.2.2 O processo e os meios de trabalho

A partir da década de 70, várias têm sido as transformações ocorridas no mundo, no contexto cultural e do trabalho que, no âmbito desse último, têm colocado novas formas e significados. Essas mudanças vêm atingindo tanto o setor industrial como o setor de serviços. No dizer de Deluiz (2001, p. 6),

[...] o lado sombrio desse processo revela-se no enxugamento das estruturas de operação e na terceirização de atividades, cujas conseqüências são o desemprego e o emprego precário. O lado luminoso é a possibilidade de um trabalho com novos conteúdos, a partir de novas concepções gerenciais e de introdução de tecnologias que exigem maior base de educação geral, além de novos requisitos e atributos de qualificação profissional.

O trabalho no setor de saúde, que faz parte do setor de serviços, também sofre o impacto dessas transformações. Entretanto, em razão de suas características específicas, a articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como, a formação geral (ênfase no conhecimento científico), a formação profissional (ênfase no conhecimento técnico) e as experiências no trabalho e no social (dimensões tácitas), é medida pela dimensão ético-política e não segue a mesma racionalidade dos critérios da produção material (DELUIZ, 2001).

Segundo essa mesma autora, a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação caracterizam o processo de trabalho em saúde.

Nesse contexto, no Brasil, a partir da década de 80, a gestão dos serviços de saúde, marcadamente taylorista, fragmentada, tem sido influenciada pelo planejamento estratégico e gerenciamento flexível participativo. Por outro lado, observa-se uma maior preocupação com o aumento da produtividade, a crescente incorporação e inovação tecnológica, que contribuem para a complexidade do objeto de trabalho. Isso requer um aprofundamento vertical do conhecimento especializado e sua integração, o que passa necessariamente pela intervenção com as ações dos demais agentes da equipe de trabalho multiprofissional; redimensionamento da autonomia profissional; articulação de conhecimentos oriundos de disciplinas e ciências, o

trabalho interdisciplinar e maior qualificação profissional, tanto na comissão técnica especializada, quanto na ética e política (NUNES *et al.*, 2000).

Entretanto, como observa Xavier (2002, p. 14), citando Ramos, “[...] por mais que se anuncie a horizontalidade das relações de trabalho, no Brasil ainda predominam fortemente os princípios taylorista-fordistas, que ratificam as hierarquias”.

1.2.2.1 A formação de competências

Essas mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, nas últimas três décadas, trazem novas exigências para o trabalhador. No campo educacional, vêm sendo denominadas de novas competências para o trabalho.

Com um trabalho mais intelectualizado, complexo, autônomo e coletivo, o *novo* trabalhador deve ser capaz de trabalhar em equipe, comunicar-se observar, problematizar, diagnosticar, propor soluções, antecipar prevenir, decidir e intervir nas diversas situações que surgem no cotidiano (DELUIZ, 2001).

Essas novas exigências passam a requerer do trabalhador novas competências para o trabalho. No campo da educação, a questão da formação de competência tem gerado visões diferentes sobre o seu conceito e a sua utilização.

Na análise de Deluiz (2001), a competência traz consigo a noção de qualificação, conceito-chave da sociologia do trabalho, e se caracteriza por ser multidimensional: do emprego (definida pela empresa a partir das exigências dos postos de trabalho), do trabalhador (incorpora as qualificações sociais ou tácitas) e operatória (potencialidade do empregador para enfrentar situações do trabalho). Para a autora, enquanto o conceito de qualificação estava vinculado às noções de escolaridade (educação escolar, formação técnica e experiência profissional), o novo modelo de organização do trabalho e de gestão de produção está calcado no conceito de competência e no desempenho individual dos trabalhadores, em que “[...] importa não só avaliar a posse dos saberes escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho”. No modelo de competências, a aprendizagem seria orientada para a ação e a sua avaliação seria pautada em resultados observáveis (DELUIZ, 2001, p. 10).

Ainda segundo Deluiz (2001), a formação do profissional de saúde deve ter por base os seguintes níveis de competências, com suas respectivas categorias de capacidades e habilidades: técnica (dominar as tarefas, regras e procedimentos da área específica de trabalho, habilidade para compreender os processos); organizacional (fazer autoplanejamento e auto-organização, na medida em que desenvolve a flexibilidade nos processos de trabalho); comunicativa (promover comunicação com o seu grupo de trabalho); social (utilizar todos os seus conhecimentos nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho); pessoal (assumir a responsabilidade sobre o trabalho, tomar iniciativa, exercer a criatividade, aprender e ter abertura para as mudanças); de cuidado (interagir com o paciente considerando suas necessidades de escolha, autonomia que tem para assumir sua própria saúde); de serviço (compreender os impactos que suas ações terão, direta ou indiretamente, sobre os serviços ou sobre os usuários) e sociopolítica (ter capacidade de refletir sobre o mundo do trabalho).

Na análise de Ramos (2001), o termo competência é um deslocamento do conceito de qualificação, sendo esse um conceito central na relação trabalho-educação.

Desse modo, segundo essa autora, o conceito de competência, na dimensão pedagógica, é “[...] um sistema interiorizado de aprendizagens numerosas, orientadas para uma classe de situações de vida, escolares ou profissionais” (RAMOS, 2001, p.20). Conjugando essa dimensão com a dimensão sociológica a formulação de competência pode ser definida como “[...] um saber interiorizado de aprendizagens orientadas para uma classe de situações escolares ou profissionais que permite ao indivíduo enfrentar situações e acontecimentos com iniciativa e responsabilidade, guiada por uma inteligência prática sobre os eventos e coordenando-se com outros atores para mobilizar suas capacidades” (p.20). E conclui que “[...] o desempenho seria a expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula e mobiliza no enfrentamento dessas situações” (p.20).

L’Abbate (1999, p. 17) chama a atenção para os projetos de capacitação de profissionais de saúde, no campo da saúde pública, no sentido de que devem visar ao desenvolvimento de uma competência que construa uma instrumentalização técnica e política, articulada com a ética, pois “[...] para o profissional de saúde não basta saber, é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso”.

No plano legal, o debate sobre competências está inserido na Lei de Diretrizes e Bases da Educação. No setor saúde, esse debate tem permeado principalmente a formação profissional e, mesmo incipiente, tem orientado os perfis profissionais para o novo modelo de atenção à saúde.

Todavia, ainda que legalmente sustentado, há um extenso caminho a ser percorrido na definição de modelos de formação profissional pertinentes [...] ainda que possamos reconhecer a necessidade de se (re)conformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautados numa nova lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino-aprendizagem (MOTTA et al., 2002, p. 3).

Nessa perspectiva, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família não podem se eximir desse debate. A construção de uma qualificação que incorpore o conceito de competência deve articular a experiência e os conhecimentos advindos da formação geral, da prática dos serviços e social, que, além de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades para o desempenho das atribuições específicas nas ESF, deve propiciar a aquisição de outras habilidades e atitudes, como trabalhar em equipe, interagir com as pessoas, comunicar-se, expressar suas idéias, buscar novas informações, dentre outras.

É nesse contexto de transformações no mundo do trabalho que vêm se propondo mudanças nos modelos de atenção à saúde, em que se inserem as ações dos Pólos e, conseqüentemente, o seu projeto educativo.

1.2.2.2 Elementos do processo de trabalho

Motta (1998, p. 42) salienta que, “[...] ao eleger a categoria processo de trabalho como eixo principal na escolha de estratégias de educação permanente, traz a necessidade de analisar os elementos deste trabalho: o objeto, os meios e o trabalho propriamente dito”.

O corpo humano é o objeto de trabalho em saúde que pode ser visto e refletido de diferentes formas, desde uma visão anatômica e fisiológica até como corpo social produzido historicamente (MOTTA, 1998).

No modelo biomédico, o corpo é construído de forma hegemônica pela dimensão anátomo-fisiológica. Como observa Motta (1998, p. 43), “[...] este, ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, e ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais se ocupar com o fenômeno da cura”.

A saúde pública, ao contrário, recupera a dimensão do corpo produzido historicamente. No dizer de Donnangelo (1976), citado por Motta (1998, p. 44),

[...] é no conjunto complexo de relações que mantém com elementos externos a ele que o corpo se elabora, de maneira tal a só se realizar, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquirem no

plano da existência material e social [...] a compreensão do modo pela qual a sociedade toma seus corpos, os quantifica e lhes atribui significado cultural, político e econômico, é indispensável para explicar as formas assumidas pela prática médica.

Motta (1998, p. 44) nos adverte que essas duas visões do corpo “[...] acabam não mediando a possibilidade de, ao pensar o corpo investido socialmente, também resgatar nele sua singularidade que o faz único apesar de coletivo”.

Paim (1999, p. 203) destaca o caráter coletivo das necessidades de saúde e, conseqüentemente, sua determinação histórica e social.

Uma vez que os problemas de saúde, mesmo que insuficientemente conceitualizados, não se reduzam a necessidades de serviços médicos, o projeto de redefinição das práticas de saúde passa a requerer novas formas de apreensão desse objeto e outros modos de organização da assistência, já que teria a responsabilidade de operar modelos de atenção em nível de indivíduos, família, grupos sociais e meio ambiente, ou seja, progressivamente coletivos.

Desse modo, a atenção básica, ao conceber o caráter coletivo do objeto de trabalho em saúde, amplia o campo de atuação das práticas sanitárias, para que possa responder aos problemas de saúde por meio de uma ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença, atuando sobre os danos (agravos, doenças, acidentes), os riscos (fatores individuais e coletivos, pessoais e socioambientais) e os determinantes (socioestruturais) desse processo (MEDINA *et al.*, 2000).

Para apreender ou transformar o objeto de trabalho, são utilizados, nas práticas de saúde, instrumentos de trabalho que correspondem à tecnologia não materiais (saberes específicos para intervir no objeto de trabalho – clínica, epidemiologia) e materiais (técnicas de ação – medidas preventivas e de profilaxia, educação sanitária, etc. – instrumentos e equipamentos – estetoscópios, laboratórios, centro de saúde, hospital, etc.). “É a organização social das práticas que vai explicar um dado modelo de atenção, contemplando necessidades sociais do conjunto da população ou demandas individuais de consumo médico”, afirma Paim (1999, p. 295).

Medina (2000, p. 17) destaca que o conceito utilizado por Mendes sobre atenção primária em saúde é

[...] o nível de menor densidade e maior complexidade tecnológica, porque se utiliza, de um lado de poucos recursos de baixo custo, no que se refere a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e, por outro lado, incorpora instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas (economia, geografia, etc.) na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e social.

A intervenção em saúde na atenção básica, nesse sentido, exige os saberes produzidos pela epidemiologia, pelas ciências sociais e pela clínica, pois tem como objeto das práticas de

saúde a construção social historicamente definida, em que os problemas de saúde são definidos como necessidades sociais (PAIM, 1999; MOTTA, 1998).

A análise das atividades humanas envolvidas nas práticas de saúde, o trabalho e suas subdivisões podem ajudar na compreensão do processo de qualificação/desqualificação dos agentes dessas práticas. As atividades se modificam de acordo com o desenvolvimento dos meios de trabalho. Esses meios incorporam valores e objetivos socialmente definidos e modificam a própria natureza do trabalho em saúde (MOTTA, 1998).

1.2.3 Desafios para a requalificação das equipes de Saúde da Família

A identificação dos elementos que constituem o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família revela desafios aos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família na capacitação dos trabalhadores de saúde. As mudanças que vêm se processando no mundo do trabalho e, em especial, no setor saúde, vêm gerando necessidades de discutir quais os perfis profissionais – e, portanto, educacionais – necessários e adequados para a reorientação das práticas em saúde.

Considerando as atribuições fundamentais dos profissionais de Saúde da Família, quais sejam, planejamento de ações; saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família, que englobam tanto as áreas clínicas como a de saúde coletiva, há que se repensar as práticas, os valores e os conhecimentos das pessoas que estão envolvidas no processo de produção social da saúde.

Ao tomar como referência o conceito de práticas de saúde para a construção de um projeto educativo, privilegiam-se as dimensões objetivas do processo de trabalho (objeto, meios e atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas, assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação dos agentes entre si, destes com segmentos da população e ambos com as organizações e instituições (PAIM, 2000).

Os processos educativos nos sistemas de saúde objetivam o desenvolvimento dos trabalhadores a partir de uma série de atividades denominadas de capacitação, treinamento ou curso.

Várias são as concepções sobre o desenvolvimento dessas atividades. Desde aquelas que estabelecem uma relação causal, linear e simplista entre preparação dos trabalhadores e

resultados do trabalho, dando ênfase ao aperfeiçoamento técnico, até outras que atuam sem pressupostos conceituais, enfatizando a repetição acrítica das atividades. E há uma outra parcela, que relaciona os processos educativos com as necessidades concretas do processo de trabalho, compreendendo que esse espaço é importante, mas é relativo na consecução das finalidades dos serviços de saúde, enfatizando a compreensão da realidade e a construção de alternativas capazes de integralizar as múltiplas variáveis envolvidas (SOUZA *et al.*, 1997).

Desse modo, pensar a reconceitualização dos processos educativos, no sentido de construir mecanismos para assegurar a educação permanente dos trabalhadores de saúde, implica inicialmente compreender o processo de produção dos serviços de saúde, seus agentes e as relações entre os processos educativos e produtivos.

A articulação de processos de ensino aos processos de trabalho é um campo novo, a ser desvelado, na área de recursos humanos. Tradicionalmente, privilegiou-se mais a educação continuada, pontual, muitas vezes desvinculada do próprio processo de trabalho daqueles que procuravam se “reciclar”.

Como analisa Garcia (2001, p. 89), os aspectos de ensino experimentados no trabalho cotidiano possibilitam

[...] articular a educação a suas dimensões sociais, ideológicas e técnicas e definir o trabalho não somente pelas necessidades dos profissionais, mas como resposta à realidade e às finalidades que orientam a institucionalização do sistema de saúde.

Desse modo, desenvolver a educação permanente é um dos desafios a ser enfrentado pelos Pólos, pois, tendo como eixo central o trabalho cotidiano dos serviços de saúde, visa à problematização do processo de trabalho que pode vir a transformar as práticas assistenciais.

A principal questão abordada pelos educadores e estudiosos da aprendizagem é que ela encerra em seu conceito a noção de processo e de modificação do comportamento, o que significa articular um novo pensar e um novo fazer. Nesse sentido, é essencial conhecer os quatro elementos do processo educativo: o sujeito que aprende, o objeto a ser apreendido, o conhecimento resultante da interação entre o sujeito e o objeto e o instrutor, facilitador desse processo (SOUZA *et al.*, 1999).

O sujeito é entendido como um ser humano concreto, marcado pelos condicionantes biológicos e sociais, que, na relação com a aprendizagem, tem um papel ativo e preponderante.

O objeto do conhecimento é constituído pelos conteúdos dos processos educativos. Esses conteúdos devem ser pautados no concreto, cuja lógica não deve perder nem a totalidade nem a unidade.

Nos serviços de saúde os objetos (conteúdos) são complexos. Envolvem a abstração de problemas do processo produtivo em relação à cooperação e direcionalidade técnica [...] compreendendo desde os aspectos da política, aos da técnica e da gerência (SOUZA *et al.*, 1999, p. 259).

A interação entre sujeito e objeto é intermediada por estruturas cognitivas e mentais, relacionadas com a inserção social e cultural do sujeito e com a própria estrutura e organização do objeto.

O papel do docente é essencial nesta mediação da interação entre o sujeito e o objeto. Cabe a ele a problematização do cotidiano, mas, para isso, é necessário que ele conheça o processo produtivo em saúde. Para desempenhar bem o papel de mediador, há que ser coadjuvante do sujeito (GARCIA, 2001; SOUZA *et al.*, 1999).

Na articulação de processos de ensino aos processos de trabalho, a metodologia tem papel preponderante no processo educativo. Três questões devem ser consideradas: a indissociabilidade entre o método e o conteúdo (o método e o conteúdo são indissociáveis, pois um não existe independente do outro no processo educativo); a coerência com a natureza do objeto em construção (o objeto em construção é a área do conhecimento que o processo educativo pretende superar); e a identificação de como o aprendiz se apropria da estrutura do conhecimento (respeito ao padrão cultural e formas de pensar do sujeito).

A metodologia tem que garantir uma adequação ao sujeito que aprende, para que o mesmo possa, a partir de seus esquemas 'menos elaborados', abstrair as relações de causalidade e desenvolver esquemas mais elaborados e científicos [...]. Como o aprendiz (ou estudante) se apropria da estrutura do conteúdo, talvez seja a questão mais importante da metodologia (SOUZA *et al.*, 1997, p. 22).

Desse ponto de vista, a problematização deve ser a estratégia de ensino, que possibilita a aplicação de técnicas, como a aprendizagem baseada em problemas, a reflexão teórica, a análise política e a síntese de informações e conhecimentos.

Como reforçam Paim e Nemes Filho (2000, p. 100), “[...] se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho não se pode subestimar a questão pedagógica”.

Pode-se dizer que os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família têm um grande potencial para desenvolver um projeto educativo que tenha

como eixo o processo de trabalho. Para tanto, precisam aglutinar diversos atores e instituições para dar conta de dois pólos tão complexos, como a saúde e a educação.

Nessa perspectiva, em 2003, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria da Gestão e da Educação na Saúde, faz críticas às múltiplas iniciativas de capacitação desenvolvidas nos últimos anos, a partir da lógica vertical e programática (temática) e ao modelo de educação continuada, que reproduz a abordagem disciplinar ou das especializações (conteúdos fragmentados) e inicia uma articulação nacional, para implantar Pólos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, ampliando a natureza e função dos atuais Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (MS/SGTES/DGES, 2003). Esse é um processo ainda a ser construído, mas que aponta uma articulação mais consentânea entre os serviços e as instituições de ensino.

As questões abordadas neste capítulo demonstram que houve um grande investimento nacional, na década de 90, na viabilização da reorganização da atenção básica, tendo como estratégia a Saúde da Família. Faltam ainda evidências para afirmar que o PSF constitui uma proposta alternativa ao modelo hegemônico. Entretanto, não se pode negar a contribuição dessa estratégia na organização da atenção básica, não alcançada em outros momentos, criando condições para a reorientação do modelo assistencial.

Por outro lado, a expansão do PSF tem que ser acompanhada de uma política adequada de formação e qualificação de recursos humanos e, de forma mais imediata, deve estar voltada para a requalificação dos profissionais de saúde que iniciam sua atuação nas equipes de Saúde da Família.

Vários estudiosos observam que o processo de implantação da Reforma Sanitária, considerado tortuoso e tardio, valorizou mais a mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa, como o financiamento, a gestão, a organização e a infra-estrutura, ficando secundarizada a questão do cuidado, tanto daqueles que operariam como daqueles que usufruiriam o sistema de saúde que estava sendo criado (PAIM, 2001; CAMPOS, 1997; CONIL, 2001).

As mudanças que vêm se consolidando, principalmente a partir dessa última década, com a implantação do PSF, podem indicar que a questão do cuidado começa a sair do plano secundário para alcançar um novo patamar, pelo menos no que se refere ao nível da atenção básica dos serviços de saúde. Entretanto, a forma como vai se dar esse cuidado vai indicar o rumo dessa mudança.

CAPÍTULO 2

2 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESPÍRITO SANTO

2.1 ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO

O Estado do Espírito Santo, cuja capital é Vitória, localiza-se na Região Sudeste e possui uma área de 46.184km² distribuída por 78 municípios. Limita-se ao norte com o Estado da Bahia, ao sul com o do Rio de Janeiro, a oeste com Minas Gerais e a leste com o Oceano Atlântico.

Apesar dos quase quinhentos anos de história, com incessantes avanços, recuos, rupturas e permanências, desde a dominação, desbravamento e colonização pelos conquistadores portugueses, o Estado do Espírito Santo se manteve quase sempre à margem do panorama histórico e econômico nacional, só vindo a receber maior destaque muito recentemente, a partir da sua inserção tardia no processo de industrialização do País e de uma acelerada modernização dos fatores de produção que o inseriram de forma radical no contexto internacional da globalização.

Nos últimos trinta anos, a estrutura produtiva local passou por uma intensa transformação. Até os anos 60, a economia capixaba tinha sua base assentada sobre o setor primário, representado pela monocultura cafeeira. Com o declínio dessa atividade, teve início um processo de industrialização calcado tanto na implantação de grandes projetos produtivos (Companhia Vale do Rio Doce – CVRD, Companhia Siderúrgica de Tubarão – CST, Aracruz Celulose e Samarco Mineração) quanto no fortalecimento dos gêneros tradicionais do setor secundário estadual.

O setor agropecuário capixaba apresenta, atualmente, como principais atividades, a cafeicultura, a fruticultura de clima tropical (o Espírito Santo é o maior produtor de mamão do País), o cultivo de especiarias, a pecuária bovina (de corte e de leite) e a extração vegetal (cultivo de eucalipto como matéria-prima para a indústria de celulose local). No secundário, há um segmento extrativo bastante dinâmico, tendo em vista as jazidas de mármore, granito, calcário, petróleo e gás natural, com grandes jazidas descobertas recentemente que colocam o Estado em posição privilegiada no cenário nacional, despontando como segundo maior

produtor de petróleo e gás. Como produtos característicos da indústria estadual ainda se destacam a celulose, aço, produtos químicos, tecidos, confecções, balas e chocolates.

No setor terciário, pode-se destacar o comércio exterior e o transporte de cargas e de passageiros. O Estado ainda possui grande potencial turístico, pouco explorado, contando com um relevo diversificado, abrangendo uma porção litorânea com clima tropical de sol praticamente todo o ano e uma região montanhosa onde predominam os costumes de origem européia, trazidos pelos imigrantes, situada a menos de trinta minutos da Capital.

Até a década de 50, os dados socioeconômicos revelam que 80% dos empregos e 27,1% da renda do setor agrícola eram provenientes da cafeicultura. Na década de 60, devido à crise cafeeira e à implantação de indústrias, concentradas principalmente na hoje denominada Microrregião Metropolitana, ocorreu um grande fluxo migratório, elevando a concentração da população na região e nas demais cidades polarizadoras das macrorregiões econômicas do Estado (São Mateus, Linhares, Colatina e Cachoeiro de Itapemirim). Na década de 70, o desenvolvimento da atividade portuária e as implantações dos chamados *grandes projetos* voltados para a exportação, localizados na mesma microrregião, aceleraram o processo de êxodo rural e a concentração urbana local, ocasionando a geração de grandes bolsões de pobreza nas periferias das cidades, agravando sobremaneira a qualidade de vida urbana dessas populações no que se refere às condições de habitação, saúde, educação, transporte, etc. Para se ter em conta a magnitude desse processo, basta referir que em 1960 a concentração urbana na Microrregião Metropolitana era de 24,1% e passa para 56,9% da população do Estado, em 2000, segundo os dados do IBGE.

A população do Estado do Espírito Santo, de acordo com o Censo 2000 (IBGE), era de 3.097.232 habitantes. A estrutura etária da população residente, por sexo, apresentava-se equilibrada entre o número de homens e de mulheres. A taxa de crescimento demográfico no período de 1991 a 2000 foi de 1,96% ao ano, a maior da Região Sudeste, que cresceu em média 1,61% a.a., enquanto a população do Brasil cresceu 1,62% a.a., no mesmo período.

A concentração da população urbana aumentou entre o período de 1997 a 2000, passando de 74,5% para 79,5%, ou seja, um aumento de cerca de 5% no período, superior a média apresentada pelos demais Estados da Região Sudeste (MG – 4,1%; RJ – 1,04%; SP – 0,31%), da própria região, (1,8%) e da média nacional (3,65%).

Comparando as pirâmides etárias, por sexo, dos anos de 1980, 1996 e 2000, verifica-se a diminuição progressiva das suas bases, o que demonstra que a estrutura etária da população

foi se modificando, denotando uma menor taxa de natalidade e do percentual da população mais jovem (abaixo de quinze anos) e o aumento da população na faixa intermediária (20 a 50 anos) da pirâmide, ou seja, há um progressivo envelhecimento da população na composição da estrutura etária do Estado, e a manutenção do equilíbrio entre o número de homens e mulheres em todas as faixas etárias.

Em 2000, a proporção de crianças menores de cinco anos era de 9%, enquanto a de idosos (com mais de 60 anos) era de 15% da população do Estado. A esperança de vida ao nascer, nesse ano, era de 70,3 anos, um pouco superior que a da Região Sudeste, 69,6 e da média nacional, 68,6 anos.

A taxa de alfabetização (percentual da população de dez anos e mais de idade que sabe ler ou escrever) no ano de 2000, no Espírito Santo, era de 89,4%, abaixo da Região Sudeste (92,5%) e acima da média nacional (87,1%). A taxa de escolarização (percentual da população que frequenta a escola) no Espírito Santo, em 1999, foi inferior a média nacional e a da Região Sudeste, conforme TABELA 1.

TABELA 1 – TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - 1999

FAIXA ETÁRIA	ESPÍRITO SANTO	REGIÃO SUDESTE	BRASIL
7 a 14 anos de idade	94,7	96,7	95,7
15 a 17 anos de idade	73,1	81,0	78,5
18 a 19 anos de idade	45,4	53,0	51,9
20 a 24 anos de idade	22,7	24,9	25,5

Fonte: IBGE/MEC/IPES

O número de óbitos (crianças menores de um ano) decresceu entre 1997 a 1999. Os coeficientes do Brasil e da Região Sudeste, em 1997, eram 37,4 e 26,1 por 1.000 nascidos vivos. Em 1999, passa a 31,8 e 20,6, respectivamente, conforme demonstrado na TABELA 2. Embora acompanhando a diminuição da taxa de mortalidade infantil ocorrida no País e na Região Sudeste, o Espírito Santo foi o Estado que apresentou uma queda mais acentuada desse coeficiente: 28,5 em 1997 e 17,7 em 1999 por mil nascidos vivos. Apesar de se verificar uma melhoria nesses indicadores, nos últimos anos, é importante notar que esses resultados ainda estão distantes dos coeficientes dos países mais desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos e países europeus, que apresentam um coeficiente abaixo de 10 por mil nascidos vivos.

TABELA 2 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL – 1997-1999

	1997	1999
Brasil	37,4	31,8
Região Sudeste	26,1	20,6
Espírito Santo	28,5	17,7

Fonte: MS/SPS/RIPSA, 1997/1999 – Indicadores de dados básicos

No período de 1993 a 1998, as cinco principais causas de mortalidade geral foram, na seguinte ordem: doenças do aparelho respiratório, com percentual decrescente, em relação ao total de óbitos, com variações de 28,3% em 1993 a 24,5%, em 1998; sintomas, sinais achados anormais, exames clínicos e laboratório não classificados, com percentuais estacionários próximo a 20%; causas externas, apresentando índices crescentes, com variações de 14,5%, em 1993 a 18,2%, em 1998; neoplasmas, com percentuais em torno de 10%, não apresentando variações significativas; e doenças do aparelho circulatório, cujos percentuais em relação ao total de óbitos apresentam-se em ordem crescente, variando de 5,5 em 1993 a 7,9% em 1998.

As internações, no Estado, de 1997 a 1999, correspondem a 7% da população. Observa-se que, nesse período, os partos representaram 27 a 30% do total das internações. As cesarianas, em proporção decrescente, corresponderam a 33,1% em 1997 a 25,7% dos partos em 1999. Do total de partos, em 1999, 26% eram a proporção de partos na adolescência. As internações psiquiátricas aparecem em seguida, de maneira ascendente, nesse período. Em 1999, o percentual, em relação ao total de internações, alcançou 5,24%, justificando a ampliação dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A grande incidência de internações por doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais e as crises hipertensivas; as doenças respiratórias agudas e crônicas, como as pneumonias, asma, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, broncopneumonias e outras, apontavam a necessidade da implantação e implementação de serviços de controle da hipertensão e infecções respiratórias agudas na rede básica. Destacaram-se também, entre as principais causas de internação, as enteroinfecções agudas em lactentes, criança e adultos, indicando a necessidade de implementar o monitoramento das doenças diarreicas agudas e a implantação de serviços de terapia na rede básica.

As doenças imunopreveníveis, em 1999, apresentavam baixa incidência. No entanto, a tuberculose revelou tendência crescente entre os anos de 1995 e 1998. Em relação à hanseníase, o Espírito Santo tem a maior incidência da Região Sudeste, ou seja, 4,3 por

[10.000 habitantes em 1999. O coeficiente da Região Sudeste registrou, em 1997, 1,6 por 10 mil habitantes.

O Espírito Santo compõe, com outros Estados, a região brasileira onde se verificam os IDHs mais elevados, de acordo com parâmetros definidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD) para comparações internacionais, colocando-se na décima posição no *ranking* nacional com índice igual a 0,767. Esse índice contempla as seguintes variáveis: esperança de vida ao nascer; taxa de alfabetização de adultos; taxa combinada de matrículas nos três níveis de ensino e renda *per capita* (BANDES, 2001).

Em relação à organização territorial, o Estado do Espírito Santo está dividido em quatro macrorregiões administrativas de gestão (ver Fig.1), subdivididas em doze microrregiões (ver Fig. 2) assim distribuídas: Macrorregião Metropolitana, composta das Microrregiões: Metropolitana; Expandida Norte; Expandida Sul; Sudoeste Serrana e Central Serrana, totalizando 33 municípios; Macrorregião Norte, composta das Microrregiões: Litoral Norte e Extremo Norte, totalizando oito municípios; Macrorregião Noroeste, composta das Microrregiões: Pólo Colatina; Noroeste I e Noroeste II, totalizando 16 municípios; e a Macrorregião Sul, composta das Microrregiões: Pólo Caparaó e Pólo Cachoeiro, totalizando 21 municípios.

Espírito Santo

Divisão Regional

Macrorregiões de Planejamento
(Lei 5.120 de 01/12/95)

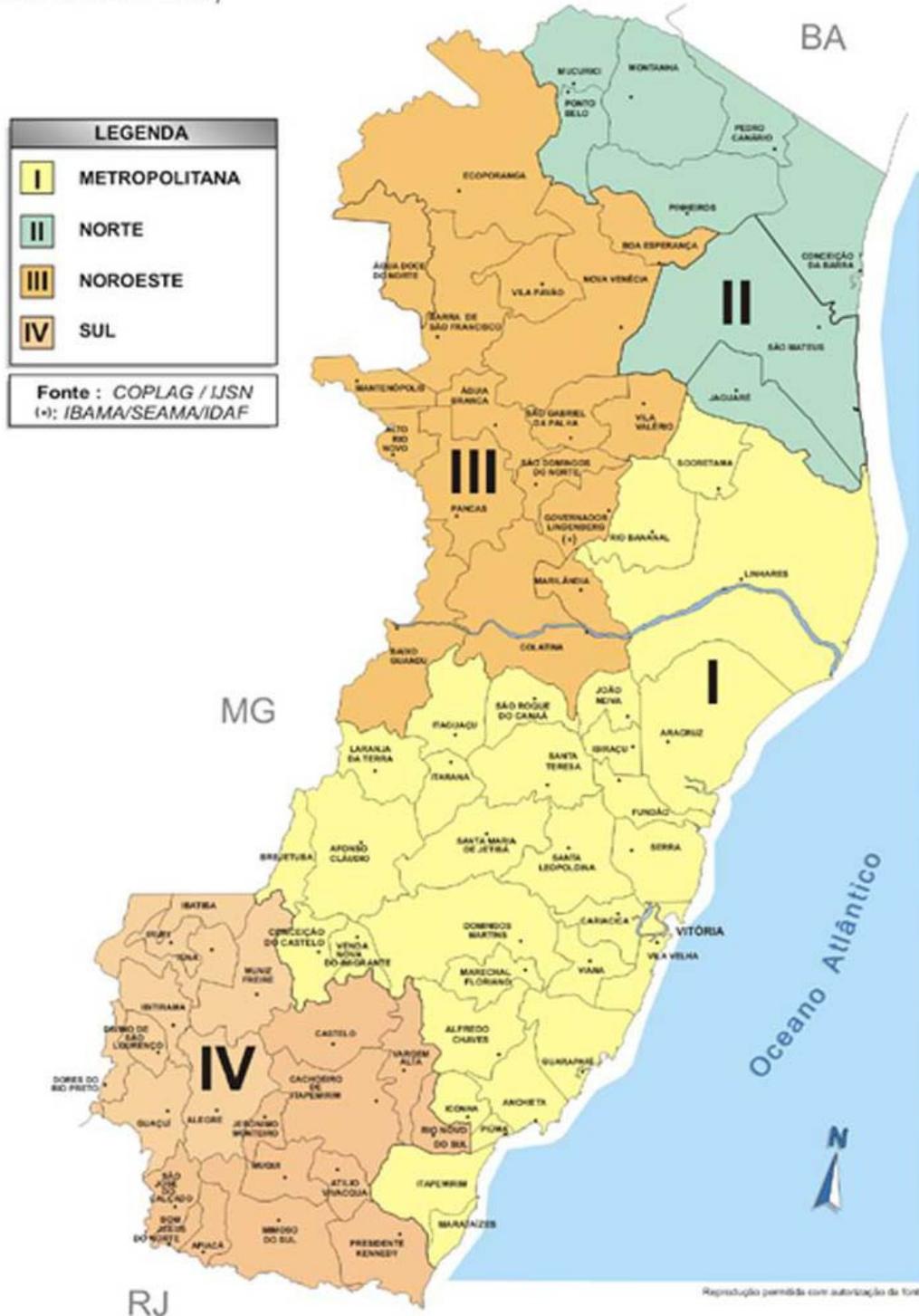


Figura 1 – Macrorregiões de planejamento do Espírito Santo
Fonte: SEPLAN/IPES

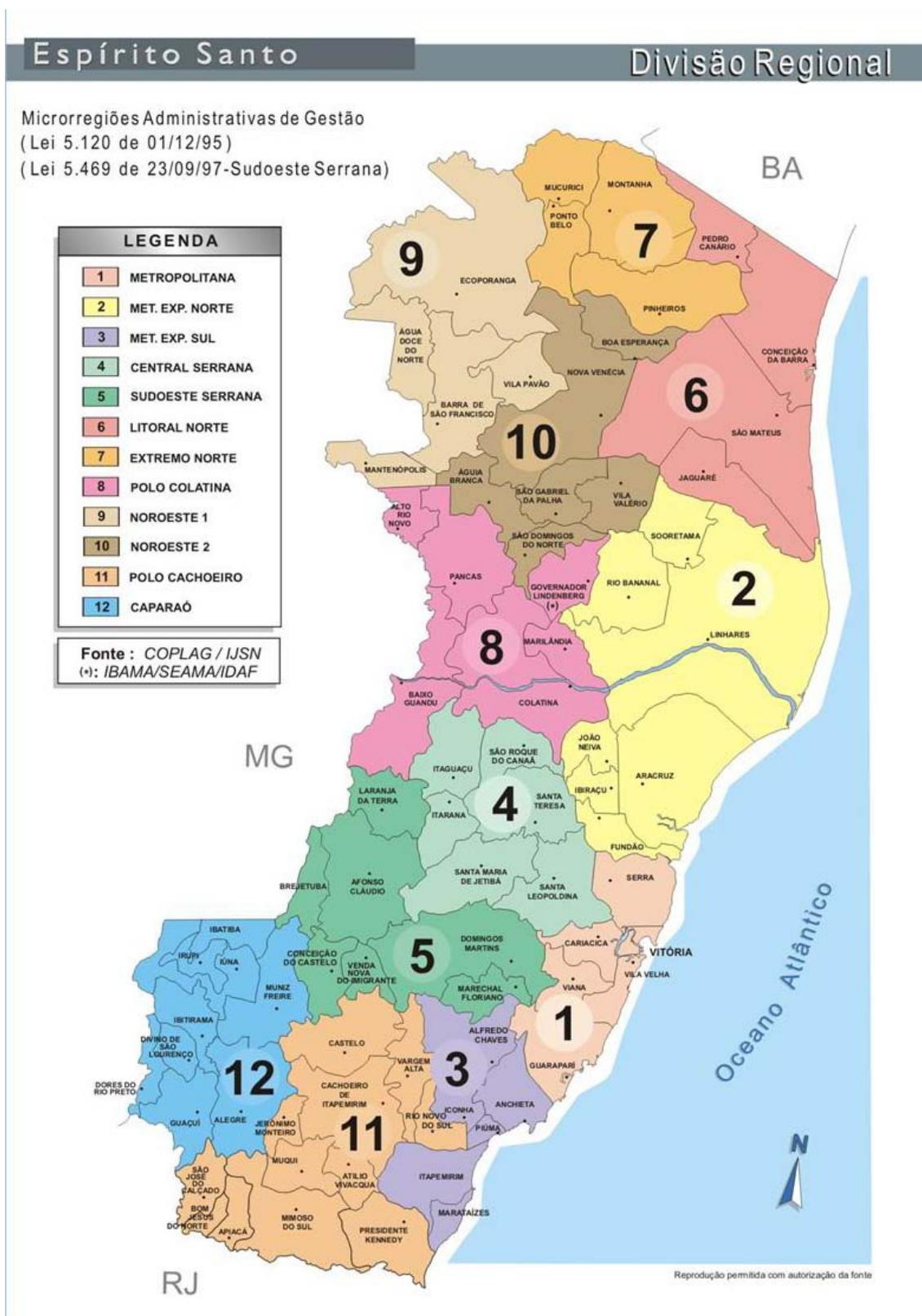


Figura 2 – Microrregiões Administrativas de Gestão do Espírito Santo
Fonte: SEPLAN/IPES

A capital, Vitória, é uma das menores do Brasil em extensão territorial (área de 105km²). Os dados do censo 2000 (IBGE) indicaram que a Capital concentrava uma população de 292.304 habitantes, ou seja, 9,4% da população total do Estado. O perfil, desde a década de 70, é eminentemente urbano, em decorrência das mudanças socioeconômicas ocorridas no Estado, anteriormente mencionadas. Ocupa posição central em relação aos demais municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, também denominada de Microrregião Metropolitana, tanto na área econômica, como nas áreas de serviços e cultural, concentrando os equipamentos de educação, saúde, comércio, lazer e outros serviços, atraindo um grande contingente populacional flutuante que demanda por esses bens e serviços coletivos.

2.2 REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Em janeiro de 1990, consoante as mudanças do setor saúde em nível nacional, a Secretaria do Estado da Saúde (SESA), por meio da Lei n.º 4.317, instituiu o Sistema Estadual de Saúde. Em julho do mesmo ano, o Decreto nº 3.011-N homologou o Modelo Assistencial de Saúde para o Estado do Espírito Santo, bem como os organogramas da Secretaria de Estado da Saúde, do Instituto Estadual de Saúde Pública, das Superintendências Regionais de Saúde e do Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES). Esse processo foi amplamente discutido com técnicos e a sociedade civil organizada. Ao longo da década de 90, várias mudanças foram realizadas no modelo estadual, adequando-o às mudanças do SUS, em nível nacional e no próprio contexto estadual.

O organograma da SESA está estruturado em quatro Superintendências: Recursos Humanos (SRH), integrados pelas Coordenadorias de Administração de Pessoal (CAP) e Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU); Superintendência Administrativa e Financeira (SAF); Superintendência de Ações de Saúde (SAS); e Superintendência de Epidemiologia, Planejamento e Informação (SPEI).

Para os objetivos deste trabalho, será feita referência à CODRHU, na qual está localizada a Coordenação do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família e a SPEI, onde está localizada a Coordenação Estadual do PSF.

Em 1995, a partir da eleição de um novo Governo Estadual, foram realizados vários investimentos na SESA, buscando reconstruir o seu modelo assistencial, com o objetivo de transformar o padrão burocratizado e ineficaz de funcionamento dos serviços públicos de saúde. Entre as iniciativas adotadas, podem ser destacadas: a realização do Curso de Aprimoramento Gerencial e a elaboração do Planejamento Estratégico Situacional, ambos desenvolvidos com a assessoria do Laboratório de Planejamento e Administração da Universidade de Campinas (LAPA/UNICAMP); o Curso de Vigilância à Saúde para profissionais de saúde municipais e estaduais; a criação de instâncias coletivas de deliberação e a reorganização do Conselho Estadual de Saúde.

A partir de 1995, houve uma aceleração da qualificação dos recursos humanos em saúde. Além de vários cursos de aperfeiçoamento, para os trabalhadores de nível superior e médio, e dos cursos já mencionados, foram realizados o I Curso de Especialização em Planejamento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (1997) e o I Curso de Especialização em Epidemiologia (1999), todos coordenados em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). No período de 1996 a 1998, foram formados 1.686 auxiliares de enfermagem, no curso de Auxiliar de Enfermagem. Em 2000, foram formados mais 914 auxiliares de enfermagem, dentro do Projeto do Ministério da Saúde de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Todos esses cursos foram realizados pela CODRHU em conjunto com as superintendências da SESA.

No período de 1995 a 2000, foram realizados vários Planejamentos Estratégicos da SESA, que tentaram acompanhar as mudanças políticas e estruturais do SUS.

A reorientação do modelo estadual de atenção à saúde foi sendo gradativamente implementada. O último Plano Estadual de Saúde para o período 2000 a 2003 indica a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da organização da atenção básica, tendo como principal estratégia a Saúde da Família.

2.2.1 Implantação do Programa de Saúde da Família

A implantação do Programa Saúde da Família no Espírito Santo teve início a partir de 1997, acompanhado do processo de descentralização das ações da SESA, numa ampla discussão com os municípios sobre a reorientação do Modelo Estadual de Atenção à Saúde, o qual deveria estar “[...] pautado nos princípios da vigilância em saúde, como: base territorial, orientação por problemas e intersetorialidade” (SESA/PÓLO-ES, 1998, p. 3).

Foram definidas pela SESA, inicialmente, duas linhas de trabalho: sensibilização dos principais atores para a viabilização da estratégia Saúde da Família e realização dos cursos de atualização das equipes de Saúde da Família (ESF) e agentes comunitários de saúde (ACS). No terceiro trimestre de 1997, foi realizado o I Seminário Estadual de Saúde da Família, objetivando informar e sensibilizar os gestores municipais e as instituições de ensino superior sobre a proposta de implantação do PSF e PACS. Esse Seminário contou com a participação de representantes de todos os municípios do Estado e de algumas instituições locais de ensino, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM). Visando a subsidiar as discussões, foram apresentadas as experiências de implementação do PSF e PACS no Estado do Ceará e nos municípios de Niterói e Olinda. Posteriormente, foram realizadas oficinas de sensibilização, em cada uma das quatro macrorregiões, com os secretários municipais e assessores.

Desde então, o processo de adesão dos municípios ao PSF e ao PACS teve um crescimento gradativo e diferenciado. Os dados dos Relatórios Estaduais do SIAB informam que, inicialmente, a adesão dos municípios ao PACS foi o dobro da adesão ao PSF. Gradativamente, houve uma expansão do PSF no Estado, ocasionada principalmente pelo aumento de incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde (PAB variável) e pela Secretaria de Estado da Saúde (Portaria 183-N/dez., 1999). Os dados das TABELA 3 e TABELA 3A demonstram como se deu essa evolução nas macrorregiões.

Na Microrregião Metropolitana, que abriga 56,9% da população do Estado, não houve de imediato a adesão integral dos municípios. Dos seis municípios que a compõem, somente dois implantaram o PSF e o PACS: Vitória em 1998 e Viana em 2000. Guarapari e Serra implantaram o PACS em 2000 e Vila Velha em 2001. Já o município de Cariacica, o mais populoso e que apresenta o maior índice de pobreza do Estado, não aderiu a nenhum deles. Essa situação da microrregião, em parte, explica a pressão crescente sobre os serviços de saúde do município de Vitória.

TABELA 3 – ADESÃO DOS MUNICIPIOS AO PACS/PSF POR MACRORREGIÃO E POR ANO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – 1998-2001

MACRORREGIÃO	1998		1999		2000		2001	
	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF
Metropolitana	12	10	5	-	11	6	2	6
Norte	7	1	1	-	-	3	-	2
Noroeste	7	1	3	1	5	7	2	2
Sul	8	3	6	3	3	11	3	1
TOTAL	34	15	15	4	19	27	7	11

Fonte: SESA /IESP/RISCO SOCIAL/COORDENAÇÃO ESTADUAL PSF, 2001

TABELA 3A – RESUMO DA ADESAO DOS MUNICIPIOS AO PACS/PSF POR MACRORREGIÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – 1998-2001

MACRORREGIÃO	Nº MUNICÍPIOS	PACS	PSF	SEM PACS E PSF
Metropolitana	32	30	22	2
Norte	8	8	6	-
Noroeste	17	17	11	-
Sul	21	20	18	1
TOTAL	78	75	57	3

Fonte: SESA / IESP/RISCO SOCIAL/COORDENAÇÃO ESTADUAL PSF, 2001

De maneira geral, de acordo com o relatório do SIAB do mês de dezembro de 2001, dos 78 municípios do Estado, 57 haviam implantado o PSF, com um total de 268 ESF, representando uma cobertura de 31% da população do Estado. Já o PACS estava implantado em 75 municípios, com um total de 3.469 ACS contratados, representando uma cobertura de 67% da população do Estado (SESA/PSF, 2000). A maior adesão ao PACS do que ao PSF fica evidente na Macrorregião Norte.

Esses dados indicam que houve uma evolução crescente da estratégia de Saúde da Família, o que refletiu na oferta pelo Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família principalmente do Curso Básico em Saúde da Família e do Curso Introdutório para Enfermeiros Instrutores do PACS, com a finalidade de requalificar os profissionais para uma nova prática de atenção à saúde.

2.3 PÓLO ESTADUAL DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTITUIÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A Secretaria de Estado da Saúde, ao definir que a reorientação do modelo de atenção teria como estratégia a Saúde da Família, buscou inicialmente a formalização do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, a definição da proposta metodológica dos Cursos Básico em Saúde da Família e dos mecanismos e critérios de seleção dos agentes comunitários de saúde. A qualificação dos profissionais de Saúde da Família no Estado passou a se dar em consonância com as diretrizes traçadas em nível nacional e estadual.

O projeto de constituição do Pólo Estadual foi apresentado ao Ministério da Saúde no início de 1997, pela SESA, representada pela CODRHU e pela Coordenação Estadual do PSF/PACS, juntamente com a Universidade Federal do Espírito Santo, representada pela Pró-

Reitoria de Extensão e departamentos do Centro Biomédico. Em meados deste ano, essa proposta foi aprovada inicialmente apenas como “projeto de curso”, porque, naquele momento, a avaliação do Ministério da Saúde era de que este juntamente com quatro outros projetos em nível nacional não se caracterizavam ainda como Pólo e, sim, como centro de cursos. Somente em 1999, foi criado o Pólo Estadual. O montante de recursos financeiros de cada período desses, bem como a contrapartida das instituições que compuseram o Pólo estão detalhados no capítulo 4, no item 4.5.

As instituições componentes do Pólo Estadual são a Secretaria de Estado da Saúde, que atua como instituição coordenadora, por intermédio da CODRHU; a Universidade Federal do Espírito Santo, com representantes dos departamentos de Medicina Social, Enfermagem e Serviço Social; a Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM), com representantes dos departamentos de Medicina Social, Ginecologia e Materno-Infantil; e o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

As primeiras ações realizadas, no início de 1997, pela Coordenação Estadual do PSF e pela CODRHU, foram direcionadas para a sensibilização tanto dos gestores municipais quanto dos departamentos do Centro Biomédico da UFES. Posteriormente, na metade desse ano, já em conjunto com a Pró-Reitoria de Extensão e de vários departamentos do Centro Biomédico da UFES, foram definidas as propostas metodológicas do Curso Básico em Saúde da Família e da seleção dos agentes comunitários de saúde.

No período de 1998 a 2001, o Pólo Estadual elaborou e desenvolveu uma *estratégia de atuação*, que pode ser dividida em quatro grandes linhas: formalização do Pólo Estadual; sensibilização de atores principais para a adesão à estratégia de Saúde da Família; qualificação e requalificação do pessoal de Saúde da Família (PSF e PACS); e a participação em cursos e eventos relacionados com essa temática.

No plano da formalização do Pólo Estadual, foram realizadas primordialmente duas iniciativas: sensibilização dos principais atores nas instituições de ensino e formalização institucional do Pólo.

Na primeira iniciativa, foram realizadas várias reuniões com as instituições de ensino e entidades interessadas em compor o Pólo Estadual (SESA, UFES, EMESCAM E COSEMS). Em 1998, a Oficina de Sensibilização para a formação do Pólo Estadual, com representante do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, Jorge Sola (ISC/UFBA), realizada nas dependências do Centro Biomédico da UFES, contou com a participação de

várias instituições de ensino, o COSEMS e vários profissionais de saúde da SESA e Secretarias Municipais de Saúde.

Na segunda iniciativa, em novembro de 1997, elaborou-se o convênio de cooperação técnica com a UFES, vindo se consolidar em dezembro de 1998, em razão dos trâmites burocráticos na Universidade. Nesse convênio foram definidos: o objetivo, as metas a serem atingidas e a contrapartida das duas instituições. Posteriormente, foi elaborado um outro documento, em que ficou definida a forma de gestão do Pólo com a participação da UFES, SESA, EMESCAM e COSEMS.

Além da Oficina, a principal ação de sensibilização dos atores para a adesão à estratégia Saúde da Família foi a I Mostra Estadual em Saúde da Família, realizada em 1999, que contou com a participação da maioria dos municípios, em palestras e apresentações dos projetos em desenvolvimento.

No plano da qualificação e requalificação, foram definidas duas prioridades: os Cursos Básicos em Saúde da Família e os Treinamentos Introdutórios para Enfermeiros. No período analisado, foram realizados 11 CBSF, requalificando 480 profissionais das ESF, conforme está detalhado no capítulo 4. Foram realizados 11 Treinamentos Introdutórios para Enfermeiros, com o objetivo de capacitar esses profissionais como instrutores e supervisores do PACS. Esse curso, com uma carga horária de 49 horas, capacitou um total de 201 enfermeiros. Outros cursos de aperfeiçoamento também foram realizados, como o de Atenção a Doenças Prevalentes na Infância (ADPI) e o Curso de Atualização do Auxiliar de Enfermagem. Em 2001, iniciou-se o I Curso de Especialização em Saúde da Família, com carga horária de 526 horas, para 38 profissionais que já estavam atuando nas ESF.

Nesse período, ocorreram também alguns ensaios de articulação das ações do Pólo com as ações dos programas verticais da SESA. Cursos dos programas de Tuberculose, DST/AIDS, Hanseníase e Materno-Infantil, por exemplo, foram realizados a partir de uma nova dinâmica de trabalho, tentando integrar as ações dos programas com as das equipes de Saúde da Família.

Os principais eventos e cursos em que o Pólo participou podem ser agrupados em dois tipos: a) aqueles destinados a ampliar o conhecimento didático pedagógico de seus membros, como o Curso de Avaliação da Metodologia do Curso Introdutório, realizado em Salvador, em 1999, pelo ISC/UFBA, e o I Curso de Especialização em Saúde da Família, realizado em Vitória, em 2001, com a participação de alguns integrantes do Pólo; b) aqueles visando a

aumentar o conhecimento político da proposta e o intercâmbio com outras instituições, participando em eventos promovidos pela Coordenação de Saúde Comunitária (COSAC) do Ministério da Saúde, como a I Mostra Nacional em Saúde da Família, em Brasília, em 1998, a Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, em Brasília, em 1999 e a Reunião da Organização da Atenção Básica, realizada pela Coordenação da Atenção Básica (COAB), em Brasília, em 1999.

Esta *estratégia de atuação*, conformada nessas quatro linhas de ação, esteve dirigida para atender à adesão crescente dos municípios ao PSF, priorizando a requalificação dos profissionais de saúde que iriam iniciar suas atividades nas equipes de Saúde da Família, por meio do Curso Básico em Saúde da Família.

CAPÍTULO 3

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. [...] inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.

Maria Cecília S. Minayo

3.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Para apresentar os procedimentos metodológicos desta pesquisa, inicialmente, buscar-se-á situar o espaço temático sobre o qual este estudo se estabeleceu para, em seguida, delimitar o recorte do objeto referido na relação entre a política de organização da atenção básica e a capacitação dos profissionais de Saúde da Família.

A atenção básica é conceituada, conforme o documento *Manual para Organização da Atenção Básica*, do Ministério da Saúde, como “[...] um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999, p. 9). Entre as diversas estratégias de operacionalização da atenção básica, contidas nesse manual, “[...] a estratégia de Saúde da Família tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado [...]” (p. 24).

Outro documento do Ministério da Saúde, chamado *Cadernos de Atenção Básica - Treinamento Introdutório*, assim se pronuncia sobre as condições para construção desse novo modelo:

A estratégia Saúde da Família representa uma concepção de atenção a partir da reorganização de novas práticas de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades [...]. No entanto, não se pode conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos (MS/DAB, 2000b, 9).

Com a finalidade de responder à demanda de capacitação para a reorganização das práticas em saúde, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, articulando ensino e serviço, que devem ofertar cursos introdutórios, quando os profissionais são inseridos em suas equipes, no processo de educação permanente em serviço, buscando dar continuidade à primeira etapa de requalificação e influir no nível da formação, seja da graduação (introduzindo mudanças metodológicas ou curriculares) seja da pós-graduação (especializações, residências).

A partir dessa primeira definição, buscou-se delimitar qual esfera dos cursos de capacitação seria recortada. A opção foi pelo curso que inicia o processo de educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família do Estado do Espírito Santo, denominado Curso Básico em Saúde da Família. Essa escolha se deu em razão da importância conferida a esse curso pelo Pólo de Capacitação do Estado, o seu caráter de curso introdutório, que instrumentaliza as ESF na organização inicial do seu processo de trabalho, sendo pré-requisito para a atuação profissional nas ESF. Esse curso atualmente vem cumprindo um papel fundamental na requalificação profissional, quando se considera principalmente o número reduzido de profissionais de saúde com os conhecimentos e instrumentos necessários para atuar na abordagem preconizada pelo Programa Saúde da Família no Estado, que busca articular a atuação clínica com a da saúde coletiva e com a lógica da vigilância em saúde. É requerido desses profissionais de saúde o desempenho de uma série de atribuições, como planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades das comunidades, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde, o que demanda uma capacitação específica, que a princípio esse curso deve promover.

Delimitado o objeto de estudo, o Curso Básico em Saúde da Família, passou-se à configuração dos procedimentos de pesquisa, no sentido de investigar a inserção institucional, a forma de organização e funcionamento, os procedimentos pedagógicos adotados e os resultados práticos alcançados no processo de requalificação do seu público-alvo, buscando avaliar, enfim, o alcance desse curso, no que se refere à capacitação para o desempenho profissional nas equipes de Saúde da Família. Tratava-se, portanto, de levantar não somente as informações relativas ao curso em si, o papel dos dirigentes e monitores e sua vinculação com as instituições que compõem o Pólo de Capacitação, mas de, sobretudo, investigar o desempenho dos profissionais que atuam nas ESF a partir do processo de requalificação

promovido pelo curso. Era preciso, portanto, investigar diretamente a prática dos profissionais egressos do CBSF.

No sentido de tornar mais operativa essa investigação, optou-se por pesquisar os médicos e enfermeiros, em razão de esses profissionais comporem a equipe mínima de nível superior exigida para formação de uma ESF.

Para configurar a amostra a ser pesquisada, era preciso selecionar os municípios em que atuavam os profissionais egressos que seriam pesquisados.

Inicialmente, a primeira seleção foi definida com o levantamento de médicos e enfermeiros qualificados pelo CBSF, no período de 1997 a 2001, por macro, microrregião e municípios, e médicos e enfermeiros qualificados na Macrorregião Metropolitana. A escolha dos municípios, onde se pesquisaria a prática profissional, obedeceu ao cruzamento dos seguintes critérios: municípios com maior número de enfermeiros e médicos qualificados pelo CBSF e municípios das microrregiões que mais qualificaram enfermeiros e médicos pelo CBSF da Macrorregião Metropolitana, que concentra 56,9% da população do Estado e representavam uma participação de 48% nos CBSF realizados no período em estudo.

Segundo esses critérios, foram selecionados os egressos do CBSF, enfermeiros e médicos, que atuam na Macrorregião Metropolitana, nos municípios de Vitória, Aracruz e Anchieta, totalizando 57 profissionais, o que representava 28% do universo de enfermeiros e médicos qualificados da Macrorregião (total de 200 médicos e enfermeiros) e 14% do universo de enfermeiros e médicos qualificados em todos os CBSF analisados (total de 413 médicos e enfermeiros), conforme a TABELA 4.

Após essa definição, foram realizados levantamentos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e contatos com os coordenadores municipais do PSF, a fim de confirmar a permanência desses profissionais nos três municípios selecionados. Constatou-se que 66% (32) dos profissionais permaneciam no PSF e desses 37% (21) atuavam no município de origem e 19% (11) haviam se transferido para o PSF de outros municípios, enquanto os 44% (25) haviam saído do PSF (TABELA 5). Dos onze que foram para outros municípios, dez foram para municípios da Macrorregião Metropolitana e outro para município da Macrorregião Sul (TABELA 5A).

TABELA 4 – ENFERMEIROS E MÉDICOS QUALIFICADOS PELO CBSF NO ESPÍRITO SANTO 1997–2001 (n = 413)

Unidade Geográfica	Valores Absolutos	(%)
Macrorregião Metropolitana	200	48%
Municípios de Vitória, Aracruz e Anchieta	57	14%
Outros municípios do Estado	156	38%
TOTAL	413	100%

Fonte: SESA, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Listas de Freqüências do I ao XI CBSF

TABELA 5 – SITUAÇÃO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO METROPOLITANA QUE MAIS QUALIFICARAM PROFISSIONAIS PELO CBSF (N = 57)

Município	Total que cursaram	Permaneceram no PSF			Não Permaneceram
		Município de Origem	Outro Município	TOTAL	
Vitória	14	7	-	7	7
Aracruz	21	8	6	14	7
Anchieta	22	6	5	11	11
TOTAL	57	21	11	32	25
(%)	100%	37%	19%	56%	44%

Fonte: SESA, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Listas de Freqüências do I ao XI CBSF e Relatório de Profissionais: Médico e Enfermeiro (SIAB/out./2002)

TABELA 5A - LOCALIZAÇÃO NAS MACRORREGIÕES DOS PROFISSIONAIS QUE PERMANECERAM NO PSF OU FORAM PARA OUTRO MUNICÍPIO (N = 11)

Município	Outro Município	Macrorregião			
		Metropolitana	Norte	Noroeste	Sul
Vitória	-	-	-	-	-
Aracruz	6	6	-	-	-
Anchieta	5	4	-	-	1
TOTAL	11	10	-	-	1
(%)	100%	91%	-	-	9%

Fonte: SESA, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Listas de Freqüências do I ao XI CBSF e Relatório de Profissionais: Médico e Enfermeiro (SIAB/out./2002)

Em razão de o baixo índice de permanência dos médicos e enfermeiros no PSF desses municípios prejudicar a representatividade da amostra definida por esses critérios, procurou-

se fazer a sua revisão a partir do *levantamento censitário de Enfermeiros e Médicos que cursaram o CBSF, no período de 1997 a 2001*, optando-se pela adoção de um critério único de seleção dos egressos por municípios, qual seja, a *escolha dos municípios com maior número de enfermeiros e médicos qualificados pelo CBSF em todas as macrorregiões*.

Esse critério passou a definir inicialmente a população da pesquisa como aquela formada pelos egressos do CBSF, enfermeiros e médicos, que atuavam nos municípios de Vitória, Aracruz, Anchieta, da Macrorregião Metropolitana; São Mateus, da Macrorregião Norte; Pancas e Mantenópolis, da Macrorregião Noroeste; e Muniz Freire e Mimoso do Sul, da Macrorregião Sul, totalizando 128 profissionais.

Da mesma forma que a seleção anterior, foi feito um levantamento no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e realizados contatos com os coordenadores municipais do PSF, a fim de confirmar a permanência desses profissionais nos respectivos municípios escolhidos. Dos 128 médicos e enfermeiros que cursaram o CBSF em todas as macrorregiões, constatou-se que 54% (69) permaneceram no PSF e desses, 72% (50) permaneceram no município de origem e 28% (19) foram para o PSF de outros municípios, enquanto 46% (59) saíram do PSF, conforme representa a TABELA 6.

TABELA 6 - SITUAÇÃO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DOS MUNICÍPIOS DAS MACRORREGIÕES QUE MAIS QUALIFICARAM PROFISSIONAIS PELO CBSF

Município	Total que cursaram (população)	Permaneceram no PSF			Não Permaneceram
		Município de Origem	Outro Município	TOTAL	
Vitória	14	7	-	7	7
Aracruz	21	8	6	14	7
Anchieta	22	6	5	11	11
São Mateus	10	6	-	6	4
Mantenópolis	11	2	3	5	6
Pancas	17	5	1	6	11
Muniz Freire	18	6	4	10	8
Mimoso do Sul	15	10	-	10	5
TOTAL	128	50	19	69	59
(%)	100%	39%	15%	54%	46%

Fonte: SESA, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Listas de Frequências do I ao XI CBSF e Relatório de Profissionais: Médico e Enfermeiro (SIAB/out./2002)

Finalmente, considerando satisfatória a representatividade da amostra definida por esse último critério, a população a ser pesquisada ficou restrita ao número total de médicos e enfermeiros dos municípios de Vitória, Aracruz, Anchieta, São Mateus, Pancas,

Mantenópolis, Muniz Freire e Mimoso do Sul, considerando aqueles que permaneceram no PSF no município de origem ou foram para outros municípios, totalizando 69 profissionais. Esse número representava 54% do total de médicos e enfermeiros desses municípios que haviam cursado o CBSF.

Após a localização dos 15% de enfermeiros e médicos que haviam se transferido para outros municípios, foram encaminhados os 69 questionários, principalmente via correio, alguns por e-mail e outros entregues pessoalmente. Desses, só retornaram 37, representando 53,6% do total de questionários enviados, com uma pequena variação entre as macrorregiões, conforme demonstra a TABELA 7. Nessa tabela, identificam-se também os outros municípios nos quais os profissionais passaram a desempenhar suas atividades no PSF.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA REALIZADA E ÍNDICE DE RETORNO DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS POR MACRORREGIÃO - ESPÍRITO SANTO

Macrorregião	Município	Universo	Amostra	Índice de Resposta
Metropolitana	Vitória	10	6	45%
	Aracruz	11	4	
	Anchieta	7	3	
	João Neiva	1	1	
	S. Maria de Jetibá	1	0	
	Fundão	1	0	
	Piúma	2	0	
	Santa Tereza	1	2	
	Vila Velha	1	1	
Norte	São Mateus	6	6	100%
Noroeste	Pancas	5	1	56%
	Mantenópolis	2	2	
	Gov. Lindenberg	1	1	
	Colatina	1	1	
Sul	Muniz Freire	6	6	47%
	Mimoso do Sul	11	2	
	Vargem Alta	1	0	
	Iúna	1	1	
TOTAL		69	37	
%		100	54%	54%

Fonte: Pesquisa de Campo

Considerando exclusivamente o número de questionários retornados, a amostra passou a representar 29% do universo de médicos e enfermeiros egressos do CBSF, dos municípios selecionados. Esse índice foi tomado como satisfatório, já que somente 54% do universo de

médicos e enfermeiros egressos do CBSF desses municípios estavam participando efetivamente no PSF (46% dos egressos já não atuavam mais no PSF, conforme a TABELA 4), ou seja, na prática, a amostra passou a representar mais da metade do total de egressos efetivamente atuando nos municípios considerados.

De acordo com o Censo 2000 (IBGE), a população desses municípios, segundo a macrorregião a qual pertencem, era a seguinte:

Macrorregião	Município	População	Modalidade de Gestão
Metropolitana	Vitória	292.304	Plena da Atenção Básica Ampliada
	Aracruz	64.637	Plena do Sistema Municipal
	Anchieta	19.176	Plena do Sistema Municipal
	João Neiva	15.301	Plena do Sistema Municipal
	S. Maria de Jetibá	28.774	Plena do Sistema Municipal
	Fundão	13.009	Plena do Sistema Municipal
	Piúma	14.987	Plena do Sistema Municipal
	Santa Tereza	20.622	Plena do Sistema Municipal
	Vila Velha	345.965	Plena da Atenção Básica Ampliada
Norte	São Mateus	90.460	Plena da Atenção Básica Ampliada
Noroeste	Pancas	20.402	Plena do Sistema Municipal
	Mantenópolis	12.221	Plena do Sistema Municipal
	Gov. Lindenberg	-*	Plena da Atenção Básica Ampliada
	Colatina	112.711	Plena do Sistema Municipal
Sul	Muniz Freire	19.899	Plena da Atenção Básica Ampliada
	Mimoso do Sul	26.199	Plena do Sistema Municipal
	Vargem Alta	17.376	Plena do Sistema Municipal
	Iúna	26.112	Plena da Atenção Básica Ampliada

QUADRO1 - MUNICÍPIOS DA AMOSTRA POR MACRORREGIÕES COM A RESPECTIVA POPULAÇÃO E MODALIDADE DE GESTÃO – 2000/2001

Fonte: Censo 2000-IBGE / SESA / CIB

Obs.: * O município de Governador Lindenberg foi criado pela Lei nº 5.638, de 11 de maio de 1998, desmembrado do município de Colatina, sendo instalado em 1º de janeiro de 2001. Não se dispõe de informações sobre a sua população no ano 2000. Neste quadro, sua população está incluída no município de Colatina

A implantação do PSF nesses municípios ocorreu principalmente nos anos de 1998 e 2000, conforme pode ser verificado no APÊNDICE A.

No sentido de delimitar o número de cursos realizados que seriam objeto de investigação, em relação à sua organização e procedimentos pedagógicos e respectivos egressos, optou-se pela definição do universo compreendido do I CBSF ao XI CBSF, ocorridos no período que vai de 1977 a 2001. Dentre esses cursos, serão analisados o I CBSF, que inaugura a proposta do Pólo Estadual de requalificação de pessoal de nível superior para ESF; o VII CBSF, quando passam a ocorrer as primeiras revisões do modelo de curso

adotado; e o XI CBSF, quando se formaliza um Plano de Curso mais detalhado para o seu funcionamento.

3.2 DEFINIÇÃO DO MÉTODO

O método em pesquisa é conceituado por Richardson (1985, p. 29) como a “[...] escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos”.

Nesse sentido, esta pesquisa utiliza os métodos qualitativos e quantitativos que, diferenciados pela sua natureza e pela sua utilidade, não se excluem. Ao contrário, podem se complementar interagindo dinamicamente com a realidade abrangida por eles (MINAYO, 1994; TOBAR, 2001)

Esta pesquisa parte, assim, tanto da “[...] compreensão do universo dos significados, motivações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis” (MINAYO, 1994, p. 21), características fundamentais do método qualitativo, como “[...] emprega a quantificação [...] com a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar as distorções de análise e viabilizar a interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências” (RICHARDSON, 1985, p. 29), características do método quantitativo.

Desse modo, mesmo que o emprego dos dois métodos expresse particularidades na coleta de dados, foram escolhidos porque se tornavam compatíveis com os objetivos dessa pesquisa.

Do ponto de vista do método qualitativo, busca-se compreender as ações e o seu significado para determinados atores sociais, os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, a compreensão da relação entre os atores sociais, no âmbito das instituições, bem como dos movimentos sociais (MINAYO, 1994; TOBAR, 2001).

Do ponto de vista do método quantitativo, busca-se compreender as variáveis envolvidas nos fenômenos e a possibilidade de repetição, como dado importante para explicar o problema em estudo (TOBAR, 2001).

3.3 COLETA DE DADOS

A partir da delimitação dos cursos a serem enfocados e da população de egressos a ser pesquisada, passou-se à definição dos procedimentos utilizados para levantamento dos dados, buscando uma abordagem de caráter qualitativo e quantitativo do objeto de estudo assim configurado.

Na abordagem qualitativa, procurou-se seguir as recomendações de Minayo (1999, p. 102) para a definição da amostragem, preocupando-se “[...] menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos diversos atores. [...] como, a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer [...]”.

Na abordagem quantitativa, a partir da definição da população-alvo da pesquisa, buscou-se um critério de representatividade numérica que possibilitasse a generalização dos conceitos, bem como a inferência dos resultados pesquisados.

Nessa perspectiva e considerando os objetivos da pesquisa, a população-alvo deste estudo foi configurada a partir de dois grupos.

No primeiro grupo, inicialmente, o informante-chave escolhido foi a Coordenadora do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, a enfermeira Tânia Mara Ribeiro dos Santos, denominada E1. No entanto, após a sua entrevista e a análise documental, ainda não se dispunha de informações mais detalhadas sobre o início do Curso Básico em Saúde da Família, um dos focos de análise da pesquisa. Gomes (1994, p. 67) ressalta essa situação, quando observa que “[...] às vezes nossos dados não são suficientes para estabelecermos conclusões, em decorrência disso, devemos retornar à fase de coleta de dados para suplementarmos as informações que nos faltam”. Dessa forma, buscou-se ampliar o número da população de estudo incluindo um segundo informante-chave, a monitora do Curso Básico em Saúde da Família, a médica Elizabeth Santos Madeira, denominada E2, considerada informante privilegiada, pois participou tanto das primeiras discussões e definições do curso, como do seu processo de mudança. Segundo Minayo (1999, p. 119), seriam os “[...] informantes particularmente estratégicos para revelar os bastidores da realidade”.

O segundo grupo de informantes foi configurado pelos egressos do Curso Básico em Saúde da Família, mais especificamente os médicos e enfermeiros que atuam nas Equipes do

Programa Saúde da Família, dos municípios selecionados para definição da amostra a ser pesquisada.

O plano de coleta de dados privilegiou, para o primeiro grupo, a técnica da entrevista, amplamente utilizada na pesquisa social qualitativa. A entrevista tem como objetivo a obtenção de informações sobre um determinado objeto de pesquisa, “[...] descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo” (TOBAR, 2001, p. 96).

A entrevista, ao utilizar a fala, torna-se instrumento privilegiado de coleta de informação, possibilitando revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir as representações de determinados grupos, por meio de um porta-voz ou informante-chave. A fala retrata e reflete os conflitos e contradições próprios das formas de dominação e resistência imbricadas nas relações dialéticas entre grupos e classes de uma sociedade.

Das várias modalidades de entrevista, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que parte da elaboração de um roteiro, instrumento para facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação. A entrevista semi-estruturada é, no dizer de Parga Nina, citada por Minayo (1999, p. 121), uma “[...] conversa com finalidade [...]”, na qual o roteiro serve para orientar o entrevistador.

Considerando a situação peculiar de inclusão de um novo porta-voz, as entrevistas realizadas com os dois informantes-chave tiveram roteiros diferenciados.

O roteiro de entrevista com o Coordenador do Pólo Estadual (E1) foi elaborado a partir de três eixos: I – Caracterização e Atribuições do Pólo Estadual; II – Análise do CBSF no contexto das ações do Pólo Estadual; e III – Análise do I, VII e XI CBSF. O roteiro de entrevista com o monitor do CBSF (E2) teve como único eixo a Análise do I, VII e XI CBSF. Os roteiros das entrevistas encontram-se no APÊNDICE D e no APÊNDICE E.

No plano de coleta de dados do segundo grupo, egressos do CBSF que atuavam nas ESF dos municípios selecionados, o questionário foi o instrumento empregado. Amplamente utilizado nas pesquisas quantitativas, o questionário tem principalmente duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis individuais ou de grupos.

Richardson (1985, p. 159), adverte que “[...] o pesquisador deve ter clara consciência de que a relação com o entrevistado precisa ser de sujeito a sujeito e não de sujeito a objeto. Nenhum ser humano pode desenvolver-se com a existência de relações instrumentais”.

É de responsabilidade do pesquisador determinar o tamanho, a natureza e o conteúdo do questionário, de acordo com o problema a ser entrevistado.

Richardson (1985) sugere duas classificações de questionário: pelo tipo de pergunta feita aos entrevistados (perguntas fechadas, perguntas abertas e combinação de perguntas fechadas e abertas) e pelo modo de aplicação do questionário (contato direto e contato por correio).

Dentre as várias vantagens e desvantagens de perguntas fechadas e abertas apresentadas por esse autor (1985, p. 147), sobressaem nas perguntas fechadas a facilidade de codificá-las, a facilidade do preenchimento total do questionário e o fato de ser devolvido preenchido, se for encaminhado pelo correio, enquanto uma das suas maiores desvantagens “[...] é a incapacidade potencial de um pesquisador de proporcionar ao entrevistado todas as alternativas possíveis de respostas”. Por outro lado, nas perguntas abertas, a principal vantagem é justamente possibilitar ao entrevistado maior liberdade nas respostas. Entretanto, isso dificulta a classificação e codificação das respostas, pois respostas semelhantes podem ter significados diferentes, além de que perguntas abertas demandam tempo maior do entrevistado para serem respondidas.

Conhecendo essas vantagens e limitações, na pesquisa realizada, utilizou-se um questionário que combinou perguntas fechadas e abertas. As perguntas abertas estiveram presentes em todo o questionário, principalmente na inclusão entre as alternativas de resposta da categoria *outros*, com a finalidade de aprofundar as opiniões do entrevistado.

A aplicação do questionário foi realizada principalmente pelo correio, em razão dos vários pontos geográficos em que se localizavam os entrevistados. Essa situação é apresentada por Richardson (1995) como a principal vantagem desse modo de aplicação dos questionários. Como principal desvantagem, apresenta a possibilidade de baixa taxa de devolução, problema que ocorreu na aplicação dos questionários desta pesquisa, como descrito no início deste capítulo.

São várias as recomendações para a redação das perguntas em um questionário, principalmente as que se referem à disposição das questões para facilitar a sua aplicação e sua análise. Richardson (1985, p. 155) sugere a aplicação prévia do questionário, pré-teste, com o “[...] objetivo de revisar e direcionar aspectos da investigação”. Nesta pesquisa foi realizado um pré-teste, que contribuiu para a reformulação de várias perguntas e o acréscimo de outras, em consonância com os objetivos da pesquisa.

Dentre os vários aspectos a serem observados pelo pesquisador na preparação de um questionário que fará pesquisa com seres humanos, está o de condicionar a publicação dos seus resultados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000). Para atender a tal exigência, deve ser elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando os objetivos da pesquisa, o motivo da seleção dos entrevistados, qual a contribuição na participação da pesquisa, os direitos que lhe são garantidos, solicitando a colaboração e agradecendo a participação. Desse modo, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e esclarecido (APÊNDICE H), que foi anexado ao questionário, em duas vias (entrevistado e entrevistador).

Permitir obter informações de um grande número de pessoas simultaneamente, abranger uma área geográfica ampla e oferecer relativa uniformidade de uma medição a outra, pelo fato de que o vocabulário e a ordem das perguntas são iguais para todos os entrevistados, foram fatores que se apresentaram como as principais vantagens do questionário na realização desta pesquisa.

Para a realização da pesquisa, foi elaborado um questionário (APÊNDICE F) contendo questões, fechadas e abertas, divididas em três blocos, a saber:

1. Identificação profissional – município de residência, sexo, idade, profissão, tempo de formado, informações sobre a instituição formadora (nome, entidade mantenedora, localização), se tem algum curso de pós-graduação (habilitação, residência, especialização, mestrado e doutorado), se tem especialização em Saúde da Família (ano de realização, instituição, município, Estado, carga horária)

2. Atuação profissional – tempo de atuação na atual equipe, se a atuação foi no mesmo município, na mesma equipe, número de equipes em que atuou, atuação em outros municípios do Estado ou fora deste, identificação do município, motivo da mudança, atividade desenvolvida anteriormente, motivo de escolha para trabalhar no PSF, forma de contrato, carga horária, se recebe bolsa de complementação salarial, qual tipo e de qual instituição, pré-requisito para exercer a atividade no PSF.

3. Requalificação profissional – quatro dimensões:

I – *participação no Curso Básico em Saúde da Família*: ano de realização e conclusão, se a participação foi anterior ou posterior ao início da atuação na ESF, dificuldades encontradas antes de participar do curso;

II – *trabalho em equipe*: tempo de atividade da equipe atual, composição da equipe, atividades desenvolvidas, atendimento à população cadastrada/não cadastrada, ações prioritárias nas microáreas de atuação;

III – *incorporação dos conteúdos e instrumentos ministrados*: utilização dos conteúdos desenvolvidos no curso, *trabalhos intermódulos*: realização, avaliação, grau de importância; *diagnóstico situacional*: realização, periodicidade, participação na elaboração do último diagnóstico, membros integrantes da equipe de realização, utilização das informações, forma de utilização; *plano de ação*: realização, periodicidade, participação na elaboração do último diagnóstico, membros integrantes da equipe de realização, utilização das informações, forma de utilização, conceitos e habilidade adquiridos pelo CBSF, avaliação dos conteúdos abordados no CBSF;

IV – *avaliação do CBSF*: participação no processo de avaliação do curso, instrumento utilizado, expectativas em relação ao curso, qualidade do material pedagógico, se o curso qualifica para a reorientação das práticas, grau de satisfação em relação ao curso, sugestões de aprimoramento.

Para a apuração dos dados levantados, foram utilizados os *softwares* Sphinx e o EpiInfo 2002, gerando um banco de dados que, a partir da elaboração de um plano tabular (APÊNDICE G), contemplando as variáveis do questionário, permitiu a tabulação dos dados e a saída dos resultados numéricos da pesquisa.

Além do emprego das entrevistas e questionário, outros dados foram coletados a partir da consulta em vários documentos oficiais, tanto do Ministério da Saúde quanto da Secretaria de Estado da Saúde, do Plano de Curso do CBSF, da lista de freqüências do I ao XI CBSF e relatórios do SIAB.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Gomes (1994, p. 68) conceitua esta fase da pesquisa como “[...] o olhar atentamente para os dados da pesquisa [...]”, em que a análise e a interpretação devem estar contidas num mesmo movimento.

Esse mesmo autor, com base em Minayo (1992), aponta três finalidades complementares desta fase da pesquisa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

A proposta de análise de dados foi pautada na análise de conteúdo que tem como funções a verificação de hipóteses e/ou questões e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Pode compreender quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (GOMES, 1994).

O conjunto de informações foi sistematizado e analisado a partir de um Plano de Análise, tendo como referência os eixos de roteiro das entrevistas e do questionário.

CAPÍTULO 4

4 IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo, buscar-se-á apresentar as condicionantes gerais e as principais características que pautaram a implantação do Curso Básico em Saúde da Família no Estado do Espírito Santo (CBSF), analisando seu projeto político-pedagógico, a partir do planejamento de ensino e da sua estrutura curricular, os principais problemas decorrentes da sua implantação e inserção no Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família do Espírito Santo, o envolvimento dos vários atores e os principais movimentos que implicaram mudanças nos planos do curso, no período de 1997 a 2001. Procura-se ainda referenciar a estratégia adotada pelo Pólo Estadual na promoção dos Cursos Básicos em Saúde da Família (CBSF) em face da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado do Espírito Santo.

A avaliação crítica dessa experiência de requalificação profissional em nível local se fará inicialmente a partir da análise de duas fases distintas da história do Curso Básico em Saúde da Família: a primeira a que vai da definição do modelo político-pedagógico à implementação dos primeiros cursos; e a segunda aquela que se sucede, a partir das mudanças realizadas no formato pedagógico e estrutura curricular, como resposta às primeiras avaliações da experiência colocada em prática e às novas circunstâncias políticas impostas pela implantação do PSF no Estado.

Na primeira fase, período de realização do I ao VI CBSF (1997-2000), serão considerados o contexto de definição do modelo pedagógico do curso, baseado no modelo canadense, os principais motivos que balizaram a definição por esse modelo, o planejamento de ensino (plano de curso – objetivos a serem atingidos, conteúdos a serem desenvolvidos, atividades extraclasse e avaliação) e a estrutura básica do curso, mantida do I ao VI CBSF (estrutura do currículo, carga horária e clientela).

Na segunda fase, período de realização do VII ao XI CBSF (final de 2000 a 2001), serão identificados os principais elementos propulsores de mudanças do CBSF, períodos nos quais se realizaram as ações propostas, os principais atores envolvidos, o planejamento de ensino e a estrutura formal adotada do VII ao XI CBSF.

Por fim, buscar-se-á analisar a inserção do CBSF no Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, ou simplesmente Pólo Estadual, procurando compreender o papel direto dessa instituição na viabilização do curso, a partir dos recursos disponibilizados, e as ações articuladoras do projeto.

A análise, sempre que possível e necessária, procurará colocar em evidência o ponto de vista dos informantes-chave E1 e E2, conforme foi mencionado no capítulo 3, referente à metodologia da pesquisa.

4.1 O DESAFIO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DO PSF

O documento do Ministério da Saúde, de 1997, intitulado Saúde da Família, uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial, na sua introdução, explica que,

[...] embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (MS/SAS/COSAC, 1997, p. 8).

Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde (MS) reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo esse programa como uma proposta substitutiva, com dimensões técnica, política e administrativa, inovadora, com o objetivo de “[...] contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde [...]” (MS/SAS/COSAC, 1997, p. 10), definindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Esse documento apresenta as seguintes diretrizes operacionais: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes; atribuições das equipes; atribuições do médico; atribuições do enfermeiro; atribuições do auxiliar de enfermagem; atribuições do agente comunitário de saúde. Do ponto de vista da reorganização das práticas, menciona os seguintes aspectos: diagnóstico da saúde da comunidade; planejamento/programação local; complementaridade, abordagem multiprofissional; referência e contra-referência, educação continuada, estímulo à ação intersetorial; acompanhamento e avaliação e controle social.

Estabelece ainda os níveis de competência de cada esfera de Governo, além das etapas de implantação do PSF.

Estava claro, desde aquele momento, que não se poderia conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, fossem feitos investimentos em uma nova política de formação e no processo permanente de capacitação de recursos humanos.

Ao focar a questão da educação continuada, o referido documento enfatizava que, para a produção de resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. “Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população – característica que fundamenta todo o trabalho do PSF” (BRASIL, 1999, p. 20). Propõe que a formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que “[...] permite melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida” (p. 20). Recomenda que “[...] a educação permanente deve iniciar-se desde o treinamento introdutório da equipe, e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, de acordo com as realidades de cada contexto [...]”, ressaltando que a educação a distância deveria também ser incluída entre essas alternativas. Observava ainda que o planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as universidades e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos (p. 21).

Ficava evidente, portanto, que a reorganização das práticas em saúde, pretendida pelo PSF, dependia de haver um investimento contínuo na formação e no processo permanente de capacitação dos recursos humanos. Entretanto, observa-se uma certa confusão de natureza conceitual quanto ao termo educação continuada e permanente, como bem já nos alertava Motta et al. (2002), já descrito no primeiro capítulo.

O desafio colocado era criar estratégias de curto, médio e longo prazo para a qualificação profissional, uma vez que o novo perfil requerido não vinha sendo oferecido pelo modelo tradicional de formação. As graduações das instituições de ensino superior, como se sabe, estão focadas predominantemente para formação de especialistas, com conteúdos que contemplam muito mais a área clínica que a área de saúde coletiva.

Como a reformulação dos currículos é um processo que só pode ser realizado a médio e longo prazo, o Ministério da Saúde propôs o Treinamento Introdutório e a implementação de projetos de educação permanente, a serem desenvolvidos pelos Pólos Estaduais em Saúde da Família, a fim de dar respostas imediatas às crescentes demandas pela capacitação dos profissionais que atuam no PSF.

Os modelos dos Treinamentos Introdutórios para as equipes de Saúde da Família (ESF), embora seguindo as mesmas diretrizes gerais preconizadas pelo Ministério da Saúde para implantação do PSF, assumiria feições variadas conforme os Estados e os municípios os realizassem, com diferentes tipos de conteúdo, forma de abordagem pedagógica e grau de profundidade nos assuntos, conforme ia ocorrendo a implantação dos Pólos de Capacitação e a progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios.

O Curso Básico em Saúde da Família, criado em 1997, veio, dessa forma, cumprir o papel de Treinamento Introdutório, atendendo às diretrizes de implantação do PSF no Espírito Santo. A criação do Curso Básico em Saúde da Família constituiu uma resposta técnica e política da Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, para atender às novas demandas por requalificação de pessoal na área da saúde e o desenvolvimento das ações em saúde, vinculadas com a implantação local do Programa Saúde da Família.

Sob o argumento pertinente de que os profissionais das ESF necessitam de programas e conteúdos que lhes possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde procurou ampliar sua parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por meio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, de modo a intensificar a qualificação em serviço dos profissionais que compõem as equipes.

No ano de 2000, em complemento ao trabalho desenvolvido pelos Pólos de Capacitação, o Ministério da Saúde publica a série Cadernos de Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho da equipe de Saúde da Família, sob o enfoque operacional, gerencial e conceitual. Esses Cadernos tinham ainda o propósito de “[...] indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade dos níveis de atenção no sistema, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários ao nível básico da atenção e às unidades de referência específica” (MS/DAB, 2000b, p. 5).

4.2 O TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

Entre as várias linhas de capacitação do pessoal de Saúde da Família para a implantação do PSF, o Treinamento Introdutório apresenta-se como aquele que inaugura o processo de educação permanente das equipes de Saúde da Família, sendo aconselhável que anteceda ao início dos seus trabalhos, que exigem novas práticas em saúde. “O Treinamento Introdutório em Saúde da Família visa discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF para instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho” (MS/ DAB, 2000c, p. 11).

No Caderno de Atenção Básica, nº 2, do Curso Introdutório, são apresentadas recomendações aos Pólos Estaduais na realização do Treinamento Introdutório:

- flexibilidade na adequação dos recursos disponíveis e necessidades das ESF;
- desenvolvimento do conteúdo abordando aspectos da atenção integral à saúde individual e coletiva, com base na dinâmica familiar e sua inter-relação com o sistema local e com o perfil epidemiológico local;
- elaboração de diagnóstico de saúde da comunidade: aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários (morbidade e mortalidade e fatores de risco);
- compreensão e apreensão do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de outros sistemas de informação em saúde;
- compreensão dos princípios operacionais do SUS: definição territorial/adscrição da clientela, organização do processo de trabalho, noção da família como foco da assistência, trabalho em equipe interdisciplinar, vínculos de co-responsabilidade, integralidade das ações, resolutividade e intersetorialidade;
- descentralização do curso a ser realizado no próprio município ou nas regionais de saúde a que este pertence, devendo as instâncias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde assessorar, técnica e pedagogicamente, o município nessa atividade, quando este apresentar condições técnicas e operacionais de realizar seu próprio treinamento, ou na própria realização do treinamento;

- percepção de que o papel do instrutor deve ser de facilitador articulando as ações propostas pelo treinamento;
- carga horária de 40 a 80 horas, podendo ser estruturadas em períodos de concentração e dispersão;
- observação de que a clientela deve abranger o conjunto dos membros da equipe, incluindo os ACS.

Ao final do curso, espera-se que o aluno esteja capacitado a

[...] compreender os princípios e diretrizes do PSF, no âmbito do SUS; identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de saúde da família: trabalho em equipe, desenvolvimento das ações programáticas, reorganização do processo de trabalho e intersetorialidade e, compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços das Unidades de Saúde da Família (MS/DAB, 2000c, p. 12).

A proposta de roteiro para o Curso Introdutório, sugerida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), contém três unidades, conforme o QUADRO 2 (a ser adaptado pelos Pólos Estaduais).

Unidade	Objetivo	Carga Horária
Políticas de Saúde	Compreender as diretrizes e os princípios básicos do PSF, relacionando-os com o SUS	4 horas
Planejamento	Compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento do serviço de saúde da família	32 horas
Organização dos serviços de Saúde da Família	Identificar os fundamentos do processo de organização e prática dos serviços de saúde da família: trabalho em equipe, intersetorialidade e reorganização do processo de trabalho	10 horas

QUADRO 2 – UNIDADES PROGRAMÁTICAS DO CURSO INTRODUTÓRIO

Fonte: MS/DAB, 2000b

Além do roteiro, alguns parâmetros para o desenho de um Treinamento Introdutório são apresentados: elaboração dos objetivos de aprendizagem, definindo os conhecimentos, habilidades e atitudes que se espera do participante ao final do curso; identificação de métodos e técnicas de ensino-aprendizagem, sendo recomendados métodos participativos e centrados no estudante, além de momentos com atividades práticas; estruturação do treinamento e definição de instrumentos e formas de avaliação dos participantes e do curso.

De acordo com as orientações apresentadas no Caderno nº 2, a proposta de Treinamento Introdutório deveria ser adaptada às necessidades/realidades estaduais e municipais.

É importante notar que, embora, desde 1997, o Ministério da Saúde tenha determinado a criação dos Pólos em Saúde da Família e a realização dos Treinamentos Introdutórios, somente a partir do ano 2000 se passa a divulgar documentos mais elaborados para orientar a implantação do PSF.

A criação do Curso Básico em Saúde da Família, pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, em 1997, como se verá, pautou-se nas diretrizes do Ministério da Saúde então existentes e foi buscar sua referência em um modelo pedagógico exógeno (o modelo canadense) para construir uma proposta local de capacitação, visando a instrumentalizar os profissionais de saúde na organização inicial dos seus processos de trabalho.

4.3 A IMPLANTAÇÃO DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

4.3.1 Projeto político-pedagógico

O projeto político-pedagógico se apresenta como um instrumento estratégico utilizado pelas instituições educacionais que buscam a melhoria da qualidade de ensino. Deve ser entendido como a própria organização do trabalho pedagógico desde a concepção, realização e avaliação do seu projeto educativo, que necessariamente deve ser estruturado com base no conhecimento dos alunos com os quais se pretende trabalhar.

Segundo Veiga (1998, p. 13), o projeto político-pedagógico vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e atividades diversas, devendo ser construído e vivenciado por todos aqueles que estão envolvidos no processo educativo. Ao buscar uma direção, o projeto tem uma ação intencional, um compromisso assumido coletivamente. Isso faz com que o projeto pedagógico seja também um projeto político “[...] por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico, com os interesses reais e coletivos da população majoritária”.

Todo projeto supõe *rupturas* com o presente e *promessas* para o futuro. Projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se, atravessar um período de instabilidade e buscar uma nova estabilidade em função da promessa que cada projeto contém de estado melhor que o presente. Um projeto educativo pode ser tomado como promessa frente a determinadas rupturas. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo seus atores e autores (GADOTTI, *apud* VEIGA, 1998, p. 12).

Desse modo, é preciso considerar o projeto político-pedagógico como um processo permanente de reflexão e discussão, estabelecendo uma relação recíproca entre a dimensão política e a dimensão pedagógica em si quando se buscam alternativas viáveis à efetivação das “promessas” do projeto, naquilo que o contexto de sua implantação permite alcançar.

4.3.2 A estratégia de formulação do CBSF

No contexto da discussão e implementação do PSF no Espírito Santo, a Secretaria de Estado da Saúde, no ano de 1997, desenvolveu principalmente duas ações estratégicas no intuito de qualificar as ESF. Primeiramente buscou conhecer algumas experiências nacionais de capacitação de equipe de Saúde da Família, como as desenvolvidas pelos Estados do Ceará, Paraná, Minas Gerais e do município de Olinda, em Pernambuco. Dessas experiências, a do Paraná foi a que despertou maior interesse. Na época, esse Estado contava com a assessoria da Universidade de Toronto, no Canadá, e já havia qualificado vários profissionais nessa universidade e formado monitores para qualificar profissionais de saúde da família no Brasil, com base na metodologia canadense. Nesse mesmo período, o município de Belo Horizonte, em Minas Gerais, estava começando um curso baseado nessa metodologia, ministrado por um professor da Universidade de Toronto e monitores do Estado do Paraná. Com o objetivo de conhecer melhor essa proposta, a Coordenadora Estadual do PSF participou desse curso. A segunda estratégia foi articular a Universidade Federal do Espírito Santo, com o objetivo de envolvê-la no processo de discussão do PSF, na formação do Pólo Estadual e na escolha da metodologia de ensino para qualificar os profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família.

A discussão inicial no Estado sobre a necessidade de capacitação das equipes de Saúde da Família enfrentou algumas dificuldades pelos técnicos da SESA, que se refletiram durante o desenvolvimento do CBSF, em razão dos desafios que se apresentavam na qualificação dos recursos humanos para o PSF. Como o PSF era uma proposta relativamente nova em nível nacional, havia pouco discernimento do seu papel e a forma de melhor implantá-lo no Estado e, principalmente, havia pouco conhecimento teórico por parte dos técnicos sobre modelos de ensino-aprendizagem que respondessem com eficácia às mudanças anunciadas pelo MS.

Há que se entender que, para o próprio MS, essa também era uma experiência nova, não havia um modelo fechado de como deveriam ser os cursos introdutórios de capacitação para formar as equipes requeridas pelo programa. Em parte, isso se revela no próprio caráter

um tanto quanto genérico das diretrizes apresentadas pelo MS, em 1997, para a capacitação das equipes de Saúde da Família, no Treinamento Introdutório, conforme pode ser observado no documento *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*:

O período introdutório do processo de capacitação deve prever a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho de profissionais. [...] devem ser trabalhados os aspectos gerais das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes – no seu caráter assistencial, gerencial e administrativo – e o conteúdo programático deve estar adaptado às necessidades locais [...] a metodologia de ensino em serviço deve ser considerada a melhor alternativa (MS/SAS/COSAC, 1997, p. 32-33).

A dificuldade enfrentada em nível local fica bem evidenciada na fala da informante-chave (E2), quando se refere ao processo de definição do modelo de curso que seria adotado:

Até vir o curso, não tínhamos, em nível local, pessoas com uma discussão mais aprofundada, preparadas para apontar as possibilidades de implantar uma mudança, começar uma mudança com alguém para orientar, então vamos dizer o seguinte: [...] seguimos, confiante de que aquilo era o que tinha que se fazer, porque a gente não tinha uma experiência de família, nenhuma leitura acumulada, não tinha nada.

Outro aspecto a ser considerado se refere à própria cultura internalizada na instituição local quanto aos denominados “programas verticais” do MS que, durante várias décadas, foram incorporando as propostas formuladas pelo órgão central sem uma discussão aprofundada dos modelos pedagógicos dos cursos ofertados em nível local. Não houve uma qualificação dos profissionais para atuarem como formadores em educação em saúde. Na maioria dos casos, eram escolhidos os técnicos que possuíam domínio dos conteúdos da sua área profissional específica e que iam repassando os conteúdos dos cursos aos municípios, sem a preocupação efetiva com a discussão do seu alcance político, sem discutir qual a melhor metodologia, qual o melhor planejamento para aquela ação. De maneira geral, os técnicos da SESA não foram qualificados para esse tipo de trabalho.

Do ponto de vista dessas questões, a criação do Pólo Estadual teve uma repercussão importante, pois os problemas da formação, do planejamento e da metodologia de ensino passaram a ser discutidos internamente na SESA e começaram a transpor, mesmo que fragilmente, o ambiente dos serviços de saúde para agregar outros atores, as próprias instituições acadêmicas. A política de implementação do PSF passou a requerer do setor de serviço não só o gerenciamento da implantação dos programas de ação na área de saúde, mas também o entendimento do que seria um projeto pedagógico, planejamento de ensino, planejamento curricular, dentre outras questões relacionadas com a formação de recursos humanos, para construir a interface da saúde com a educação.

Como se referiu anteriormente, o Programa de Saúde da Família está baseado em uma atuação sanitária, que incorpora tanto a atenção à saúde tradicional, como a lógica de promoção da saúde, mas, para a sua efetivação, necessita de apoio e articulação com outros setores para concretizar o potencial dessa política. Um dos problemas mais importantes que essa estratégia de atuação enfrenta para sua consolidação e ampliação está, sem dúvida, na área de recursos humanos. Consta-se que há um enorme déficit de profissionais formados com o perfil, competências e habilidades necessárias que a nova prática requer.

Os Pólos foram criados pelo MS exatamente para suprir a deficiência do ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde, o que pressupõe uma articulação entre os serviços de saúde (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), que conformam um novo mercado de trabalho para profissionais em quantidade e qualidade adequados ao novo modelo, e as instituições de ensino superior responsáveis pela preparação desses profissionais. Seu objetivo é, portanto, criar as condições necessárias para o aperfeiçoamento profissional e educação permanente dos trabalhadores do setor saúde, além de apoiar mudanças na formação de graduação, principalmente de médicos e enfermeiros (BADUY; OLIVEIRA, 2001).

A estratégia da SESA de envolver, desde o início, a participação da Universidade Federal do Espírito Santo no processo de formação do Pólo e, posteriormente, a participação da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia na criação dos cursos se revelou, desse modo, uma decisão bastante acertada, mas isso não se conformou ao longo do tempo numa articulação sólida entre o serviço de saúde e as instituições de ensino superior, como seria de se esperar. De acordo com os relatos das informantes-chaves, a participação da UFES, no CBSF, deu-se de forma mais efetiva tão-somente na fase de discussões e definição do formato do curso, quando acabou se optando pelo modelo canadense. A articulação com a EMESCAM também não se consolidou da maneira que se poderia esperar, ficando sua participação limitada a contribuições esporádicas no decurso do processo de consolidação da experiência do CBSF.

A questão é lá atrás, é como seria o Curso [...], não era nem o curso, mas era para a implantação da estratégia. [...] fora isso, depois não teve mais (E1).

O que eles participaram? No início do processo, o Yves (professor de Toronto) vinha. Nós convidávamos todo mundo [...] qual a proposta do Curso, como era a saúde da família no Canadá. [...] isso serviu para um chamamento do curso, a necessidade de envolvimento das escolas [...]. O pré-módulo nós montamos lá embaixo (na SESA) e à parte (das instituições acadêmicas) (E2).

A criação do CBSF e a implementação dos primeiros cursos acabaram ficando quase sob a responsabilidade exclusiva dos técnicos da SESA. A participação de técnicos das

instituições de ensino acabou se fazendo de forma bastante episódica, sem o necessário fortalecimento ou renovação das relações de cooperação entre as universidades, os cursos das faculdades e os serviços de saúde, condição fundamental na produção de alternativas ao modelo tradicional de formação, no que se refere a conteúdos, cenários de aprendizagem e às metodologias de capacitação profissional para o trabalho na área de saúde.

Paim (2000, p. 85) ressalta que um dos desafios que se colocam para as instituições acadêmicas e de serviço de saúde, na reatualização da concepção e práticas da Saúde Pública, é o desenvolvimento de “[...] processos de formação e capacitação sistemáticos, criativos e inovadores, cujos eixos fundamentais sejam a investigação e a articulação com os serviços de saúde e outros setores pertinentes, produzindo lideranças setoriais e institucionais”.

Mesmo com as dificuldades apontadas, não se pode negar, contudo, a participação e a contribuição de setores importantes da UFES na discussão e definição da metodologia do Curso Básico em Saúde da Família.

O processo de discussão do modelo pedagógico do curso, baseado no modelo canadense, desencadeou uma série de encontros e reuniões dos quais participaram os representantes da Universidade de Toronto, os monitores do Paraná, os representantes da SESA, indicados pela Coordenação Estadual do PSF, Assessoria Técnica do Gabinete do Secretário e da Coordenadoria de Desenvolvimento em Recursos Humanos, além dos representantes da UFES, encaminhados pela Pró-Reitoria de Extensão, por vários departamentos do Centro Biomédico e pelo departamento de Serviço Social, do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

A SESA, antes de articular-se com a UFES, procurou primeiro conhecer a proposta do Canadá e, desse modo, realizou um primeiro encontro com o professor da Universidade de Toronto e um monitor do Paraná, quando foram apresentados os conteúdos e a proposta metodológica preconizada pelo curso. Posteriormente, foram realizadas várias reuniões no Centro Biomédico (CBM) da UFES para aprofundar a discussão do modelo proposto. Destaca-se a reunião que teve a presença do professor do Canadá, Yves Talbot, realizada no auditório do CBM, que contou com a participação de vários departamentos.

Houve uma articulação interna na Universidade, realizada principalmente pelo Pró-Reitor de Extensão, o médico e professor Carlos Rogério Mello da Silva, e por alguns professores do departamento de Medicina Social e do departamento de Enfermagem. Entretanto, com o desenrolar dos acontecimentos, pôde-se constatar que, apesar do empenho

de vários atores, a participação se deu inicialmente muito mais pela curiosidade despertada pelo assunto, Saúde da Família, bem como para conhecer a opinião do representante da Universidade de Toronto sobre a proposta em pauta, do que por um efetivo engajamento dos participantes nas mudanças que se anunciavam.

Paim (2000, p. 90) nos orienta que “[...] iniciar processos, mesmo em conjunturas desfavoráveis, tendo em conta seus limites e possibilidades, significa uma aposta na razão dialógica que deve inspirar uma educação comprometida com a emancipação dos seres humanos”.

Nesse sentido, o processo foi iniciado. Houve um movimento do serviço de saúde em direção à academia, no sentido de convocá-la para ser parceira desse processo, para contribuir com as mudanças que começavam a se desenhar, em face à reorganização das práticas de saúde a partir do Programa Saúde da Família. Paralelamente a essa articulação com a UFES, os municípios também estavam sendo sensibilizados para aderirem à proposta do PSF e muitos deles iniciavam os primeiros passos para a implantação do PSF. Faltou talvez um maior empenho na construção de uma rede de cooperação que pudesse atuar de forma mais intensiva, mas essas dificuldades muitas vezes se explicam pela própria debilidade das instituições, marcadas pela carência crônica de recursos e falta de agilidade interna na tomada de decisões, refração à absorção de mudanças, etc, que acabaram por limitar o papel dos diversos atores que deveriam necessariamente fazer parte do processo provocador de mudanças.

Nesse contexto é que se deu a definição do modelo proposto para a criação do curso, tendo como referência fundamental o modelo metodológico do Canadá, que passou a ser adotado para qualificar as equipes de Saúde da Família no processo inicial do seu trabalho, considerado pré-requisito para a atuação do profissional de saúde nas ESF dos municípios no Estado do Espírito Santo.

4.3.3 A escolha do modelo canadense como referência para o CBSF

Os principais motivos que pautaram a definição pelo modelo pedagógico do Canadá para a criação do CBSF foram a experiência do Canadá na área de medicina da família, os conteúdos propostos e a metodologia ensino-aprendizagem.

A primeira motivação estava relacionada com o reconhecimento internacional dos avanços desenvolvidos no Canadá no âmbito da promoção da saúde.

Os principais conteúdos propostos pelo modelo canadense se referiram aos princípios da saúde da família, às ferramentas de trabalho com famílias, ao enfoque de risco, à medicina baseada em evidência e a teoria sistêmica.

Os princípios de saúde da família, desenvolvidos pelo Colégio Canadense de Medicina da Família, são conceituados como diretrizes básicas para o trabalho com famílias, denominados “quatro princípios do PSF”: profissional hábil, profissional como fonte de recursos para a comunidade, disciplina baseada na comunidade e o indivíduo e a comunidade como foco de atenção do profissional (WAGNER, 1997).

As ferramentas do PSF são instrumentos de trabalho com famílias considerados indispensáveis à prática das ESF: genograma – instrumento que mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetições das relações familiares; ciclo de vida das famílias – compreensão e influência no processo saúde-doença; *Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (FIRO) – percepção da estrutura familiar, suas relações de poder e troca de sentimentos e PRACTICE – mapa do funcionamento e modo de relacionamento da família (WAGNER, 1997).

A bibliografia corrente conceitua medicina baseada em evidência como um processo que, diante de uma situação definida, clínica ou não clínica, procura responder aos quesitos elencados por meio da pesquisa, orientada por critérios preestabelecidos de evidências de raciocínios e dados, os quais vão embasar suas ações, isto é, seu produto final. Consta de quatro etapas sucessivas: formulação clara de um problema clínico determinado; pesquisa, na literatura correspondente, de trabalhos relevantes; avaliação crítica das evidências, em relação à sua validade e sua utilização; implementação, na prática clínica, daquelas evidências encontradas.

Do ponto de vista conceitual, a teoria sistêmica estabelece que “todos fazem parte de um sistema que se rege por regras de homeostase e de desenvolvimento, buscando um ponto de equilíbrio entre a manutenção do sistema e seu crescimento” (Wagner, 1987, p.16). Sob esse aspecto, “[...] a abordagem familiar sistêmica compreende a percepção do ambiente em que as pessoas vivem, interagem e como isto desemboca no processo de adoecer. Este diferencial em que se agrega a ecologia humana no trabalho biomédico, é característica fortemente desejável em cuidados primários” (p.16).

Ferreira e Buss (2001, p. 262) observam que, em decorrência das “[...] controvérsias entre os líderes da promoção da saúde e uma nova corrente denominada de ‘saúde populacional’ [...] provenientes do campo da epidemiologia, que insistiam na necessidade de evidência demonstrativa dos resultados alcançados [...]”, o Canadá

[...] combina um modelo de promoção à saúde com o de saúde populacional, numa política tridimensional que integra os determinantes da saúde com os vários níveis de população (do indivíduo a sociedade) e as cinco estratégias da carta de Otawa (política públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde).

Nesse sentido, o modelo proposto para a capacitação das equipes de Saúde da Família apresenta a combinação referida por Ferreira e Buss, aproximando-se tanto dessa *nova corrente*, relacionada principalmente com os conteúdos da medicina baseada em evidência e com a teoria sistêmica, quanto com o modelo de promoção à saúde, por meio dos conteúdos que abordam o enfoque de risco, as ferramentas e os princípios do PSF.

Do ponto de vista metodológico, o modelo pedagógico que fundamenta a proposta era o ensino em serviço, baseado nos problemas encontrados na comunidade, a partir do diagnóstico de saúde elaborado pelas equipes de Saúde da Família.

A metodologia de ensino compreende os métodos e técnicas utilizados a fim de que o processo de ensino-aprendizagem seja realizado com êxito. Existem métodos que podem tanto manter uma atitude passiva do aluno, quanto aqueles em que o educando participa ativamente do processo, sob a orientação do professor, facilitador da aprendizagem.

O método baseado em problemas segue essa segunda tendência que, a partir de um problema, procura compreendê-lo, fundamentá-lo, buscando dados que são analisados e discutidos, passando a funcionar como indicadores de uma determinada situação. As questões são apresentadas para o grupo, neste caso, a equipe de saúde da família, que pesquisa os dados na sua área de abrangência, discute suas hipóteses de diagnóstico e soluções e depois são avaliados pelo monitor (professor). Esse processo estimula o raciocínio, as habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimento.

O MS já apresentava, em 1997, a metodologia de ensino em serviço como a melhor alternativa a ser desenvolvida pelo curso introdutório (MS/SAS/COSAC, 1997). Em 2000, na série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, número 2, do Treinamento Introdutório, recomendam-se métodos participativos e centrados no estudante, “[...] como as metodologias de Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL). Sugere-se ainda que sejam incluídos momentos com atividades práticas” (MS/DAB, 2000c, p. 12).

Ramos (2001, p. 23) destaca a importância de currículos integrais, isto é, que

[...] mesclam nos problemas os conhecimentos gerais, os conhecimentos profissionais e a experiência do trabalho, áreas que tradicionalmente estavam separadas [...]. A pedagogia de projetos e por resoluções de problemas – que normalmente recebem uma organização diferente das grades curriculares – faz agrupamentos diferentes das turmas tradicionais (tais como módulos, unidades, ciclos, etc.) e tem sido evocada como estratégia metodológica importante para a construção de uma aprendizagem significativa.

4.3.4 O planejamento de ensino do I ao VI CBSF

Segundo Haight (2001, p. 98-100), o planejamento de ensino é a “[...] previsão das ações e procedimentos que o professor vai realizar junto aos seus alunos e a organização das atividades discentes e das experiências de aprendizagem visando atingir os objetivos educacionais estabelecidos”.

O planejamento de ensino prevê três tipos de planos: plano de curso, plano da unidade e plano de aula. Para levar a efeito uma análise do CBSF, do ponto de vista dos seus conteúdos, iremos nos ater basicamente ao plano de curso.

O plano de curso se define pela previsão dos conhecimentos a serem desenvolvidos e pelas atividades que se devem realizar em uma determinada turma, durante certo período de tempo, para alcançar objetivos definidos previamente. É, em síntese, a previsão do que será ensinado e as estratégias que serão adotadas no desenvolvimento das operações educativas, em função dos objetivos pretendidos, visando à obtenção dos conhecimentos, habilidades e atitudes para uma determinada clientela (HAIGHT, 2001).

Na formulação do I CBSF, foram enunciados dezesseis objetivos de aprendizagem que, em síntese, visavam a discutir as diretrizes e os princípios do SUS e do PSF, além de qualificar os profissionais para a organização inicial do seu processo de trabalho.

Conforme descrito, o I CBSF foi precedido de uma intensa agenda com os representantes da SESA e da UFES para a formulação do modelo pedagógico que seria adotado pelo Pólo para ministrar o Curso Básico. Isso conformou um primeiro modelo com características próprias, que acabou delineando o formato dos cursos seguintes.

Após a opção pelo modelo canadense, a grade curricular proposta pela Universidade de Toronto sofreu adequações à realidade nacional e estadual, em razão, sobretudo, de esse modelo “[...] não trazer em sua concepção uma abordagem mais aprofundada sobre o SUS,

assim como a discussão dos modelos assistenciais de saúde e da concepção de família” (SESA/POLO, 1998, p. 5).

O modelo do I CBSF (Quadro 3) foi estruturado com a inclusão de um pré-módulo com o objetivo de tratar dos conteúdos demandados pela política nacional de Saúde (temas do SUS, modelos assistenciais e concepção de família), ministrados por técnicos estaduais e municipais de saúde e professores da UFES, além de três módulos, com os conteúdos do modelo canadense, ministrados pelos professores da Universidade de Toronto e monitores do Paraná, e trabalhos intermódulos. Foi realizado ainda um encontro de apresentação e avaliação do trabalho final, durante um dia, coordenado pelos monitores do Paraná, quando também se divulgou a relação dos alunos escolhidos para atuar como monitores do CBSF. O conjunto das atividades programadas totalizou uma carga horária de 96 horas de concentração (Cf. SESA /PÓLO-ES, 1998).

Esse primeiro curso, iniciado em outubro de 1997, também teve o objetivo de selecionar os futuros monitores do CBSF, para os quais se ofereceu um Curso de Formação Pedagógica logo após a realização do I CBSF, com carga horária de 32 horas, realizado em dois módulos. Esse curso foi proposto no sentido de viabilizar a apreensão da metodologia do CBSF, bem como promover a elaboração da grade curricular do II CBSF. A estratégia adotada para a seleção dos monitores para os cursos seguintes traria diversos problemas para o desenvolvimento do CBSF, como se verá adiante.

Estrutura	Conteúdo	Carga Horária
Pré-módulo	Conceito de família, políticas de saúde no Brasil e no mundo, modelos assistenciais de saúde, conceito de vigilância à saúde, sistemas locais de saúde, aplicação de métodos de planejamento local, elaboração de diagnóstico situacional de saúde, princípios e diretrizes do PSF, trabalho em equipe	40h
Trabalho intermódulo	Elaboração do diagnóstico situacional da área de atuação	
módulo I	Apresentação dos princípios do PSF, conceito de Medicina Baseada em Evidência (MBE), aprofundamento do 1º Princípio do PSF, desenvolvimento de linhas de conduta (<i>guide lines</i>), apresentação e análise do trabalho intermódulo para definição de um problema de saúde	16h
Trabalho intermódulo	Elaboração de protocolo de atendimento sobre o problema de saúde escolhido	

módulo II	Apresentação e análise do trabalho intermódulo, aprofundamento do 2º e 3º Princípio do PSF, aprofundamento dos conceitos de BEM, noções de epidemiologia clínica, conceito de RISCO, conceito de ferramentas de trabalho com famílias (genograma), instrumentos de registro de dados e identificação familiar (prontuário familiar e folha de rosto), conceito de terapia familiar sistêmica, desenvolvimento de uma linha de conduta para a prevenção de um problema de saúde	16h
Trabalho intermódulo	Elaboração de protocolo de atendimento sobre o problema de saúde escolhido	
módulo III	Apresentação e análise do trabalho intermódulo, aprofundamento do 4º Princípio do PSF, conceito de ferramentas de trabalho com famílias (ciclo de vida, PRACTICE e FIRO); abordagem das interações familiares no processo saúde-doença	16h
Trabalho intermódulo	Escolha e estudo de uma família para propor ações de intervenção utilizando-se das ferramentas de trabalho com famílias	
Apresentação e avaliação dos trabalhos	Apresentação e avaliação dos trabalhos e apresentação dos alunos selecionados para serem os monitores do CBSF	

QUADRO 3 : MODELO PEDAGÓGICO DO I CBSF – ESPÍRITO SANTO - 1997

Fonte: SESA/PÓLO-ES, 1998.

O I CBSF foi organizado em módulos, com períodos de concentração e dispersão. No período intermódulo, os alunos desenvolveram trabalhos na sua área de atuação, que foram avaliados pelos monitores e discutidos em sala de aula. Essa estrutura básica de curso modular foi mantida para todos os cursos realizados desde então, apesar de algumas alterações no que se refere à quantidade de módulos por curso e o tipo de trabalhos intermódulos realizados. Os modelos pedagógicos do II ao VI CBSF mantiveram os objetivos, a metodologia de ensino e os conteúdos desenvolvidos no I CBSF. No II CBSF foram modificados o número de módulos e a carga horária. Desse modo, a partir do II CBSF, todos os outros cursos foram estruturados em quatro módulos para todos os participantes, de dezesseis horas cada um, somando uma carga horária de 64 horas para atividades de concentração, nas quais os alunos tomaram contato com os conteúdos propostos e receberam orientações para elaborar os trabalhos práticos (intermódulos) e 128 horas para atividades de dispersão, destinadas aos trabalhos intermódulos elaborados nos territórios de atuação da ESF, com o objetivo de integralizar o conhecimento à prática cotidiana, totalizando uma carga horária de 192 horas.

Observa-se, entretanto, que, do I CBSF ao VI CBSF, não foram contemplados os conteúdos voltados para a compreensão e utilização dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que só veio a acontecer posteriormente, na

reformulação do curso em 2001. Como se sabe, o SIAB foi estruturado em 1998, para acompanhar a implementação e monitorar os resultados do PSF, sendo considerado uma ferramenta de apoio para a gestão da saúde local pelo monitoramento do desempenho das Unidades de Saúde da Família. O sistema é utilizado para coletar dados e orientar a avaliação e supervisão das atividades desenvolvidas e, além disso, permeia as práticas das ESF, como o cadastramento das famílias, o diagnóstico situacional, o planejamento e programação local, a abordagem interdisciplinar e práticas intersetoriais (ESCOREL, 2002; FRANÇA, 2001).

Sem dúvida, esse é um conteúdo importante para atender ao objetivo inicial do CBSF, qual seja, instrumentalizar os profissionais com ferramentas de intervenção em suas realidades locais a fim de qualificá-los para a organização inicial do seu processo de trabalho. Isso demonstra, por um lado, que o plano de curso do CBSF correlacionou alguns objetivos de ensino e os meios para o seu alcance pelas disciplinas que o compõem, mas que, nessa primeira fase, acompanhou apenas parcialmente a evolução da política nacional de saúde.

Os principais atores envolvidos nessa nova adequação do CBSF foram os representantes da SESA no Pólo, os monitores do CBSF e os monitores do Paraná. A participação da UFES, após a realização do I CBSF, não fica clara. Há um certo desencontro dessa informação entre o que refere o documento oficial e as informações obtidas com informantes-chave. Enquanto o documento *Metodologia de Capacitação de equipe de Saúde da Família do Pólo de Capacitação do Espírito Santo* (1998, p. 6) relata que “[...] a SESA e a Universidade Federal do Espírito Santo já estão em processo de formação da 2ª turma do Curso Básico para equipe de Saúde da Família (II CBSF)”, segundo as informantes-chave (E1 e E2), a participação da UFES só se efetivou no momento de discussão da metodologia do Canadá e na participação no I CBSF, como observadores, conforme já se mencionou.

O descompasso dessas informações denota um problema que foi identificado durante a pesquisa de campo: a falta de registros mais completos com as informações detalhadas sobre o PSF e o CBSF, na SESA. Essa situação se apresentou em vários aspectos dos itens pesquisados.

O CBSF pretendia qualificar toda a equipe de Saúde da Família, conforme indicado no item sobre a clientela do curso no documento intitulado *Metodologia de Capacitação de Equipe de Saúde da Família do Pólo de Capacitação do Espírito Santo* (SESA/PÓLO-ES, 1998). Contudo, de modo diverso do que preconizava esse documento e as diretrizes do MS para o Curso Introdutório, na prática, foram qualificados apenas profissionais de nível superior. Os integrantes de nível médio, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de

saúde receberam capacitação dos enfermeiros, nos municípios. A justificativa para a escolha da clientela, apresentada por uma das informantes-chave (E2), pautava-se na densidade do conteúdo do modelo canadense: “[...] havia necessidade de um conhecimento prévio, de nível superior, para apreensão daqueles conteúdos”.

Entretanto, segundo seu relato, verificou-se, com o decorrer do curso e nas visitas de supervisão às unidades de saúde, que esse conhecimento prévio na realidade não existia, pois nem as noções básicas de alguns temas focalizados haviam sido aprendidas na graduação pelos profissionais que ingressaram nos cursos e que atuavam nas Unidades de Saúde da Família. Essa constatação, contudo, não alterou, ao longo do período analisado, a clientela do curso.

Desse modo, a clientela do Curso Básico em Saúde da Família foi constituída exclusivamente por profissionais de nível superior classificados em dois grupos: alunos e observadores. Os alunos eram profissionais que compunham as equipes de Saúde da Família (enfermeiro, médico, dentista, assistente social, psicólogo, nutricionista e geógrafo). Os observadores eram atores-chave na implantação e implementação do PSF (secretários municipais de saúde, coordenadores municipais do PSF, representantes das instituições de ensino e da SESA).

O processo de avaliação ensino-aprendizagem do CBSF, de 1997 a 2001, foi realizado a partir do emprego de várias técnicas e instrumentos: *trabalhos intermódulos*, nos quais os alunos, além de realizarem o trabalho na sua área de abrangência, elaboravam, apresentavam e discutiam o trabalho em sala de aula, que era avaliado pelo monitor. Não se aplicava nota, mas avaliava-se o grau de apreensão dos conteúdos pelos alunos; *auto-avaliação*, quando os alunos avaliavam como praticavam os Princípios do PSF dentro da equipe em que atuavam; e *avaliação de curso*, entregue aos alunos no final de cada módulo, que tinha como objetivo avaliar por meio de notas de 1 a 5, numa escala de péssimo a excelente, os conteúdos desenvolvidos e apreendidos do módulo, o instrutor e a coordenação do curso, este entendido muito mais como a organização e infra-estrutura do curso.

Esse último instrumento de avaliação do CBSF foi considerado pela informante-chave (E1) como “superficial”, pois não avaliava a aprendizagem, mas, mesmo assim contribuiu com o planejamento do curso. No período da entrevista, segundo ela, estava sendo construído um novo instrumento de avaliação, tanto do curso, como dos docentes e discentes.

Sant'anna *et al.* (1996) consideram a avaliação do processo ensino-aprendizagem uma tarefa complexa, em razão da necessidade de selecionar atributos significativos para julgar o valor que vai ser avaliado, já que os atributos têm que ser descritos de maneira precisa e clara, além de requerer uma síntese das evidências alcançadas. Por outro lado, a sua relevância se expressa na contribuição da melhoria do processo ensino-aprendizagem (planejamento de ensino, atividades na sala de aula, etc.) e no processo de tomada de decisão.

Ramos (2001) orienta planejar o processo de formação considerando três dimensões de avaliação: a diagnóstica inicial, que permite descobrir os atributos que o aluno já possui, o que possibilita construir o processo ensino-aprendizagem a partir do conhecimento deles, recolhendo evidências sobre as formas de aprender dos alunos, seus conhecimentos e experiências prévias, seus erros e idéias preconcebidas; a formativa, que permite identificar o nível de evolução do aluno no processo ensino-aprendizagem; e a recapitulativa, que permite reconhecer se o aluno alcançou o resultado esperado e adquiriu algumas das habilidades propostas, em função das situações de ensino e aprendizagens planejadas.

Com base na classificação proposta por Ramos, podemos verificar que no CBSF, baseado nos trabalhos intermódulos, auto-avaliação e na participação na aula, foram desenvolvidas apenas as dimensões formativa e recapitulativa. A dimensão diagnóstica inicial não foi desenvolvida tal qual conceitua Ramos. Ora, a proposta do CBSF e dos Cursos Introdutórios é exatamente qualificar profissionais para o desempenho de uma prática reconceituada. A clientela do CBSF é formada basicamente de profissionais que detêm uma formação anterior, muitas vezes habituado às práticas do modelo tradicional, portadores em, sua maioria, de uma experiência prévia e às vezes bastante diversificada, conforme o percurso profissional e a formação acadêmica de cada um. A constatação desse fato deveria demandar ou justificar uma atenção especial, exatamente para a dimensão diagnóstica inicial, visando a identificar essas práticas correntes/tradicionais e os conceitos preestabelecidos, para construir o processo ensino-aprendizagem a partir do conhecimento prévio dos profissionais, como ponto de partida para a reconceituação de uma prática renovada. No dizer de Paim (2001, p. 101), citando Habermas e Schraiber, “[...] trata-se, portanto, de considerar no projeto pedagógico o mundo desses sujeitos no sentido de auxiliá-los na sua transformação de ‘agente-sujeito’ para ‘sujeito-agente’”.

Denota-se, assim, a fragilidade dos instrumentos de avaliação até então empregados, evidenciando a necessidade de que o Pólo passe a elaborar instrumentos de avaliação de ensino-aprendizagem que levem em conta as três dimensões comentadas.

No período analisado, os onze cursos mantiveram-se centralizados, realizados no município de Vitória, inicialmente nas dependências da UFES, como contrapartida definida no convênio de cooperação técnica com o Pólo Estadual e, posteriormente, em locais contratados.

Finalizando a análise do que denominamos primeira fase do CBSF, do I ao VI CBSF, passa-se à discussão do processo de seleção e qualificação dos monitores (docentes), para, em seguida, analisar as principais mudanças que ocorreram no curso após o VII CBSF. Como o único registro encontrado sobre o Curso de Formação Pedagógica está contido em algumas citações do documento Metodologia de Capacitação de equipe de Saúde da Família do Pólo de Capacitação do Espírito Santo (SESA/PÓLO-ES, 1998), a análise se pautará nas informações contidas nesse documento e nas informações colhidas pela informante-chave E2.

4.3.5 Seleção e capacitação dos monitores

A constituição de um corpo docente a partir do I CBSF teve o intuito de “[...] tornar o Estado auto-suficiente para o desenvolvimento dos próximos cursos” (SESA/PÓLO-ES, 1998, p. 6). O corpo docente do CBSF, denominado instrutor/monitor, foi formado por alunos e observadores do CBSF.

Inicialmente, todos os monitores selecionados faziam parte do grupo de alunos que participaram do I CBSF. Nesse curso, “[...] estes monitores foram escolhidos dentre os alunos das próprias equipes do PSF, tomando como critério o seu aproveitamento durante o curso” (SESA/PÓLO-ES, 1998, p. 6). A partir do VII CBSF, ampliou-se a seleção para os observadores do CBSF.

A relação dos alunos escolhidos para serem os primeiros monitores do CBSF foi apresentada, pelos monitores do Paraná, durante a apresentação dos trabalhos finais do I CBSF. Segundo a informante-chave (E2), a divulgação desses nomes desencadeou uma série de desentendimentos que acabaram se refletindo no Curso de Formação Pedagógica.

Por um lado, porque não houve consenso entre a SESA e os monitores do Paraná sobre todos os critérios de seleção, antes da divulgação dos nomes. Além do critério consensual entre eles, de que o monitor deveria ser aluno atuante de uma ESF, o outro critério apresentado pela SESA era a escolha de pessoas com perfil adequado para encaminhar o curso (capacidade de liderança, disponibilidade e capacidade efetiva de formulação e implementação das ações de formação), enquanto os monitores do Paraná escolheram em

razão do aproveitamento no curso. Entretanto, a maioria dos escolhidos não aceitou, porque não tinha interesse em ser monitor e, por conseguinte, não compareceu ao Curso de Formação Pedagógica. A falta de monitores para fazer o curso, na parte da manhã do primeiro dia, fez com que os técnicos do Paraná concordassem com a SESA, no sentido de chamar outros alunos que haviam participado do ICBSF. Tal fato acabou criando um certo constrangimento, pois as pessoas já sabiam que não haviam sido escolhidas na primeira lista e “[...] acharam que estavam indo como regra três” (E2). Algumas aceitaram e foram na parte da tarde, outras não compareceram.

A SESA teve dificuldade em posicionar-se em frente a essa situação de conflito, conforme esclarece essa mesma informante-chave.

Teve uma posição nossa, talvez, um pouco mais devagar nisso, porque no quarto módulo (incluído o pré-módulo) saíram os monitores. A gente não gostou [...] questionou critério [...] mas a gente não tomou, talvez, devesse ter tomado, naquele momento, uma postura contrária (E2).

Dessa forma, foram escolhidos os onze monitores de diversas categorias profissionais (enfermeiro, médico, assistente social e dentista), em sua maioria da Secretaria Municipal de Vitória, que foram qualificados pelo Curso de Formação Pedagógica para desempenhar a função de docentes do CBSF.

O Curso de Formação Pedagógica tinha por objetivo viabilizar a apreensão da metodologia do Curso Básico em Saúde da Família e a elaboração da grade curricular do II CBSF (SESA/PÓLO-ES, 1998). Foi estruturado em dois módulos, de dezesseis horas cada um, ministrados pelos monitores do Paraná. Realizado no primeiro trimestre de 1998, o curso teve como participantes os onze monitores e dois observadores do I CBSF, representantes da SESA.

No módulo I, foram discutidas as dificuldades dos alunos/monitores na apreensão dos conteúdos do modelo canadense apresentados no I CBSF e iniciou-se a elaboração do que denominaram grade curricular do II CBSF (objetivo, conteúdo, método, recursos e carga horária dos módulos). No módulo II, os monitores concluíram a grade curricular do II CBSF. Como já mencionado, os conteúdos e a metodologia foram reagrupados numa nova estrutura modular e respectiva carga horária.

Nesse curso, foram apresentadas pelos alunos/monitores dificuldades relacionadas com a apreensão dos conhecimentos das bases conceituais do CBSF e do seu modelo pedagógico, para que pudessem transmiti-lo. As principais causas relatadas foram: a pequena

carga horária do I CBSF, a novidade desses conteúdos e a dificuldade de lidar com a língua estrangeira.

Os módulos foram muito curtos, então, na realidade, foram pinceladas [...]. O curso tinha uma série de conteúdos que a gente não abordava aqui [...]. Não tinha nenhum processo, sabe, não tinha nada acumulado [...]. Não tínhamos nenhuma discussão na área de medicina baseada em evidência. Nada disso. Era uma novidade [...]. Para a abordagem do segundo módulo aconteceram alguns questionamentos, algumas dificuldades, algumas coisas não entendidas [...] só que tínhamos, hoje eu analiso melhor, um problema grave, nenhum de nós falávamos o inglês (E2).

A iniciativa do Pólo Estadual de se tornar auto-suficiente para o desenvolvimento, com a seleção e qualificação dos docentes para o CBSF, não se efetivou imediatamente. Os monitores do Paraná continuaram dando aula no curso por um período, o que, no dizer de E2, “criou uma dependência”, principalmente com um deles, em razão do domínio da língua inglesa e dos conceitos do modelo canadense.

Aqui não tinha ninguém que falasse fluentemente o inglês [...]. O contato era através dele [monitor do Paraná que era intérprete do professor do Canadá]. Então tudo que gerava uma demanda na realidade ele já trazia uma solução a partir dele (E2).

[...] A SESA ficou dependente do pessoal do Paraná, porque, se só podia ser quem trabalhava em equipe de Saúde da Família, tinha alguns conteúdos que, realmente, não era do domínio de quem estava na equipe [...] por exemplo, medicina baseada em evidências. [...] porque se você pegar quem sempre foi médico consultante, quem sempre foi enfermeiro da Unidade, tem uma dificuldade monstro nessas áreas, porque não tem nenhum caminho andado até aqui (E2).

Essa dependência reafirma a dificuldade de apreensão dos conteúdos propostos pelo modelo canadense e apresenta algumas questões: se os profissionais da “ponta” tinham dificuldade na apreensão desses conteúdos, foi acertado definir como critério para escolha dos monitores a exigência de que fizessem parte das equipes da Saúde da Família? Foi acertada a definição desse modelo pedagógico para o CBSF? Quais atribuições básicas das ESF e específicas dos médicos e enfermeiros deveriam ser desenvolvidas nesse curso? Quais os conteúdos fundamentais para o trabalho inicial das ESF e mudanças das práticas?

Verificamos, entretanto, que, nesse primeiro momento, essas questões não se apresentavam para os atores envolvidos. Isto é, o critério de que o monitor fosse da ESF não estava em causa e também não se questionava se aqueles conteúdos eram adequados para o curso, pois haviam acabado de ser escolhidos. A discussão sobre os conteúdos era dirigida simplesmente para a dificuldade de serem assimilados e, portanto, a opção era aprofundar o conhecimento sobre eles para que pudessem ser transmitidas.

Então, para você virar professor tinha que meter a cara para estudar. Era um *stress* absoluto, estudando, fazendo reunião, estudando, tentando descobrir o ‘caminho das pedras’, para conseguir, pelo menos virar monitor. Não estou nem falando da metodologia, para mudar uma prática lá na ponta, não, para conseguir aprender

alguma coisa, entender direito que ferramenta era essa, entender direito os princípios (E2).

Desse modo, até o VI CBSF, os conteúdos do modelo canadense foram mantidos como haviam sido formulados e estruturados a partir do Curso de Formação Pedagógica. Serão indicadas, posteriormente, as principais mudanças introduzidas no conteúdo do CBSF e por que elas foram realizadas.

Em relação à avaliação do Curso de Formação Pedagógica, as informações de E2 indicam que os objetivos da capacitação pedagógica foram parcialmente atingidos, já que somente a “grade curricular” para o II CBSF foi elaborada. Na avaliação de E2, os outros objetivos não foram alcançados, em razão de os monitores do Paraná não conseguirem responder à maioria das dúvidas dos conteúdos do modelo canadense e devido à metodologia utilizada nesse curso.

Muitas coisas que a gente perguntava, na realidade, não conseguiam nos dar resposta [...] eu acredito, hoje [...] a novidade era para ele (o monitor do Paraná) também.

Aqui era, como que faz? Como que metodologicamente você faz? O objetivo era de ensinar a metodologia. Mas, na prática, quando saímos de lá, tínhamos uma grade. O que mudou na grade? O conteúdo era o mesmo. Pode ter mudado assim, uma dinâmica, uma coisa ou outra... mas enquanto conteúdo não mudou tanto [...]. Eu fui com a expectativa de que o que seria mais discutido seria a questão pedagógica e não teve isso. Era mesmo discutir a grade em si.

No dizer de Silva (2001, p. 1), “[...] entre as virtudes, qualidades e competências que um professor deve apresentar, duas são absolutamente óbvias: possuir conhecimentos e apresentar capacidade e habilidade de transmitir tais conhecimentos”.

Nesse sentido, iniciar o processo pelo curso básico para depois participar do curso de capacitação pedagógica demonstra que a estratégia do Pólo de qualificar os monitores, sob essa ótica, foi acertada. Entretanto, as diversas dificuldades que se apresentaram antes e durante o curso apontam que os conhecimentos não foram suficientemente apreendidos no I CBSF para que pudessem ser transmitidos. Ora, isso demonstra que o planejamento desse curso apresentava falha na sua consecução. Apesar de prever claramente os seus objetivos, a metodologia adotada não conseguiu alcançar os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o desempenho da docência, pois os conceitos iniciais não foram assimilados.

A conceituação de Ramos (2001), citada anteriormente, sobre as três dimensões da avaliação – diagnóstica inicial, formativa e recapitulativa – para planejar o processo de formação, é totalmente pertinente. O processo de ensino-aprendizagem deve ser construído a

partir do conhecimento do aluno, identificando qual o nível de evolução dele nesse processo e se o resultado esperado foi alcançado.

Silva (2001, p. 1) classifica dois tipos de capacitação docente: capacitação técnica e capacitação pedagógica. A primeira prepara o docente para a sua área específica de atuação e, com algumas exceções, capacita-o para o exercício da docência. Já a capacitação pedagógica aprimora o professor para a área de ensino, por meio de cursos específicos de preparação docente e didática.

No curso de capacitação pedagógica a ênfase reside no processo aprendizagem, desde seus fundamentos epistemológicos, passando pelo planejamento pedagógico e pela relação que seus conhecimentos (leia-se disciplina) devem ter entre si, chegando até a difusão de modernos métodos, técnicas e ferramentas educacionais, que tornem fácil e natural o método de aprender (SILVA, 2001, p. 1).

Sob esse conceito, pode-se afirmar que o planejamento de ensino do Curso de Formação Pedagógica não atendeu aos princípios básicos de qualificação dos monitores, o que poderia trazer a princípio dificuldades para a condução do processo ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde da família no Estado do Espírito Santo.

Para o desempenho da função de monitor do PSF nos cursos introdutórios, o MS apresenta alguns atributos indispensáveis:

[...] conhecer as bases conceituais, operacionais e metodológicas do PSF [...] desenvolver as atividades de forma integrada e com utilização de metodologia que permita às equipes participarem na construção do seu próprio conhecimento. [...] possa atuar como facilitador, desenvolvendo uma relação com os alunos de forma diferente da tradicional [...] desempenhar um importante papel na articulação das atividades propostas pelo Treinamento, visando à construção do conhecimento sobre os elementos do processo de trabalho de equipe (MS/DAB, 2000c, p. 12).

Considerando que o modelo pedagógico do I ao VI CBSF incluiu outros conteúdos além daqueles sugeridos pelo MS para o Curso Introdutório, aos atributos referidos acima deveriam ter sido acrescentados os atributos específicos que facilitassem a apreensão e transmissão do conhecimento das bases conceituais oriundas do modelo canadense. Efetivamente, a principal dificuldade apresentada pelos monitores foi exatamente com o domínio do instrumental teórico e dos conceitos gerais aplicáveis aos conteúdos formulados por esse modelo, o que coloca em questão a adoção desses conteúdos para um curso introdutório. Veremos na segunda fase do CBSF como os monitores encaminharam essa dificuldade.

Deluiz (2001, p. 12), ressalta que “[...] as competências, mesmo tendo um conteúdo subjetivo e individual, são construídas ao longo da trajetória da vida profissional do trabalhador, o qual partilha de experiências e práticas coletivas”.

Isso leva à conclusão de que só a qualificação no CBSF e a capacitação pedagógica não são suficientes para que o aluno se torne monitor. Trabalhar com metodologias problematizadoras significa que, além da experiência profissional, é necessário saber qual a postura do monitor diante do conhecimento e qual a crença que traz na sua história em relação à aprendizagem e que, além do conhecimento do conteúdo específico, são importantes vários outros atributos, como vimos, por exemplo, nesse caso, saber outra língua. Daí se pergunta mais uma vez sobre a validade de restringir a seleção dos monitores apenas no universo daqueles profissionais atuando nas ESF.

Essas dificuldades revelam os desafios que foram enfrentados pelos primeiros monitores do CBSF em frente à necessidade de se qualificarem tanto para serem profissionais de uma equipe de Saúde da Família, como para uma nova atribuição: ser monitor, multiplicador, facilitador de um processo ensino-aprendizagem.

4.4 AVALIAÇÃO E MUDANÇAS NO CBSF

4.4.1 O primeiro balanço do CBSF

Consoante as diretrizes gerais do Ministério da Saúde, o Pólo Estadual instituiu um Curso Introdutório com uma série de adequações, pautado no modelo canadense que não sofreu qualquer alteração no seu planejamento de ensino na realização do II ao VI CBSF. Entretanto, a partir do VII CBSF, fez-se a introdução de algumas mudanças na estrutura e no planejamento do Curso Básico. Essas mudanças foram impulsionadas a partir do ano 2000, precedidas de uma avaliação do funcionamento do curso que estava implantado, o que até então não havia sido feito. A iniciativa de mudança no CBSF também se deu em função de um novo cenário que se apresentava para a requalificação dos profissionais de Saúde da Família com a demanda crescente pelo curso, decorrente da expansão do PSF no Estado.

O período de 2000 a 2001 é caracterizado por uma maior adesão dos municípios do Estado ao PSF (48% de adesão conforme dados do Relatório Estadual PSF/ PACS /SIAB), o que, conseqüentemente, veio aumentar o número de equipe de Saúde da Família e a demanda por qualificação dos seus profissionais. A estratégia do Pólo para atender a essa demanda foi ofertar um número maior de cursos, com intervalo menor entre eles.

Ao final do ano 2000, após a realização do VI CBSF, já se avaliava a necessidade de introduzir mudanças no Curso Básico a partir da identificação de alguns problemas. O número de monitores era pequeno e não se justificava o critério restritivo de escolha entre os profissionais que faziam parte das ESF. Como os monitores eram membros das ESF dos municípios, ficava-se na dependência de sua liberação pelas Secretarias Municipais de Saúde para realização dos cursos. Por outro lado, a limitada capacidade da equipe do Pólo Estadual, no que diz respeito ao número de técnicos, e o direcionamento dos seus esforços no sentido de se responsabilizar por outras atividades acabaram determinando que a discussão sobre os encaminhamentos do curso ficasse mais restrita aos monitores, não havendo uma ação mais participativa da SESA como condutora do processo.

Chamaram algumas pessoas [...] porque não tinha monitor suficiente. [...] pois só podia ser quem era de Saúde da Família, quem era de equipe. Na prática, a Secretaria estava totalmente dependente dos monitores de Vitória e com muita dificuldade de liberação [...] Achou por bem ter um pouco de autonomia nessa história [...] com alguns monitores daqui (SESA), para não ficar tão dependente desse jeito [...]. O pessoal de Vitória tinha a maior força na linha, na condução. [...] não por erro das meninas (monitoras) [...] mas pela Secretaria [...]. Então foi considerado como a Secretaria não estivesse conduzindo (E2).

Ainda foi verificado, durante a supervisão das equipes nas Unidades Básicas, que os objetivos do CBSF não estavam sendo alcançados plenamente. Constatava-se que, na prática, algumas diretrizes e ferramentas, discutidas no Curso Básico, não estavam efetivamente sendo aplicadas: “A gente começou a ver pelas supervisões que não estava surtindo o efeito da mudança da filosofia do PSF” (E1).

Considerando que o CBSF já estava em andamento e que não havia sido feita uma avaliação mais consistente do curso até então, pode-se verificar que as mudanças no seu plano de curso aconteceram mais pela dinâmica proporcionada pelo crescimento do PSF do que por uma avaliação sistematizada, periódica, a fim de fazer a retroalimentação do seu plano, a partir do *feed-back* da avaliação.

A partir da identificação desses problemas, o Pólo definiu duas estratégias: fortalecer o grupo de monitores ampliando a seleção para os observadores do CBSF e avaliar mais sistematicamente o curso com reuniões periódicas. Essas estratégias apontaram mudanças na reformulação da estrutura e do planejamento de ensino do CBSF. Participaram desse processo os técnicos do Pólo Estadual, a coordenadora estadual do PSF, técnicos da SESA e os monitores.

4.4.2 Reformulação da estrutura e planejamento de ensino do CBSF

As mudanças realizadas no planejamento de ensino do CBSF foram introduzidas gradativamente do VII ao XI CBSF, em 2001. Contudo, ao se fazer uma retrospectiva histórica, desde 1998, durante a realização do Curso de Formação Pedagógica, a discussão dos conteúdos do CBSF já havia iniciado, pois, como já foi visto, alguns conteúdos do modelo canadense não haviam sido bem apreendidos no I CBSF e nem suficientemente esclarecidos pelos monitores do Paraná.

As avaliações do curso acabaram indicando a retirada dos conteúdos que se referiam à medicina baseada em evidência e enfoque de riscos, com a justificativa de que alguns deles eram densos para o objetivo e carga horária do curso e, principalmente, era necessário que a clientela tivesse o domínio de conhecimentos prévios, tais como, de Epidemiologia ou habilidade com o uso da internet, além de tempo suficiente nas unidades locais, para poder aplicar esses conteúdos na prática. A realidade cotidiana nas Unidades Básicas de Saúde acaba exigindo dos profissionais o atendimento de uma demanda crescente, fazendo com que não disponham das condições ideais para colocar em prática alguns dos procedimentos enfocados no curso.

Nós tínhamos um conteúdo que chamava medicina baseada em evidências, desenvolvida em duas horas. O aluno tinha que saber estatística e saber inglês, para fazer de fato uma pesquisa na internet. Também tem que ter acesso à internet, tem que ter tempo para isso tudo. Mas, ele não tem a prévia, ele não sabe a epidemiologia descritiva [...]. Você falando para o aluno alguma coisa dentro do abstrato, você está dizendo para ele que não é possível fazer. Ele vai sair daqui e falar: o curso é completamente fora da realidade [...]. Tinha, por exemplo, outro conteúdo, enfoque de risco, que precisa da epidemiologia [...] você não deu ferramentas para o aluno, de fato, chegar lá e usar (E2).

Por outro lado, os próprios monitores não tinham conhecimento suficiente para transmitir esses conteúdos “[...] e as pessoas não têm, naquele momento, não sabem como explicar o que é isso, [...] porque também não tiveram formação nessa área” (E2).

Sant’anna *et al.* (1996, p. 140) observam que o êxito do trabalho pedagógico depende da boa seleção e organização do conteúdo e que essa seleção deve levar em conta “[...] os objetivos formulados de forma a considerar os pré-requisitos e os comportamentos finais; as condições facilitadoras para o aluno alcançar os objetivos estabelecidos; os critérios de avaliação e a revisão da distribuição do tempo e do número de alunos”.

O relato da informante-chave deixa entrever que os objetivos do curso não foram considerados no momento de definição de quais os conteúdos deveriam ser mantidos ou

retirados. Os conteúdos foram retirados mais por uma limitação da capacidade dos docentes do CBSF do que pelos objetivos desejados para o curso.

Outro relato remete a uma questão fundamental:

Com as supervisões nós vimos que a gente precisava estar mudando a didática, a forma de dar o curso, de sensibilizar para o PSF, assim como, inclusões de literaturas e retirada de algumas literaturas que, de repente, não estavam fazendo a diferença do Curso (E1).

A avaliação realizada e as opções que foram tomadas revelam que não se fez a discussão da questão fundamental, que era a própria definição pela adoção do modelo canadense para estruturar o CBSF e as implicações advindas dessa escolha. O modelo foi escolhido pelos êxitos da experiência no Canadá e sua adoção por outros Estados, como o Paraná, pelo seu conteúdo e metodologia, entretanto não se mostrava eficiente ou capaz de ser aplicado de acordo com a realidade local.

Se o problema se apresentava no campo da didática, não seria o caso de discutir a metodologia do curso, em vez de retirar o conteúdo porque o monitor não sabe dar, ou simplesmente acrescentar novos textos de estudo? Essas mudanças não se consubstanciam em mudanças de conteúdo e de metodologia ensino-aprendizagem. Se há problemas de conteúdo e de metodologia e, em tese, optou-se por um modelo por causa desse conteúdo e dessa metodologia, duas questões se colocam: ou o modelo é bom, mas não funciona nessa realidade, ou os atores que o gerenciam têm dificuldade para fazê-lo.

Mas as argumentações principais para efetivar mudanças no CBSF foram pautadas pela avaliação de que existia um conteúdo muito denso, havia dificuldade de colocá-lo em prática, faltavam condições facilitadoras para o aluno alcançar os objetivos e havia dificuldade de apreensão e transmissão do conhecimento pelo monitor.

Como se pode perceber, as dificuldades que se apresentaram no Curso de Formação Pedagógica ainda não haviam sido resolvidas após três anos de realização desse curso, apesar do esforço pessoal realizado pelos monitores para aprofundar o conhecimento sobre os conteúdos do modelo canadense. Como já se afirmou, somente o curso de capacitação pedagógica não foi suficiente para qualificar os monitores, ficando bastante claro que se faz necessária uma capacitação permanente do corpo docente.

Desse modo, ao se optar por simplesmente retirar os conteúdos do curso por uma deficiência dos monitores, o Pólo não trabalhou na ótica da competência. Isto é, não se pode retirar uma competência ou um conteúdo porque não se têm pessoas qualificadas para isso.

Não seria melhor selecionar outros monitores que tivessem essa qualificação ou qualificar os que já existiam para o desempenho dessa função?

O Pólo fez opção de selecionar novos monitores visando a ampliar a equipe atuante, considerando principalmente que muitos monitores incluídos no grupo já existente haviam acabado de concluir o Curso de Especialização em Epidemiologia. Contudo, a experiência pedagógica da maioria deles se restringia aos cursos dos “projetos verticais”, que, como já citamos, carecem de uma discussão mais aprofundada sobre os projetos pedagógicos.

Apesar da evidente necessidade de investir no aprimoramento da formação dos monitores, até o período de realização desta pesquisa, apesar de planejado, ainda não havia sido realizado outro curso de capacitação pedagógica. Os monitores buscavam se reciclar de maneira informal, a partir das reuniões de avaliação sobre o curso. A informante-chave E1 se refere da seguinte maneira a essa questão:

São monitores autodidatas em questão pedagógica [...] a gente está pensando neste curso desde 2000 e até hoje não conseguimos pela disponibilidade da carga horária dos monitores [...] a gente nunca conseguiu juntar os monitores para fazer o curso.

A partir desse contexto é que foram realizadas as propostas de mudanças para o VII CBSF, cujo modelo pedagógico é demonstrado no QUADRO 4.

Observa-se que os conteúdos propostos pelo modelo canadense, considerados densos para o formato do curso e de difícil apreensão, foram retirados no VII CBSF: medicina baseada em evidência, enfoque de risco e desenvolvimento de linhas de conduta (*guide lines*). Permaneceram os princípios e ferramentas para o trabalho com famílias e a teoria sistêmica. Por outro lado, outros conteúdos foram acrescentados: NOB/96, Manual de Atenção Básica, SIAB, pacto da atenção básica e organização das práticas de trabalho no PSF. Nos trabalhos intermódulos, foi retirada a elaboração de protocolo de atendimento e foram mantidas a elaboração do diagnóstico situacional da área de atuação e a escolha e estudo de uma família com a utilização dos princípios e ferramentas do PSF.

Vamos tirar esses conteúdos do curso, vamos ver se a gente consegue centrar esforço naquilo que temos preparo, porque, se você tem preparo, consegue preparar melhor as pessoas[...]. Eu acredito que o curso, para as pessoas conseguirem aprender, ele tem que ser mais leve um pouco. É cultura demais que é jogada. Então se conseguiu, vamos dizer assim, tirar alguns conteúdos que dependem de você ter iniciação em epidemiologia. E ficou, então, para um segundo momento (E2).

Estrutura	Conteúdo	Carga Horária
I módulo	Estrutura do Pólo de Capacitação; a reforma sanitária e o SUS: origens, propostas, implantação, dificuldades e perspectivas; modelos assistenciais de saúde, NOB/96 e Manual de Atenção Básica; saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo; aspectos teórico-práticos na divisão do território em microáreas; experiência de territorialização; conceito de método de estimativa rápida; informações relevantes para descrição da situação de saúde de uma determinada população; alinhamento conceitual: informantes-chave, entrevista e observação; sistematização e análise de dados; elaboração de diagnóstico situacional de saúde	16 horas
Trabalho intermódulo	Elaboração do diagnóstico situacional da área de atuação	
II módulo	Estrutura familiar; apresentação dos princípios do PSF; aprofundamento do 1º Princípio do PSF, registro de Informações e SIAB; passos e dados para a realização de análise de situação de saúde da área de abrangência; apresentação e análise do trabalho intermódulo; uso da epidemiologia como base para o planejamento; pacto da atenção básica	16 horas
Trabalho intermódulo	Elaboração de plano de ação com problemas prioritários	
III módulo	Apresentação e análise do trabalho intermódulo; introdução à teoria sistêmica; aprofundamento do 2º, 3º e 4º princípios do PSF; conceito de ferramentas de trabalho com famílias	16 horas
Trabalho intermódulo	Escolha e estudo de uma família para propor ações de intervenção utilizando-se dos princípios e das ferramentas de trabalho com famílias	
IV módulo	Apresentação e análise do trabalho intermódulo; mapa inteligente; organização das práticas de trabalho no PSF (relato da experiência dos alunos, monitores e gerente municipal)	16 horas

QUADRO 4 - MODELO PEDAGÓGICO DO VII CBSF – ESPÍRITO SANTO - 2001

Fonte: SESA/PÓLO-ES – VII CBSF, 2001

Para os conteúdos excluídos e que dependiam de iniciação em epidemiologia, por exemplo, medicina baseada em evidências e enfoque de risco, os monitores propuseram um Programa de Educação Permanente e elaboraram, desde 2001, um Curso de Epidemiologia Básica. Entretanto, até a realização da pesquisa, ainda não havia sido possível sua viabilização pelo Pólo.

As mudanças no CBSF foram realizadas num mesmo ano, mas de forma gradativa. A partir do VII CBSF, verifica-se a introdução de alguns conteúdos novos, sugeridos pelo Curso Introdutório do MS, relacionados com a educação com adultos, educação permanente, ênfase no trabalho em equipe, educação popular, intersetorialidade, NOAS e sistemas de

informações em saúde. Observa-se, desse modo, que, de maneira diferente da fase anterior, passava a haver uma preocupação em relacionar os conteúdos com a evolução da política nacional de saúde.

Merece destacar que, até o VIII CBSF, havia a previsão de um espaço no curso para relato de experiências relativas à implantação do PSF, pelos alunos, monitores e gerentes municipais, incluídos como parte do conteúdo do quarto módulo – organização das práticas de trabalho na estratégia de Saúde da Família. Nos cursos seguintes, o espaço destinado aos alunos foi sendo reduzido gradativamente e, a partir do X CBSF, o relato das práticas pelos alunos foi excluído completamente.

No quesito do questionário referente a sugestões para aprimoramento do curso, o item que mereceu maior destaque pelos egressos foi justamente *proporcionar maior espaço aos alunos para exporem as dificuldades enfrentadas na implantação do PSF*, o que denota a expectativa deles quanto à discussão do seu processo de trabalho e aponta para o Pólo a necessidade de privilegiar essa discussão como parte do processo de educação permanente.

Como observa L'Abbate (1999, p. 26), “[...] em todas as situações possíveis, devem-se buscar maneiras cada vez mais eficientes de relacionar teoria e prática, aproveitando ao máximo as experiências dos profissionais/alunos”.

Ao final de 2001, duas novas monitoras, a coordenadora estadual do PSF, Maria Cirlene Caser, e a médica sanitária da SESA, Elizabeth Madeira, obtiveram bolsa de estudo para realização de curso a distância, denominado Líderes em Atenção Primária, promovido pela Fundação Médico de Família de Buenos Aires, Faculdade de Medicina de Buenos Aires e Hospital Italiano de Buenos Aires. Como parte dos requisitos desse curso, acabaram contribuindo com a elaboração de um novo Plano de Curso do CBSF. Essas profissionais, posteriormente, também participaram das discussões da I Oficina de Monitores do CBSF, realizada em setembro de 2001.

O novo Plano de Curso do CBSF foi formalizado a partir de um conjunto de reuniões realizadas pelo Pólo com os monitores e da atuação específica da coordenadora estadual do PSF que realizava o curso de Líderes em Atenção Primária. Esse curso, propunha como uma de suas tarefas a elaboração de uma proposta, visando à organização de um treinamento. A coordenadora escolheu realizar o trabalho com o próprio CBSF, contribuindo para a construção de um novo plano de curso.

Elaborado o plano de curso, a partir do X CBSF, os alunos o receberam. O plano continha os conceitos norteadores do curso, o público-alvo, o objetivo geral e os objetivos de aprendizagem de cada módulo, o mapa conceitual, a estrutura do curso, as tarefas intermódulos, a avaliação e a bibliografia básica.

A figura abaixo esquematiza o Mapa Conceitual do CBSF.

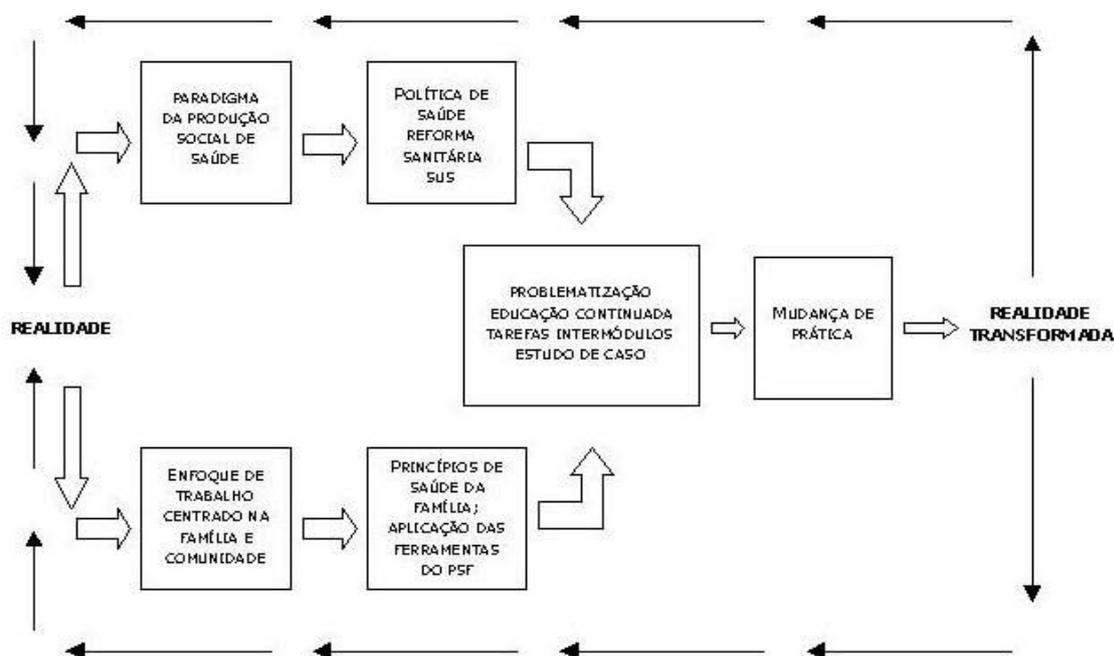


FIG.3 – MAPA CONCEITUAL DO CBSF – ESPÍRITO SANTO - 2001
 Fonte: SESA/PÓLO/Plano de Curso do CBSF/I Módulo

Segundo esse plano de curso, o objetivo geral do CBSF é “[...] qualificar os profissionais de saúde para atuarem com competência no Sistema de Saúde e na vida em geral, adquirindo outras habilidades e atitudes como planejar, trabalhar em equipe, comunicar-se, expressar suas idéias, buscar novas informações e desenvolver uma prática voltada à Atenção Primária à Saúde” (SESA/PÓLO-ES, 2001a, p. 1).

A teoria que embasa o CBSF é o paradigma da produção social da saúde, que propõe “[...] a construção social de um novo sistema de saúde, fundada em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária” (MENDES, 1996, p. 235).

Os conteúdos mantidos do modelo canadense foram os princípios de saúde da família, as ferramentas do PSF e a teoria sistêmica.

Os conteúdos introduzidos do Curso Introdutório do MS incluíram os temas da reforma sanitária, modelos de atenção à saúde, educação com adultos, educação permanente,

intersetorialidade, educação popular, NOB/NOAS, indicadores de atenção básica, além dos diversos sistemas de informação em saúde.

A estrutura do curso manteve-se modular, realizado em quatro módulos e três exercícios intermódulos. As tarefas intermódulos foram definidas como: I módulo – Diagnóstico situacional do território de ação e resumo de texto; II módulo – Plano de ação; e III módulo – Acompanhamento de uma família com aplicação das ferramentas. Os objetivos de aprendizagem de cada módulo do CBSF podem ser verificados no QUADRO 5.

Módulos	Objetivos da aprendizagem
I Módulo	-Identificar os aspectos a serem transformados com o novo modelo assistencial à saúde -Identificar a Saúde da Família como estratégia para reorganização da atenção básica, dentro do SUS -Realizar o diagnóstico situacional do território de ação de sua equipe
Tarefa intermódulo (em equipe)	1-Elaborar texto sucinto contendo conceitos de práticas sanitárias, modelo assistencial, território e a estratégia em Saúde da Família, além da expectativa da Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial, suas potencialidades, críticas, sugestões e influência na atenção básica do território da equipe 2-Elaborar diagnóstico situacional do território
II Módulo	-Identificar as formas de estrutura familiar existentes na sociedade -Identificar os sistemas de informação em saúde como instrumentos a serem utilizados na prática da ESF -Identificar os 1º e 3º princípios do PSF como elementos norteadores da prática dos profissionais das ESF -Elaborar um plano de ação, enfocando problemas prioritários para o seu território de atuação
Tarefa Intermódulo (em equipe)	Elaborar plano de ação (intervenção sobre os problemas prioritários no território de atuação)
III Módulo	-Reconhecer o indivíduo, a família e a comunidade como espaço de prática das ESF -Identificar os 2º e 4º princípios do PSF -Identificar o trabalho em equipe como um dos princípios organizativos do PSF -Identificar o genograma, ciclo de vida, FIRO/APGAR e o PRATICE como ferramentas indispensáveis à prática da ESF
Tarefa Intermódulo (em equipe)	Relatar um caso de acompanhamento de uma família com a aplicação das ferramentas
IV Módulo	-Identificar a educação de adulto como uma prática necessária ao desenvolvimento do PSF -Identificar a importância da educação permanente para o crescimento profissional das ESF

QUADRO 5 – UNIDADES PROGRAMÁTICAS DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FONTE: SESA/PÓLO-ES – X CBSF, 2001

Sant’anna *et al.* (1996, p. 235) observam que “[...] o plano de curso é um instrumento de trabalho, amplo, genérico, sintético, que serve de marco de referência às operações de ensino-aprendizagem que se desencadearão durante o curso, derivadas dos fins a serem alcançados”.

Os objetivos de aprendizagem de cada módulo definem diretamente as competências que espera gerar. A metodologia do CBSF é baseada na integração ensino-serviço e na reflexão sobre a prática, a partir das experiências vivenciadas nos trabalhos intermódulos.

A avaliação da aprendizagem se realizou de duas formas: pelo monitor, por meio da observação em sala de aula, acompanhamento e análise dos trabalhos intermódulos, e pelo aluno, a partir de uma auto-avaliação sobre como praticam os princípios do PSF nas suas atividades. A cada módulo aplica-se instrumento de avaliação específico, contemplando aspectos referentes à logística, ao conteúdo, ao papel do instrutor e à coordenação do curso, com espaço para exposição de críticas e sugestões.

Esperava-se que, com o plano de curso elaborado, as mudanças substanciais do CBSF estivessem concretizadas nesse ano. Entretanto, em setembro de 2001, antes da realização do XI curso, o Pólo realizou a I Oficina de Monitores do Curso Básico em Saúde da Família (SESA/PÓLO-ES, 2001b), que teve como objetivos: identificar as correntes filosóficas que embasavam o CBSF e também os objetivos de aprendizagem do curso; além de estabelecer as linhas metodológicas a serem utilizadas; e definir as formas de avaliação dos alunos e dos monitores. Os participantes foram os mesmos que propuseram as mudanças a partir do VII CBSF.

O relatório da oficina descreve que faltou embasamento teórico dos presentes sobre as correntes filosóficas que fundamentavam o Curso Básico, sendo sugerida a consultoria de um especialista. Quanto aos objetivos da aprendizagem, recomenda: relacionar o PSF com a construção de um novo modelo de atenção à saúde; identificar o processo saúde-doença como consequência das relações sociais; descrever os princípios e ferramentas do PSF no processo de trabalho; definir trabalho em equipe e intersetorialidade; analisar as estruturas familiares/relações sociais; e delinear um programa de educação permanente. Em relação às características da linha metodológica do CBSF, o papel do monitor deve ser de facilitador e o aluno sujeito de sua própria aprendizagem. O processo educativo deve: refletir a prática dos profissionais de saúde, que pressupõe transformação individual e social; valorizar o conhecimento prévio; estimular a educação a distância e a auto-instrução; aplicar a metodologia de problematização; requerer um sistema de avaliação do processo e do produto. Quanto à estrutura da avaliação, deve ser integral, identificando “quem” e “o quê” se está avaliando. A avaliação deve abranger o processo de trabalho como parte da avaliação do processo educativo, identificando a influência do curso sobre a prática de trabalho das equipes (SESA/PÓLO-ES, 2001a).

Essa oficina, realizada após a formulação do plano de curso do CBSF e anterior ao XI CBSF, deveria ter a perspectiva de refletir o que já havia sido construído até então e o que poderia ser gerado a partir do XI CBSF. No entanto, as transformações do plano de curso

parecem não ter sido suficientes, pois se convoca uma oficina para rediscutir o que havia acabado de ser definido no plano de curso. É preciso notar que parte do que foi desenhado nessa oficina está referido diretamente na metodologia de ensino-aprendizagem que já havia sido definida em 1997, com a opção pelo modelo canadense.

Essa oficina deveria problematizar: por que, desde 1997, o CBSF enuncia uma metodologia e ela não está sendo implantada? Não é adequada, está mal implantada ou as pessoas não sabem como implementá-la? Em 1997, o modelo canadense apresentava a metodologia da problematização e, em 2001, nessa oficina, ainda se continua dizendo que é preciso definir a linha metodológica, apontando uma proposta que é idêntica àquela definida em 1997, baseada no modelo canadense e a mesma do plano de curso, recentemente elaborado, pois, em síntese, os enunciados são os mesmos.

Já que o plano de curso estava sendo rediscutido, esperava-se que o modelo pedagógico do XI CBSF apresentasse mudanças decorrentes dessa oficina. No entanto, para o XI CBSF, foi mantido o mesmo plano de curso adotado anteriormente.

Esse movimento de idas e vindas à questão do modelo pedagógico do CBSF coloca em discussão se a opção pelo modelo canadense foi a melhor, já que, em tese, ele não estava se sustentando, pois as críticas à metodologia e ao conteúdo ocorreram durante todo o período analisado. Como observa Xavier (2002), citando Ramos, a reformulação de modelos pedagógicos é previsível, pois esses modelos não devem ser estáticos, ao contrário, os processos de formação profissional devem acompanhar as rápidas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais pelas quais passa o mundo. Mas aperfeiçoar um modelo não significa negar seus princípios. Nesse sentido, há um equívoco dos condutores do CBSF, ao dirigirem suas críticas a uma metodologia de ensino-aprendizagem mais aberta, mais flexível, pois foi exatamente essa a opção que se quis ter.

Essas questões indicam que não adianta instituir metodologias mais abertas, mais progressistas, se os atores que vão implementá-las não estão preparados. É preciso pensar além da capacitação pedagógica.

As instituições de ensino tinham que assumir o Curso Básico. Os professores da Academia que tinham que dar o curso, não nós, profissionais de saúde [...]. É uma visão voltada não só para os profissionais que estão no mercado como para os alunos que estarão se formando [...]. Pode ter monitor também. Mas elas que tinham que assumir o CBSF (E1).

Ao se constatar, nessa oficina, que os docentes do CBSF não estavam preparados conceitualmente para discutir os fundamentos teóricos do curso, buscando solução na

contratação de uma consultoria ou, conforme o relato acima, de que o curso deveria ser assumido pelas instituições de ensino, fica evidente a falta de uma articulação mais estreita com as instituições acadêmicas, percebendo-se a sua ausência em quase todo o processo de realização do CBSF. O desafio, portanto, que está posto para o Pólo, do ponto de vista do CBSF, é formular estratégias de envolvimento das instituições acadêmicas para o fortalecimento da requalificação inicial dos recursos humanos para o PSF.

Paim (2000, p. 86) chama a atenção para um dos maiores desafios para as práticas de formação: reeducar os educadores, pois são eles, juntamente com os educandos, os *sujeitos dinamizadores* dos processos de mudança. Para isso, propõe que

[...] se desloque a discussão pedagógica do espaço formalista e normativo dos desenhos curriculares para o terreno das estratégicas. Ou seja, se o propósito é produzir mudanças caberia formular e desenvolver estratégias para o mapeamento dos sujeitos sociais e atores institucionais, a identificação de aliados estruturais e conjunturais [...].

4.4.3 As alterações na estrutura e funcionamento do CBSF

As principais alterações introduzidas a partir do VII CBSF se referiram ao horário de realização do curso, à ampliação do critério de seleção dos monitores e dos atores-chave para participarem como observadores.

Inicialmente, o CBSF era realizado nos finais de semana, das 8 às 18 horas. Com o intuito de facilitar a participação de profissionais do interior do Estado, a partir do X CBSF, o curso passou a ser realizado na sexta-feira, das 16 às 22 horas, e no sábado, das 8 às 18 horas.

Como já se viu, o critério de escolha dos monitores foi ampliado para os observadores do CBSF, principalmente técnicos da SESA. O Pólo identificou algumas pessoas que tinham conhecimento mais aprofundado de epidemiologia e interesse em se tornar monitor do curso. Além disso, todos os novos monitores deveriam participar do CBSF para conhecer os conteúdos e a metodologia utilizada no curso. No final do XI CBSF, o corpo docente era composto de onze monitores, em sua maioria técnicos da SESA, modificando quase inteiramente o perfil do grupo de monitores que havia se idealizado na primeira fase do curso.

Essa mudança do perfil dos monitores se deu em função de circunstâncias novas, considerando as competências do monitor sugeridas pelo MS, já descritas, os problemas de disponibilidade de técnicos pelo município e os problemas relacionados com a capacitação pedagógica.

Outra inovação introduzida a partir do VII CBSF foi a inclusão dos coordenadores municipais do PSF no curso, como observadores, a fim de que eles pudessem compreender as mudanças preconizadas e contribuir com elas.

Gerente da saúde da família no município é a mola mestra [...] o município que tem um bom gerente [...] a experiência é completamente diferente [...] e a gente passou a exigir que o gerente também participe do curso quando vem a equipe (E2).

Em seu Relatório Final, a 11ª Conferência Nacional de Saúde aborda a importância de realização de programas de capacitação dos gerentes do SUS (BRASIL, Conferência Nacional da Saúde, 11.a, 2000).

Na pesquisa realizada com os egressos, 70% informaram que ter coordenador municipal do PSF qualificado para exercer essa função era um dos pré-requisitos fundamentais para exercer a sua atividade no PSF. Esses dados demonstram que foi correta a iniciativa do Pólo de envolver os coordenadores municipais do PSF no Curso Básico. Entretanto, deve ser discutida uma capacitação mais específica para esse segmento, já que as atribuições requeridas para um coordenador do PSF são distintas das funções dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

4.5 INSERÇÃO DO CBSF NO CONTEXTO DAS AÇÕES DO PÓLO ESTADUAL

Este eixo de análise visa à discussão das ações do Pólo Estadual que expressam a viabilização do CBSF. Sua abordagem se dará por meio da avaliação da relevância do CBSF no conjunto das ações do Pólo e das estratégias do CBSF para atender à demanda de qualificação dos profissionais de saúde, em face da expansão do PSF, bem como as facilidades e limitações encontradas para a realização do curso.

A elaboração desta análise está baseada nos dados coletados nas entrevistas com duas informantes-chave e pesquisa dos seguintes documentos: Convênio de Cooperação Técnica com a UFES para a implementação do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família; Convênio com o Ministério da Saúde e seus aditivos para a implantação do Pólo Estadual; Relatórios diversos sobre as ações do Pólo Estadual no período de 1997 a 2001; Freqüências do I ao XI CBSF; documento da SESA intitulado Metodologia de Capacitação de Equipe de Saúde da Família do Pólo de Capacitação do Espírito Santo, 1998; Portaria Estadual nº 193-N e suas alterações e Plano Estadual de Saúde 2000/2003.

4.5.1 Relevância do CBSF no conjunto das ações do Pólo

A análise deste tópico será pautada nos seguintes itens: número de técnicos de nível superior e de nível médio envolvidos com o CBSF, número de monitores, infra-estrutura disponível e recursos financeiros disponibilizados para a viabilização do CBSF.

O Pólo Estadual, desde o seu surgimento em 1998, como “projeto de curso”, contou com um número pequeno de pessoal para desenvolver suas atividades.

Para formalizar a criação do Pólo no Ministério da Saúde, inicialmente foi assinado um Termo de Cooperação Técnica entre a SESA e a UFES, no qual ficou definida a contrapartida dessas instituições. Posteriormente, a EMESCAM e o COSEMES se agregaram ao Pólo.

A implantação do Pólo Estadual tem relação direta com o CBSF, porque este foi o primeiro curso a ser viabilizado pelo Pólo. Conseqüentemente, todos os esforços estiveram, naquele momento, direcionados para sua viabilização.

A criação do Pólo previa que, na contrapartida dos recursos humanos, cabia às instituições de ensino superior colocar à disposição do Pólo seu corpo técnico. Os professores da UFES que mais se envolveram inicialmente foram os representantes dos departamentos de Medicina Social, Enfermagem e Serviço Social. Os professores da EMESCAM representavam os departamentos de Medicina Social, Ginecologia e Materno Infantil. A SESA, como coordenadora estadual do Pólo, disponibilizou para o curso os seus técnicos, representantes no Pólo.

Após a realização do I CBSF, os professores das instituições de ensino foram se afastando paulatinamente sob a alegação de que vinham sendo sobrecarregados com o acúmulo de carga horária em atividades de ensino, determinado pelo quadro reduzido de pessoal na instituição de origem, sobrando-lhes pouco ou quase nenhum tempo para se dedicarem ao Pólo. Note-se que esse período coincide com a política federal de reduções de gastos nas Instituições Federais de Ensino Superior, com o congelamento das vagas geradas pelas aposentadorias e proibição de concursos para admissão de novos docentes.

Desse modo, os representantes da SESA no Pólo Estadual foram os que assumiram de fato o CBSF. No período analisado, o número de técnicos de nível superior envolvidos com o CBSF era três até 2000 e dois em 2001, considerando, inclusive, a coordenadora do Pólo; um de nível médio e doze monitores no final de 2001, na maioria ligados às Secretarias de Saúde

dos municípios. Tanto os técnicos de nível superior quanto o de nível médio estavam envolvidos com outros cursos ou outras ações desenvolvidas pelo Pólo.

Considerando a expansão do PSF no Estado e o fato de o curso ser pré-requisito para a atuação nas ESF, observa-se que não era satisfatório o número e a qualificação do pessoal técnico envolvido no curso, apesar de ter sido oferecido ininterruptamente para atender às demandas das Unidades de Saúde da Família.

Na contrapartida da infra-estrutura, cabia às instituições envolvidas com o Pólo colocar à disposição unidades de sua vinculação: salas de aula e ambientes físicos para realizar atividades de treinamento.

Por um período, a UFES e a EMESCAM disponibilizaram salas de aula para a realização do CBSF. Com o passar do tempo, essas salas não ficaram mais disponíveis, sob a alegação de que eram necessárias às demandas internas das instituições, o que levou o Pólo alugar espaços privados para a realização dos cursos. A qualidade desses espaços alugados nem sempre foi a melhor já que havia de se restringir aos locais disponíveis, de menor custo, sem mencionar a falta de crédito do Governo Estadual, submetido a uma série crise econômica, que dificultava a negociação com as empresas e o aluguel de espaços mais adequados.

O material necessário para a realização dos CBSF era da SESA. Apesar de possuir recursos provenientes do convênio com o Ministério da Saúde, nem sempre havia material suficiente para a realização do CBSF, em razão da falta de eficiência da administração e da burocracia envolvida na compra de material.

O equipamento mais utilizado foi o retroprojetor. O Pólo dispunha de alguns e os locais alugados, em sua maioria, também contavam com esse equipamento. O projetor multimídia, quando precisou ser utilizado, foi alugado.

Em relação aos recursos financeiros, foi firmado um convênio com o Ministério da Saúde, em outubro de 1997, que teve como objeto “[...] a execução de cursos introdutórios e sensibilização de pessoal para a Saúde da Família, visando o fortalecimento da capacidade técnico-operacional e o desenvolvimento do SUS” (Convênio nº 375/1997, p. 2). Inicialmente, enquanto “projeto de curso”, o valor conveniado foi de R\$ 99.353,40 (noventa e nove mil e trezentos e cinquenta e três reais e quarenta centavos). Após a sua formalização, como Pólo, um novo convênio foi firmado com o Ministério da Saúde, em 1999, que teve como objeto “[...] dar apoio financeiro para instalação e funcionamento de Pólos de capacitação, formação e educação permanente ao pessoal da Saúde da Família” (Convênio nº

459/1999, p. 1). Os recursos, referidos a todas as atividades previstas no convênio, foram de R\$ 302.589,00 (trezentos e dois mil e quinhentos e oitenta e nove reais). Dessa quantia, R\$ 2.598,00 era destinada à SESA para compra de equipamentos, que, segundo a coordenadora do Pólo, nunca foram comprados, apesar de ter sido aberto um processo desde 1999 para aquisição desses materiais.

Para o CBSF, em 1999, os valores foram de R\$ 39.679,00 (trinta e nove mil e seiscentos e setenta e nove reais). Observa-se que, em todos os aditivos assinados, o CBSF apareceu no plano de trabalho. Além dos recursos provenientes desse convênio, a SESA comprou materiais e realizou o pagamento dos salários dos seus representantes no Pólo.

4.5.2 Estratégia do Pólo para atender à demanda pelo CBSF

No início do processo de qualificação das equipes, em 1997, o Pólo tinha como meta capacitar 160 alunos por ano, realizando dois cursos anualmente (SESA/PÓLO-ES, 1998, p. 6). Contudo, no contexto da expansão estadual do PSF, no período 2000/2001, a estratégia do Pólo para atender à demanda de capacitação de novos profissionais para o Curso Básico em Saúde da Família foi aumentar a oferta de cursos e o número de turmas durante o ano.

O critério inicialmente utilizado para a participação no CBSF foi o profissional possuir vínculo empregatício com o município e estar fazendo parte de uma equipe de Saúde da Família. Depois esse critério foi ampliado para contemplar também os técnicos que participaram como observadores no curso. Ao final de 2001, após a realização de onze cursos, o CBSF capacitou 539 profissionais de saúde, entre alunos e observadores.

A seleção dos monitores, pelos critérios mencionados, configurou um corpo docente com participação de técnicos da SESA e dos municípios, principalmente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Eles não têm vínculo empregatício com o Pólo, embora recebam remuneração específica pelos cursos que ministram. Nenhum deles tinha dedicação exclusiva para o CBSF. A carga horária era, no máximo, de quarenta horas mensais, incluindo o curso e reuniões técnicas. Até o período analisado, eles tinham atribuições de preparar e dar aula, bem como avaliar os trabalhos intermódulos. A partir dos encaminhamentos da I Oficina de Monitores do CBSF, no final de 2001, os monitores foram divididos em comissões para avaliar as grades curriculares, as correntes filosóficas que embasavam o CBSF e a proposição de sistema de avaliação da aprendizagem. Essas atividades começaram a ser realizadas somente em 2002.

A não ser o I CBSF, que foi uma iniciativa do Pólo, os demais cursos analisados aconteceram principalmente pela demanda dos municípios. A periodicidade do curso esteve condicionada a implantação do PSF nos municípios, o que explica a relação direta da oferta desse curso com a implantação do PSF no Estado, conforme será demonstrado no item 4.6.

De maneira geral, a periodicidade com que se fazia a discussão sobre o CBSF esteve condicionada basicamente aos momentos de realização dos cursos e ao planejamento dos módulos. Dessa forma, até o VI CBSF, essas discussões foram mais espaçadas. A partir do VII CBSF, esse processo foi intensificado em razão do número maior de cursos que foram ofertados pelo Pólo. Os principais agentes nesse processo foram a coordenadora do Pólo, a coordenadora do PSF, os técnicos do Pólo envolvidos com o CBSF e os monitores, convocados por meio de ofício pela coordenadora do Pólo.

O CBSF, assim como o Pólo, não possuía coordenação pedagógica até a data de realização da entrevista com a coordenadora do Pólo, início de 2003. Segundo seu depoimento, existe o cargo de pedagogo na SESA, mas não há profissional trabalhando no setor saúde da rede estadual. No levantamento que fizeram para a realização de concurso público em 2002, foi solicitada a inclusão dessa vaga, para atender não só ao CBSF, mas ao Pólo como um todo. Entretanto, com a mudança de Governo, em 2003, não havia previsão de quando iria ser realizado o concurso.

4.5.3 Facilidades e limitações para realização dos cursos

Na avaliação da coordenadora do Pólo, os principais fatores que facilitaram a realização do CBSF foram principalmente a disposição dos monitores em melhorar a qualidade do curso e o convênio com o Ministério da Saúde, que contribuiu com a maior parte dos recursos financeiros do Pólo. Por outro lado, segundo ela, foram grandes as dificuldades encontradas.

No quesito recursos humanos, a quantidade foi insuficiente, tanto de monitores, quanto de técnicos do Pólo envolvidos com o CBSF; a dedicação da maioria dos monitores esteve condicionada à liberação pelo município; a formação profissional dos técnicos do Pólo envolvidos com o CBSF e dos monitores era limitada para a amplitude da proposta de requalificação, já que a equipe do Pólo era composta de duas enfermeiras e uma assistente social e existiam poucos médicos entre os monitores.

Quanto ao quesito infra-estrutura, foi insuficiente a quantidade de salas de aula disponíveis, o espaço físico de instalação do Pólo e a qualidade de reprodução do material didático.

No que se refere à participação das instituições de ensino no Pólo, essa foi considerada uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo CBSF. As instituições de ensino, além de estarem ausentes do processo de implementação do CBSF, não cumpriram totalmente as atribuições definidas no convênio, o que trouxe dificuldades tanto na contribuição político-pedagógica como na viabilização de uma melhor infra-estrutura. Já o pequeno envolvimento do COSEMS não foi considerado uma dificuldade, pela coordenadora, uma vez que o Pólo fazia contato diretamente com o município.

A evasão dos alunos foi considerada, pela coordenadora do Pólo, um problema para o planejamento e a eficiência dos cursos. No levantamento realizado para esta pesquisa, nas frequências do I ao XI CBSF, 18% dos inscritos não compareceram ou desistiram no decorrer do curso (Tabela 8, item 4.6). A explicação para esse fato, segundo a coordenadora, estava relacionada com a rotatividade dos profissionais nos municípios. Um estudo mais específico sobre o assunto talvez possa identificar mais precisamente as causas mais determinantes para a evasão no curso.

A rotatividade dos profissionais de saúde foi uma das dificuldades encontradas antes e durante a realização da pesquisa com os egressos do CBSF, o que levou a redefinir, no plano metodológico, o próprio universo da pesquisa. A pesquisa com os egressos confirmou a rotatividade dos profissionais, conforme se analisa no item 5.2.2 (atuação profissional), com base na Tabela 12, no capítulo 5.

A definição política da SESA de indicar a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como principal estratégia a Saúde da Família, induziu a elaboração de uma política de qualificação dos profissionais que iriam compor as equipes de Saúde da Família. Isto é, a SESA, ao definir as duas principais linhas de ação, quais sejam, sensibilização dos principais atores para viabilização do PSF e a realização de cursos de atualização para os profissionais das equipes de Saúde da Família e dos agentes comunitários em saúde, traçou as principais ações que deveriam ser priorizadas pelo Pólo Estadual (SESA/PÓLO-ES, 1998).

Nessa perspectiva, o Curso Básico em Saúde da Família foi a principal ação desenvolvida pelo Pólo, tanto pela importância que teve ao instrumentalizar os profissionais de saúde na organização inicial dos seus processos de trabalho, pelo maior envolvimento dos

técnicos do Pólo para a sua realização, pelos recursos financeiros que foram previstos em todos os aditivos do convênio com o Ministério da Saúde, pela articulação inicial com as instituições de ensino, pela articulação estadual (municípios e COSEMS), nacional (outros Estados e municípios para conhecer experiências nessa área) e internacional (Universidade de Toronto, no Canadá) para a viabilização do curso.

Entretanto, a análise dos dados apresentada indica que, apesar da relevância do CBSF no conjunto das ações do Pólo, sua execução enfrentou mais limitações do que facilidades, o que pode sugerir que o impacto na reorganização das práticas no âmbito das ESF pode ter sido menor do que o esperado.

4.6 O CBSF E A EXPANSÃO DO PSF NO ESPÍRITO SANTO

A evolução do CBSF tem uma estreita vinculação com a implantação e a expansão do PSF no Espírito Santo.

O I CBSF, realizado entre 1997 e 1998, inaugurou o processo de requalificação de pessoal na área de saúde, voltado especificamente para a viabilização do PSF, e teve um papel fundamental não só no que se refere à requalificação dos profissionais que iriam compor as primeiras ESF no Estado, mas também no fato de servir como meio de sensibilização dos gestores municipais e das instituições de ensino, com relação aos princípios de implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família no Espírito Santo. Nesse curso, é importante notar não só uma grande quantidade de alunos que iriam compor as futuras ESF, como também a de observadores, ligados às instituições de ensino, representantes das Secretarias Municipais e Secretaria Estadual de Saúde, totalizando 101 profissionais requalificados.

Entre 1997 e 1998, ocorreu a adesão de quinze municípios ao PSF. Nesse período, o I CBSF requalificou profissionais de dez municípios dos quinze que aderiram ao Programa e de outros seis municípios, que ainda não haviam aderido ao Programa.

A adesão inicial ao PSF e a expressiva participação de profissionais de vários municípios, nesse primeiro curso, inclusive daqueles que ainda não haviam aderido formalmente ao Programa, podem ser explicadas, não só pela novidade que se constituía o PSF naquele momento e pela estratégia de sensibilização e divulgação das ações da Saúde da

Família pelo Pólo Estadual, mas especialmente pelo interesse dos municípios em se credenciarem para o recebimento dos incentivos financeiros previstos na política de sua implementação.

O aumento de incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde, por meio do PAB variável e pela Secretária de Estado da Saúde, por intermédio da Portaria 183-N/dez. 1999 e de outras subseqüentes que alteraram essa Portaria para incluir outros municípios, constituiu um dos fatores determinantes para expansão do PSF no Estado, o que, conseqüentemente, refletiu diretamente no aumento da demanda por requalificação de profissionais para integrar as ESF.

Verifica-se, dessa forma, que, a partir do I CBSF, a oferta de novos cursos passou a se dar estreitamente relacionada com a geração de novas demandas por requalificação de pessoal por parte dos municípios, à medida que estes iam aderindo à nova política de reorganização da Atenção Básica, conforme demonstra a TABELA 8.

TABELA 8 - ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PSF E CBSFs REALIZADOS NO ESPÍRITO SANTO 1997-2001

Ano	Nº Adesão Municípios ao PSF	CBSF Realizados	Nº de Turmas	Nº de Inscritos	Total de Alunos	Total de Observadores	Total Geral Concluintes
1997/98	15	I	3	102	62	39	101
1999	5	II, III, IV e V	9	109	96	1	97
2000	27	VI	4	113	82	1	83
2001	11	VII, VIII, IX, X e XI	14	330	240	18	258
TOTAL	58	-	30	654	480	59	539

Fonte: SESA/IESP/CODRHU/PÓLO ESTADUAL PSF/ LISTA DE FREQUÊNCIA DOS CBSF – 1997/2001

No ano de 1999, foram realizados quatro cursos (II, III e IV CBSF), visando à formação de novas equipes dos municípios que já haviam participado do I CBSF e de quatro municípios que já haviam aderido ao PSF no ano anterior, mas que não haviam ainda realizado a requalificação do pessoal de suas ESF. Esses cursos requalificaram um total de 97 profissionais. Nesse mesmo ano, cinco novos municípios aderiram ao PSF, mas só viriam requalificar os profissionais de suas equipes nos cursos seguintes.

Com a comparação do número de adesões ocorridas em 1998 (15 municípios) com o ano de 1999 (5 municípios), percebe-se uma retração no movimento de adesão ao PSF nesse

ano. Entretanto, em 2000, há um crescimento acentuado no número de adesões de novos municípios ao PSF (27 adesões), o que pode ser explicado principalmente pela entrada em vigência da Portaria Estadual nº 183-N, dezembro de 1999, regulamentando novos incentivos à implantação desse Programa no Estado.

No ano de 2000, foi realizado apenas um curso, com quatro turmas (VI CBSF), requalificando 83 profissionais. A demanda gerada pela adesão ocorrida nesse ano seria atendida principalmente pela realização do VII, VIII, IX, X e XI CBSF, em 2001, quando foram requalificados 258 profissionais. Nesse mesmo ano, onze novos municípios aderiram ao PSF.

É importante observar que, pela própria característica do CBSF de ser um curso de formação em serviço, estruturado por módulos e intervalos de dispersão, sua duração é bastante prolongada (cerca de oito meses) e, muitas vezes, os municípios aderiram ao PSF quando o curso já havia sido iniciado. Desse modo, os profissionais ficavam aguardando o início de um novo curso, quando se configurava uma demanda suficiente para a formação de novas turmas. Assim, apesar de alguns municípios fazerem a adesão em um dado momento, suas equipes só seriam requalificadas num período posterior. Ocorre que, dessa forma, o Pólo não conseguiu atender prontamente à demanda emergente por requalificação de pessoal, pois, via de regra, a formação de novas ESFs nos municípios ocorreram quando as turmas já haviam sido fechadas ou os cursos já estavam em andamento. O reduzido número de monitores apresentou-se como fator limitante para a abertura de novos cursos simultaneamente.

Na pesquisa com os egressos do CBSF, constatou-se que 68% dos profissionais iniciaram suas atividades na ESF antes de participarem do CBSF, sendo esse número maior entre os médicos (81%) do que entre os enfermeiros (55%). A média de tempo trabalhado antes de iniciar o curso foi de três meses para as duas categorias.

Esse fato pode explicar, por exemplo, a iniciativa da Prefeitura Municipal de Vitória de optar por requalificar por conta própria os profissionais de suas ESFs. No I CBSF, a Prefeitura Municipal de Vitória havia requalificado dezesseis profissionais. Desses, sete se tornaram monitores formados a partir desse curso para atuar no Pólo Estadual. Sob a alegação de que o Pólo Estadual não oferecia número suficiente de vagas para dar conta do avanço das ESF no município, a partir de 1999, a Secretaria Municipal de Saúde passou a investir em um curso próprio de requalificação para os profissionais de suas ESF.

Por outro lado, como já se referiu, o Pólo passou a investir na reconfiguração do seu quadro de monitores, visando a diminuir a dependência dos técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, que atuavam como monitores na realização dos cursos básicos. Atualmente, somente quatro monitores do Pólo são ligados à Prefeitura Municipal de Vitória.

Até o final de 2001, no Espírito Santo, haviam sido implantadas 268 ESFs e o Pólo havia requalificado 480 profissionais, com a oferta de cursos centralizados na cidade de Vitória. Considerando a demanda crescente por requalificação de pessoal para as ESFs e as dificuldades apontadas para operacionalização das ações do Pólo, esse é um saldo que pode ser considerado positivo, muito embora não se tenha conseguido atender à demanda com a presteza necessária. Note-se que, para obtenção desse resultado, muitas vezes o Pólo teve que ofertar muito mais cursos por ano do que a meta que havia sido estabelecida inicialmente, de dois cursos anuais.

Analisando a atuação dos Pólos nas várias unidades da Federação, Souza *et al.* (2002, p. 22) fazem a seguinte observação:

[...] apesar de todos os esforços despendidos pelos Pólos na oferta dos cursos, inclusive ultrapassando na maioria das vezes as metas programadas quando da elaboração anual dos Planos de Trabalho, o que se constata, na realidade, é que esta oferta de capacitação está sendo insuficiente para a velocidade da expansão das equipes e para a necessidade de seus profissionais.

Para que as ações de requalificação de pessoal possam alcançar resultados mais profícuos, há que se pensar em novas estratégias, buscando, inclusive, que essas ações sejam realizadas de forma descentralizada, conforme recomendação do próprio Ministério da Saúde. Consoante essa diretriz, o Pólo Estadual, a partir de 2002, começou a descentralizar algumas de suas ações de capacitação pelas macrorregiões do Estado do Espírito Santo.

CAPÍTULO 5

5 O PAPEL DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA REQUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo, busca-se correlacionar o conjunto de atribuições fundamentais das ESFs com os conteúdos desenvolvidos pelo CBSF, verificando em que medida as ações de ensino-aprendizado foram capazes de promover a requalificação dos profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde Família para o desempenho dessas atribuições. Pretende-se, assim, avaliar o alcance efetivo desse curso na requalificação dos enfermeiros e médicos que atuam nas equipes de Saúde da Família nos municípios pesquisados.

Desse modo, este capítulo pretende focar as práticas em saúde, no âmbito da atenção básica e, principalmente, analisar o papel daqueles que, para serem os executores da assistência à saúde, devem ser planejadores, que identificam, conhecem e analisam a realidade local, a fim de propor ações que possam interferir nas situações ou problemas identificados. Sabe-se que o desenvolvimento dessa nova prática em saúde coloca a exigência de novos conhecimentos, habilidades e atitudes para a consolidação de um novo modelo.

Nessa perspectiva, considerando o universo da pesquisa, compreendido especificamente pelos médicos e enfermeiros atuantes no PSF do Estado do Espírito Santo, inicia-se com o exame das atribuições fundamentais das ESFs para, posteriormente, a partir da identificação do perfil dos egressos do CBSF e das atividades desenvolvidas nas equipes, consoante os objetivos de cada unidade de aprendizagem e seus conteúdos, verificar quais foram de fato as contribuições geradas por esse curso para o desenvolvimento das atividades profissionais nas USFs, no desafio de qualificar para as novas práticas em saúde.

Os principais instrumentos utilizados para a coleta dessas informações foram os documentos do Ministério da Saúde, o Plano de Curso do CBSF, o questionário aplicado aos egressos e as informações obtidas a partir de entrevista direta com as informantes-chave.

5.1 ATRIBUIÇÕES BÁSICAS DAS ESFS E ESPECÍFICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

A complexidade que está embutida nas ações em saúde, no âmbito da organização da atenção básica, impõe a necessidade de repensar as práticas, quando se pretende construir um novo modelo assistencial em saúde.

Desse ponto de vista, o Treinamento Introdutório, enquanto pré-requisito de atuação no PSF, configura-se como um instrumento bastante importante no processo de requalificar os futuros integrantes das equipes de Saúde da Família. A estes devem ser oferecidos os conceitos fundamentais do PSF para que possam desempenhar com competência as atribuições fundamentais das Unidades de Saúde da Família (USF).

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

O *planejamento das ações* tem como objetivo responder às necessidades de saúde da população a partir do diagnóstico da realidade a ser trabalhada. Nesse diagnóstico, devem ser considerados os aspectos demográficos, socioeconômicos, socioculturais, do meio ambiente e sanitário. Em seguida, deve ser elaborado e avaliado o plano de ação. O processo de discussão do diagnóstico e elaboração do plano de ação deve ser realizado com a participação de todos os membros da ESF e da comunidade.

Na atribuição *saúde, promoção e vigilância à saúde*, a saúde é entendida como produção social, “[...] como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia” (MS/DAB, 2001, p. 73). Desse modo, deve-se buscar a sintonia entre os diferentes setores (intersetorialidade) e a participação social, com o objetivo de que as pessoas adquiram consciência de que “[...] podem tomar a iniciativa, são sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente” (p.74).

A principal concepção da *atribuição do trabalho interdisciplinar em equipe* está centrada na importância da diversidade de saberes dos profissionais, de diferentes áreas, que compõem as equipes de saúde, que podem gerar impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Além disso, pressupõe romper com a visão do saber e do poder centrado no médico, valorizando a prática multiprofissional (SOUZA *et al.*, 2000).

Na atribuição *abordagem integral da família*, o indivíduo é visto dentro do seu contexto socioeconômico e cultural, com ética, compromisso e respeito. “Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento” (MS/DAB, 2001, p. 74). Nesse sentido, o profissional deve compreender a dinâmica do ambiente familiar, respeitando e valorizando as características daquele núcleo de pessoas.

No interior dessas atribuições mais amplas, encontram-se as funções básicas ou comuns a todos os membros da equipe e aquelas que são específicas de seus membros.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, *A implantação da Unidade de Saúde da Família* (2000b), as atribuições básicas de uma equipe da saúde são as seguintes:

- a) conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- b) identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- c) elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco saúde;
- d) executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os fatores de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo da vida;
- e) valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculos de confiança, de afeto e de respeito;
- f) realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- g) resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- h) garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- i) prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- j) coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- k) promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- l) fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- m) incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

O documento *Guia Prático do PSF* (MS/DAB, 2001) define as atribuições específicas dos médicos e enfermeiros do seguinte modo:

Atribuições específicas dos médicos:

- a) realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita;
- b) realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio;
- c) realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção da atenção básica, definidas na *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001*;
- d) fomentar a criação de grupos de patologias específicas;
- e) realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências;
- f) encaminhar os usuários aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência;
- g) realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- h) indicar internação domiciliar;
- i) solicitar exames complementares;
- j) verificar e atestar óbito.

Atribuições específicas dos enfermeiros:

- a) realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- b) realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- c) executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, no nível de suas competências;
- d) realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- e) realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias na intervenção da atenção básica, definidas na *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001*;
- f) organizar e coordenar os grupos de patologias específicas;
- g) supervisionar e coordenar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Além dessas, duas outras atribuições específicas são comuns aos dois profissionais: executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, adulto, mulher e idosos, e aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva.

Todas essas atribuições colocam as bases das ações do trabalho a ser realizado pelas ESFs nas Unidades de Saúde da Família.

Como está expresso no *Guia Prático do PSF*,

[...] esse é um trabalho complexo, que exige dos profissionais conhecimentos específicos da sua profissão (método clínico e fundamento da enfermagem), além de conhecimento do método epidemiológico. Exige, igualmente, bom senso para trabalhar as relações interpessoais, ou seja, capacidade para lidar com as várias dimensões do ser humano (MS/DAB, 2001, p. 82).

Conforme explica Souza *et al.* (2001, p. 21), além disso, é preciso a incorporação de outros saberes:

A estratégia da Saúde da Família traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde pautado [...] na incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico, o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica.

O desenvolvimento dessa nova prática em saúde coloca, portanto, a exigência de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes adequados para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde.

5.2 PERFIL DOS EGRESSOS – ENFERMEIROS E MÉDICOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS

O universo da pesquisa, configurado a partir dos *municípios com maior número de enfermeiros e médicos qualificados pelo CBSF em todas as macrorregiões*, conforme foi explicado no Capítulo 3, acabou resultando uma amostra definida pelo retorno dos questionários encaminhados, que totalizou 37 profissionais (21 enfermeiros e 16 médicos), egressos do CBSF, que atuavam na Macrorregião Metropolitana, nos municípios de Vitória, Aracruz, Anchieta, Vila Velha, Santa Tereza e João Neiva; na Macrorregião Norte, os que atuavam no município de São Mateus; na Macrorregião Noroeste, nos municípios de Pancas e Mantenedópolis, Governador Lindemberg e Colatina; e na Macrorregião Sul, nos municípios de Muniz Freire, Mimoso do Sul e Iúna.

Os dados obtidos com esses profissionais por meio dos questionários (Apêndice F) foram tabulados e os seus resultados, juntamente com outras informações pesquisadas nas entrevistas e relatórios vieram balizar as análises contidas nos tópicos seguintes.

5.2.1 Identificação geral dos egressos pesquisados

O perfil desses egressos, quanto ao sexo, é preponderantemente (62%) feminino (Tabela 9), sendo esse dado mais significativo entre os enfermeiros (85%). O predomínio das mulheres nas ESFs foi também observado nos dados apresentados pela pesquisa *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil* (Machado et al. 2000, p. 29) em que a enfermagem representava 90,9% e a medicina 44,05%.

TABELA 9- CLASSIFICAÇÃO POR SEXO DOS EGRESSOS SEGUNDO A PROFISSÃO

Sexo	Médico	Enfermeiro	Geral
Masculino	68,8	15,0	37,8
Feminino	31,2	85,0	62,2
TOTAL	100	100	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Analisando os dados sobre a faixa etária, verifica-se que a idade média dos egressos (Tabela 10) é 37 anos, sendo expressiva a concentração de profissionais na faixa etária de 20 a 30 anos (25% dos médicos e 50% de enfermeiros). Os egressos entre 20 e 25 anos estão todos concentrados na categoria de enfermagem (20%), enquanto os acima de 51 anos encontram-se todos na categoria médica (37%). Esse perfil etário dos egressos do CBSF demonstra a existência de duas faixas etárias – até 30 anos, que reflete a “juventude das equipes”, e acima de 45 anos, que representa a “senhoridade” das mesmas, conforme foi conceituado na pesquisa *Avaliação da Implementação do PSF em dez centros urbanos* (ESCOREL, 2002, p. 144)

Os dados referentes à escolaridade dos profissionais de saúde demonstram que há uma pequena predominância (57%) da escola pública sobre a privada nas duas categorias pesquisadas. Os enfermeiros das ESFs formaram-se mais em escola pública (60%), enquanto os médicos dividiram-se de igual modo (índice de 50%) entre as duas alternativas analisadas.

TABELA 10 – CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS EGRESSOS

Opções	Médico	Enfermeiro	Geral
de 20 a 25 anos	0,0	20,0	10,8
de 26 a 30 anos	25,0	30,0	29,8
de 31 a 35 anos	12,5	25,0	18,9
de 36 a 40 anos	12,4	10,0	10,8
de 41 a 45 anos	6,3	15,0	10,8
de 46 a 50 anos	6,3	0,0	2,7
de 51 a 55 anos	25,0	0,0	10,8
mais de 55 anos	12,5	0,0	5,4
Idade Média	45 anos	31 anos	37 anos
TOTAL	100	100	100

Fonte: Pesquisa de Campo

O tempo médio de formado dos pesquisados foi de nove anos, faixa considerada pela pesquisa *Os médicos no Brasil* como de “afirmação profissional” (Machado *et al.*, 2000, p. 30). Os médicos são a categoria que apresenta o maior tempo médio, doze anos, enquanto os enfermeiros apresentam sete anos. No entanto, chama a atenção que metade dos enfermeiros têm até quatro anos de formados e 6% dos médicos têm até um ano de formados, o que pode significar a emergência de um novo mercado de trabalho configurado pelo PSF para aqueles que iniciam sua carreira profissional.

A maioria dos enfermeiros e médicos possui título de especialista. Entretanto, nenhum deles tem titulação *strito sensu*.

Os enfermeiros têm título de especialização principalmente nas áreas de Saúde Pública (46%), Pedagogia na área de Enfermagem (23%), Saúde da Família (15%), Gestão em Serviços de Saúde (8%) e Auditoria em Saúde (8%).

Os principais títulos de especialização dos médicos são em Saúde da Família (37%) e Endoscopia Digestiva, Medicina do Trabalho e Pediatria, com 12% cada uma delas.

A pesquisa confirmou uma baixa qualificação dos médicos na área de residência, tal como já havia sido apontado na pesquisa do *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil* (Machado *et al.*, 2000, p. 30). Somente 12% haviam concluído residência nas especialidades de Anestesiologia e Pediatria.

Esses dados apresentam uma heterogeneidade de formação dos egressos, observando-se que, entre os enfermeiros, predomina o perfil de sanitarista, enquanto os médicos têm um perfil de clínico, dados também confirmados pela pesquisa.

A maioria (72%) dos médicos e enfermeiros informou ter concluído o curso de especialização entre os anos de 2001 a 2002, com predominância na instituição pública (62%).

A ocorrência de participação no curso de Especialização em Saúde da Família (Tabela 11) entre os egressos foi de 41%, considerando os que já haviam concluído e aqueles que estavam em fase de conclusão. Dos que já concluíram, a proporção é igual entre enfermeiros e médicos. Há uma predominância de enfermeiros entre os que estão concluindo o curso. A maioria (60%) concluiu entre 2001 e 2002 e 15% concluirão em 2003. Dos que já concluíram, 75% realizaram o I Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pelo Pólo Estadual, traduzindo uma resposta positiva do Pólo na qualificação dos profissionais de Saúde da Família. São profissionais dos municípios de Vitória, Aracruz, Muniz Freire, Mimoso do Sul e Colatina. Os que ainda estão em fase de conclusão são do município de São Mateus e Aracruz.

TABELA 11 – PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Opções	Médico	Enfermeiro	Geral
Sim	25,0	29,0	27,0
Não	43,7	29,0	35,0
Em conclusão	6,3	19,0	14,0
Não respondeu	25,0	23,0	24,0
TOTAL	100	100	100

Fonte: Pesquisa de Campo

5.2.2 Atuação Profissional

A rotatividade ou a não fixação dos profissionais nas USFs dos municípios tem sido apresentada por alguns estudiosos como fator que compromete a sustentabilidade do PSF (SCOREL, 2002). Nesta pesquisa, foram consideradas as seguintes variáveis para observar esse fato: o tempo de atuação dos profissionais na atual ESF, no mesmo município e na mesma equipe; a atuação em outros municípios do Estado ou fora deste e as razões que motivaram mudanças para outro município ou Estado; os motivos para escolha de atuação no PSF; a modalidade de contrato de trabalho e carga horária e os pré-requisitos para realizar a sua atividade.

O tempo médio de atuação dos egressos na atual ESF foi de 33 meses (Tabela 12). Verificou-se, entretanto, que há uma concentração daqueles que atuavam de 13 a 24 meses, sendo os médicos preponderantes nessa faixa (56%).

TABELA 12 - TEMPO DE ATUAÇÃO NA EQUIPE ATUAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Tempo na ESF	Médico	Enfermeiro	Geral
De 7 a 12 meses	6,3	10,0	8,1
De 13 a 24 meses	56,2	28,0	40,5
De 25 a 36 meses	12,5	28,0	21,6
De 37 a 48 meses	12,5	10,0	10,8
mais de 48 meses	12,5	24,0	19,0
TOTAL	100	100	100
Média de Tempo na ESF	29 meses	36 meses	33 meses

Fonte: Pesquisa de Campo

Os dados demonstraram, também, que a maioria dos egressos permaneceu no mesmo município (Tabela 13) sendo relativamente elevado (68%) o índice de permanência na mesma equipe (Tabela 14). Esses dados apontam que, apesar da rotatividade, existe uma tendência de fixação dos profissionais no emprego, considerando que o PSF estava em implantação e que estudos econômicos indicam que períodos superiores a um ano de permanência no trabalho sugerem fixação (ESCOREL, 2002).

TABELA 13 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO MESMO MUNICÍPIO

Atuou sempre no mesmo município	Médico	Enfermeiro	Geral
Sim	75%	71%	73%
Não	25%	29%	27%
TOTAL	100%	100%	100%

Fonte: Pesquisa de Campo

Em contraponto, nos egressos pesquisados, observou-se que 29% dos enfermeiros e 25% dos médicos já trabalharam no Programa de outro município ou de outro Estado. Esses dados superam a média nacional (18,91%) e indicam um movimento de rotatividade dos profissionais (MACHADO *et al.*, 2000).

TABELA 14 – ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA MESMA EQUIPE

Atuação na Mesma Equipe	Médico	Enfermeiro	Geral
Sim	69%	67%	68%
Não	12%	28%	24%
Não respondeu	19%	5%	8%
TOTAL	100	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo

Dos municípios do Estado em que esses profissionais trabalharam, Aracruz foi aquele em que os médicos mais atuaram (50%), enquanto os enfermeiros referiram mais o município de Vitória (40%).

Quanto à atuação no PSF em outro Estado, somente os enfermeiros tiveram essa experiência, atuando nos Estados de Minas Gerais (67%) e Rio de Janeiro (33%).

O principal motivo da mudança de município ou Estado (Tabela 15) foi devido ao fato de o PSF desenvolvido no município atual ser mais estruturado, seguido de o novo local de trabalho se colocar mais próximo da residência do profissional e o salário atual ser maior. Ter mudado de residência para o município atual e o de ter dificuldades com a coordenação municipal do PSF foram apresentados em igual proporção.

Merece destaque o fato de que, para o principal motivo apresentado, “*o PSF estar mais estruturado no município atual*”, os enfermeiros foram mais enfáticos do que os médicos. Isso pode sugerir um maior envolvimento da categoria de enfermagem com as mudanças preconizadas pelo PSF.

A maioria dos médicos e enfermeiros já havia desenvolvido uma atividade anterior ao PSF, principalmente na atividade assistencial generalista, mais indicada pelos médicos do que pelos enfermeiros, e atividade gerencial, mais indicada pelos enfermeiros do que pelos médicos. Para 25% dos enfermeiros e 13% dos médicos, o PSF era a primeira experiência com a atividade profissional, o que se ajusta ao dado anterior de tempo de formado, em que se identificou quantidade expressiva, principalmente de enfermeiros, com até quatro anos de formados e médicos com até um ano.

TABELA 15 - MOTIVO DA MUDANÇA DE MUNICÍPIO OU ESTADO

Motivo de mudança	Médico	Enfermeiro	Geral
Salário maior	14%	20%	18%
Área distante de minha residência	14%	20%	18%
Residindo no município atual	14%	10%	12%
Equipe desativada	0,0	0,0	0,0
Dificuldade com a equipe	0,0	0,0	0,0
Dificuldade com a coordenação municipal	14%	10%	12%
O PSF desenvolvido no município atual é mais estruturado	14%	40%	30%
Mudei para minha cidade natal	14%	0,0	6%
Perseguição política	14%	0,0	6%
Número de Citações	7	10	17

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: 1) Aplicável somente para quem atuou em mais de um município - 10 respondentes

2) A quantidade de citações é superior à quantidade de observações devido às respostas múltiplas

De acordo com análise de Lopes *et al.* (2002, p. 30) sobre a regulamentação das profissões, as modalidades de contratação sugeridas como as mais adequadas para o provimento permanente para os profissionais de nível superior e nível médio, “[...] cujas profissões já são formalmente reconhecidas com mecanismos de regulação definida em um arcabouço jurídico [...]”, são concurso público, em cargo efetivo (regime estatutário) ou emprego público (regime celetista).

As modalidades de contratação das ESFs observadas na pesquisa apresentaram-se bastante heterogêneas e caracterizavam-se pela precariedade do vínculo profissional, como demonstrado em outros estudos.

Os dados da pesquisa confirmaram uma tendência nacional, em que proliferam diversas formas de contratação flexibilizada de pessoal, decorrente do processo de descentralização do SUS, pela expansão de cobertura e de implantação de um novo modelo de cuidados a partir do PSF, associado às restrições impostas ao gasto público (CORDEIRO, 2001).

Mais da metade dos profissionais foi contratada temporariamente e por formas precárias de incorporação ao trabalho: cooperativa de profissionais (22%); contrato celetista com a SMS (20%); contrato celetista por meio de convênio entre as SMS e a OSCIP ou ONG (11%); serviço prestado a SMS por empresa (11%); contrato celetista por meio de convênio de co-gestão entre as SMS e Associação de Moradores (5%); e cargo em comissão (5%).

Somente 14% dos profissionais eram efetivos. Os enfermeiros informaram mais essa modalidade (19%) do que os médicos (6%).

A carga horária dos egressos é diferenciada entre enfermeiros e médicos. Os primeiros informaram jornada de trabalho de quarenta horas semanais obrigatórias e exclusivas, enquanto a metade dos médicos informou que, além dessa jornada de trabalho, há flexibilidade de carga horária para outra atividade, conforme foi apontado por Machado *et al.* (2000) e confirmado por Escorel (2001) nas pesquisas referidas anteriormente. Essa diferenciação de carga horária contraria uma das diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde, no que refere à organização do trabalho das ESF (SOUZA *et al.*, 2002).

Os principais motivos que justificaram a escolha de atuar no PSF (Tabela 16) apresentados pelos profissionais foram compartilhar da idéia de que a estratégia da Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no município e que ela pode ser um avanço no sentido do controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde, o que, conforme Escorel (2002, p. 147), “[...] aponta para aceitação da dimensão ideológica do programa quanto à transformação do modelo assistencial [...], constituindo fator facilitador para a sua implementação”.

TABELA 16 – RAZÕES PARA TRABALHAR NO PSF

Razão da Escolha	Médico	Enfermeiro	Geral
Campo de trabalho promissor, com salário diferenciado e jornada de trabalho fixa	31%	24%	30%
Motivação para trabalhar com as comunidades pobres	69%	24%	43%
A Secretaria Municipal ofereceu a possibilidade de mudar de prática dentro da rede municipal	6%	10%	8%
Considera as atribuições de médicos e enfermeiros do PSF compatíveis com sua formação e especialização	44%	5%	22%
Por estar desempregado	0%	14%	8%
Concorda com a idéia de que a estratégia da Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS	75%	62%	68%
Pensa que a estratégia de Saúde da Família pode ser um avanço no sentido do controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde	69%	67%	68%

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: A quantidade de citações é superior ao número de observações, devido às respostas múltiplas (o entrevistado poderia escolher mais de uma alternativa de resposta)

Por outro lado, uma significativa parcela também apontou motivação para trabalhar com comunidades pobres, o que revela um outro viés do PSF, principalmente do início de sua implantação, de política de saúde focalizada. O terceiro fato motivador mais apontado foi

perceber o PSF como campo de trabalho promissor, com salário diferenciado e jornada de trabalho fixa. Uma outra parcela, preponderantemente de médicos, considerou que as atribuições profissionais do PSF são compatíveis com sua formação e especialização. Somente uma pequena parcela (8%) de enfermeiros informou o desemprego e falta de outras alternativas como motivo de escolha.

Indagados sobre que fatores consideravam fundamentais para o exercício da atual atividade no PSF (Tabela 17), podem-se identificar dois grupos de respostas: as que se referem à qualificação profissional e as relativas à gestão dos serviços.

TABELA 17 - PRÉ-REQUISITO PARA A ATIVIDADE

Pré-requisito	Médico	Enfermeiro	Geral
Receber treinamento para as novas atribuições	87,5	71,4	78,3
Participar de encontros entre os profissionais da Saúde da Família para troca de experiência	81,3	66,6	72,3
Receber treinamento de atualização em atenção básica	68,8	71,4	70,3
Receber capacitação permanente focalizada em grupos específicos	50,0	76,2	67,5
Receber treinamento que permita a elaboração ou o aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local	50,0	76,2	64,9
Realizar curso de especialização em Saúde da Família	50,0	42,8	45,9
Realizar curso de especialização em Saúde Pública	18,8	33,3	27,0
Realizar curso de especialização em sua área de formação	0,0	4,8	2,7
Ter coordenador municipal do PSF qualificado para exercer esta função	62,5	76,2	70,3
Ter o PSF uma política de reorientação do modelo assistencial	62,5	76,2	70,3

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: A quantidade de citações é superior ao número de observações, devido às respostas múltiplas (o entrevistado poderia escolher mais de uma alternativa de resposta)

No primeiro grupo de respostas (qualificação profissional), as opções mais destacadas foram: receber treinamento para as novas atribuições; receber treinamento de atualização em atenção básica; participar de encontros entre os profissionais da Saúde da Família para troca de experiência; receber treinamento que permita a elaboração ou o aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local; e receber capacitação permanente focalizada em grupos específicos. Os cursos de especialização, tanto em Saúde da Família, quanto o de Saúde

Pública e, principalmente, os cursos voltados para a sua área de atuação e receber na graduação capacitação para a atividade, foram os itens menos abordados.

No segundo grupo de respostas (gestão dos serviços), os egressos apontaram, em igual proporção, a necessidade de que o PSF seja uma política de reorientação do modelo assistencial e o coordenador municipal do PSF seja qualificado para exercer essa função.

Esses dados indicam a importância dos conteúdos a serem abordados no CBSF, visando ao desenvolvimento das atribuições fundamentais das ESF. Por outro lado, apontam para o Pólo Estadual que a demanda por qualificação dos profissionais de saúde da família de nível superior se circunscreve na viabilização de um processo de educação permanente nos serviços de Saúde da Família. Além disso, reafirmam a aceitação ideológica da proposta do PSF ao compartilharem da idéia de que ele seja uma política de reorientação do modelo assistencial e que os coordenadores municipais devem ser qualificados para o exercício dessa função.

5.3 O CBSF E O DESEMPENHO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NAS ESF

A análise deste tópico está centrada na contribuição do CBSF para o desempenho profissional, a partir do conjunto de atribuições definidas no âmbito do DAB/MS para as ESFs. Isto é, à luz do conjunto das atribuições definidas oficialmente e sua relação com o conjunto de conteúdos abordados no CBSF, definidas pelo Projeto Pedagógico do curso, busca-se identificar o conjunto das competências demandadas para a realização das atribuições básicas da equipe de Saúde da Família e as específicas de médicos e enfermeiros. Por meio da pesquisa com os egressos, identificam-se as atividades e as ações prioritárias desenvolvidas nas ESF e sua relação com os conteúdos abordados pelo CBSF, buscando avaliar o seu alcance em face aos objetivos estabelecidos.

No CBSF, de forma diversa do que tem sido definido como ensino baseado em competências, não foram definidas as competências e habilidades requeridas pelos profissionais nas ESF, para balizar a elaboração da programação dos conteúdos de ensino. Note-se que, na criação e reforma do curso, a discussão do ensino baseado em competências ainda não havia sido realizada no Pólo Estadual. De fato, esse é um tema que só mais recentemente vem ganhando destaque no setor saúde.

No documento *Implantação da Unidade de Saúde da Família* (MS/SPP/DAB, 2000a), são apresentadas várias atribuições básicas das ESFs e as atribuições específicas de médicos e enfermeiros. Dessas, foram selecionadas aquelas consideradas imprescindíveis para o desenvolvimento inicial da equipe de Saúde da Família, com base nas diretrizes do *Treinamento Introdutório* (MS/SPP/DAB, 2000c). Em seguida, essas atribuições foram correlacionadas com os conteúdos do CBSF, sendo identificadas as competências requeridas para cada atribuição em termos das atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais das ESF. Essas informações estão contidas no Quadro 6 e no Quadro 7, apresentados nas páginas seguintes.

Com o objetivo de identificar a relação dos conteúdos do CBSF com o conjunto de atribuições definidas pelo DAB/MS, foi elaborado um grupo de perguntas aos entrevistados e aos egressos, tendo como referência os Quadros 6 e 7.

O Quadro 6 define as competências a serem desenvolvidas pelo CBSF a partir das atribuições básicas da ESF e atribuições específicas de médicos e enfermeiros, correlacionando-as com os conteúdos do CBSF. Foram definidas as seguintes competências: *planejamento das ações de saúde e avaliação do grupo familiar* (atribuições básicas) e *prevenção de grupos específicos* (atribuições específicas).

O Quadro 7 mostra as atividades desenvolvidas pelo curso a partir das atribuições definidas pelo primeiro quadro.

A competência *Planejamento das ações de saúde* foi definida como a capacidade de desenvolver, em equipe e com a participação da comunidade, o processo de planejamento das ações de saúde no âmbito de sua área de abrangência, com base no conhecimento da realidade socioeconômico-cultural e do perfil epidemiológico da população.

A competência *Avaliação do grupo familiar* foi definida como a capacidade de buscar associação com as pessoas e suas famílias, identificando as diferentes situações de agravo à saúde e como a doença é percebida pelos diversos componentes do grupo familiar.

A competência *Prevenção e monitoramento de grupos específicos* foi definida como a capacidade de executar ações de prevenção e monitoramento apontadas pelo planejamento, dirigidas a grupos específicos. Apesar de as atribuições dos médicos e enfermeiros serem distintas, para realizar tais atribuições, a competência é idêntica.

Atribuições da ESF	Competência	Conteúdo do CBSF
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta - Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde da população 	<p>Planejamento das ações de saúde</p> <p>(capacidade de desenvolver, em equipe e com a participação da comunidade, do processo de planejamento das ações de saúde no âmbito da sua área de abrangência, com base no conhecimento da realidade socioeconômico-cultural e do perfil epidemiológico da população)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de territorialização de microárea de abrangência - Consolidação, interpretação e análise dos dados (noções gerais) - Diferença entre dados e informações - Método da Estimativa Rápida (diagnóstico demográfico, diagnóstico socioeconômico-político e identificação dos traços culturais) - Critérios para definição de prioridades - Mapeamento: finalidades e técnicas - Momentos do planejamento com enfoque estratégico - Indicadores de avaliação em saúde - Informação em saúde: apresentação dos sistemas, instrumentos e análise dos dados
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis - Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, fundamental no processo de cuidar - Monitorar a situação de saúde das famílias 	<p>Avaliação do grupo familiar</p> <p>(capacidade de buscar associação com as pessoas e suas famílias, identificando as diferentes situações de agravo à saúde e como a doença é percebida pelos diversos componentes do grupo familiar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Introdução à teoria sistêmica -Introdução do conceito de “trabalho com famílias” -Dinâmica familiar: conceito, eventos vitais (nascimento, envelhecimento, adoecimento, morte) e sociais (casamento, separação, desemprego, envolvimento de um membro da família com atos ilícitos, entre outros) - Família: conceito, tipos e estrutura - Apresentação das ferramentas: genograma, ciclo de vida das famílias, F.I.R.O. e P.R.A.C.T.I.C.E.
<ul style="list-style-type: none"> - Prestar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva - Assistir as pessoas em todas as fases e especificidades da vida: criança, adolescente, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de deficiências específicas e idosos - Realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências - Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais - Realizar partos, se as condições locais o permitirem 	<p>Prevenção e monitoramento de grupos específicos (médico)</p> <p>(capacidade de executar ações de prevenção e monitoramento definidas pelo planejamento dirigidas a grupos específicos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Teoria sistêmica - “Quatro princípios do PSF” (profissional hábil, profissional como fonte de recursos para a comunidade, disciplina baseada na comunidade e o indivíduo e a comunidade como foco de atenção do profissional) - Ferramentas: genograma, ciclo de vida das famílias, F.I.R.O. e P.R.A.C.T.I.C.E. - Apresentação do método Educação com Adulto
<ul style="list-style-type: none"> - Executar ações de assistência básica e de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso 	<p>Prevenção e monitoramento de grupos específicos (enfermeiro)</p> <p>(capacidade de executar ações de prevenção e monitoramento definidas pelo planejamento dirigidas a grupos específicos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Teoria sistêmica - “Quatro princípios do PSF” (profissional hábil, profissional como fonte de recursos para a comunidade, disciplina baseada na comunidade e o indivíduo e a comunidade como foco de atenção do profissional) - ferramentas: genograma, ciclo de vida das famílias, F.I.R.O. e P.R.A.C.T.I.C.E. - Apresentação do método Educação com Adultos

QUADRO 6 – RELAÇÃO ENTRE ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E CONTEÚDOS DO CBSF

FONTE: Quadro elaborado a partir de dados colhidos no Caderno de Atenção Básica-nº 1, DAB/MS, Guia Prático do PSF, DAB/MS e Plano de Curso do CBSF, SESA/ PÓLO-ES, 2001

Atribuições	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta - Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde da população 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise dos dados - Identificação dos problemas existentes, suas causas e riscos - Escolha das prioridades - Planejamento das atividades - Programação das atividades pactuadas com a comunidade - Definição dos objetivos, metas e recursos disponíveis - Acompanhamento e avaliação do impacto das ações sobre a realidade diagnosticada - Elaboração do mapeamento local: mapa estático e mapa inteligente
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis - Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, fundamental no processo de cuidar - Monitorar a situação de saúde das famílias 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as estruturas da família e preparar uma estratégia personalizada para cada estrutura - Conhecer e respeitar a realidade e crenças da família - Compreender como a doença do paciente é percebida pelos diversos componentes do grupo familiar, no que acreditam ou gostam de fazer - Discutir com a família os determinantes dos processos patogênicos daquele agrupamento familiar - Conhecer a estrutura das famílias, suas relações de poder e trocas de sentimentos - Compreender os ciclos de vida das famílias e como influenciam o processo saúde-doença - Descrever a família, seu padrão de adoecer e de se relacionar
<ul style="list-style-type: none"> - Executar as ações de assistência integral, aliando atuação clínica à de saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especificidades da vida: criança, adolescente, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de doença específicas e idosos - Realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências - Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais - Realizar partos, se as condições locais o permitirem 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta clínica individual para a população cadastrada - Consulta clínica individual para grupos prioritários - Outras atividades programáticas com grupos prioritários - Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF - Atendimento de emergência/urgência - Pequenas cirurgias ambulatoriais - Partos domiciliares - Visita domiciliar - Ações de educação em saúde - Reunião com a comunidade
<ul style="list-style-type: none"> - Executar, em nível de suas competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermagem para a população cadastrada - Consulta de enfermagem para grupos prioritários - Outras atividades programáticas com grupos prioritários - Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF - Atendimento de emergência/urgência - Pequenas cirurgias ambulatoriais - Partos domiciliares - Visita domiciliar - Ações de educação em saúde - Reuniões com a comunidade - Supervisão do trabalho de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde

QUADRO 7 - RELAÇÃO ENTRE ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS EGRESSOS DO CBSF

FONTE: Quadro elaborado a partir de dados colhidos no CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA –Nº 1, 2000, DAB/MS E PLANO DE CURSO DO CBSF, SESA/PÓLO-ES, 2001

O conjunto de perguntas às informantes-chave tinha como enunciado a avaliação da prioridade conferida pelo CBSF na capacitação para o desempenho dessas atribuições, a observação como os conteúdos eram ensinados e se os profissionais recebiam informações e realizavam exercícios e atividades suficientes para o desenvolvimento dessas competências, quando retornavam para as suas atividades cotidianas.

O conjunto de perguntas aos egressos estava concentrado no Bloco 3 do questionário aplicado, denominado *Requalificação Profissional*, nos itens participação no Curso Básico em Saúde da Família; trabalho em equipe; incorporação dos conteúdos e instrumentos ministrados no CBSF; e avaliação do CBSF (Apêndice F - Questionário aos egressos).

Com o intuito de identificar quando esses profissionais haviam participado do curso, pode-se verificar que 66% dos egressos participaram do CBSF entre 1997 a 2000 e 32% participaram do curso em 2001. Em 1997, somente enfermeiros participaram do I CBSF. Nos outros anos, a participação foi quase igualitária entre as duas categorias.

Quando indagados sobre o início de suas atividades no PSF (Tabela 18), 68% dos egressos pesquisados informaram que haviam iniciado suas atividades antes de participarem do CBSF, sendo predominante essa situação entre os médicos (81%). Esse é um dado preocupante, se consideradas as atribuições a serem desenvolvidas por esses profissionais e o objetivo do curso introdutório.

TABELA 18 – INÍCIO DAS ATIVIDADES NO PSF ANTES DE PARTICIPAR DO CBSF

Opções	Médico	Enfermeiro	Geral
Sim	18,7	45,0	32,4
Não	81,3	55,0	67,6
TOTAL	100	100	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Esses dados podem indicar que o Pólo não tem conseguido atender à demanda com a mesma rapidez que se formam as equipes o que, de certo modo, pode pôr em questão seu caráter fundamental, ou seja, de curso introdutório. Além disso, pode-se levantar que, pelo menos num período, o desempenho das atribuições fundamentais das ESFs teria ficado comprometido pela falta de qualificação adequada.

A média de tempo nessa situação foi de três meses e as principais dificuldades relatadas (Tabela 19) por esses profissionais para o início das atividades nas ESFs se

relacionaram com o desconhecimento dos princípios do PSF, com o desconhecimento dos instrumentos de diagnóstico e planejamento de atividade da equipe e desconhecimento das atribuições básicas da ESF. Em menor proporção, foram apresentadas outras dificuldades, como o desconhecimento das atribuições específicas, o estabelecimento de vínculos com as famílias e a comunidade e o fato de trabalhar em equipe. No entanto, em número menor, outros profissionais informaram não terem encontrado dificuldades para o desenvolvimento inicial de suas atividades.

TABELA 19 - DIFICULDADES NAS ESFS ANTES DE REALIZAR O CBSF

Dificuldades encontradas	Médico	Enfermeiro	Geral
Desconhecimento dos instrumentos de diagnóstico e do planejamento de atividade da equipe	69,2	58,3	64,0
Desconhecimento dos princípios da PSF	53,8	66,7	60,0
Desconhecimento das atribuições básicas da ESF	61,5	58,3	60,0
Desconhecimento das atribuições específicas	15,4	33,3	24,0
Estabelecimento de vínculos com as famílias e a comunidade	15,4	25,0	20,0
Trabalho em equipe	7,7	0,0	4
Não encontrei dificuldades	15,4	16,6	16,0
NS/NR	0,0	8,3	4,0

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: 1) Aplicável somente para quem iniciou as atividades no PSF antes do CBSF

2) A quantidade de citações é superior ao número de observações, devido às respostas múltiplas (o entrevistado poderia escolher mais de uma alternativa de resposta)

Em seguida, são identificadas as atribuições que de fato são desenvolvidas no trabalho das equipes de Saúde da Família, especificamente as dos médicos e enfermeiros, e depois verificou-se como as atribuições estão relacionadas com o desempenho das competências *planejamento das ações, avaliação do grupo familiar e prevenção e monitoramento de grupos específicos*.

Planejamento das Ações de Saúde

Conforme a definição dada à competência *planejamento das ações de saúde*, apreende-se dos relatos das informantes-chave que essa foi uma competência difícil de ser desempenhada pelos alunos, apesar de o CBSF conferir destaque a esse tema, exercitado, inclusive, como uma das atividades intermódulo do curso.

No plano de curso do CBSF, o diagnóstico enfatizava a necessidade do envolvimento do aluno com o território, objeto de trabalho, a fim de mudar o modo de fazer saúde, e o plano

de ação realçava a importância da intervenção sobre os problemas prioritários no território de ação. O diagnóstico situacional do território e o plano de ação fizeram parte das tarefas intermódulos do CBSF, nos módulos I e II, respectivamente. “O planejamento é uma ferramenta de defesa do próprio profissional, pois ele é cobrado de várias formas, como por exemplo, pelos indicadores do Pacto da Atenção Básica (E2)”.

Entretanto, segundo a informante-chave E1, muitos alunos só realizaram essa atividade durante o curso, não reproduzindo o trabalho posteriormente, nas equipes.

Os principais motivos das dificuldades de assimilação e aplicação do planejamento, apresentados pelas entrevistadas, foram: a formação fragmentada do profissional desde a graduação; trabalho com indicadores; trabalho em equipe; grande demanda de trabalho nas unidades de saúde; envolvimento da comunidade, do coordenador do PSF, do secretário municipal e do prefeito e, conseqüentemente, a aplicação do princípio da intersetorialidade.

Uma das entrevistadas salientou, como já foi citado no capítulo anterior, que, no início do CBSF, não havia um modelo de plano de ação e que, no período de reformulação do curso, passou a ser uma tarefa intermódulo, sendo adotado um modelo simplificado a fim de torná-lo acessível. Mesmo assim, segundo ela, havia reclamações dos alunos alegando ser difícil fazê-lo e mais do que isso, colocá-lo em prática.

Relacionando algumas das dificuldades apresentadas pelas informantes-chave com a análise das respostas dos egressos sobre a dimensão *Incorporação dos conteúdos e instrumentos ministrados no CBSF*, verifica-se que os conhecimentos apreendidos no curso influenciaram a prática desses egressos no desempenho dessa competência. Isso ficou demonstrado quando avaliaram e indicaram o grau de importância dos trabalhos intermódulos, na realização periódica do diagnóstico situacional, do plano de ação, na avaliação dos conteúdos do curso e no desenvolvimento de conceitos e habilidades.

Entretanto, existem algumas inadequações no exercício das atribuições fundamentais desses egressos, relacionadas na aplicação efetiva dos instrumentos essenciais para o desempenho dessa competência, como será visto a seguir, que podem indicar para o Pólo Estadual a necessidade de reavaliação do plano pedagógico do CBSF.

Na avaliação dos trabalhos intermódulos (Tabela 20), os egressos, por um lado informaram que esses trabalhos possibilitam colocar em prática os ensinamentos apreendidos em sala de aula, considerados indispensáveis para a qualificação profissional; por outro lado,

informaram, também, que, mesmo em menor proporção, há incompatibilidade desses trabalhos com a prática cotidiana.

TABELA 20 - AVALIAÇÃO DOS TRABALHOS INTERMÓDULOS

Opções	Médico	Enfermeiro	Geral
Possibilitam colocar em prática os ensinamentos aprendidos em sala de aula	93,8	76,2	83,8
São indispensáveis para a capacitação do profissional da Saúde da Família	50,0	28,6	37,8
São dispensáveis, uma vez que nada contribuem com o trabalho de campo	0,0	0,0	0,0
Não são compatíveis com o trabalho desenvolvido na prática cotidiana das ESF	12,5	28,6	21,6
Resumo de Texto é dispensável para o CBSF	6,3	0,0	2,7

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: A quantidade de citações é superior ao número de observações, devido às respostas múltiplas (o entrevistado podia escolher mais de uma alternativa de resposta)

Nos trabalhos intermódulos mais realizados durante o CBSF, o diagnóstico situacional do território apareceu em primeiro lugar (89%), enquanto o plano de ação apareceu em terceiro lugar com 76% de respostas. No entanto, quando foi atribuído grau de importância aos trabalhos intermódulos (Tabela 21), tanto o diagnóstico como o plano de ação foram considerados os mais fundamentais ou muito importantes para a prática profissional.

TABELA 21- GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO PELO ENTREVISTADO AOS DIFERENTES TRABALHOS INTERMÓDULOS

Opções	Fundamental	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Sem Importância	TOTAL
Resumo de textos	6,3	3,1	21,9	56,3	12,4	100
Diagnóstico situacional do território	59,5	35,1	5,4	0,0	0,0	100
Plano de ação	52,8	38,9	8,3	0,0	0,0	100
Relatório de atendimento familiar	8,1	35,1	45,9	10,9	0,0	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Observamos que, quando os dados se referiram à prática profissional, os egressos afirmaram a realização periódica do diagnóstico situacional e do plano de ação, com índices bem elevados (Tabela 22 e Tabela 23), o que significa dizer que, apesar das dificuldades

citadas pelas informantes-chave, no que se refere ao desenvolvimento dos conteúdos e a aplicação desses instrumentos, os dados indicam que vêm sendo realizados na prática.

TABELA 22 - REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PERIODICAMENTE

Realização do diagnóstico	Médico	Enfermeiro	Geral
Sim	68,8	76,2	73,0
Não	25,0	19,0	21,6
Não respondeu	6,2	4,8	5,4
TOTAL	100	100	100

Fonte: Pesquisa de Campo

A periodicidade mais frequente com que os profissionais realizaram esses dois instrumentos na sua ESF foi anual e semestral; o plano de ação com 70% e 20%, respectivamente; o diagnóstico situacional com 48% e 26%, respectivamente.

Entretanto, os dados também demonstraram que ainda há egressos que participavam de equipe de Saúde da Família que não realizavam periodicamente esses instrumentos: 19% para o plano de ação e 22% para o diagnóstico situacional. A rotatividade não pode ser considerada, a princípio, como uma das causas, já que a média de tempo de atuação na equipe em que trabalhavam, no período de realização da pesquisa, foi de 33 meses e somente 8% atuavam de sete a doze meses. Seria importante que, durante a supervisão das ESFs, o Pólo Estadual pudesse investigar a razão desses dados.

TABELA 23 - REALIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO PERIODICAMENTE

Realiza Plano de Ação	Médico	Enfermeiro	Geral
Sim	81,2	81,0	81,1
Não	18,8	19,0	18,9
TOTAL	100	100	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Questionados sobre quem participou da realização desses instrumentos, o envolvimento da comunidade foi maior na realização do diagnóstico situacional do território do que no plano de ação (Tabela 24). Sobre a participação dos membros da ESF, são significativos os seguintes dados: os médicos e enfermeiros aparecem na realização dos dois instrumentos, o mesmo não acontecendo com os demais membros da equipe mínima. Isto é, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde participaram mais da elaboração do diagnóstico do que do plano de ação. Essa situação informa uma inadequação da aplicação do planejamento estratégico, além de uma debilidade nas ações, no que diz

respeito às atribuições básicas da ESF, qual seja, o de “[...] identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta [...] elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde” (MS/SPP/DAB, 2000a, p. 15).

TABELA 24 - PARTICIPANTES DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E DO PLANO DE AÇÃO

PARTICIPAÇÃO	Diagnóstico	Plano de Ação
Médicos	85,2	81,1
Enfermeiros	100	91,9
Auxiliares de enfermagem	74,1	62,2
ACS	92,6	67,6
Outros profissionais da ESF	14,8	13,5
Lideranças comunitárias	51,9	45,9
Famílias adstritas	11,1	2,7
Conselho Local de Saúde	11,1	10,8
Dentistas	3,7	5,4

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: 1) A quantidade de citações é superior à quantidade de observações, devido às respostas múltiplas.

2) Aplicável somente para quem participa de equipes que realizam diagnóstico situacional

É interessante notar que 70% dos egressos informaram que escolheram trabalhar no PSF porque este representa um avanço no sentido do controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde. Esse dado conduz ao questionamento sobre o modo como parte desses profissionais entendem que essa participação possa se dar, já que nem todos envolveram a comunidade no diagnóstico e plano de ação.

Outro aspecto informado pelos egressos que merece destaque é a pouca utilização do conteúdo mapa inteligente (Tabela 25), desconsiderando a sua importância na consolidação dos dados do diagnóstico e elaboração do plano de ação, pois “[...] representa um retrato momentâneo da área de abrangência que deve servir para estudos sobre a realidade local, para o direcionamento das atividades da equipe, para apresentação de mudanças positivas ou negativas decorrentes das ações e outros fins” (MS/SPP/DAB, 2000b, p. 39).

Analisando a grade curricular do I ao XI CBSF, observa-se que os conteúdos sobre territorialização até o VI CBSF eram enfocados em menos de duas horas no I módulo, para subsidiar a formulação do diagnóstico. Após o VII CBSF, a carga horária foi ampliada para seis horas. Isso pode justificar a pouca utilização do conteúdo mapa inteligente pelos egressos, já que 42% dos egressos fizeram os primeiros cursos. A pouca utilização desse conteúdo pode

indicar um comprometimento da eficácia das decisões acerca da definição das ações prioritárias no plano de ação.

Sobre a utilização dos dados do diagnóstico situacional e do plano de ação, a grande maioria informou sua utilização, principalmente para discutir com a equipe a situação de saúde da comunidade, avaliar as atividades realizadas, adequar as atividades às reais necessidades locais, elaborar o plano de ação e discutir com a coordenação municipal do PSF a necessidade de recursos.

A apresentação e discussão dos dados com a comunidade ou com o Conselho Local de Saúde foram formas pouco utilizadas pelos egressos, reafirmando o que foi analisado anteriormente, de onde se conclui que há pouco envolvimento da comunidade antes e depois da elaboração desses instrumentos.

“O ponto de partida para um adequado desenvolvimento das ações de uma equipe de Saúde da Família é o diagnóstico da realidade a ser trabalhada. É com base neste diagnóstico que todas as etapas do planejamento são construídas” (MS/SPP/DAB, 2000 b, p. 34).

Desse modo, esses dados revelam que o plano de ação e o diagnóstico não possibilitaram o pleno desempenho da competência relativa ao *planejamento das ações de saúde*, mesmo sendo considerados os *mais fundamentais* ou *muito importantes* para a prática profissional, o que pode ser atribuído a uma dificuldade de assimilação dos conteúdos referentes a esses dois instrumentos pelos alunos, como também pela dificuldade de implementá-los pelos motivos já mencionados pelas informantes-chave.

Apesar de a pesquisa ter apontado um elevado índice de utilização desses instrumentos, indicando que o CBSF conferiu prioridade para os conteúdos relacionados com esse assunto, pode-se observar que na prática existe inadequações quanto à utilização de ferramentas importantes para a sua realização, como na utilização do mapa inteligente e no envolvimento da comunidade.

Avaliação do grupo familiar

A *avaliação do grupo familiar* no CBSF foi ensinada principalmente a partir dos conceitos da teoria sistêmica, dos princípios e ferramentas do PSF, reforçados por exercícios em sala de aula e pela tarefa intermódulo – *relato de acompanhamento de uma família* com a aplicação dessas ferramentas, além da *auto-avaliação* sobre os princípios do PSF. Dessa forma, pode-se considerar que o CBSF conferiu destaque ao treinamento, visando a essa

competência. Contudo, as duas informantes-chave afirmaram que a carga horária para fazer a abordagem familiar foi pequena e o conteúdo sobre as ferramentas do PSF constitui uma novidade, tanto para os docentes quanto para os alunos, o que pode representar dificuldade na sua assimilação e aplicação:

[...] eles recebem informações e realizam exercícios e atividades, mas em quantidade insuficiente [...] porque a carga horária é tão pequena e a gente tem que dar o básico (E1).

É pouco tempo. Toda a abordagem familiar é tratada em dois dias [...]. Por exemplo, se você pegar a ferramenta FIRO, que é fundamental, que vai tratar das relações de poder dentro de uma família, o lugar da pessoa [...] é alguma coisa que a gente não viu na academia [...] é novidade absoluta (E2).

Mesmo assim, o conteúdo sobre as ferramentas do PSF não foi retirado do curso, porque reforçava os conceitos sobre a abordagem familiar, trabalhados a partir da avaliação da família em suas relações interpessoais.

[...] não foi retirado porque aponta que o indivíduo tem mais do que o biológico, o indivíduo tem também um psíquico. Então, mesmo que ele não adquira [habilidade] você reforça o conteúdo e a avaliação do grupo familiar (E2).

Por outro lado, E1 ressalta que a maior parte dos alunos não utilizava as *ferramentas* ao retornarem para as suas atividades cotidianas, conforme constatado durante a supervisão dos trabalhos das ESFs, realizado pelo Pólo Estadual, tornando deficiente o trabalho das equipes: “[...] se eu te dou uma ferramenta para você utilizar e você vai trabalhar sem ela, o seu trabalho vai ser precário (E1)”.

A principal dificuldade na aplicação dessa competência, na avaliação das entrevistadas, deve-se à visão fragmentada da formação acadêmica, pois o trabalho orientado para a família requer do profissional uma visão holística. Nessa perspectiva, uma das entrevistadas conclui que não poderia afirmar se o aluno adquiriu habilidade para desenvolver o que aprendeu, principalmente porque esse é um conteúdo novo, ainda pouco abordado na graduação.

[...] Como é possível você ter um primeiro contato e representar, de fato, um processo de aprendizagem? Pelo que eu entendo de teoria de educação, a gente aprende com idas e vindas o objeto de aprendizagem (E2).

O resultado da pesquisa com os egressos sobre o desempenho dessa competência confirma alguns dos aspectos acima abordados.

Apesar de 84% dos egressos informarem que realizaram o trabalho intermódulo – *relato de acompanhamento de uma família com a aplicação das ferramentas do PSF* – o conteúdo sobre as ferramentas do PSF (Tabela 25) é utilizado com menor frequência pelos egressos na realização de suas atribuições. Esses dados confirmam o problema da aplicação desses instrumentos, observado na supervisão. Entretanto, os princípios do PSF, outro conteúdo também importante para o desenvolvimento dessa competência, foram considerados o segundo conteúdo que utilizaram com mais frequência na realização das suas atribuições.

TABELA 25 - CONTEÚDOS DO CBSF UTILIZADOS COM MAIS FREQUÊNCIA

Classificação	Conteúdos Utilizados
1	Trabalho em equipe
2	Princípios do PSF
3	Sistema de informações em Saúde
4	Educação de adulto
5	Ciclo de vida das famílias
6	Genograma
7	F.I.R.O.
8	Mapa inteligente
9	P.R.A.C.T.I.C.E.

Fonte: Pesquisa de Campo

Nesse sentido, ao avaliarem os conteúdos específicos (teóricos e práticos), abordados no CBSF (Tabela 26), voltados para o desempenho das atribuições (conhecer a realidade das famílias pelas quais a ESF é responsável; valorizar a relação com o usuário e com a família para criação de vínculos; e monitorar a situação de saúde das famílias), ficou demonstrado que 78% dos egressos classificaram esses conteúdos como *bons*.

Considerando a definição da competência *avaliação do grupo familiar*, os relatos das informantes-chave e as informações dos egressos demonstram uma fragilidade no projeto pedagógico do CBSF, pois, apesar de terem uma aproximação com os conteúdos fundamentais para o desenvolvimento dessa competência em diversos momentos do curso (teórico e prático) e o avaliarem como *bom*, não utilizam com frequência os conteúdos que subsidiariam o desempenho dessa competência. Ora, se o conteúdo ferramentas do PSF não foi retirado do CBSF, porque foi considerado importante para desenvolver algumas das atribuições básicas da ESF e, conseqüentemente, a formação de competência voltada para a *avaliação do grupo familiar*, pressupondo a sua relevância para a prática profissional, há que se verificar por que tal conteúdo não é aplicado na prática. Será que é a metodologia utilizada? Ou será que o tempo foi insuficiente para interagir e gerar aprendizagem?

Prevenção e monitoramento de grupos específicos

Para analisar a competência *prevenção e monitoramento de grupos específicos*, buscou-se examinar a relevância conferida aos conteúdos do CBSF para tratar desse tema e as atividades ou ações prioritárias realizadas pelos enfermeiros e médicos, identificados pelos questionários, na dimensão *trabalho em equipe* e na *incorporação dos conteúdos e instrumentos ministrados pelo CBSF*.

De acordo com as informantes-chave e a maioria dos egressos, a formação dessa competência não foi priorizada pelo CBSF.

[...] o curso dá uma visão geral da filosofia, da essência do PSF... uma visão geral do trabalho em equipe ... mas não das questões clínicas. Questões clínicas vão ser sanadas em cursos extras ... cursos à parte (E1).

Os dados informados pelos egressos demonstram que o curso não conferiu relevância à formação dessa competência, quando avaliaram os conteúdos específicos e os conceitos e habilidades desenvolvidas no CBSF.

A avaliação dos conteúdos específicos (teóricos e práticos) abordados no CBSF, voltados para o desempenho de atribuições relacionadas com as competências que se buscam analisar, foi realizada com base na aplicação dos seguintes critérios: *ótimo, bom, regular, ruim, péssimo e não foi abordado* (TABELA 24).

Os conteúdos de 1 a 5 estavam voltados para o desempenho das atribuições básicas da ESF e tinham relação direta com o desenvolvimento das competências *planejamento das ações de saúde* (1 e 2) e *avaliação do grupo familiar* (3, 4 e 5). Os conteúdos 6 e 7 estavam voltados para as atribuições específicas dos médicos e enfermeiros e tinham relação direta com o desenvolvimento da competência *prevenção e monitoramento de grupos específicos*.

Para aferir o *índice de aprovação* desses conteúdos, com base nos percentuais de *ótimo, bom, regular, ruim e péssimo*, construiu-se a seguinte expressão: $(\text{ótimo} + \text{bom} - \text{ruim} + \text{péssimo}) + 100 = \text{índice de aprovação}$, no qual os parâmetros de avaliação são dados pelos seguintes valores, em uma escala que vai de 0 a 200:

> 100 : Aprovação

= 100 : Nulo

< 100 : Reprovação

De acordo com essa fórmula, os critérios foram agrupados segundo *ótimo/bom*, *regular*, *ruim/péssimo* e o respectivo *índice de aprovação*, conforme a TABELA 24. Observando esses critérios, todos os conteúdos foram aprovados. Considerando esse novo agrupamento, os conteúdos 1 a 6 foram avaliados predominantemente como ótimo/bom. O conteúdo 7 foi avaliado de forma predominante como regular. O conteúdo mais bem conceituado foi o 1 – *identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais a população está exposta*. O que recebeu pior avaliação foi o 7 – *executar ações de assistência básica e de vigilância epidemiológica e sanitária*. Fica, desse modo, evidenciado que o CBSF não deu maior relevância aos conteúdos direcionados para o desempenho das atribuições específicas dos profissionais das ESF.

TABELA 26 - AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS ABORDADOS NO CBSF

Opções	Ótimo/Bom	Regular	Ruim/ Péssimo	Índice de Aprovação
1 Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais a população está exposta	94,4	5,6	0,0	194,4
2 Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde da população	74,3	25,7	0,0	174,3
3 Conhecer a realidade das famílias pelas quais a ESF é responsável	77,8	22,2	0,0	177,8
4 Valorizar a relação com o usuário e com a família para criação de vínculos	80,0	20,0	0,0	180,0
5 Monitorar a situação de saúde das famílias	77,1	14,3	8,6	168,5
6 Prestar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as pessoas em todas fases e especificidades da vida	70,6	14,7	14,7	155,9
7 Executar ações de assistência básica e de vigilância epidemiológica e sanitária a grupos específicos	36,4	42,4	21,2	115,2

Fonte: Pesquisa de Campo

Quando os egressos apontaram os principais conceitos e habilidades desenvolvidos pelo CBSF, mais uma vez aqueles relativos às atribuições básicas aparecem como os que foram mais privilegiados, enquanto os dirigidos para as atribuições específicas aparecem com menor grau de relevância, conforme demonstra a Tabela 27.

TABELA 27 – CONCEITOS E HABILIDADES DESENVOLVIDOS NO CBSF

Importância	Médico	Enfermeiro	Geral
Conhecimento das atribuições básicas das ESFs	87,5	61,9	73,0
Nova concepção de trabalho em saúde	68,8	47,6	56,8
Habilidade para planejar o trabalho na ESF	68,8	47,6	56,8
Habilidades para trabalhar em equipe	50,0	47,6	48,6
Conhecimento das atribuições específicas do médico e do enfermeiro	56,3	38,1	45,9
É muito básico	0,0	4,8	2,7
Não prepara adequadamente para o desempenho das atribuições da ESF	0,0	0,0	0,0
Não respondeu	0,0	9,5	5,4

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: 1) A quantidade de citações é superior à quantidade de observações, devido às respostas múltiplas

Nota-se, no entanto, que todos os egressos reconhecem que adquiriram alguma habilidade com o Curso Básico, pois ninguém considerou que o CBSF *não prepara adequadamente para o desempenho das atribuições da ESF*.

De maneira geral, as respostas dos egressos sobre a incorporação dos conteúdos e instrumentos ministrados no CBSF confirmam a ênfase às atribuições básicas da equipe.

Em razão de o desempenho da competência *prevenção e monitoramento de grupos específicos* estar diretamente relacionado com as atribuições específicas dos médicos e enfermeiros, o ensinamento dos conteúdos voltados para essa competência esteve pulverizado no trabalho em equipe, no qual os alunos foram orientados a discutir os casos clínicos, fazer o plano terapêutico e distribuir as ações de cada membro da equipe.

As atribuições fundamentais das ESFs foram contempladas em vários conteúdos do CBSF. No entanto, a discussão das atribuições específicas do médico e do enfermeiro, definidas pelo DAB/MS, não foi priorizada de forma particularizada na discussão em sala de aula, ou seja, esse conteúdo ficou disperso na abordagem de assuntos correlatos:

[...] dentro do que está colocado como atribuições da equipe, o que a gente faz é como uma tarefa, sem prestar conta: eles lêem o documento na sala, aquele documento do MS e ficam com a discussão das atribuições como uma tarefa a ser discutida com a equipe [...] quais são as atribuições específicas de cada um, quais são as comuns que podem ser resolvidas por mais de um [...] ficou para ser discutido em cada equipe dentro da realidade dele (E2).

Os médicos e enfermeiros avaliaram os conteúdos referentes às suas atribuições específicas de forma diferenciada. Enquanto os médicos avaliaram como *ótimo/bom* (70%)

regular (15%) e *ruim/péssimo* (15%); os enfermeiros avaliaram como *regular* (42%), *ótimo/bom* (36%) e *péssimo* (21%). Esses dados apontam insatisfações no desenvolvimento do ensino-aprendizagem, que necessitam ser mais bem avaliadas pelo Pólo. Verificou-se, por exemplo, que a bibliografia adotada estava mais direcionada para a categoria médica, o que pode ter contribuído para esses resultados.

É interessante notar que, para o bom desempenho das ESFs, os profissionais devem ser portadores de competências específicas que os habilitem ao cumprimento de suas atribuições, colocando-se, dessa forma, a importância das ações de requalificação, capazes de favorecer o desenvolvimento pleno das habilidades que o trabalho requer.

Ao se analisar, por exemplo, as atribuições específicas dos médicos para a atuação nas ESFs, verifica-se que eles devem executar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva. No entanto, existe uma carência de profissionais com esse perfil, ou seja, que queiram se habilitar na clínica geral e no trabalho em equipe e em comunidade (MS/SPP/DAB, 2000b).

No PSF presenciamos uma mudança radical no tocante à equipe que presta atendimento, em particular pela presença do médico generalista, do vínculo com a clientela e da proposição do trabalho em equipe. Demanda então, para sua continuidade novas tarefas para o aparelho formador (NEMES FILHO, 2001, p. 155).

O papel dos cursos introdutórios é requalificar, a curto prazo, os profissionais que já estão no mercado e que receberam, em sua maioria, formação calcada no modelo ambulatorial tradicional, baseado fundamentalmente na clínica, na atenção individual no sentido da cura. É necessário que sejam abordados aspectos da atenção integral à saúde individual e coletiva, sempre tomando por base a dinâmica familiar e sua inter-relação com o sistema local e com o perfil epidemiológico local (MS/SPP/DAB, 2000b).

Para analisar o papel do CBSF na requalificação profissional, especificamente dos médicos e enfermeiros, é preciso que se remeta ao conhecimento da organização do trabalho das equipes, identificando as atribuições assumidas por esses profissionais no cotidiano de suas práticas.

A investigação sobre a organização do trabalho e as práticas profissionais foi analisada a partir das atividades e ações prioritárias desenvolvidas pela ESF para a população cadastrada, do tipo de demanda atendida e da realização de atividade extramuros. No questionário, elas foram agrupadas no Bloco 3 – Requalificação Profissional, na dimensão *Trabalho em Equipe*.

Nas atividades realizadas pela equipe para a população cadastrada (Tabela 28), todos os médicos e enfermeiros declararam ter realizado ações de educação em saúde. Os enfermeiros informaram mais a realização de outras atividades programáticas com grupos prioritários (91%) do que os médicos (81%), enquanto os médicos informaram mais a realização de atividades de grupos com pacientes em atendimento na Unidade de Saúde (81%) do que os enfermeiros (76%).

TABELA 28 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA ESF

Atividades Desenvolvidas	Médico	Enfermeiro	Geral
Atividades assistenciais na Unidade			
Consulta clínica individual/consulta de enfermagem para a população	87,5	95,2	91,9
Consulta clínica individual/consulta de enfermagem para grupos prioritários	81,3	90,5	86,5
Outras atividades programáticas com grupos prioritários	81,3	90,5	86,5
Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF	81,3	76,2	78,4
Atendimento à demanda espontânea da população	93,8	81,0	86,5
Atendimento de emergência/urgência	43,8	42,9	43,2
Pequenas cirurgias ambulatoriais	31,3	23,8	27,0
Atividades assistenciais na comunidade			
Visita domiciliar	100	100	100
Ações de educação em saúde	100	100	100
Outras atividades			
Supervisão do trabalho de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde	81,3	100	91,9
Atividades administrativas/gerenciais	50,0	81,0	67,6
Reuniões de equipe	93,8	100	97,3
Reunião com a coordenação/supervisão	75,0	100	89,2
Reunião com a comunidade	93,8	95,2	94,6
Contatos com outros órgãos governamentais e entidades	50,0	61,9	56,8
Atividades de capacitação	25,0	76,2	54,1
Outras	6,3	0,0	2,7

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: 1) A quantidade de citações é superior à de observações, devido às respostas múltiplas (o entrevistado poderia escolher mais de uma alternativa de resposta)

Os enfermeiros desenvolveram mais do que os médicos as consultas individuais para a população cadastrada e para grupos prioritários. Todos os dois profissionais informaram que realizaram mais consultas individuais do que para grupos prioritários.

Os egressos informaram que o atendimento da equipe não é exclusivo à população cadastrada e 68% dos profissionais pesquisados declararam abrir exceções, principalmente entre os médicos (81%).

A maioria dos enfermeiros e médicos realizou atendimento à demanda espontânea na unidade de saúde.

Demanda espontânea é entendida [...] como procura de atendimento para casos agudos para qualquer morador da área, pertencente ou não a grupos prioritários. Articular a demanda espontânea com a oferta programada é condição para a garantia de atenção integral e para a USF se constituir efetivamente na porta de entrada do Sistema de Saúde (SCOREL, 2002, p. 134).

Observa-se que, entre os médicos, a realização desse tipo de atendimento (94%) sobressai mais do que o atendimento da atenção integral à população cadastrada (87%). A prevalência desse tipo de atividade informa a tensão existente entre as ações tradicionalmente realizadas pelos profissionais de saúde e a nova concepção de trabalho prevista pelo PSF. Reafirma, por outro lado, a necessidade de o CBSF estar enfocando tanto as atribuições básicas como as específicas, no seu conteúdo programático.

Nas atividades extramuros, foram selecionadas a visita domiciliar e a reunião com a comunidade. Essas duas atividades foram realizadas pelos dois profissionais, em proporções semelhantes. Todos informaram a realização da visita domiciliar. Os enfermeiros realizaram mais reunião com a comunidade do que os médicos, o que pode indicar que essas atividades foram incorporadas à rotina desses profissionais. O alto índice de reunião com a comunidade (95%), quando comparado com os índices apresentados anteriormente sobre a participação da comunidade na elaboração do diagnóstico (63%) e planejamento das ações (57%) pode indicar que se deu mais prioridade às ações dirigidas a grupos específicos do que àquelas voltadas para o planejamento das ações.

Nas ações extra-setoriais, 62% dos enfermeiros e 50% dos médicos informaram realizar contatos com outros órgãos governamentais e entidades, ou seja, em média, 57% desses profissionais afirmam realizar esse tipo de ação extra-setorial.

Scorel (2002) considera que a atuação intersetorial com a realização de atividades extra-setoriais pelos integrantes da ESF é importante indicador da prioridade para atividades de promoção da saúde. A pesquisa *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*, realizada sob sua coordenação, informa que, embora a participação dos profissionais de nível superior em atividades extra-setoriais não tenha sido elevada (23,8% para Vitória, 28,7% para Aracaju, 29,7% para Brasília, extraindo

alguns exemplos) a maioria (67% e mais) afirmou que a ESF, *para resolução dos problemas da comunidade, deve se relacionar com outros órgãos de políticas públicas, ONGs e organizações da sociedade civil*. Confirmava ainda por outros dados uma percepção positiva da intersetorialidade pelos profissionais das ESFs.

A pesquisa com os egressos do CBSF, decerto aponta índices mais elevados relacionados com o desempenho de atividades extra-setoriais, considerando o universo pesquisado, o que pode indicar um avanço na organização dos trabalhos da ESF nas ações de promoção de saúde, em face, inclusive, da percepção positiva dessa ação pelos profissionais de nível superior.

Foram identificadas quatro ações prioritárias (Tabela 29) para os grupos de risco na área de atuação desses profissionais. Dentre esses grupos de risco, foram mais assinalados: o controle de hipertensão, o controle de diabetes, o controle do câncer uterino e atenção à criança. Das diversas outras ações realizadas, a ação pré-natal/gestante destacou-se pelo baixo índice (16%), o que indica que uma das principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pela ESF, ações de Saúde da Mulher, conforme definição da NOAS/2001, não vem sendo totalmente realizada a contento.

TABELA 29 - AÇÕES PRIORITÁRIAS

Ações Prioritárias	Médico	Enfermeiro	Geral
A ESF não estabelece prioridades no atendimento da população cadastrada	12,5	0,0	5,4
Atenção à criança	81,3	81,0	81,1
Atenção ao adolescente	31,3	33,3	32,4
Atenção aos Idosos	50,0	66,7	59,5
Atenção Puerpério	50,0	66,7	59,5
Atenção ao Planejamento Familiar	56,3	71,4	64,9
Controle de Câncer Uterino	68,8	95,2	83,8
Controle de DST/Aids	56,3	76,2	67,6
Controle da Diabetes	87,5	90,5	89,2
Controle da Hipertensão	87,5	95,2	91,9
Controle da Tuberculose	50,0	71,4	62,2
Controle da Hanseníase	50,0	71,4	62,2
Saúde Bucal	56,3	52,4	54,1
Pré-Natal/Gestante	12,5	19,0	16,2
Saúde da Mulher	6,3	0,0	2,7
Não Respondeu	0,0	4,8	2,7

Fonte: Pesquisa de Campo

Obs.: 1) A quantidade de citações é superior à quantidade de observações, devido às respostas múltiplas (o entrevistado poderia escolher mais de uma alternativa de resposta)

É importante destacar, por outro lado, que, em parte, essas ações vão ao encontro das prioridades do Plano Estadual de Saúde 2000-2003. Esse documento informa que, em 1998, as principais causas de morte específicas no Estado do Espírito Santo apresentavam-se, em ordem decrescente, da seguinte forma: doenças cerebrovasculares, outras doenças cardíacas, infarto agudo do miocárdio, acidente de transporte, pneumonia, doenças crônicas das vias aéreas inferiores, diabetes melito, doença hipertensiva. A grande incidência de internações no Estado, ocasionadas por essas doenças, “[...] apontam para implantação e implementação de serviços de controle da hipertensão e infecções respiratórias agudas na rede básica” (SESA, 2000, p. 50).

A partir da análise da relação entre os conteúdos do curso e as atividades e ações prioritárias desenvolvidas pelos egressos, pode-se verificar que, de fato, a competência *prevenção e monitoramento de grupos específicos* não foi priorizada pelo CBSF. Contudo, as atividades e ações prioritárias demonstraram a necessidade de reforçar as atribuições específicas, o que aponta para a reformulação dos conteúdos do CBSF.

A análise das *atividades e ações prioritárias* desenvolvidas pelos egressos possibilitou ampliar o ângulo de visão sobre as atribuições básicas das ESFs e específicas dos profissionais. No cotidiano de sua prática, os profissionais transitam pela várias atribuições que lhes cabem. Para desempenhar essas atribuições, terão que, inicialmente, conhecê-las, aprofundar o conhecimento dos procedimentos específicos de cada área, realizá-las, avaliá-las para, num processo contínuo, aperfeiçoar as competências que possibilitam realizá-las a contento. Torna-se fundamental, portanto, o investimento no conhecimento do processo de trabalho das ESF. As expectativas dos egressos relacionadas com o CBSF confirmaram: receber subsídios para a prática profissional cotidiana na ESF; ampliar os conhecimentos gerais sobre o PSF e obter informações e formação relacionando teoria e prática; desenvolver uma visão crítica, relacionando aspectos sociais com tópicos do campo da saúde pública; e trocar experiências com outros profissionais de saúde.

Desse modo, pode-se concluir que tanto as atribuições básicas como as específicas precisam permear o conteúdo do CBSF, tendo em conta os propósitos e os objetivos de um curso que inicia um processo de educação permanente. Instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho pressupõe identificar as atribuições básicas da equipe de saúde e as atribuições de cada membro da equipe, fornecendo os subsídios necessários para o desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades que a natureza do trabalho requer.

Considerando o objetivo geral do CBSF, foi questionado aos egressos e aos informantes-chave se a proposta de ensino do curso qualificava os profissionais para a reorientação das práticas assistenciais.

As opiniões das informantes-chave indicaram que, por ser um Curso Introdutório, o CBSF proporciona um “novo olhar” sobre as práticas, propiciando noções gerais sobre o novo modelo de atenção básica. Entretanto, serão necessários outros cursos que aprofundem outros conceitos, para de fato reorientar a prática profissional.

Curso Básico é feito para dar direção da filosofia de se trabalhar em equipe, de se trabalhar em uma comunidade, como vou trabalhar com o agente comunitário, como vou estar fazendo uma mudança de modelo. É para orientar isso, não para uma mudança de prática clínica. Isso ele vai ter em outros cursos [...]. O nome já diz, Curso Básico. É para dar o básico mesmo da filosofia, da mudança desse modelo, de hospitalocêntrico para uma visão holística. Nesse sentido, ele reorienta as práticas (E1)

Eu acho que ele pode contribuir apenas em parte com a reorientação das práticas, porque hoje eu penso que só um curso não dá conta disso. Ele mostra que nós precisamos mudar e mostra várias áreas que precisam mudar. Eu preciso mudar a minha abordagem do paciente. Na abordagem do paciente você tem que ter uma visão mais ampla (E2).

A maioria dos egressos informou que o CBSF reorienta as práticas (78%). Esse dado foi mais significativo entre os médicos (94%) do que entre os enfermeiros (67%). Somente os enfermeiros declararam que o CBSF não reorienta as práticas (33%). Entretanto, quando se compara esse dado com as atividades realizadas nas ESF pelos mesmos profissionais, percebe-se que há uma predominância do trabalho orientado pelo modelo tradicional, principalmente entre os médicos. Isso se, por um lado, possibilita questionar o entendimento desses profissionais sobre as mudanças de práticas, por outro, pode indicar que, apesar da formação adquirida no curso, a realidade nas USFs pode estar demandando mais ações baseadas no modelo tradicional de atendimento que aquelas de caráter renovado, voltadas para as mudanças de práticas, em prejuízo da estratégia preconizada pelo PSF.

Sob o ponto de vista dos objetivos gerais do Treinamento Introdutório preconizado pelo Ministério da Saúde (discutir os princípios e diretrizes do SUS e do PSF e instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho), pode-se dizer que o CBSF cumpre, em boa parte, as finalidades de um Curso Introdutório em Saúde da Família.

Entretanto, o objetivo geral definido para o CBSF, no seu plano de curso, tem um caráter muito mais amplo, propondo-se a

[...] capacitar os profissionais para que sejam capazes de atuarem com competência no Sistema de Saúde e na vida em geral e que o aluno adquira outras habilidades e atitudes como planejar, trabalhar em equipe, comunicar-se, expressar suas idéias, buscar novas informações, capacitados para desenvolver uma prática voltada à Atenção Primária (SESA/PÓLO-ES, 2001, p. 1).

Nesse caso, já não se pode dizer, à luz dos resultados que foram apresentados nesta pesquisa, que o curso cumpre integralmente esses objetivos, ou seja, o curso parece ter uma pretensão muito maior do que consegue efetivamente alcançar. Isso pode indicar a necessidade de uma melhor avaliação dos seus objetivos e conteúdos, tendo em conta o seu caráter introdutório, que deve inaugurar um processo de educação permanente.

Há que se entender que a requalificação profissional por si só, a partir de um único curso, não é capaz de reorientar efetivamente as práticas, se não for acompanhada de um processo de educação permanente e da articulação dos diversos atores responsáveis pela condução da política de organização da atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a questão fundamental proposta por este trabalho, vimos que o objetivo geral da investigação levada a efeito nesta pesquisa se assenta na avaliação dos limites e das potencialidades que apresenta o Curso Básico em Saúde da Família para requalificação dos profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, em frente às necessidades de reorientação das práticas assistenciais, requeridas pela implantação do Programa de Saúde da Família, no Espírito Santo, no período de 1997 a 2001.

A implantação do PSF no Estado do Espírito Santo teve início a partir de 1997, acompanhando o processo de descentralização das ações da SESA e a política de reorganização da atenção básica. Consoante essa política, nesse mesmo ano, foi formulado o projeto do Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família que iniciou uma série de atividades visando à implementação do PSF.

No plano da qualificação e requalificação do pessoal de saúde da família, os principais esforços do Pólo Estadual estiveram dirigidos para a promoção do Curso Introdutório, denominado no nível local de Curso Básico em Saúde da Família, tendo em vista atender à demanda crescente por requalificação de pessoal para compor as ESFs, em face da expansão do PSF no Estado.

O Curso Introdutório visa a discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF e instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho, para o desenvolvimento de uma prática reconceituada. Para atingir tal objetivo, os conteúdos do curso devem abordar aspectos da atenção integral à saúde individual e coletiva, com base na dinâmica familiar e sua inter-relação com o sistema e com o perfil epidemiológico local.

O Curso Básico em Saúde da Família, criado em 1997, não nasceu como um projeto inteiramente acabado, muito pelo contrário, começou com um *projeto preliminar de curso* que encerrava um conjunto de objetivos formulados para cada módulo, só vindo formalizar efetivamente um plano de curso mais detalhado em 2001, após a sua décima edição. Traduziu-se em uma proposta híbrida entre a adaptação do modelo canadense e a agregação de novos conteúdos baseados nas diretrizes do MS para o PSF.

Na época de sua criação, não havia um modelo claro para a implantação e funcionamento dos Cursos Introdutórios, mas tão-somente diretrizes gerais para a

requalificação de pessoal do PSF e, por outro lado, não havia experiência em nível local na área da qualificação de recursos humanos ou orientações de como implementar mudanças a partir desse novo enfoque.

A formatação do Curso Básico em Saúde da Família, a partir do modelo canadense, embora possa ser considerada como uma iniciativa importante do Pólo, no sentido de buscar um modelo já testado e fazer a apropriação de uma proposta que já vinha obtendo êxitos reconhecidos internacionalmente, desde o início se apresentou problemática, sendo inclusive, necessária a sua adaptação imediata para adequá-la à realidade estadual, introduzindo conteúdos específicos para tratar do SUS, dos modelos assistenciais de saúde e da concepção de família.

Outro aspecto que pode ser mencionado é que a busca por um modelo exógeno não levou em consideração as limitações locais para se apropriar desse modelo, ou seja, o curso da Universidade de Toronto baseava-se em alguns conceitos e conteúdos específicos que não eram de domínio do corpo técnico local, encarregado da sua aplicação. A assessoria do professor vindo dessa universidade e do grupo de técnicos do Estado do Paraná, como se constatou nas entrevistas com as informantes-chave, não se revelou suficiente para informar a metodologia e os conteúdos da proposta com a profundidade necessária. Também o curso de capacitação pedagógica, dirigido aos monitores, após a realização do ICBSF, foi falho nesse aspecto, o que acabaria repercutindo em uma série de problemas na condução dos cursos seguintes, conforme foi abordado no Capítulo 4. Enfim, para a viabilização da proposta adotada, era preciso um investimento bem maior na requalificação do corpo técnico encarregado da condução deste projeto.

O resultado desse processo culminou na adoção de uma proposta de curso que, sob certos aspectos, apresentava um caráter muito mais amplo e profundo do que o necessário para um processo inicial de requalificação dos profissionais do PSF, encerrando algumas limitações para a sua plena aplicação. Se esse curso deve inaugurar o processo de educação permanente, alguns conteúdos poderiam estar sendo abordados e aprofundados, posteriormente, a partir das necessidades locais. Entretanto, na sua *estratégia de ação*, o Pólo não havia viabilizado, nesse período, nenhum projeto nessa direção.

Outra limitação imposta ao desenvolvimento adequado do CBSF está diretamente relacionada com a dificuldade de formalização plena do Pólo Estadual, em face da dificuldade de construir um vínculo maior com as instituições de ensino superior, apesar dos esforços que foram dirigidos nesse sentido por alguns dirigentes da SESA. Como se teve a oportunidade de

salientar, a participação da UFES e da EMESCAM nas atividades desenvolvidas pelo Pólo Estadual, sobretudo em relação ao CBSF, foi bastante episódica, não configurando um processo real de cooperação interinstitucional, deixando de consolidar, dessa maneira, um dos principais objetivos do Pólo, que é justamente a articulação das instituições de ensino e os serviços de saúde para conformar uma rede voltada para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento do PSF.

Há que se salientar, ainda, a falta de determinação política da SESA na organização da equipe e na montagem de uma infra-estrutura adequada para o funcionamento do Pólo. Com o aumento das metas de implantação das equipes de Saúde da Família nos municípios e a conseqüente expansão do PSF no Estado, não houve *pari passu* um investimento adequado nas equipes responsáveis pela gestão e operacionalização do Pólo Estadual. Os principais problemas identificados com relação à infra-estrutura de apoio foram: inadequação do espaço físico de instalação do Pólo Estadual, reduzida equipe técnica e administrativa, falta de espaço físico disponível para a realização dos cursos e material insuficiente de apoio, apesar da destinação de recursos federais.

Nesse contexto, apesar de o CBSF se constituir na principal ação do Pólo Estadual, no período analisado, a sua realização se efetivou muito mais pelo empenho de alguns atores, como a Coordenadora do Pólo Estadual, a Coordenadora Estadual do PSF, alguns técnicos da SESA, e dos monitores do curso, do que pelas condições reais que estavam oferecidas naquele momento. Desse modo, era natural que os problemas apontados acabassem repercutindo na forma de limitações objetivas para o desenvolvimento das ações, visando à requalificação dos profissionais de Saúde da Família, apesar de o Curso Básico em Saúde da Família prever uma metodologia que, de modo geral, pode ser considerada correta, apoiada no ensino em serviço, com técnicas de problematização, realização de trabalhos intermódulos, etc.

Os problemas vivenciados cotidianamente pelo Pólo na condução do CBSF, conforme ficou evidenciado na pesquisa, podem ser em parte creditados à falta de uma Coordenação Pedagógica do curso, formalmente constituída, com técnicos capacitados nessa área específica, o que refletiu na falta de um adequado planejamento de ensino, na dificuldade de manejo dos conteúdos do curso, principalmente naquilo que se relacionava com o modelo canadense, na falta de capacitação pedagógica periódica dos monitores, na falta de avaliação constante e sistemática do curso, na falta de um banco de dados dos egressos e registro organizado das informações/documentação do curso, entre outros aspectos. Como dificuldades adicionais, para um resultado mais efetivo na requalificação de pessoal, pode-se

apontar a longa duração do curso, o número insuficiente de monitores e a dependência de sua liberação pelos municípios, principalmente na realização dos primeiros cursos, além da pouca experiência da equipe para tratar da interação de dois pólos complexos, como a saúde e a educação.

Desse modo, pode-se afirmar que a falta de definição de um projeto político-pedagógico do Pólo Estadual parece ter sido o principal problema enfrentado pelos atores envolvidos com a realização do Curso Básico em Saúde da Família, para que as ações, tanto técnicas e políticas, quanto pedagógicas, pudessem ter um maior alcance na consolidação de resultados práticos e objetivos, orientados efetivamente para a reorganização das práticas em saúde no nível primário de atenção.

Conforme foi definido, o projeto político-pedagógico se apresenta como um plano estratégico a ser utilizado pelas instituições educacionais, tendo em vista a melhoria da qualidade de ensino, que vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e atividades diversas, mas deve ser entendido como a própria organização do trabalho pedagógico, desde a concepção, realização e avaliação do seu projeto educativo. Constitui um projeto que deve ser articulado ao compromisso sociopolítico, com os interesses reais e coletivos da população majoritária, que aponta uma direção, uma ação intencional, um compromisso assumido coletivamente, necessariamente estruturado com base no conhecimento dos alunos com os quais se pretende trabalhar.

Assim, referenciado em Veiga (1995, p. 12), pode-se dizer que, na ausência de uma direção, faltou intenção na ação e estratégias para que *a ruptura com o presente gerasse promessas para o futuro* e um compromisso assumido coletivamente.

Contudo, verifica-se que, apesar das limitações impostas pelas dificuldades apresentadas, as análises dos dados coletados com os egressos, sobre a incorporação dos conteúdos e instrumentos ministrados pelo CBSF, demonstram que os ensinamentos apreendidos no curso influenciaram a prática dos participantes e várias habilidades e conceitos foram adquiridos no processo de ensino-aprendizagem.

A pesquisa demonstrou a relevância do curso para o exercício das competências aplicadas pelos egressos no desempenho das atribuições nas ESF, confirmando êxito na capacitação profissional dos alunos, mas, por outro lado, constatou a necessidade de uma adequação maior de alguns conteúdos, identificando os pontos que precisavam ser fortalecidos em face às atribuições fundamentais das ESF.

As principais dificuldades apontadas pelos egressos que iniciaram suas atividades antes de realizar o curso contribuíram para identificar as carências conceituais e teóricas dos profissionais que ingressam no PSF: desconhecimento dos princípios do PSF, dos instrumentos de diagnóstico, dos instrumentos de planejamento, das atribuições básicas da ESF e das atribuições específicas do médico e do enfermeiro.

Os egressos afirmaram que, para realizar suas atividades na ESF, são indispensáveis tanto os pré-requisitos que se referem à qualificação profissional (prioritariamente receber treinamento para as novas atribuições, em atualização na atenção básica e trocar experiência com outros profissionais), como aqueles relacionados com a gestão dos serviços (afirmando a necessidade de que o PSF seja a política municipal de reorientação do modelo assistencial e que os coordenadores municipais do PSF estejam qualificados especificamente para o exercício dessa função).

Esses dados demonstram que os egressos percebem que há uma correlação entre o exercício profissional e a política de atenção à saúde do município, ou seja, que não basta haver uma qualificação adequada para o exercício das atribuições fundamentais das ESF, se o PSF não for de fato a política municipal de reorientação do modelo assistencial e se a gerência dos serviços não estiver sob a responsabilidade de um profissional qualificado para essa função.

Na percepção dos egressos, o conhecimento das atribuições básicas foi o principal conceito e habilidade desenvolvidos a partir do CBSF, enquanto as atribuições específicas foram referidas em menor intensidade.

Os trabalhos intermódulos do CBSF foram avaliados positivamente, considerando que possibilitam colocar em prática os ensinamentos aprendidos em sala de aula. A pesquisa constatou que a maioria dos egressos tem aplicado periodicamente os instrumentos de Diagnóstico Situacional do Território e Plano de Ação na reorganização do trabalho na USF. Esses conteúdos específicos, voltados para o desempenho das atribuições que subsidiam a competência *planejamento das ações de saúde*, foram priorizados pelo CBSF, sendo os que receberam melhor avaliação pelos egressos. Entretanto, foram identificados problemas na aplicação desses instrumentos, relacionados com a pequena participação da comunidade e dos membros da ESF, ou seja, não há a participação integral da comunidade e de todos os membros da equipe em todas as fases do diagnóstico e do planejamento das ações de saúde. Além disso, constatou-se que o conteúdo sobre o Mapa Inteligente é um dos menos utilizados na prática desses egressos. Dessa forma, fica evidenciado que a competência relativa ao

planejamento das ações de saúde não foi plenamente desempenhada pelos egressos, indicando a necessidade de se desenvolver melhor os conteúdos relacionados com essa competência, buscando identificar o motivo pelo qual os profissionais não o utilizam na prática.

Apesar de o CBSF ter focado com relevância os conteúdos dirigidos para a competência *avaliação do grupo familiar*, ela também não foi plenamente desempenhada pelos egressos. A pesquisa evidenciou que o conteúdo sobre os Princípios do PSF é um dos mais utilizados na prática. Em contrapartida, confirmou a observação do Pólo, durante a supervisão, de que os profissionais não utilizavam com frequência as Ferramentas do PSF. Este conteúdo específico, oriundo do modelo canadense, não havia sido retirado do curso em razão da sua abordagem sobre a família, considerado importante para o desenvolvimento de algumas atribuições básicas da ESF e específicas dos enfermeiros e dos médicos. Esta pesquisa não investigou o motivo pelo qual os egressos pouco utilizam esse conteúdo em sua prática. Fica a recomendação para que essa questão seja pesquisada como maior profundidade, tanto na supervisão dos trabalhos das equipes, quanto na sala de aula com os profissionais que atualmente estão fazendo o curso.

A competência *prevenção e monitoramento de grupos específicos* está diretamente relacionada com as atribuições específicas dos enfermeiros e médicos. Os conteúdos específicos (teórico e prático) voltados para o desempenho dessa competência não foram priorizados pelo CBSF, porque o seu plano de curso não privilegia as atribuições específicas dos profissionais. Desse modo, a pesquisa constatou que os conteúdos relacionados com essa competência foram os que receberam as piores avaliações no conjunto dos conteúdos específicos abordados no CBSF.

Relacionando essas informações com as atividades desenvolvidas pela ESF para a população cadastrada e as ações prioritárias na sua microárea, quando são desempenhadas tanto as atribuições básicas, quanto as atribuições específicas dos profissionais, fica evidenciado que os conteúdos dirigidos para a formação de competências voltadas para as atribuições básicas e para as atribuições específicas precisam perpassar os conteúdos do CBSF, a fim de que ele possa cumprir o seu papel de requalificar, em curto espaço de tempo, os profissionais que já estão no mercado, em sua maioria com formação pautada no modelo médico-hospitalar. Conforme assinala Conil (2001, p. 18), “[...] há uma tendência que práticas antigas persistam [...] justificado pela sobrecarga, mas também relacionados com a cultura institucional e formação profissional”.

O quadro, que foi elaborado como estratégia para viabilizar a análise das atividades práticas desempenhadas pelos egressos, identificadas por meio desta pesquisa, relacionando as competências com as respectivas atribuições, permitiu colocar em evidência alguns limites e potencialidades do CBSF na requalificação profissional das ESFs. Tal análise possibilitou identificar uma série de conteúdos ministrados pelo CBSF que tiveram o seu reatamento efetivo na prática, de forma mais ou menos exitosa, e outros que, pelo contrário, não foram aplicados adequadamente. Isso aponta a necessidade de reformulação de alguns desses conteúdos e/ou de rever a forma de ministrá-los, buscando alcançar resultados mais positivos.

O formato do curso, do ponto de vista deste estudo, apresenta limitações para atender à demanda crescente de expansão do PSF, pois a carga-horária planejada é elevada e o cronograma das atividades configura um curso de longa duração (8 meses em média). Constatou-se que um índice elevado de profissionais começou a trabalhar nas ESFs antes de realizar o curso, na dependência de novas vagas, o que, de certo modo, compromete a qualidade do trabalho inicial dos profissionais nas ESFs e descaracteriza, na prática, a própria finalidade introdutória do curso.

A descentralização do curso, já iniciada em 2002, fortalecendo as macrorregionais de saúde, bem como a iniciativa de oferecer modalidades de Ensino a Distância podem ser alternativas para sanar as deficiências apontadas. *Descentralizar a realização do CBSF para as macrorregionais de saúde* foi apresentado pelos egressos como uma das sugestões para aprimorar o curso.

Outra limitação para atender à demanda foi o número reduzido de monitores, que foi parcialmente resolvido quando se ampliou o critério de seleção dos docentes, mas que se revelou ainda insuficiente, tanto sob o aspecto do número de profissionais disponíveis, quanto na sua capacitação pedagógica. Com certeza, essa situação poderá ser mais bem resolvida com a descentralização do curso e a conseqüente ampliação do quadro de monitores. Paralelamente, há que se investir na qualificação sistemática de todos os docentes do CBSF, como facilitadores do processo de ensino-aprendizagem. *Qualificar permanentemente os monitores* foi outra sugestão dos egressos para o aprimoramento do curso.

Há que se considerar, ainda, que alguns conteúdos ofertados no curso, principalmente os que foram mantidos do modelo canadense, são muito amplos para a carga-horária teórica prevista, fazendo com que muitos conteúdos sejam dados de forma rasa, sem se constituir, de fato, num processo de ensino-aprendizagem capaz de reorientar as práticas em saúde, da

forma que seria desejável, para a efetividade das ações demandadas para a reorganização da atenção básica.

Coloca-se de igual modo a importância de se procurar maneiras mais eficazes para inter-relacionar a teoria e a prática, ampliando a participação dos alunos na problematização da sua prática. A categoria *Proporcionar maior espaço aos alunos para exporem as dificuldades enfrentadas na implantação do PSF* foi apontada pelos egressos como a principal sugestão para o aprimoramento do curso.

Dois outros aspectos sobressaíram na pesquisa que necessitam de maior investigação do Pólo Estadual: rotatividade e evasão dos alunos. A rotatividade foi identificada inicialmente na delimitação da amostra, onde se constatou que 46% dos médicos e enfermeiros, dos municípios que mais qualificaram pelo CBSF, haviam saído do PSF. Posteriormente, na aferição dos dados levantados junto com os egressos pesquisados, constatou-se que 27% já havia trabalhado em mais de um município, muito acima da média nacional, que é de 18%. Em relação à evasão dos alunos do CBSF, 18% dos profissionais inscritos não compareceram ou iniciaram e não concluíram o curso.

Essas duas constatações podem indicar, a princípio, uma correlação entre elas. Isto é, a causa da evasão pode estar diretamente relacionada com a rotatividade. Há que se investigar essa situação, pois uns dos problemas que se anuncia é de que não está havendo todo o retorno esperado dos recursos financeiros investidos na requalificação. Por outro lado, essa questão coloca dificuldades para o Pólo planejar as suas ações. Mais do que isso, no que se refere aos serviços de saúde, coloca em risco um dos princípios fundamentais do PSF: a construção de vínculos entre os profissionais de saúde e a população.

Como sugestão, recomenda-se a consolidação de um banco de dados dos egressos, que possa auxiliar no monitoramento das ações de requalificação já realizadas e no estudo da dinâmica e mobilidade do pessoal de Saúde da Família, bem como no planejamento das novas ações de requalificação a serem realizadas pelo Pólo.

As informações dos egressos e informantes-chave indicam que o CBSF apresenta limitações para a reorientação das práticas, uma vez que, de fato, o curso se propõe a introduzir novos conceitos, articulando a clínica e a saúde coletiva e, instrumentalizando as ESFs na organização inicial do seu processo de trabalho. Nesse sentido, propõe-se a discutir a política setorial, redirecionando o olhar sobre as práticas em saúde, mas não as reorienta, pois, por melhor que seja o projeto pedagógico do curso e a intenção do profissional de saúde em

realizar mudanças das práticas em saúde, serão encontradas muitas dificuldades, se não houver condições objetivas para que elas se materializem.

Mudanças de práticas envolvem um conjunto de fatores. Primeiramente, definição dos gestores sobre a política de reorientação do modelo de atenção à saúde a ser desenvolvido no município. Se a opção for o PSF, esse não pode ser compreendido como mais um programa vertical, adotado porque recebe recursos financeiros do Governo Federal e/ou Estadual. Deve ser entendido como uma das principais estratégias, na atualidade, para as mudanças de práticas em nível de atenção básica e, por conseguinte, um dos caminhos para a reorientação do modelo assistencial de saúde.

Nessa perspectiva, deve ter como foco os princípios que norteiam o SUS: intersetorialidade/resolutividade/integralidade. Desse modo, os vários setores da prefeitura deverão ser articulados, bem como outros setores do município e do Estado, na perspectiva de intervir nos problemas e solucioná-los.

Para reorientar as práticas, tendo como estratégia a Saúde da Família, uma questão a ser enfrentada pelos gestores é a precariedade dos contratos dos trabalhadores de saúde. Poucos são os municípios que fizeram o concurso público para o preenchimento dos cargos necessários ao desenvolvimento do PSF. Essa situação, aliada à rotatividade dos profissionais de saúde, compromete a adesão dos profissionais e o estabelecimento de vínculos com a comunidade.

Além disso, somente a participação em um curso também não muda as práticas em saúde. É necessário aprimorar o conhecimento desenvolvendo um projeto de Educação Permanente, que respeite as necessidades regionais e municipais.

Paralelamente, há que realizar uma articulação ampla entre diversos setores e atores, na perspectiva de se criar uma rede de instituições comprometidas com a implementação do SUS: instituições de ensino superior, escolas técnicas de saúde, COSEMS, Secretaria de Estado da Educação, etc.

O período ora analisado nesta pesquisa, 1997 a 2001, apresentou-se como um processo de amadurecimento do Pólo Estadual, no que se refere a lidar com o “novo”. Novo no sentido de começar a enfrentar a integração da saúde com a educação, onde as articulações entre esses dois sistemas envolvidos necessitam se estreitar e consolidar, para construir a viabilidade dos modelos de atenção à saúde.

A análise do material empírico revelou que, se a implementação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente constituiu um movimento tático para criar um espaço de articulação ensino-serviço, a fim de induzir as transformações necessárias na direção de novos modelos de ensino-aprendizagem, imprescindíveis para a implantação do PSF, ela não é capaz de garantir, por si só, a viabilização dessa articulação e, conseqüentemente, as mudanças desejadas na organização dos serviços.

Nesse sentido, para atender às expectativas que estão inscritas em sua missão, o Pólo Estadual tem que construir sob novas bases as relações de parceria entre as instituições de ensino e de serviço. Questões, como educação permanente, ensino baseado em competências, alternativas metodológicas, devem fazer parte da sua agenda, a fim de fortalecer as ações de requalificação dos profissionais de Saúde da Família. Contudo, ter a intenção de construir um sistema de saúde mais equânime e universal não é um desafio que está colocado somente para os Pólos. Há que se identificar os sujeitos dinamizadores para proporcionar mudanças no modelo de atenção.

Essas foram algumas, entre as muitas considerações que se poderia fazer sobre o material empírico reunido por este trabalho, que podem ser investigadas em novos estudos, já que, a rigor, o produto da investigação se constitui apenas um ponto de vista sobre o objeto, revelando o caráter sempre aproximado do conhecimento. Acreditamos que, a importância deste estudo resida exatamente na possibilidade de fomentar um diálogo e incentivar futuras investigações.

REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, C. M. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudanças. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 69-98.
- 2 ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, n. 9, p.150-153, 2001.
- 3 BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. Pólos de capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de saúde da família: reflexões a partir da prática do Paraná. *Olho Mágico*, n. 2, p. 17-20, 2001.
- 4 BANDES – BANCO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DO ESPÍRITO SANTO. Espírito Santo: a estação do terceiro milênio, potencialidades para investimentos. Vitória, 2001.
- 5 BRASIL, Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 6 BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Legislação Básica do SUS – *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, p. 15-56. Brasília: MS/CNS, 2000.
- 7 BRASIL, Norma operacional básica 01/93 e Norma operacional básica 01/96. Legislação Básica do SUS – *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: MS/CNS, 2000. p. 157-130.
- 8 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 9 BRASIL. Portaria 2001, de 29 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS. Diário Oficial da União, ano 139, n. 20, 2001.
- 10 BRASIL, Ministério da Saúde. *O programa de saúde da família e a atenção básica no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 11 CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para formação profissional e educação continuada. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, p. 9- 133-142, 2001.
- 12 CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência de mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO L.C. de O.; CAMPOS, G. W. de S.; MEHRY, E. E. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994. p. 29-87.
- 13 CONIL, E. M. *Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: um enfoque avaliativo a partir da análise de implantação do programa saúde da família em Florianópolis/PSF, 1994-2000*. 2001. Texto apresentado durante o Seminário Internacional sobre Desigualdades Sociais organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- 14 CORDEIRO, H. Os desafios do ensino da saúde diante das mudanças do modelo assistencial, contribuição para além dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família: *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 33-43, 2000.

- 15 _____. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.
- 16 DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação*, Brasília, v.1, n. 2, p. 5-16, 2001
- 17 ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
- 18 ESCOREL, S. (Coord.). *Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 19 ESPÍRITO SANTO. Lei nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990. Institui o Sistema Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e dá outras providências. *Modelo assistencial de saúde do Espírito Santo*. Vitória, 1990. p. 7.
- 20 ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 3.011-N, de 6 de janeiro de 1990. *Modelo assistencial de saúde do Espírito Santo*. Homologa Resolução da Comissão Interinstitucional de Saúde do Espírito Santo – CIS/ES, nº 04/90, de 22 de fevereiro de 1990, que aprova o Modelo Assistencial de Saúde para o Estado do Espírito Santo, bem como os organogramas da Secretaria de Estado da Saúde, do Instituto Estadual de Saúde Pública, das Superintendências Regionais de Saúde e Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, Vitória, 1999. p. 16.
- 21 ESPÍRITO SANTO, 1999. Portaria 183-N, de 9 de dezembro de 1999. Regulamenta o incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família, integrante do Piso de Atenção Básica e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Vitória, 24 dez. 1999.
- 22 ESPÍRITO SANTO, 2001a. Portaria 224-R, de 24 de junho de 2000. Altera a portaria 183-N, para retificar o art. 3º e o parágrafo primeiro do mesmo artigo. *Diário Oficial do Estado*, Vitória, ES, 30 jun. 2000.
- 23 ESPÍRITO SANTO, 2001b. Portaria 363-R, de 3 de outubro de 2001. Altera a Portaria 183-N, para incluir outros municípios. *Diário Oficial do Estado*, Vitória, 5 de out. 2001.
- 24 FERREIRA, R. J.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: MS. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 235-263.
- 25 FEUERWERKER, L. C. M. Comentários dos debatedores das apresentações. In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 76-78.
- 26 FRANÇA, T. *Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- 27 FRANCO, T. Batista; MERHY, E. E. *PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. Texto apresentado durante o programa de mestrado em Saúde Pública da ENSP, Rio de Janeiro, 2001.
- 28 GARCIA, M. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. In: *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Fundação UNI Botucatu/Unesp, Botucatu, São Paulo, v.5, n. 8, p. 89-99, 2001.
- 29 GOMES, R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: MYNAIO M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 9. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 67-80.
- 30 HAIDT, R. C. C. *Curso de didática geral*. São Paulo: Editora Ática, 2001.

- 31 Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Região Sudeste/saúde. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 jul. 2002.
- 32 L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação de profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.15, p.15-27, 1999.
- 33 LOPES, B. C.; CHAGAS, D. M. N. M.; TORRES, Z, F. Regulação profissional do agente comunitário de saúde: natureza do trabalho, qualificação e vínculo. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, n. 6, p. 28-31, 2002.
- 34 MACHADO, M. H. (Coord.). *Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e Grandes Regiões*: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 35 MARQUES, R. M.; MENDES, A. *O Sus e a atenção básica: a busca de um novo desenho?* 2001. Texto apresentado durante o Seminário Internacional sobre Desigualdades Sociais organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- 36 MARTINS, E. P. *O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo no processo decisório (1997-2000)*: um estudo exploratório. 2000. 179f. (Dissertação Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- 37 MEDINA, M. G.; ROSANA, A.; CARVALHO, A.L.B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debates*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 15-28, 2000.
- 38 MENDES, E.V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.
- 39 MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996
- 40 MERHY, E. E. Daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, n. 9, p. 147-149, 2001.
- 41 MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- 42 MINISTÉRIO DA SAÚDE, COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS, COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes comunitários de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. .
- 43 MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, SECRETARIA TÉCNICA DA RIPSA. *Indicadores de dados básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- 44 MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, SECRETARIA TÉCNICA DA RIPSA. *Indicadores de dados básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 45 MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA. *Ações prioritárias na atenção básica em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 46 MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. A implantação da Unidade de Saúde da Família: *Caderno 1*, Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- 47 _____. Treinamento introdutório: *Caderno 2*, Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.
- 48 _____. Educação permanente: *Caderno 3*, Brasília: Ministério da Saúde, 2000d.

- 49 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: MS/CNS, 2001.
- 50 MINISTÉRIO DA SAÚDE/Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 51 MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Pólos de educação permanente em saúde: diretrizes para sua organização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 52 MOTTA, J. I. J. *Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso*. 1998. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde). Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- 53 MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. *Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- 54 MÜLLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, n. 31, p. 54-66, 1991.
- 55 MYNAIO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- 56 MYNAIO, M. C. S. et al. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 9. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- 57 NEMES FILHO, A. Breves reflexões sobre saúde da família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, n. 9, p. 154-156, 2001.
- 58 NORONHA, J.C. de; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVAREWS, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO-IMS-UERJ, 1994. p. 73-111.
- 59 NUNES, T. C. M.; MARTINS, M. I. C.; SÓRIO, R. E. R. Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado. *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: MS/CNS, p. 313-331, 2000.
- 60 PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: processo social de mudanças de práticas do SUS*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1999. p.187-220.
- 61 PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- 62 PAIM, J. S. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 143-146, 2001.
- 63 PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.
- 64 RAMOS, M. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. *Formação*, Brasília, v.1, n. 2, p. 17-26, 2001.
- 65 REDE UNIDA e o trabalho em Saúde da Família. *Boletim informativo da Rede Unida*, Londrina, ano XVI, n. 35, p. 4-5, set./dez, 2001.

- 66 REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, Brasília. *Anais...Brasília: Ministério da Saúde*, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, 2000a.
- 67 RIBEIRO, E. C. O; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia de reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 12, p. 39-44., 1996.
- 68 RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1985..
- 69 SANTANA, J. P. de. Comentários dos debatedores das apresentações. In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.75-76.
- 70 SANT'ANNA, F. M. ENRIGONE et al. *Planejamento do ensino e avaliação*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1996.
- 71 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, PÓLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL PARA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Metodologia de Capacitação de equipe de Saúde da Família do Pólo de Capacitação do Espírito Santo*. Vitória, 1998.
- 72 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Plano Estadual de Saúde (2000-2003)*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2000.
- 73 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Família e de Agente Comunitários de Saúde. *Sistema de informações da atenção básica: relatório estadual*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2001.
- 74 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. *Plano do Curso Básico em Saúde da Família*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2001a.
- 75 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. *Relatório da I oficina de monitores do Curso Básico em Saúde da Família*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2001b.
- 76 SILVA, A.W. L. *Capacitação didática e pedagógica do corpo docente*. Udesc. Disponível em: < <http://www.udesc.br/reitoria/proen/proreitor1001.html>>. Acesso em: 15 de fev. 2003.
- 77 SORIO, R. E. da R. Educação e trabalho em saúde. In: MS. *Gestão Municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 235-254.
- 78 SOUZA, A. M. A. et al. Processo educativo nos serviços de saúde. In: JOSÉ P.de S.; JANETE, L. De C. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN, 1999. p. 242-260.
- 79 SOUZA, A. M. A. et al. Processo educativo nos serviços de saúde. 1997. Apostila utilizada no Curso de Especialização de Planejamento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde, oferecido pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, juntamente com a ESNP/FIOCRUZ e a UFES, Vitória, 1997.
- 80 SOUZA, H. M. Estratégias para a organização da Atenção Básica. Trabalho apresentado na I Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Brasília, 2000.
- 81 SOUZA, H. M. et al. A implantação de uma nova mentalidade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, n. 6, p. 20-27, 2002.

- 82 SOUZA, M. F. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo o contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde Para Debate*. Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, 2000.
- 83 STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 84 TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: MS/CNS, p. 261-281, 2000.
- 85 TEIXEIRA, C. F.; SADER, N. M. B. *Contribuição da Rede Unida ao Processo de implementação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família*. Rede Unida. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/arquivos/implementação.rtf>>. Acesso em mar. 2003.
- 86 TOBAR, Federico, YALOUR, M. R., 2001. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- 87 VEIGA, I. P. A (Org.). *Projeto político-pedagógico: uma construção possível*. 7. ed. Campinas: Papirus, 1998.
- 88 VIANA, A L. D.; DAL POZ, M.R.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
- 89 WAGNER, H. L. *Os princípios do PSF*. Apostila utilizada no Curso Básico em Saúde da Família oferecido pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Vitória, 1997.
- 90 WAGNER, H. L. *Trabalhando com Famílias*. Apostila utilizada no Curso Básico em Saúde da Família oferecido pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Vitória, 1997.
- 91 XAVIER, Caco. Formação profissional em saúde. *Radis: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 10-17, 2002.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PACS E PSF, POR MACRORREGIÃO E
MICRORREGIÃO – ESPÍRITO SANTO – 1998-2001**

MACRORREGIÃO METROPOLITANA		1998		1999		2000		2001	
		PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF
MICRORREGIÃO METROPOLITANA	Cariacica	-	-	-	-	-	-	-	-
	Guarapari					X			
	Serra					X			
	Viana					X	X		
	Vila Velha					X			
	Vitória	X	X						
SUBTOTAL		1	1	-	-	4	1	-	-
MICRORREGIÃO CENTRAL SERRANA	Itaguaçu					X			X
	Itarana					X			X
	São R. Canaã			X			X		
	S. Maria Jetibá	X	X						
	S. Leopoldina							X	X
	Santa Tereza			X					
SUBTOTAL		1	1	2	-	2	1	1	3
MICRORREGIÃO EXPANDIDA NORTE	Aracruz	X	X						
	Fundão	X	X						
	Ibiraçu	-	-	-	-	-	-	-	-
	João Neiva	X	X						
	Linhares							X	X
	Rio Bananal	X	X						
	Sooretama					X	X		
SUBTOTAL		4	4	-	-	1	1	1	1
MICRORREGIÃO EXPANDIDA SUL	Alfredo Chaves	X							
	Anchieta	X	X						
	Itapemirim					X			
	Marataízes					X			X
	Piúma	X							
	Iconha	X	X						
SUBTOTAL		4	2	-	-	2	-	-	1
MICRORREGIÃO SUDOESTE SERRANA	Afonso Cláudio			X					
	Brejetuba			X			X		
	Conc. Castelo			X			X		
	D. Martins	X	X						
	Laranja da Terra					X	X		
	M. Floriano					X			X
	V. N. Imigrante	X	X						
SUBTOTAL		2	2	3	-	2	3	-	1
SUBTOTAL MACRORREGIÃO METROPOLITANA		12	10	5	-	11	6	2	6

(continuação)

MACRORREGIÃO NORTE		1998		1999		2000		2001	
		PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF
MICRORREGIÃO LITORAL NORTE	Conceição Barra	X							
	Jaguaré	X					X		
	Pedro Canário	X							
	São Mateus			X			X		
SUBTOTAL		3	-	1	-	-	2	-	-
MICRORREGIÃO EXTREMO NORTE	Montanha	X							X
	Mucurici	X	X						
	Pinheiros	X							X
	Ponto Belo	X					X		
SUBTOTAL		4	1	-	-	-	1	-	
SUBTOTAL MACRORREGIÃO NORTE		7	1	1	-	-	3	-	2

MACRORREGIÃO NOROESTE		1998		1999		2000		2001	
		PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF
MICRORREGIÃO PÓLO COLATINA	Alto Rio Novo					X	X		
	Baixo Guandu			X					
	Colatina		X			X			
	Marilândia					X	X		
	G. Lindemberg							X	X
	Pancas	X					X		
SUBTOTAL		1	1	1	-	3	3	1	1
MICRORREGIÃO NOROESTE I	Água D. do Norte			X			X		
	B. S. Francisco	X					X		
	Ecoporanga	X					X		
	Mantenópolis	X					X		
	Vila Pavão			X					
SUBTOTAL		3	-	2	-	-	4	-	-
MICRORREGIÃO NOROESTE II	Águia Branca					X			
	Boa Esperança	X			X				
	Nova Venécia	X							X
	S. D. Norte							X	
	S. Gabriel Palha	X							
	Vila Valério					X			
SUBTOTAL		3	-	-	1	2	-	1	1
SUBTOTAL MACRORREGIÃO NOROESTE		7	1	3	1	5	7	2	2

(continuação)

MACRORREGIÃO SUL		1998		1999		2000		2001	
		PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF
MICRORREGIÃO PÓLO CAPARAÓ	Alegre	X					X		
	Div. S. Lourenço					X	X		
	Dores Rio Preto	-	-	-	-	-	-	-	-
	Guaçuí							X	-
	Ibatiba	X					X		
	Irupi			X			X		
	Ibitirama					X	X		
	Iúna	X					X		
	Muniz Freire			X	X				
SUBTOTAL		3	-	2	1	2	6	1	-
MICRORREGIÃO PÓLO CACHOEIRO	Apiacá			X			X		
	Atílio Vivácqua	X	X						
	Bom Jesus Norte			X			X		
	C. Itapemirim	X			X				
	Castelo						X	X	
	J. Monteiro	X	X						
	Mimoso do Sul	X	X						
	Muqui			X			X		
	Pres. Kennedy					X			
	Rio Novo do Sul							X	X
	São J. Calçados			X			X		
Vargem Alta	X			X					
SUBTOTAL		5	3	4	2	1	5	2	1
SUBTOTAL MACRORREGIÃO SUL		8	3	6	3	3	11	3	1

Fonte: SESA/IESP/RISCO SOCIAL/COORDENAÇÃO ESTADUAL PSF

TABELA A2 – RESUMO DA ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PACS/PSF POR MACRORREGIÃO E POR ANO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – 1998-2001

MACRORREGIÃO	1998		1999		2000		2001	
	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF	PACS	PSF
Metropolitana	12	10	5	-	11	6	2	6
Norte	7	1	1	-	-	3	-	2
Noroeste	7	1	3	1	5	7	2	2
Sul	8	3	6	3	3	11	3	1
TOTAL	34	15	15	4	19	27	7	11

Fonte: SESA/IESP/RISCO SOCIAL/COORDENAÇÃO ESTADUAL PSF

TABELA A3 – RESUMO DA ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PACS/PSF POR MACRORREGIÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – 1998-2001

MACRORREGIÃO	Nº MUNICÍPIOS	PACS	PSF	SEM PACS E PSF
Metropolitana	32	30	22	2
Norte	8	8	6	-
Noroeste	17	17	11	-
Sul	21	20	18	1
TOTAL	78	75	57	3

Fonte: SESA/IESP/RISCO SOCIAL/COORDENAÇÃO ESTADUAL PSF

**APÊNDICE B - EGRESSOS DO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, POR MACRORREGIÃO, MICRORREGIÃO E MUNICÍPIOS –
ESPÍRITO SANTO – 1997-2001**

CURSO	MACROR- REGIÃO	MACROR- REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL ALUNO	
1º CBSF (11-97 a 5-98)	Metropolitana	Metropolitana	Vitória	7	5	2	2	0	0	0	16	
			Viana	1	1	0	0	0	0	0	2	
			Cariacica	1	2	1	1	0	0	0	5	
		Exp. Norte	Aracruz	4	3	3	0	0	0	0	0	10
			João Neiva	3	3	1	1	0	0	0	0	8
			Fundão	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		Exp. Sul	Anchieta	1	1	0	0	1	0	0	0	3
			Iconha	0	1	0	0	0	0	0	0	1
			Piúma	1	0	0	1	0	0	0	0	2
		Sud. Serrana	Dom. Martins	1	1	0	0	0	0	0	0	2
			V. N.Imigrante	1	1	0	1	0	0	0	0	3
		Sul	Pólo Cach.	A. Vivácqua	1	1	0	0	0	0	0	0
	Pres. Kennedy			1	1	0	0	0	0	0	0	2
Mim. do Sul	1			1	0	1	0	0	0	0	3	
Noroeste	Noroeste I	Mantenópolis	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Noroeste II	Boa Esperança	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
SUBTOTAL				26	23	7	7	1	0	0	64	

CURSO	MACROR-REGIÃO	MACROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL P/CURSO	
2º CBSF (5-99 a 12-99)*	Metropolitana	Metropolitana	Vitória	0	1	0	0	0	0	0	1	
		Exp. Norte	Fundão	2	1	0	0	0	0	0	0	3
			Aracruz	2	2	1	0	0	0	0	0	5
			Rio Bananal	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			João Neiva	1	1	0	1	0	0	0	0	3
	Centr. Serrana	S. M. Jetibá	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Exp. Sul	Anchieta	1	1	0	0	0	0	0	0	3	
	Norte	Pólo Colatina	Colatina	1	1	0	1	0	0	0	0	3
		Litoral Norte	São Mateus	1	1	0	0	0	0	0	0	2
			Pinheiro	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Sul	Pólo Cachoeiro	J. Monteiro	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
SUBTOTAL				12	11	1	2	0	0	0	26	

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL ALUNO
3º CBSF (5-99 a 12-99)	Metropolitana	Exp. Sul	Anchieta	0	1	0	1	1	0	0	3
		Extr. Norte	Fundão	0	1	0	0	0	0	0	1
	Sul	Pólo Cachoeiro	Vargem Alta	3	1	0	0	0	0	0	4
			J. Monteiro	1	0	0	0	0	0	0	1
		Pólo Caparaó	Iúna	1	2	0	1	0	0	0	4
	Norte	Extr. Norte	Montanha	0	1	0	1	0	0	0	2
	Noroeste	Noroeste II	B. Esperança	0	1	0	0	0	0	0	1
SUBTOTAL				5	7	0	3	1	0	0	16

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL ALUNO
4º CBSF (5/99 a 12-99)	Metropolitana	Exp. Sul	Anchieta	2	2	0	0	0	0	0	4
			Iconha	1	2	2	0	0	0	0	5
	Sul	Pólo Cach.	Vargem Alta	0	1	0	2	0	0	0	3
	Noroeste	Noroeste II Pólo Colatina	Nova Venécia	4	3	1	0	0	0	0	8
			Colatina	2	4	0	0	0	0	0	6
Norte	Lit. Norte	São Mateus	0	1	0	1	0	0	0	2	
SUBTOTAL				9	13	3	3	0	0	0	28

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL P/ CURSO	
5º CBSF (12-99 a 12-00)	Metropolitana	Exp. Sul	Anchieta	3	2	0	0	0	1	0	6	
			Noroeste	Noroeste I	B.S. Francisco	1	1	0	1	0	0	0
	Sul	Pólo Caparaó	Muniz Freire	4	2	0	1	0	0	0	0	7
			Muqui	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			Alegre	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		Pólo Cach.	C. Itapemirim	2	4	0	0	0	0	0	0	6
			J. Monteiro	0	1	0	0	0	0	0	0	1
			B. J. do Norte	1	0	0	0	0	0	0	0	1
SUBTOTAL				13	10	0	2	0	1	0	26	

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL P/CURSO	
6º CBSF (3-00 a 9-00)	Metropolitana	Metropolitana	Vitória	0	1	0	1	0	0	0	2	
			Viana	0	1	0	0	0	0	0	1	
		Exp. Norte	Aracruz	2	1	3	0	0	0	0	0	6
			João Neiva	2	1	0	1	0	0	0	0	4
			Sooretama	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			Rio Bananal	3	1	1	1	0	1	0	0	7
		Sud. Serrana	Conc. Castelo	2	2	0	0	0	0	0	0	4
			D. Martins	1	1	0	0	0	0	0	0	2
		Centr. Serrana	S. R. Canaã	0	2	0	0	0	0	0	0	2
		Sul	Pólo Caparaó	Muniz Freire	2	2	1	1	0	0	0	0
	Ibatiba			1	2	0	0	0	0	0	0	3
	Pólo Cach.		Bom J. Norte	0	2	0	0	0	0	0	0	2
			São J. Caçados	3	3	0	0	0	0	0	0	6
			Muqui	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Apiacá	2	1	0	0	0	0	0	0	3
			Mimoso Sul	2	2	0	0	1	1	0	0	6
			Atílio Vivácqua	1	1	0	0	0	0	0	0	2
			Rio Novo Sul	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			Vargem Alta	2	1	0	0	0	0	0	0	3
	Norte	Extr. Norte	Ponto Belo	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			Mucurici	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Lit. Norte	Pedro Canário	0	1	0	0	0	0	0	0	1
			Jaguaré	2	0	0	0	0	0	0	2	
Noroeste	Pólo Colatina	Marilândia	4	1	0	0	0	0	0	0	5	
		Pancas	4	5	0	0	0	0	0	0	9	
	Noroeste I	B. S. Francisco	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Noroeste II	Vila Valério	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
SUBTOTAL				38	32	5	4	1	2	0	82	

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL ALUNO	
7º CBSF (9-00 a 2-01)	Metropolitana	Metropolitana	Viana	2	1	0	0	0	0	0	3	
			Vila Velha	0	1	0	0	0	0	0	0	
		Exp. Norte	Fundão	0	2	0	0	0	0	0	2	
			Rio Bananal	1	3	0	0	0	0	0	4	
		Exp. Sul	Anchieta	0	1	0	0	0	0	0	1	
	Norte	Lit. Norte	Jaguareé	2	2	0	0	0	0	0	0	4
		Extr. Norte	Mucurici	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Noroeste	Noroeste I	A. D. Norte	1	2	0	0	0	0	0	0	3
			B. S.Francisco	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			Mantenópolis	2	1	0	0	0	0	0	0	4
			Ecoporanga	4	3	0	1	0	0	0	0	10
		Noroeste II	B. Esperança	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Pólo Colatina	Pancas	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
		Marilândia	0	2	0	0	0	0	0	0	2	
	Sul	Pólo Cach.	Muqui	2	2	0	0	0	0	0	0	4
			Atílio Viváqua	1	1	0	0	0	0	0	0	2
			J. Monteiro	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		Pólo Caparaó	Muniz Freire	4	0	0	0	0	0	0	0	4
			Alegre	5	7	0	0	0	0	0	0	12
			D. S.Lourenço	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Iúna			1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Irupi	2	2	0	0	0	0	0	0	4		
SUBTOTAL				33	35	0	1	0	0	0	69	

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL P/ CURSO
8º CBSF (10-00 a 6-01)	Metropolitana	Metropolitana	Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0
			Viana	1	0	0	0	0	0	0	1
		Cent. Serrana	S. R. Canaã	3	1	0	0	0	0	0	4
		Exp. Norte	Sooretama	1	1	0	0	0	0	0	2
			Aracruz	2	2	2	0	0	0	0	6
	Norte	Lit. Norte	Fundão	2	0	0	0	0	0	0	2
			Jaguaré	1	1	0	0	0	0	0	2
	Sul	Pólo Cach Pólo Caparaó	Vargem Alta	1	0	0	0	0	0	0	1
			D. S.Lourenço	1	1	0	0	0	0	0	2
			Ibitirama	1	1	0	0	0	0	0	2
SUBTOTAL				13	7	2	0	0	0	0	22

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL ALUNO	
9º CBSF (2-01 a 9-01)	Metropolitana	Exp. Norte	Anchieta	0	2	0	0	0	0	0	2	
			Ibiraçu	1	0	0	1	0	0	0	2	
			João Neiva	0	1	0	0	0	0	0	1	
		Exp. Sul	Iconha	1	1	0	0	0	0	0	2	
			Centr. Serrana	Itarana	1	0	0	0	0	0	0	1
		S. R. Canaã		0	1	0	0	0	0	1	2	
	Norte	Ext. Norte	Montanha	1	0	0	0	0	0	0	1	
	Noroeste	Pólo Colatina	Noroeste I	B. S.Francisco	0	1	0	0	0	0	0	1
			Colatina	0	2	0	0	0	0	0	2	
	Sul	Pólo Cach.	Pólo Cach.	Atílio Vivácqua	0	1	0	0	0	0	0	1
				B. J. do Norte	0	1	0	0	0	0	0	1
				Mimoso Sul	3	5	0	0	0	0	0	8
				S. J. Calçado	0	3	0	0	0	0	0	3
C. Itapemirim				0	1	0	0	0	0	0	1	
Pólo Caparaó	Ibatiba	4	2	0	0	0	0	0	0	6		
SUBTOTAL				11	21	0	1	0	0	1	34	

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG.	TOTAL P/CURSO	
10° CBSF (4-01 a 9-01)	Metropolitana	Metropolitana	Vila Velha	0	0	0	1	0	0	0	1	
		Exp. Norte	Fundão	1	1	1	0	0	0	0	0	3
			Aracruz	2	1	0	0	0	0	0	0	3
			João Neiva	0	0	4	0	0	0	0	0	4
		Exp. Sul	Anchieta	1	1	0	0	0	0	0	0	2
		Sud. Serrana	D. Martins	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Centr. Serrana	Itarana	Itarana	0	1	0	0	0	0	0	0	1
			S. M. Jetibá	3	0	0	0	0	0	0	0	3
	Noroeste	Pólo Colatina	Marilândia	Marilândia	4	2	0	0	0	0	0	6
				Pancas	2	3	1	0	0	0	0	6
				Colatina	1	0	0	0	0	0	0	1
				Alto R. Novo	3	1	0	0	0	0	0	4
		Noroeste I	Água D. Norte	Água D. Norte	1	1	0	0	0	0	0	0
	Mantenópolis			3	2	0	0	0	0	0	0	5
	B. S. Francisco			2	3	0	0	0	0	0	0	5
	Norte	Lit. Norte	São Mateus	São Mateus	2	1	0	0	0	0	0	3
				Pólo Caparaó	Muniz Freire	2	2	1	0	0	0	0
	Sul	Pólo Caparaó	Iúna	Iúna	1	0	0	0	0	0	0	1
				J. Monteiro	2	2	0	0	0	0	0	0
		Pólo Cach.	Muqui	Muqui	2	1	0	0	0	0	0	0
Mimoso Sul				1	0	0	0	0	0	0	0	1
S. J. Calçado				0	1	0	0	0	0	0	0	1
SUBTOTAL				33	23	8	1	0	0	0	65	

CURSO	MACROR-REGIÃO	MICROR-REGIÃO	MUNICÍPIO	ENF.	MÉD.	ODON.	A. SOC.	PSICOL.	NUTR.	GEOG	TOTAL P/CURSO
11° CBSF (11-01 a 3-02)	Metropolitana	Exp. Norte	Sooretama	2	2	2	0	0	0	0	6
		Exp. Sul	Anchieta	2	1	0	0	0	0	0	3
			Iconha	0	0	2	0	0	0	0	2
		Sud. Serrana	V. N. Imigrante	2	2	0	0	0	0	0	4
			Mal. Floriano	4	2	0	0	0	0	0	6
		Cent. Serrana	Itaguaçu	2	2	0	0	0	0	0	4
			S. Leopoldina	0	1	0	0	0	0	0	1
			S. M. Jetibá	0	1	0	0	0	0	0	1
			S. R. Canaã	2	0	0	0	0	0	0	2
		Noroeste	Noroeste I	Ecoporanga	0	1	1	0	0	0	0
	Mantenópolis			1	0	2	0	0	0	0	8
	Noroeste II		B. Esperança	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pólo Colatina	G. Lindemb. Pancas	G. Lindemb.	0	0	3	0	0	0	0	3
			Pancas	2	0	0	0	0	0	0	2
	Norte	Extr. Norte	Montanha	1	1	0	0	0	0	0	2
			Mucurici	0	1	0	0	0	0	0	1
	Sul	Pólo Cach.	Litoral Norte	São Mateus	2	2	0	0	0	0	4
C. Itapemirim			0	0	3	0	0	0	0	3	
At. Vivácqua			0	0	0	0	0	0	0	0	
		Ibitirama	1	0	0	0	0	0	0	1	
SUBTOTAL				21	16	13	0	0	0	0	50

TOTAL POR CATEGORIA	214	198	39	24	3	3	1	480
----------------------------	------------	------------	-----------	-----------	----------	----------	----------	------------

**APÊNDICE C - ENFERMEIROS E MÉDICOS E OUTRAS CATEGORIAS QUE PARTICIPARAM
DO CBSF, POR MACRORREGIÃO, MICRORREGIÃO E MUNICÍPIOS
1997-2001 – ESPÍRITO SANTO**

MACRORREGIÃO METROPOLITANA		ENF.	MÉD.	SUBTOTAL MED. e ENF.	OUTRAS CATEG.	TOTAL
MICRORREGIÃO METROPOLITANA	Cariacica	1	2	3	2	5
	Guarapari	0	0	0	0	0
	Serra	0	0	0	0	0
	Viana	5	3	8	0	8
	Vila Velha	0	1	1	1	2
	Vitória	7	7	14	5	19
SUBTOTAL		13	13	26	8	34
MICRORREGIÃO CENTRAL SERRANA	Itaguaçu	2	2	4	0	4
	Itarana	1	1	2	0	2
	São R. Canaã	5	4	9	1	10
	S. Maria Jetibá	4	2	6	0	6
	S. Leopoldina	0	1	1	0	1
	Santa Tereza	0	0	0	0	0
SUBTOTAL		12	10	22	1	23
MICRORREGIÃO EXPANDIDA NORTE	Aracruz	12	9	21	7	28
	Fundão	6	5	11	1	12
	Ibiraçu	1	0	1	1	2
	João Neiva	6	6	12	8	20
	Linhares	0	0	0	0	0
	Rio Bananal	5	4	9	3	12
	Sooretama	4	3	7	2	9
SUBTOTAL		34	27	61	22	83
MICRORREGIÃO EXPANDIDA SUL	Alfredo Chaves	0	0	0	0	0
	Anchieta	10	12	22	4	26
	Itapemirim	0	0	0	0	0
	Maratáizes	0	0	0	0	0
	Piúma	1	0	1	1	2
	Iconha	2	4	6	4	10
SUBTOTAL		13	16	29	9	38
MICRORREGIÃO SUDOESTE SERRANA	Afonso Cláudio	0	0	0	0	0
	Brejetuba	0	0	0	0	0
	Conc. Castelo	2	2	4	0	4
	D. Martins	2	2	4	1	5
	Laranja da Terra	0	0	0	0	0
	M. Floriano	4	2	6	0	6
	V. N. Imigrante	3	3	6	1	7
SUBTOTAL		11	9	20	2	22
SUBTOTAL MACRORREGIÃO METROPOLITANA		83	75	158	42	200

(continuação)

MACRORREGIÃO NORTE		ENF	MÉD	SUBTOT MED e ENF	OUTRAS CATEG	TOTAL
MICRORREGIÃO LITORAL NORTE	Conceição Barra	0	0	0	0	0
	Jaguaré	5	3	8	0	8
	Pedro Canário	0	1	1	0	1
	São Mateus	5	5	10	1	11
SUBTOTAL		10	9	19	1	20
MICRORREGIÃO EXTREMO NORTE	Montanha	2	2	4	1	5
	Mucurici	0	2	2	0	2
	Pinheiros	1	1	2	0	2
	Ponto Belo	1	0	1	0	1
SUBTOTAL		4	5	9	1	10
SUBTOTAL MACRORREGIAO NORTE		14	14	28	2	30

MACRORREGIÃO NOROESTE		ENF	MÉD	SUBTOT MED e ENF	OUTRAS CATEG	TOTAL
MICRORREGIÃO PÓLO COLATINA	Alto Rio Novo	3	1	4	0	4
	Baixo Guandu	0	0	0	0	0
	Colatina	4	7	11	1	12
	Marilândia	8	5	13	0	13
	G. Lindemberg	0	0	0	3	3
	Pancas	8	9	17	1	18
SUBTOTAL		23	22	45	5	50
MICRORREGIÃO NOROESTE I	Água D. do Norte	2	3	5	0	5
	B. S. Francisco	5	6	11	1	12
	Ecoporanga	6	4	10	1	11
	Mantenópolis	7	4	11	2	13
	Vila Pavão	0	0	0	0	0
SUBTOTAL		20	17	37	4	41
MICRORREGIÃO NOROESTE II	Águia Branca	0	0	0	0	0
	Boa Esperança	1	3	4	0	4
	Nova Venécia	4	3	7	1	8
	S. D. Norte	0	0	0	0	0
	S. Gabriel Palha	0	0	0	0	0
	Vila Valério	1	0	1	0	1
SUBTOTAL		6	6	12	1	13
SUBTOTAL MACRORREGIAO NOROESTE		49	45	94	10	104

Fonte: SESA/POLO/CBSF – Lista de Freqüências do I ao XI CBSF

MACRORREGIÃO SUL		ENF	MÉD	SUBTOT MED e ENF	OUTRAS CATEG	TOTAL
MICRORREGIÃO PÓLO CAPARAÓ	Alegre	6	7	13	0	13
	Div. S. Lourenço	3	2	5	0	5
	Dores do R. Preto	0	0	0	0	0
	Guaçu	0	0	0	0	0
	Ibatiba	5	4	9	0	9
	Irupi	2	2	4	0	4
	Ibitirama	2	1	3	0	3
	Iúna	3	3	6	1	7
Muniz Freire	12	6	18	4	22	
SUBTOTAL		33	25	58	5	63
MICRORREGIÃO PÓLO CACHOEIRO	Apiacá	2	1	3	0	3
	Atílio Vivaqua	3	4	7	0	7
	Bom J. do Norte	1	3	4	0	4
	C. Itapemirim	2	5	7	3	10
	Castelo	0	0	0	0	0
	J. Monteiro	5	4	9	0	9
	Mimoso do Sul	7	8	15	3	18
	Muqui	5	3	8	0	8
	P. Kenedy	1	1	2	0	2
	Rio Novo do Sul	1	0	1	0	1
	São J. do Calçado	3	7	10	0	10
Vargem Alta	6	3	9	2	11	
SUBTOTAL		36	39	75	8	83
SUBTOTAL MACRORREGIAO SUL		69	64	133	13	146

**RESUMO DO TOTAL DE ENFERMEIROS E MEDICOS E OUTRAS CATEGORIAS QUE
PARTICIPARAM CO CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA POR MACRORREGIÃO
1997-2001 – ESPÍRITO SANTO**

MACRORREGIAO	ENF	MED	SUBTOTAL MED e ENF	OUTRAS CATEG	TOTAL
METROPOLITANA	83	75	158	42	200
NORTE	14	14	28	2	30
NOROESTE	49	45	94	10	104
SUL	69	64	133	13	146
TOTAL GERAL POR CATEGORIA	215	198	413	67	480

Fonte: SESA/POLO/CBSF – Lista de Frequências do I ao XI CBSF

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA E1**Responsável pelo Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família**

Data: ____/____/____

Identificação do Entrevistado

Nome:

Sexo: 1 () M 2 () F

Idade:

Profissão:

Pós-Graduação:

Cargo que ocupa:

Tempo que ocupa esse cargo: _____ anos _____ meses

Função exercida anteriormente:

Desde quando participa do Pólo:

I – CARACTERIZAÇÃO/ATRIBUIÇÕES DO PÓLO

- 1 - Qual a forma de indicação para o cargo de coordenador do Pólo?
- 2 - Mandato da atual coordenação: de ____/____ a ____/____
- 3 - O Pólo Estadual está formalmente oficializado?
- 4 - Avalie as atribuições das instituições que compõem o Pólo como “muito satisfatórias” (MS), “pouco satisfatórias” (PS), “não realizadas” (NR), “não é de sua competência ou não se aplica” (NC ou NA)

ATRIBUIÇÕES	SESA	UFES	EMESCAM	COSEMS
Funcionar como sede administrativa do Pólo				
Colocar à disposição do Pólo seu corpo técnico				
Pôr à disposição do Pólo unidades de sua vinculação: salas de aula e ambientes físicos de atividades técnico-práticas				
Viabilizar a reprodução de material didático				
Participar da comissão do processo de seleção				
Manter na instituição um profissional (nível médio) para auxiliar na execução de atividades do Pólo				
Intermediar a liberação dos profissionais integrantes das ESF				

- 5 - Existe uma coordenação pedagógica no Pólo? Se positivo, como está estruturada – qual o perfil do coordenador, número e perfil da equipe, atividades, responsabilidades? Se não, quais os motivos para não ter sido criada?
- 6 - Entre 1997 a 2001, quais foram as metas estabelecidas para o Pólo no Estado?
- 7 - O Pólo conseguiu cumprir as metas estabelecidas?
- 8 - Quais as facilidades encontradas para o cumprimento das metas?
- 9 - Quais as dificuldades encontradas para o cumprimento das metas?
- 10 - Entre 1997 a 2001, o Pólo desenvolveu ações descentralizadas/regionalizadas?

II – Análise do CBSF no contexto das ações do Pólo Estadual

- 1 - Qual a relevância do CBSF no conjunto das ações desenvolvidas pelo Pólo?
(nº de técnicos / nº de monitores / infra-estrutura disponível / recursos financeiros)
- 2 - Os CBSFs são realizados por: (mais de uma resposta)
 - () iniciativa do Pólo
 - () demanda da SMS
 - () determinação da SESA
 - () ser atividade regimental
 - () Outro _____
- 3 - Qual a periodicidade de realização dos cursos?

4 - Por que foi adotado o modelo canadense na formulação do CBSF? Havia outros modelos em disputa? Quais as vantagens que interferiram para a escolha do modelo canadense? Quais os aspectos do modelo que responderam às demandas de implantação do PSF no Estado? Quais as principais diferenças entre o modelo canadense e o preconizado pelo MS? Por que o pessoal de nível médio e elementar não foi incorporado ao CBSF?

5 - Existe uma coordenação pedagógica no CBSF? Se positivo, como está estruturada – qual o perfil do coordenador, número e perfil da equipe, atividades, responsabilidades? Se não, quais os motivos para não ter sido criada?

6 - Qual a regularidade e/ou periodicidade de discussão sobre o curso?

7 - Como são feitas (formais ou informais)?

8 - Quais os instrumentos empregados para a análise dos cursos?

9 - Qual a utilização dos resultados?

10 - Quais os critérios de seleção dos monitores?

11 - Quais os mecanismos de seleção?

12 - Como são contratados – vínculo, carga horária (dedicação exclusiva)?

13 - Quais as suas atribuições?

14 - Há rotatividade dos monitores?

15 - Como é realizada a capacitação pedagógica dos monitores?

16 - Qual foi a estratégia do Pólo para atender à demanda de capacitação de novos profissionais pelo CBSF em face da expansão do PSF?

17 - Quais os critérios e mecanismos utilizados no processo de seleção dos alunos para participarem do CBSF?

18 - Quais os fatores que facilitaram e dificultaram a realização do CBSF?

Recursos Humanos: quantidade, formação, dedicação, estabilidade, vínculo trabalhista, carga horária.

Recursos Financeiros: quantidade, disponibilidade.

Infra-estrutura: quantidade, qualidade.

Instituições do Pólo: colaboração, cumprimento das atribuições.

Planejamento do curso: quantidade de alunos que iniciam e não concluem o curso.

III – Análise do I, VII e XI CBSF

1- Quais foram as principais mudanças realizadas no CBSF (conteúdo, grade curricular)?

2- Como foram realizados esses processos de mudanças? No ICBSF, no VII CBSF e no X CBSF?

- 3- Quais as instâncias que participaram dos processos de análise das avaliações do I CBSF? De que forma as avaliações do I CBSF foram utilizadas no planejamento do II CBSF?
- 4- Quais as instâncias que participaram dos processos de análise das avaliações do VII CBSF? De que forma as avaliações do VII CBSF foram utilizadas no planejamento do VIII CBSF?
- 5- Quais as instâncias que participaram dos processos de análise das avaliações do X CBSF? De que forma as avaliações do X CBSF foram utilizadas no planejamento do XI CBSF?
- 6- O CBSF utiliza instrumento de avaliação? Em caso positivo, de que tipo? (Questionário? Reunião?).
- 7- Existem modalidades e/ou instrumentos de avaliação dos docentes? De que tipo? Quem preenche ou quem participa da avaliação? Qual a regularidade?
- 8- Existem modalidades e/ou instrumentos de avaliação dos discentes? De que tipo? Quem preenche ou quem participa da avaliação? Qual a regularidade?
- 9- Existem modalidades e/ou instrumentos de avaliação dos cursos? De que tipo? Quem preenche ou quem participa da avaliação? Qual a regularidade?
- 10- Quais as críticas mais freqüentes? (monitores, alunos, Secretarias Municipais)
- 11- Quais as avaliações positivas mais freqüentes? (monitores, alunos, Secretarias Municipais)
- 12- Em sua avaliação, quais os principais motivos têm levados os alunos a não concluírem o CBSF?
- 13- A proposta de ensino do CBSF reorienta as práticas assistenciais? Explique.
- 14- Em sua avaliação, o CBSF confere prioridade à capacitação da “avaliação do grupo familiar”? De que forma essa competência é ensinada? Em sua avaliação, os profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?
- 15- Na sua avaliação, o CBSF confere prioridade à capacitação do “planejamento das ações de saúde”? De que forma essa competência é ensinada? Em sua avaliação, os profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?
- 16- Em sua avaliação, o CBSF confere prioridade à capacitação dos médicos para a “prevenção e monitoramento de grupos específicos”? De que forma essa competência é ensinada? Em sua avaliação, esses profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?
- 17- Em sua avaliação, o CBSF confere prioridade à capacitação dos enfermeiros para a “prevenção e monitoramento de grupos específicos”? De que forma essa competência é ensinada? Em sua avaliação, os profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA E2**Monitor do Curso Básico em Saúde da Família**

Data:

Identificação do Entrevistado

Nome:

Sexo: 1 () M 2 () F

Idade:

Profissão:

Pós-Graduação:

Função que ocupa:

Tempo que ocupa essa função: _____ anos _____ meses

Desde quando participa do Pólo:

I – Análise do I, VII e XI CBSF

1. Por que foi adotado o modelo canadense na formulação do CBSF? Havia outros modelos em disputa? Quais as vantagens que interferiram para a escolha do modelo canadense? Quais os aspectos do modelo que responderam às demandas de implantação do PSF no Estado? Quais as principais diferenças entre o modelo canadense e o preconizado pelo MS? Por que o pessoal de nível médio e elementar não foi incorporado ao CBSF?
2. Como foi o processo de seleção dos monitores do I CBSF? Quantos eram (alunos e observadores). Havia algum critério de seleção?
3. Quais foram as principais mudanças realizadas no I CBSF comparadas com a proposta do modelo canadense? (identificar o conteúdo trazido e o que foi adaptado; o pré-módulo e sua carga horária).
4. Como foram realizadas essas mudanças? Quais instâncias participaram dessa discussão?
5. Qual o conteúdo dos módulos do I CBSF? (identificar se ela tem a programação do I CBSF).
6. Existia trabalho intermódulo no I CBSF? Qual(s)?
7. Quais instâncias participaram do processo de análise das avaliações do I CBSF? As avaliações do I CBSF foram utilizadas no planejamento do II CBSF?
8. Em sua opinião, a prática dos profissionais de saúde pode ser muito diferenciada em razão de eles terem apreendido conceitos diferentes nos vários CBSF? (ênfasis no período analisado).
9. Em sua opinião, a proposta de ensino do CBSF reorienta as práticas assistenciais? Explique.
10. Em sua avaliação, o CBSF confere prioridade na capacitação da “avaliação do grupo familiar”? De que forma essa competência é ensinada? Os profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?
11. Em sua avaliação, o CBSF confere prioridade na capacitação do “planejamento das ações de saúde”? De que forma essa competência é ensinada? Os profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?
12. Em sua avaliação, o CBSF confere prioridade na capacitação dos médicos para a “prevenção e monitoramento de grupos específicos”? De que forma essa competência é ensinada? Esses profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?
13. Em sua avaliação, o CBSF confere prioridade na capacitação dos enfermeiros para a “prevenção e monitoramento de grupos específicos”? De que forma essa competência é ensinada? Os profissionais recebem informações e realizam exercícios e atividades em quantidade e qualidade suficientes para que desenvolvam essa competência quando retornam para as suas atividades cotidianas?

APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS DO PSF

QUESTIONÁRIO N° _____

MUNICÍPIO _____

**Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional De Saúde Pública
Mestrado Em Saúde Pública**

**CURSO BÁSICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO LOCAL PARA REQUALIFICAÇÃO
PROFISSIONAL NO ESPÍRITO SANTO**

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre os Cursos Básicos em Saúde da Família, realizados pelo Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família do Estado do Espírito Santo, no período de 1997 a 2001.

Sua participação é muito importante para que possamos avaliar o processo de ensino-aprendizagem nesses cursos.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser assinado para que suas respostas possam ser consideradas válidas.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam preenchidas.

Bloco 1 – Identificação Profissional

1.1 Nome _____

1.2 Município de residência _____

1.3 Sexo
1 () Masculino 2 () Feminino1.4 Faixa Etária
1 () de 20 a 25 anos 5 () de 41 a 45 anos
2 () de 26 a 30 anos 6 () de 46 a 50 anos
3 () de 31 a 35 anos 7 () de 51 a 55 anos
4 () de 36 a 40 anos 8 () mais de 55 anos

1.5 Função que desempenha na Equipe de Saúde da Família (ESF)

1 () Médico(a) 2 () Enfermeiro(a)

1.6 Há quanto tempo está formado?

1 _____ anos
2 _____ meses (menos de 1 ano)1.7 Instituição formadora
1 () Pública 2 () Privada1.8 Nome da instituição formadora

_____1.9 Tem título de especialista?
1 () Sim 2 () Não (Pule para Bl.2)

1.10 Qual? (pode ser respondida mais de uma alternativa)

1 () Residência 3 () Mestrado
2 () Especialização 4 () Doutorado**Somente para Residência**

1.11 Área de formação: _____

1.12 Ano de conclusão: _____

1.13 Carga horária (especificar horas ou anos)

_____1.14 Instituição formadora
1 () Pública 2 () Privada**Somente para Especialização (se houver mais de uma, informar a que tiver maior afinidade com o PSF)**1.15 Área de formação: _____

1.16 Ano de conclusão: _____

1.17 Carga horária (horas ou anos especificar) _____

1.18 Instituição formadora
1 () Pública 2 () Privada**Somente para Mestrado**

1.19 - Área de formação: _____

1.20 Ano de conclusão: _____

1.21 Carga horária (especificar horas ou anos) _____

1.22 Instituição formadora
1 () Pública 2 () Privada**Somente para Doutorado**

1.23 Área de formação: _____

1.24 Ano de conclusão: _____

1.25 Carga horária (especificar horas ou anos) _____

1.26 Instituição formadora
1 () Pública 2 () Privada

1.27 Realizou algum curso de Especialização em Saúde da Família?

1 () Sim 2 () Não (Pule para o Bloco 2)
3 () Em conclusão**Se sim,**

1.28 Ano de realização _____

1.29 Nome da instituição onde realizou o curso _____
_____1.30 Em qual município _____

1.31 Em qual Estado _____

1.32 Carga horária do curso: _____

Bloco 2 – Atuação Profissional

2.1 Tempo de atuação na ESF em que trabalha atualmente

1 () até 6 meses 4 () de 25 a 36 meses
2 () de 7 a 12 meses 5 () de 37 a 48 meses
3 () de 13 a 24 meses 6 () mais de 48 meses

2.2 Sua atuação no PSF sempre foi no mesmo município?

1 () Sim 2 () Não (Pule para a pergunta 2.5)

2.3 Sempre atuou na mesma equipe?

1 () Sim (Pule para a pergunta 2.11) () 2 Não

2.4 Em quantas equipes atuou? _____ (Pule para pergunta 2.11)

Somente para quem respondeu “Não” na 2.2

2.5 Atuou em outro(s) município(s) deste Estado?

1 () Sim 2 () Não (Pule para a pergunta 2.7)

2.6 Qual (is) município(s) _____

2.7 Atuou em outro(s) Estado(s)?

1 () Sim 2 () Não (Pule para a pergunta 2.9)

2.8 Qual(is) Estado(s) atuou anteriormente? _____

2.9 Qual o tempo de atuação no PSF em outro município ou Estado?

1 () até 6 meses 4 () de 25 a 36 meses
2 () de 7 a 12 meses 5 () de 37 a 48 meses

3 () de 13 a 24 meses 6 () mais de 48 meses

2.10 Qual o motivo da mudança de município ou Estado?

(se desejar marque mais de uma opção)

- 1 () Salário maior.
 2 () Área distante de minha residência.
 3 () Mudei para o município atual.
 4 () Equipe desativada.
 5 () Dificuldade com a equipe.
 6 () Dificuldade com a coordenação municipal do PSF.
 7 () O PSF desenvolvido no município atual é mais estruturado.
 8 () Outro, qual? _____
 9 () Não sei responder.

2.11 Qual o tipo de atividade desenvolvida anteriormente ao PSF? (se desejar marque mais de uma opção)

- 1 () O PSF é a primeira atividade profissional.
 2 () Assistencial generalista.
 3 () Assistencial especialista. 6 () Pesquisa
 4 () Gerencial. 7 () Administrativa
 5 () Docência. 8 () Outro, qual? _____

2.12 Por que escolheu trabalhar no PSF?

(se desejar marque mais de uma resposta)

- 1 () Porque é um campo de trabalho promissor, com salário diferenciado e uma jornada de trabalho fixa.
 2 () Por se sentir motivado para trabalhar com as comunidades pobres.
 3 () Porque a Secretaria Municipal ofereceu a possibilidade de mudar de prática dentro da rede municipal.
 4 () Por considerar as atribuições de médicos e enfermeiros do PSF compatíveis com a sua formação e especialização.
 5 () Por estar desempregado.
 6 () Por compartilhar a idéia de que a estratégia da Saúde da Família pode reorganizar a atenção à saúde no SUS.
 7 () Por compartilhar a idéia de que a estratégia de Saúde da Família pode ser um avanço no sentido do controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde.
 8 () Outro, qual? _____

2.13 Você foi contratado para o PSF na qualidade de

- 1 () Servidor público estatutário.
 2 () Contrato celetista com a SMS.
 3 () Serviço prestado à SMS por empresa.
 4 () Cargo em comissão.
 5 () Contrato celetista por meio de convênio de co-gestão entre as SMS e a Associação de Moradores ou Associação Comunitária.
 6 () Contrato celetista por meio de convênio entre a SMS com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou ONG.
 7 () Cooperativa de profissionais.
 8 () Outros, quais? _____

2.14 Recebe Bolsa de Complementação Salarial?

- 1 () Sim 2 () Não (Pule pergunta 2.17)

Se sim,

2.15 De qual Instituição? _____

2.16 Que tipo de complementação? _____

2.17 Qual a sua carga horária estabelecida em contrato?

- 1 () 20 horas semanais.
 2 () 40 horas semanais obrigatórias e exclusivas.
 3 () 40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade.
 4 () Outra. Especificar _____

2.18 Em sua opinião, o que é fundamental para exercer a atual atividade no PSF? (se desejar marque mais de uma resposta)

- 1 () Receber treinamento introdutório para as novas atribuições.
 2 () Receber treinamento de atualização em atenção básica.
 3 () Receber treinamento que permita a elaboração ou o aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local.
 4 () Receber capacitação permanente focalizada em grupos específicos.
 5 () Participar de encontros entre os profissionais da Saúde da Família para troca de experiências.
 6 () Realizar curso de especialização em Saúde da Família.
 7 () Realizar curso de especialização em Saúde Pública.
 8 () Realizar curso de especialização em sua área de formação.
 9 () Ter coordenador municipal do PSF qualificado para exercer esta função.
 10 () Que o PSF seja uma política municipal de reorientação do modelo assistencial.
 11 () Não tenho opinião formada.
 12 () Outra "resposta". Especificar: _____

Bloco 3 – Requalificação Profissional

Participação no Curso Básico em Saúde da Família (CBSF)

3.1 Início (ano) _____

3.2 Conclusão (ano) _____

3.3 Quando iniciou suas atividades no PSF, você já havia participado do CBSF?

- 1 () Sim (Pule para questão 3.6) 2 () Não

Se não,

3.4 Durante quanto tempo trabalhou no PSF antes de iniciar o curso? _____ meses

3.5 Antes de iniciar o curso, quais as dificuldades encontradas no desenvolvimento das atividades da ESF?

(se desejar marque mais de uma opção)

- 1 () Desconhecimento dos princípios do PSF.
 2 () Desconhecimento das atribuições básicas da ESF.
 3 () Desconhecimento das atribuições profissionais específicas.
 4 () Desconhecimento dos instrumentos de diagnóstico e planejamento de atividades da equipe.
 5 () Estabelecimento de vínculos com as famílias e a comunidade.
 6 () Trabalho em equipe.
 7 () Não encontrei dificuldades.
 8 () Não sei.
 9 () Outra, qual? _____

Trabalho em Equipe

3.6 A equipe em que você trabalha está em funcionamento há quanto tempo?

- 1 () 5 anos ou mais.
 2 () de 3 a 4 anos.
 3 () de 1 a 2 anos.
 4 () entre 7 e 11 meses.
 5 () entre 3 e 6 meses.
 6 () menos de 3 meses.

3.7 Assinale os profissionais que compõem a ESF em que você atua.

- 1 () Enfermeiro 3 () Auxiliar de Enfermagem
 2 () Médico 4 () ACS
 5 () Outros Profissionais ___

3.8 Marque as atividades desenvolvidas pela ESF para a população cadastrada:

- 1 () Consulta clínica individual/consulta de enfermagem para a população cadastrada
 2 () Consulta clínica individual/consulta de enfermagem para grupos prioritários
 3 () Outras atividades programáticas com grupos prioritários
 4 () Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF
 5 () Atendimento à demanda espontânea da população
 6 () Atendimento de emergência/urgência
 7 () Pequenas cirurgias ambulatoriais
 8 () Partos domiciliares
 9 () Visita domiciliar
 10 () Supervisão do trabalho de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde
 11 () Ações de educação e saúde
 12 () Atividades administrativas/gerenciais
 13 () Reuniões de equipe
 14 () Reunião com a coordenação/supervisão
 15 () Reunião com a comunidade
 16 () Contatos com outros órgãos governamentais e entidades
 17 () Atividades de capacitação
 18 () Outras, quais? _____

3.9 O atendimento da ESF em que você trabalha

- 1 () dedica-se exclusivamente à população cadastrada

- 2 () permite abrir exceções

3.10 A ESF estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?

- 1 () Sim 2 () Não

3.11 Quais as ações prioritárias na sua microárea ? (se desejar marque mais de uma resposta)

- 1 () A ESF não estabelece prioridades no atendimento da população cadastrada.
 2 () Atenção à criança.
 3 () Atenção ao adolescente.
 4 () Atenção aos idosos.
 5 () Atenção puerpério.
 6 () Atenção ao planejamento familiar.
 7 () Controle de câncer uterino.
 8 () Controle de DST/Aids.
 9 () Controle da diabetes.
 10 () Controle da hipertensão.
 11 () Controle da tuberculose.
 12 () Controle da hanseníase.
 13 () Saúde bucal.
 14 () Outros, quais? _____

Incorporação dos Conteúdos e Instrumentos ministrados no CBSF

3.12 Quais, os conteúdos desenvolvidos no CBSF que você utiliza com mais frequência na realização das suas atribuições?

(Colocar em ordem de prioridade, sendo 1 o mais utilizado)

- 1 () Princípios do PSF (profissional hábil; profissional como fonte de recursos para a comunidade; disciplina baseada na comunidade; indivíduo e a comunidade como foco de atenção do profissional).
 2 () Genograma.
 3 () Ciclo de vida das famílias.
 4 () F.I.R.O.
 5 () P.R.A.C.T.I.C.E.
 6 () Educação de adultos.
 7 () Sistemas de informações em saúde.
 8 () Trabalho em equipe.
 9 () Mapa inteligente.
 10 () Outro(s) qual(is) _____

3.13 Quais os trabalhos intermódulos você realizou durante o curso? (se desejar marque mais de uma opção)

- 1 () Resumo de texto.
 2 () Diagnóstico situacional do território.
 3 () Plano de ação.
 4 () Relato de um atendimento familiar com aplicação das "ferramentas do PSF".

3.14 Qual sua opinião sobre os trabalhos intermódulos? (se desejar marque mais de uma opção)

- 1 () Possibilitam colocar em prática os ensinamentos aprendidos em sala de aula.
 2 () São indispensáveis para a capacitação do profissional do Saúde da Família.
 3 () São dispensáveis, uma vez que nada contribuem com o trabalho de campo.
 4 () Não são compatíveis com o trabalho desenvolvido na prática cotidiana das ESF.
 5 () Outra resposta, qual? _____

Dos trabalhos intermódulos listados abaixo, marque o grau de importância de cada um deles para a sua prática profissional. Considere os seguintes critérios, nos quais o nº 1 corresponde à Fundamental...

- 1 - Fundamental 4 – Pouco importante
 2 – Muito importante 5 – Sem importância
 3 - Importante 6 - Não sei

3.15 Resumo de textos _____

3.16 Diagnóstico situacional do território _____

3.17 Plano de ação _____

3.18 Relato de atendimento familiar aplicando as ferramentas do PSF _____

3.19 A sua equipe realiza o diagnóstico situacional do território periodicamente?

- 1 () Sim 2 () Não (Pule para a pergunta 3.21)

3.20 Com que periodicidade é realizado o diagnóstico situacional do território na sua equipe?

- 1 () A cada seis meses.
 2 () Anualmente.
 3 () Um período de tempo superior a um ano e inferior a dois anos.
 4 () Período de tempo superior a dois anos.
 5 () Somente quando um novo integrante realiza o CSBF.
 6 () Outro período de tempo, qual? _____
 7 () O único diagnóstico realizado pela ESF foi o do CSBF, no trabalho intermódulo.
 8 () Não sei.

3.21 Você participou da elaboração do último diagnóstico situacional?

- 1 () Sim (*pule para a pergunta 3.23*) 2 () Não

3.22 Se não, justifique: _____

3.23 Na sua prática cotidiana, quem participa da realização do diagnóstico situacional do território (Se desejar marque mais de uma resposta)

- 1 () Médicos.
 2 () Enfermeiros.
 3 () Auxiliares de enfermagem.
 4 () ACS.
 5 () Outros profissionais da ESF. Quais? _____
 6 () Lideranças comunitárias.
 7 () Famílias adscritas.
 8 () Conselho Local de Saúde.
 9 () Outros, quais? _____
 10 () Não sei.

3.24 A ESF utiliza as informações obtidas no diagnóstico situacional do território?

- 1 () Sim 2 () Não (pule para pergunta 3.26)

3.25 Indique a utilização das informações do diagnóstico situacional do território? (se desejar marque mais de uma resposta)

- 1 () Elaborar o plano de ação.
 2 () Discutir com a equipe a situação de saúde da comunidade.
 3 () Discutir com a Coordenação Municipal do PSF a necessidade de recursos.
 4 () Avaliar as atividades realizadas.
 5 () Discutir com a comunidade.
 6 () Apresentar no Conselho Local de Saúde.

3.26 A sua equipe realiza o plano de ação periodicamente?

- 1 () Sim 2 () Não (Pule para a pergunta 3-28)

3.27 Com que periodicidade é realizado o plano de ação?

- 1 () A cada seis meses.
 2 () Anualmente.
 3 () Um período de tempo superior a um ano e inferior a dois anos.
 4 () Período de tempo superior a dois anos.
 5 () Somente quando um novo integrante realiza o CSBF.
 6 () Outro período de tempo. Qual? _____
 7 () O único diagnóstico realizado pela ESF foi o do CSBF, no trabalho intermódulo.

3.28 Você participou do último plano de ação?

- 1 () Sim (*pule para a pergunta 3.30*) 2 () Não

3.29 Se não, justifique: _____

3.30 Na sua prática cotidiana, quem participa da realização do plano de ação? (se desejar marque mais de uma resposta)

- 1 () Médicos.
 2 () Enfermeiros.
 3 () Auxiliares de enfermagem.
 4 () ACS.
 5 () Outros profissionais da ESF. Quais? _____
 6 () Lideranças comunitárias.
 7 () Famílias adscritas.
 8 () Conselho Local de Saúde.
 9 () Outros, quais? _____

3.31 A ESF utiliza as informações obtidas no plano de ação?

- 1 () Sim 2 () Não (Pule para pergunta 3.33)

3.32 Indique a utilização das informações do plano de ação? (se desejar, marque mais de uma opção)

- 1 () Adequar as atividades às reais necessidades locais.
 2 () Discutir com a equipe a situação de saúde da comunidade.
 3 () Discutir com a Coordenação Municipal do PSF a necessidade de recursos.
 4 () Avaliar as atividades realizadas.
 5 () Discutir com a comunidade.
 6 () Apresentar no Conselho Local de Saúde.
 7 () Programar as atividades pactuadas com a comunidade.
 8 () Outros. Quem? _____

3.33 Na sua opinião, o CBSF do qual você participou teve importância no desenvolvimento de quais conceitos e habilidades? (se desejar, marque mais de uma opção).

- 1 () Uma nova concepção de trabalho em saúde.
 2 () Conhecimento das atribuições básicas das ESF.
 3 () Conhecimento das atribuições específicas do médico e do enfermeiro.
 4 () Habilidades para planejar o trabalho na ESF.
 5 () Habilidades para trabalhar em equipe.
 7 () Não prepara adequadamente para o desempenho das atribuições da ESF.
 8 () Não sei.
 9 () Outros. Quais? _____

Avalie os conteúdos específicos (teóricos e práticos) abordados no CBSF, voltados para o desempenho das atribuições listadas abaixo. Marque o número do conceito que você confere a cada item considerando os seguintes critérios: o nº 1 corresponde a Ótimo...

- 1 - Ótimo 4 - Ruim
 2 - Bom 5 - Péssimo
 3 - Insuficiente 6 - Não foi abordado

3.34 () Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais a população está exposta.

3.35 () Elaborar com participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde da população.

3.36 () Conhecer a realidade das famílias pelas quais a ESF é responsável.

3.37 () Valorizar a relação com o usuário e com a família para criação de vínculos.

3.38 () Monitorar a situação de saúde das famílias.

3.39 () Prestar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as pessoas em todas fases e especificidades da vida.

3.40 () Executar ações de assistência básica e de vigilância epidemiológica e sanitária a grupos específicos.

AVALIAÇÃO DO CBSF

3.41 Você participou do processo de avaliação do curso realizado?

- 1 () Sim 2 () Não

3.42 Qual foi o instrumento ou processo de avaliação utilizado? (se desejar marque mais de uma alternativa)

- 1 () Questionário de avaliação do curso (individual).
 2 () Avaliação coletiva.
 3 () Outro.

Qual? _____

3.43 Quais eram as suas expectativas em relação ao CBSF? (se desejar, marque mais de uma resposta)

- 1 () Receber subsídios para a prática profissional cotidiana nas ESF.
 2 () Obter informações e formação relacionando teoria e prática.
 3 () Ampliar os conhecimentos gerais sobre o PSF.

4 () Desenvolver uma visão crítica, relacionando aspectos sociais com tópicos do campo da saúde pública.

5 () Trocar experiências com outros profissionais de saúde.

6 () Não tinha expectativas em relação ao curso. Participei porque era pré-requisito para ingressar na ESF. (pule para a pergunta 3.45)

7 () Outro. Qual? _____

3.44 As suas expectativas em relação ao curso foram atendidas?

- 1 () Sim, integralmente
 2 () Sim, parcialmente. Especifique quais não foram atendidas: _____

3 () Não. Especifique quais não foram atendidas: _____

3.45 O material pedagógico (textos, transparências, filmes, etc.) adotado pelo CBSF é de boa qualidade (conteúdo teórico, fontes bibliográficas, apresentação gráfica, variedade de textos, etc.) ?

- 1 () Sim (Pule para a pergunta 3..47) 2 () Não

3.46 Se não, por quê? _____

3.47 Observando o objetivo geral do CBSF, você considera que a proposta de ensino do curso qualifica o profissional para a reorientação das práticas assistenciais?

- 1 () Sim 2 () Não

3.48 De forma geral, qual seu grau de satisfação em relação ao CBSF?

- 1 () Muito satisfeito. 4 () Pouco satisfeito.
 2 () Satisfeito. 5 () Insatisfeito.
 3 () Indiferente. 6 () Não sei.

3.49 Quais ações abaixo você sugere para o aprimoramento do CBSF? (se desejar marque mais de uma resposta)

- 1 () Descentralizar a realização do CBSF para as macrorregiões de saúde.
 2 () Criar mecanismos para promover maior integração entre monitores e alunos no trabalho intermódulo.
 3 () Proporcionar maior espaço aos alunos para exporem as dificuldades enfrentadas na implantação do PSF.
 4 () Qualificar permanentemente os instrutores/monitores.
 5 () Outros. Especificar _____

APÊNDICE G - PLANO TABULAR ELABORADO PARA ANÁLISE DOS DADOS

BLOCOS	VARIÁVEIS	TABULAÇÕES SELECIONADAS
I - Identificação Profissional	Município, sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de formado, natureza da instituição formadora, título da especialista, modalidade de pós-graduação, características do curso de pós-graduação	1) sexo 2) faixa etária 3) tempo de formado 4) natureza da instituição formadora 5) título de especialista 6) modalidade de pós-graduação 7) natureza da instituição formadora 8) instituição em que concluiu o curso
II - Atuação Profissional	Tempo de atividade na ESF, permanência na mesma ESF, número de equipe em que atuou, atividade em outro município, principal motivo de mudança, tipo de contrato de trabalho, carga horária, motivos de escolha de atuação no PSF, fatores fundamentais para o exercício profissional	1) tempo de permanência na atual ESF 2) atuação no mesmo município 3) atuação em outros municípios ou Estado 4) principal motivo da mudança 5) tipo de contrato de trabalho 6) carga horária 7) motivos de escolha de atuação no PSF 8) pré-requisito para atividade profissional

BLOCOS	VARIÁVEIS	TABULAÇÕES SELECIONADAS
III - Requalificação profissional	<p>Dimensão 1: Participação no CBSF (ano de início do curso básico, ano de conclusão, tempo de atuação sem participar do CBSF, dificuldades encontradas)</p> <p>Dimensão 2: Trabalho em equipe (tempo de atividade da equipe atual, composição da equipe atual, atividades desenvolvidas pela equipe atual, atendimento à população cadastrada/não cadastrada, ações prioritárias nas microáreas de atuação)</p> <p>Dimensão 3: Incorporação dos conteúdos e instrumentos ministrados no CBSF (utilização dos conteúdos desenvolvidos no curso, <i>trabalhos intermódulos</i>: realização, avaliação, grau de importância, <i>diagnóstico situacional</i>: realização, periodicidade, participação na elaboração do último diagnóstico, integrantes da equipe de realização, utilização das informações, forma de utilização, <i>plano de ação</i>: realização, periodicidade, participação na elaboração do último diagnóstico, integrantes da equipe de realização, utilização das informações, forma de utilização, conceitos e habilidade adquiridos pelo CBSF, avaliação dos conteúdos abordados no CBSF)</p> <p>Dimensão 4: Avaliação do CBSF (participação no processo de avaliação do curso, instrumento utilizado, expectativas em relação ao curso, qualidade do material pedagógico, grau de satisfação em relação ao curso, sugestões de aprimoramento)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) tempo de atuação sem participar do CBSF 2) dificuldades encontradas 3) atividades desenvolvidas pela equipe 4) atendimento à população cadastrada/não cadastrada, 5) ações prioritárias nas microáreas de atuação 6) conteúdos do CBSF utilizados com frequência 7) opinião sobre trabalhos intermódulos 8) grau de importância dos trabalhos intermódulos 9) realização do diagnóstico 10) realização do plano de ação 11) participantes do diagnóstico e do plano 12) importância do CBSF 13) avaliação dos conteúdos 14) expectativas relacionadas com o CBSF 15) atendimento das expectativas 16) reorientação às práticas 17) grau de satisfação do curso 18) sugestões para aprimoramento

Nota: Todas as tabulações selecionadas consideram como variável principal de análise a “categoria profissional”

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa integrante da dissertação de mestrado em Saúde Pública, subárea Políticas Públicas, realizada na ENSP/FIOCRUZ, intitulada **Curso Básico em Saúde da Família: reorientação das práticas em saúde no Espírito Santo**. A pesquisa avaliará quatro dos onze cursos realizados no período de 1997 a 2001, escolhidos pelos seguintes critérios: o mais antigo dos cursos e os que implementaram mudanças mais significativas em seus conteúdos e grades curriculares.

O objetivo desse estudo é avaliar os limites e as potencialidades do Curso Básico em Saúde da Família para a requalificação profissional das equipes de Saúde da Família, em frente às necessidades de reorientação das práticas assistenciais requeridas pela implantação do Programa de Saúde da Família, no Espírito Santo.

Você foi selecionado pela participação no Curso Básico em Saúde da Família, no período de 1997 a 2001, realizado pelo Pólo Estadual.

Sua participação na pesquisa consistirá em fornecer informações sobre o Curso Básico em Saúde da Família que possibilitem identificar as competências geradas por ele e a sua influência no desempenho profissional (egressos).

Os dados referentes aos resultados da pesquisa serão divulgados à comunidade entrevistada em reuniões com o Pólo Estadual e com os municípios selecionados.

A sua participação não lhe trará benefícios diretos, mas o estudo contribuirá para o aprimoramento dos Cursos Básicos em Saúde da Família, realizados pelo Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. A análise dos dados deverá subsidiar o Pólo Estadual na avaliação do alcance desse curso para a reorganização das práticas assistenciais no Espírito Santo.

Por intermédio deste Termo, são-lhe garantidos os seguintes direitos: 1) solicitar, a qualquer momento, maiores informações sobre a pesquisa; 2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam possibilitar sua identificação; 3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; 4) inteira liberdade de participar ou não da pesquisa ou desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo nas suas relações com a Fiocruz, a SESA/IESP e a pesquisadora.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’ e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer momento, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar e dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente de que receberei uma cópia deste Termo com o nome, endereço e telefone do pesquisador. Declaro que concordo em participar”.

Vitória, ____ de _____ de 2003.

Participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Elizabeth Barcellos Azoury

Assinatura: _____

Endereço Institucional: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 2025 -Bento Ferreira-Vitória/ES (CODRHU/SESA) Tel.: contato pesquisadora: (27) 3137-2482/3137-2301

Endereço da ENSP/FIOCRUZ: R. Leopoldo Bulhões, 1480/sala 321- Manginhos - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: contato ENSP/CEP/FIOCRUZ: (21) 2598-2561.