

III REUNIÃO ANUAL DA REDE DE PESQUISA EM APS

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES

BRASÍLIA/DF 13 a 14 de dezembro 2010

SUMÁRIO

PROGRAMAÇÃO DO EVENTO

PRIMEIRO DIA: 13-12-10

MANHÃ

Conferência de Abertura: boas vindas, objetivos, programação.

TEMA: Valorização Social e Política da APS

TARDE

Tema: Formação e Educação Permanente em APS

SEGUNDO DIA: 14-12-10

MANHÃ

Ciclo de Debates da OPAS

TARDE

Processo de Trabalho das Equipes Multidisciplinares em APS

Tatiane Aparecida Moreira da Silva. Mestre em Ciências, com ênfase em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva).

Comitê Executivo - Rede de Pesquisa em APS.

Dete		Illana	Apresentador /	Towns/Objects
Data		Hora	Coordenador	Tema/Objeto
	Manhã Tarde	08:30	Claunara Schilling e Luiz Facchini	
		06.30		Abertura: boas vindas, objetivos, programação Valorização Social e Política da APS
		09:00		A ESF: evidencias sobre acesso, utilização, e
				impacto na saúde dos brasileiros
			30 Hernán Montenegro	Diretrizes para as quatro reformas da APS
			- Terrian Wontenegro	Avaliação e Impacto de Intervenções orientadas à
				comunidade: Evidência da Estratégia Saúde da
			30'Romero Rocha	Família
Ì			15´Debatedor	Renato Tasca (OPAS)
			15´Debatedor	Ligia Giovanella (ENSP)
13/12		12		ALMOÇO
		14:00		Formação e Educação Permanente em APS
				Bacharelado Interdisciplinar: Uma Inovação na
			30'Carmem Teixeira	Formação de Pessoal em Saúde.
				Avanços do SUS na Formação e Educação
			30´Ana Estela Haddad	Permanente
			30 Luiz Odorico Andrade	Sistema Saúde Escola
				Sábado Girardi - Observatório de Recursos
			15´Debatedor	Humanos em Saúde - ObservaRH - UFMG
			•	Rosana Aquino (UFBA)
				Lançamento do Livro "Trajetória da Saúde da
		16:00	Gomes Temporão	Família no Brasil".
	Manhã	09:00	Alberto Beltrame	Coordenador
				Relações interfederativas e gestão de redes de
			Lenir Santos	atenção coordenadas pela APS
			Face Dantes	Estratégias nacionais para implantação de redes de
			Ezau Pontes	atenção no SUS
		Ciclo de Debates OPAS	Eugenio Villaça Mendes	Redes de atenção coordenadas pela APS e o desafio das condições crônicas
		12h30	ALMOCO	desallo das corraições oronicas
		121130	ALIVIOGO	Processo de Trabalho das Equipes
14/12	Tarde	14:00		Multidisciplinares em APS
14/12				A perspectiva da Gestão nos processos de trabalho
			Sampaio	das equipes
			<u> </u>	Processo de Trabalho em APS - A Perspectiva das
			30' Elaine Thumé	Equipes de Saúde.
			15´Debatedor	Antôni Dercy Silveira Filho (SMS /Curitiba)
			15´Debatedor	Gisele Nader- SBMFC
			15´Debatedor	Emiko Egry (ABEN)
		17:00 - 18:00		Encaminhamentos
		18:00	1	Encerramento

ABERTURA

DOUTORA CLAUNARA SCHILLING - DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Esse encontro é entendido como uma celebração, pois estamos em um período de finalização da gestão e avaliação dos processos e a Rede de Pesquisa em APS é, sem dúvidas, um dos pontos positivos de tudo que nós temos realizado pela Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS).

A composição das mesas para a discussão deste encontro foi pensada conforme temos tratado os desafios da próxima década da Saúde da Família e da APS no Brasil. Assim, as mesas foram compostas de acordo com estes desafios.

O primeiro desafio: a <u>Valorização Social e Política da APS</u> tratam da discussão sobre a importância que tiveram as evidências internacionais de toda esta discussão para o fortalecimento da Saúde da Família e da APS.

O segundo desafio é a Formação e Educação Permanente da APS, que será discutido nesta tarde. Amanhã iremos aproveitar para assistir à mesa que discutirá as Redes de Atenção à Saúde, orientadas pela APS, que é o resultado do debate e discussão do Ministério da Saúde (MS) com Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASEMS) e também é o fechamento do Ciclo de Debates promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), coordenada por Renato Tascas que assistiremos através de vídeo conferencia.

Por ultimo, o desafio do <u>Processo de Trabalho e das equipes</u> <u>multidisciplinares de trabalho para o futuro da APS</u>.

Teremos na mesa desta manhã, o Professor da Universidade de Nova York James Macinko, parceiro da Saúde da Família que também oferece apoio a instituições como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Instituto Saúde Coletiva da Bahia (ISC da Bahia), com a perspectiva dos estudos de internações de condições sensíveis. Também comporá a mesa Hernán Montenegro, Coordenador do Projeto de Serviços Integrados de Saúde da OPAS-WASHINGTON, responsável

pela discussão das Reformas da Atenção Primária na OPAS e recentemente, sobre avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde orientados pela APS. A proposta de sua presença é para atualizar a discussão sobre a construção de uma Rede que propúnhamos para as Américas, que acredito ser ampliada, pois temos países como Espanha e Portugal que também são parceiros nesta discussão.

Também compõe a mesa o economista Romero Rocha, que apresentará um estudo que é resultado de sua tese de doutorado, realizada na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), que apresenta impactos diretos na Estratégia Saúde da Família (ESF), na questão da empregabilidade, sendo esta perspectiva econométrica muito importante para incentivar discussões neste sentido.

Os debatedores desta manhã serão Renato Tasca e Ligia Giovanella.

Ressalto que fizemos um esforço para que todos os tutores do Programa de Educação Pelo Trabalho (PET), inscritos na rede, estivessem presentes, pois a maioria são professores de faculdades do interior. Outra agenda que combinamos é a chamada Câmara Técnica, que é a agenda da Secretaria de Atenção à Saúde, com os coordenadores de APS dos estados e os COSEMS, os representantes dos municípios, os quais também estão aqui.

Finalizo dizendo que estou muito feliz em terminar a gestão com esta reunião.

DOUTOR LUIZ FACCHINI, PRESIDENTE DA ABRASCO.

Quero agradecer a presença de todos e aproveitar o momento para homenagear Luiz Fernando, que quando esteve na direção do Departamento de Atenção Básica (DAB), foi um enorme incentivador da Rede que hoje está concretizada e estruturada.

A APS é um processo que começou no Brasil muito próximo ao movimento de Alma Ata. Assim, sua trajetória no Brasil é longa e com a característica que a ESF representou contribuições para melhoria das condições de saúde da população e dos indicadores no Brasil.

Os trabalhos dos colegas que aqui estão presentes são evidências importantes do alcance da ESF. Portanto, temos que apostar que a ESF seja prioridade, não queremos apenas que a saúde passe a ser prioridade do próximo governo. Queremos que a saúde seja prioridade e que a APS seja prioridade e também capaz de coordenar e viabilizar redes de saúde. Além disso, queremos que possibilite serviços que promovam as redes de saúde exclusivas para o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que não sejam próprias. Não estamos advogando que hospitais de alta complexidade sejam construídos pelo SUS, mas que sejam exclusivos e que todos aqueles que queiram de fato prestar atendimento ao SUS e se beneficiarem das vantagens da filantropia, da renúncia fiscal, e de tantos outros benefícios, prestem serviços exclusivos para o SUS de maneira a ampliar o acesso e coordenar todo o processo de fluxo e trânsito da população dentro do SUS. Para isso, é fundamental uma APS de qualidade e que a ESF esteja estruturada para a expansão de cobertura que precisamos.

Neste processo, é muito importante a iniciativa da Rede, pois a APS chegou à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e ficamos muito felizes com isso, pois sempre houve resistência na Abrasco em se envolver com as questões da APS por haver um juízo que não se tratava de Saúde Coletiva, que esta era realizada em campo intersetorial e que os cuidados de saúde da APS não eram de fato responsabilidade da Saúde Coletiva.

Hoje, está provado que precisamos trabalhar de maneira articulada e integrada, fazendo com que nossas equipes de saúde da família não realizem somente intervenções nos bairros e comunidades ao interior do serviço de saúde, mas no conjunto do território em articulação com outros serviços, o que de fato produzirá inovação.

Parabenizo a superação das barreiras da ABRASCO e acrescento que hoje estamos com quase 1500 cadastrados na Rede, o que, pelo curto espaço de tempo, trata-se de um numero muito significante. É fundamental frisar, o quão importante é nossa capacidade de articulação com os gestores e trabalhadores de saúde, que aqui se fazem presentes e são nossos convidados especiais para este evento.

Por fim, acredito que a Rede tem como perspectiva a ampliação de abrangência com o trabalho que o Hernán lidera na OPAS podendo o Brasil muito acrescentar através de nossa Rede, difundindo possibilidades de intercambio na APS.

Desejo boas vindas e bom trabalho a todos.

09h30min MESA 1 - VALORIZAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA DA APS.

Apresentadores: James Macinko e Romero Rocha.

Coordenador: Hernán Montenegro

Debatedores: Renato Tasca e Ligia Giovanella.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ACESSO, UTILIZAÇÃO, E IMPACTO NA SAÚDE DOS BRASILEIROS.

James Macinko, PHD, New York University

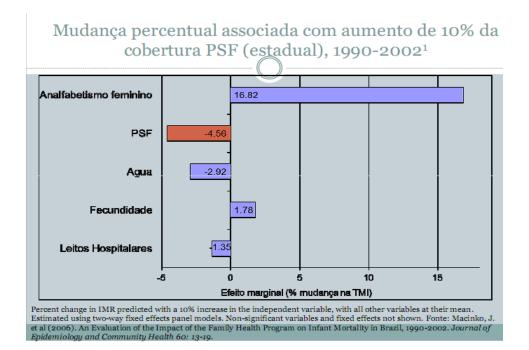
Apresento aqui uma revisão das evidências da ESF, com ênfase na literatura publicada fora do Brasil, e também algumas idéias sobre desafios futuros.

Interessante que mesmo sendo publicadas fora do Brasil, à maioria dos autores são brasileiros. Então é uma produção brasileira com impacto fora do Brasil.

LIÇÕES

1 – A ESF reduz mortalidade infantil e mortalidade de crianças < 5 anos.

Em 2006 uma pesquisa analisou estados do Brasil entre o período de 1990 e 2002 e encontramos que, para cada aumento de 10% de cobertura de Programa Saúde da Família (PSF), tinha um declínio de mortalidade infantil de 4,5 %, como mostra o gráfico abaixo:



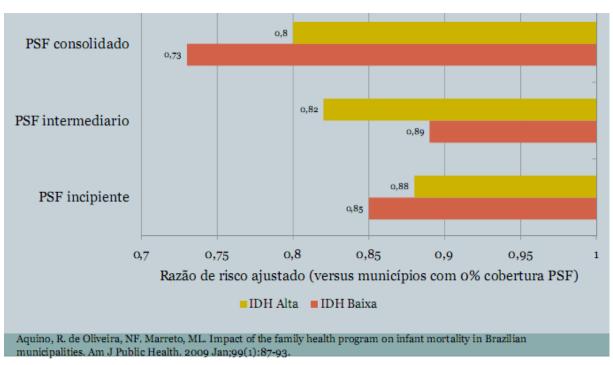
Além disso, esta pesquisa nos mostrou que, para se reduzir a mortalidade infantil, não se depende apenas do setor da saúde, mas de muitos setores. Se de fato queremos melhorar a saúde da população temos que investir em outras áreas.

Em outra pesquisa tentamos chegar mais próximo à realidade do PSF. Infelizmente, naquela época, não possuíamos dados muito bons sobre mortalidade infantil a nível municipal. Optamos então por trabalhar com microrregiões. Trabalhamos com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para analisar os efeitos diferenciais sobre os tipos de mortalidade. Entre taxa de mortalidade infantil mais forte ainda com mortalidade pós-neonatal e ainda mais com mortalidade por diarréias em crianças com menos de um ano, conforme gráfico a seguir.

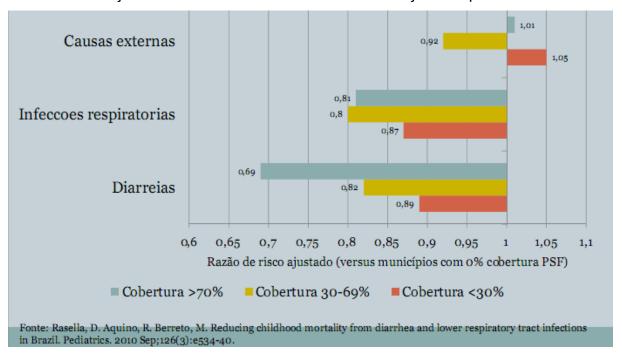




Rosana Aquino inovou nesta perspectiva. Ela analisou os municípios que possuíam um bom nível de informação e adicionou na discussão o desempenho do PSF, mostrando que o PSF consolidado, ou seja, que já alcançou uma cobertura de 75% por pelo menos quatro anos, mesmo nos municípios com baixo índice de desenvolvimento humano, existiam ação associada com cobertura PSF como podemos ver no gráfico abaixo.



A equipe do ISC foi além. Eles analisaram as causas da mortalidade infantil e encontraram que as ações não possuíam relação apenas com redução de diarréia, mas com condições mais difíceis de tratar como as infecções respiratórias.

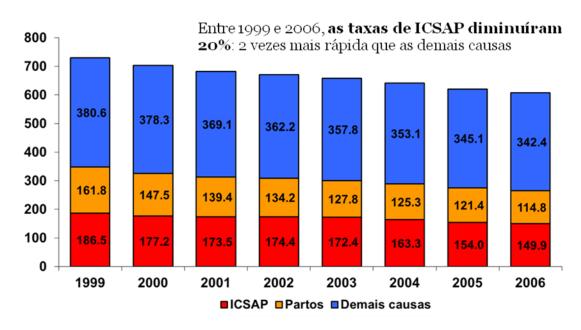


2 – A ESF tem um impacto na morbidade.

Para analisar a morbidade optamos por adaptar as listas de internações para condições sensíveis à APS, para serem utilizadas no Brasil. Em 2004 estas listas de condições foram iniciadas e validadas. O MS adotou esta lista como ferramenta de avaliação de APS.

Trabalhando com várias universidades como UFMG e com o ISC, temos vários resultados deste processo de pesquisa:

O primeiro resultado é que existia uma mudança na distribuição das internações. Todas as internações desde o CID 10 em 1999 diminuíram. O que mais diminuiu foram internações para as condições sensíveis a APS.

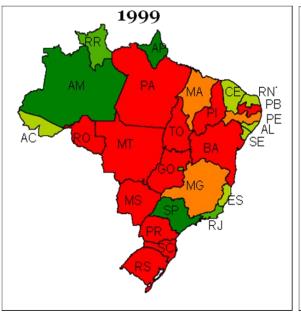


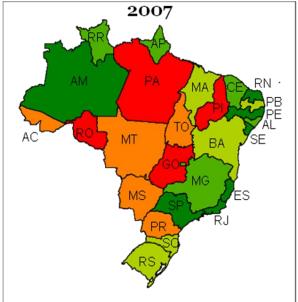
*Padronizadas por sexo e idade

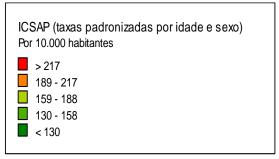
Na literatura internacional se usa este indicador para ver onde há variações na qualidade do acesso na APS. Então a hipótese é que, quanto menor a proporção das Internações para Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), melhor o desempenho da APS.

O mapa abaixo mostra que, em 1999, a maioria dos estados brasileiros estava em vermelho, com relação às taxas de ICSAP por estado, sendo as taxas muito altas. Em 2007, houve uma diminuição em todos os estados e muito mais nos estados que investiram mais no PSF.

Fonte: Grupo ICSAP, 2009



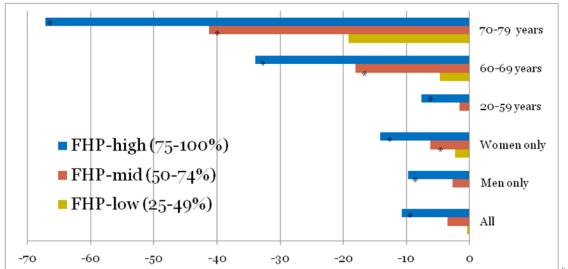




* Age standardized rates per 10,000. Excludes

hospitalizations for births. Source: Dourado et al. 2010.

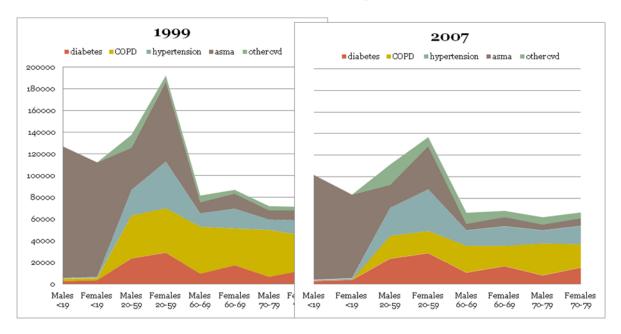
Para testar a relação entre mudança destas taxas e a cobertura do PSF foram feitas muitas analises. Para adultos viu-se que acima de 75% de cobertura, em cada população houve diminuição das ICSAP em relação à maior cobertura do PSF, como nos mostra o gráfico abaixo. Interessante que houve maior declínio com idosos (acima de 60 anos). Isso nos fez pensar um pouco se ações da APS no PSF estão tratando realmente das doenças crônicas.



Graphic presents beta coefficients. Air models control for log income per capita, clean water, initeracy, neature insurance, medical consultations per capita, premature mortality, and year effects. Dynamic models include 1- and 2-year lagged dependent variables and treat all variables except for income as endogenous. M1 and M2 tests for the first-order and second-order serial correlation in the first-differenced residuals and Sargan test of the over-identifying restrictions under the null of instruments' validity (with two-step estimator) all confirm assumptions of the dynamic panel model.

Com este grupo de pesquisa chamado Projeto ICSAP Brasil, analisamos só a parte das doenças crônicas. As internações para doenças crônicas que eram sensíveis à APS. Temos dois gráficos. Em 1999 temos a distribuição de cinco doenças crônicas e, em 2007 pode-se ver que em cada categoria houve diminuição importante nessas causas.

Numero de internações para doenças crônicas sensíveis à atenção primaria, Brasil

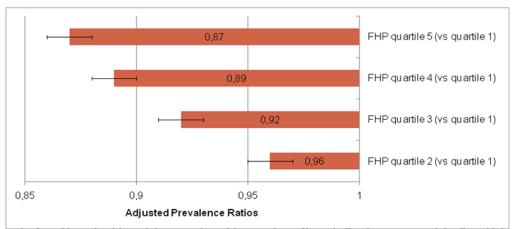


Source: Macinko, Dourado, et al, Health Affairs (2010)

Esta diminuição esta associada à maior cobertura do PSF?

Achamos que entre 1999 e 2007 houve uma diminuição nas internações para condições sensíveis a APS, sobretudo em doenças crônicas nas áreas com maior controle do PSF. Quase 13% menos de prevalência de internações para doenças crônicas onde se tinha maior cobertura do PSF, controlando muitos outros determinantes de saúde.

Cobertura PSF municipal e ICSAP para doenças crônicas-analise com variaveis instrumentais



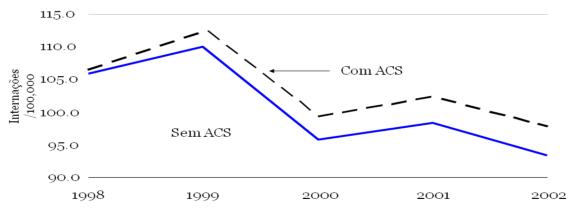
Results from Negative binomial regression of the number of hospitalizations per municipality with log population size as an offset. Regressions control for age, sex, hospital beds, water supply, literacy rates, log municipal income, and municipal and year fixed effects. FHP coverage estimated using left party mayor and percent municipal GDP spent on health and social services as instruments (R²= 0.15). Instrumented FHP variable transformed into quintiles.

*Sem internações por partos

Source: Macinko, Dourado, et al, Health Affairs (2010)

Outra pesquisa também mostrou esta diferença. Nesta pesquisa só se comparou áreas com mais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e áreas com menos ACS e mostrou que para mulheres, por exemplo, existia uma diferença entre estes dois tipos de municípios. Ou seja, existiam menos internações potencialmente evitáveis nas áreas representadas pela linha reta azul, com as áreas com acompanhamento dos ACS.

Taxa predita de internações para doenças cardiovasculares, mulheres, 1998-2002



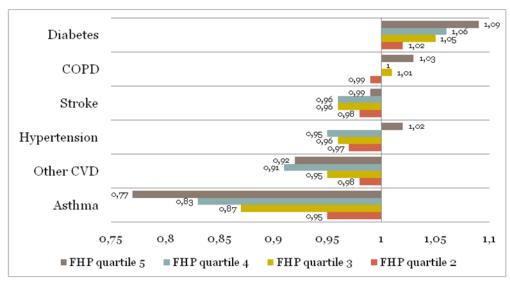
*Adjusted hospitalization rates from fixed effects regression models controlling for socio-demographics, health system variables, year and municipal fixed effects. $R^2 = 0.84$

2,448 municipalities included in sample.

Source: Guanais & Macinko, JAmb Care Mgmt 2009

O próximo gráfico mostra também que, a linha referente à asma, houve diminuição importante associado com maior cobertura de PSF, o que também se aplica a todas as outras doenças crônicas, com exceção do diabetes. Assim, identificamos que um problema possível é o diabetes. O diabetes e a taxa de mortalidade por diabetes também estava aumentando, mas todos os outros estavam diminuindo. Isso representa uma condição muito complexa e precisa de mais esforços.

Cobertura PSF internações para doenças crônicas sensíveis à atenção primaria, 1999-2006

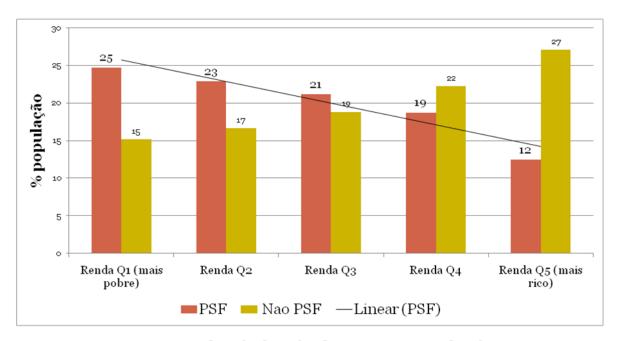


Results from Negative binomial regression of the number of hospitalizations per municipality with log population size as an offset. Regressions control for age, sex, hospital beds, water supply, literacy rates, log municipal income, and municipal and year fixed effects. FHP coverage estimated using left party mayor and percent municipal GDP spent on health and social services as instruments (R²= 0.15). Instrumented FHP variable transformed into quintiles. Source: Macinko, Dourado, et al., 2010. Health Affairs

3 - A ESF tem uma orientação pró-pobre.

Esses são dados preliminares da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A PNAD 2008 tem o indicador se o domicilio estava ou não cadastrado no PSF. Então pegamos critérios de renda e comparamos domicílios cadastrados e não cadastrados. Os que estão em vermelho são as casas cadastradas.

PSF (cadastro domiciliar) e renda (bens domiciliares), PNAD-2008 (p<0.0001)

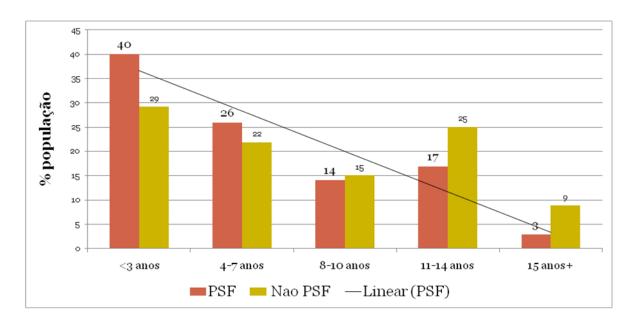


Fonte: PNAD 2008. Ajustado pelo desenho da amostra e peso de seleção.

Vemos que entre as mais pobres, que são as da primeira coluna, 25% delas eram cadastrados no PSF. Ao se comparar com domicílios mais ricos, 27% deles não estavam cadastrados. Quer dizer que tinha maior popularização nas áreas mais carentes.

O próximo gráfico compara com a escolaridade. Mostra que entre os domicílios cadastrados no PSF, quase 40% da população tinha menos de três anos de escolaridade.

PSF (cadastro domiciliar) e escolaridade, PNAD-2008 (p<0.0001)



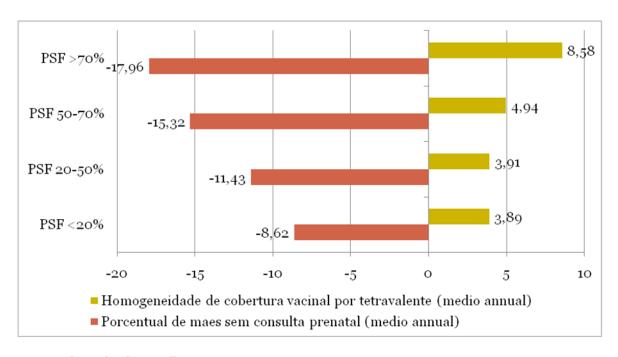
Fonte: PNAD 2008. Ajustado pelo desenho da amostra e peso de seleção.

São preliminares e quando apresentei alguns destes resultados no ISC lembro-me que Jairnilson me disse que isso era importante e que deveria me lembrar que o PSF não é um programa apenas para pobres. Também tem este outro lado que acho ser muito importante apresentar.

4 – A ESF pode melhorar acesso, utilização e satisfação nos serviços de saúde.

Esses são do trabalho realizado aqui no DAB que mostra que quanto mais cobertura de PSF, melhor homogeneidade de cobertura vacinal por tetravalente e tem uma proporção menor de mães sem consulta pré-natal.

Indicadores de cobertura, 1998-2004

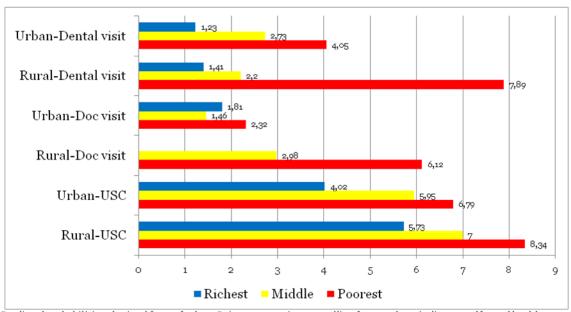


Fonte: Alice Teles de Carvalho, 2006

Algumas indicações da melhora do acesso ao serviço.

Criamos seis grupos. Dividimos toda a população do PNAD entre mais ricos, médio e dos mais pobres. Os mais ricos são os azuis e os mais pobres estão em vermelho o gráfico abaixo.

Diferença em indicadores de acesso entre mulheres cadastradas e não cadastradas no PSF, 2008

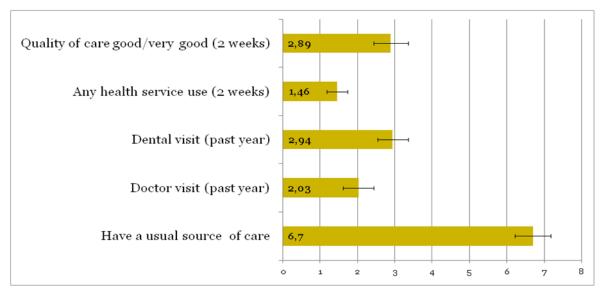


Predicted probabilities obtained from of robust Poisson regression controlling for age, chronic disease, self-rated health, education. Stratified by household wealth index, rural/urban location, and sex. Adjusted for sample design and weights. Source: PNAD 2008

Analisamos separadamente a área urbana da área rural. Nas primeiras duas linhas pode-se ver que os que estão representado em vermelho são maiores que os outros. Ou seja, na área urbana, a probabilidade de alguém ter alguma uma visita odontológica, dentre os últimos 12 meses é 4% maior se a pessoa for cadastrada no PSF. Essa é a diferença entre ser cadastrado ou não no PSF. Algumas áreas rurais há ainda mais esse efeito do PSF. Pode-se ver também a probabilidade de haver uma consulta médica no ano passado. Outro dado interessante o fato de possuir ou não médico de referencia, o que é muito mais alto nas áreas com maior cobertura. Assim, é um impacto muito importante não apenas entre os mais pobres, mas também na classe média.

COMPARAÇÃO DA DIFERENÇA ENTRE CADA UM DOS RESULTADOS ENTRE OS QUE ESTAVAM CADASTRADOS NO PSF COM OS NÃO CADASTRADOS NO PSF.

Diferença media em indicadores de acesso entre pessoas cadastradas e não cadastradas no PSF, 2008 (ajustado por propensity scores)



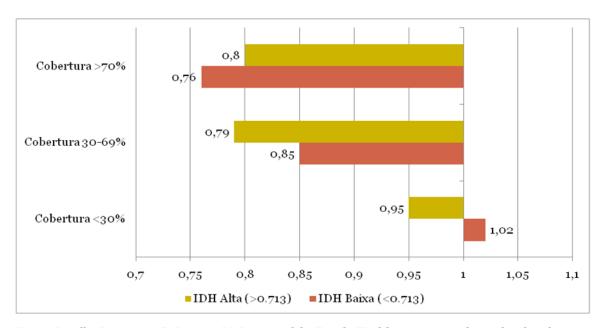
Propensity score-adjusted average treatment effect. Adjusted for sample design and weights. Source: PNAD 2008

Controlado por renda, seguro, emprego, etc., vemos que entre as pessoas cadastradas no PSF há a probabilidade de mais de 3% delas afirmar que a atenção que receberam nas ultimas duas semanas era de boa qualidade. Além disso, possuíam maior probabilidade de ter utilizado algum serviço de saúde e quase 3% maior probabilidade de ter recebido visita medica e de odontólogo. Quase 7% maior probabilidade de dizer que tem um lugar onde costuma procurar serviço de saúde. Isso mostra que o PSF tem impacto, algumas pessoas até diriam ser um impacto causal, usando o *propensity scores*, uma técnica muito rigorosa.

5 – A ESF pode melhorar o desempenho do SUS...E vários aspectos do SUS tem impacto no PSF.

Outra pesquisa de David, que mostra que onde se tem maior cobertura do PSF, a qualidade das estatísticas vitais melhoram. Isso quer dizer que o PSF está melhorando o funcionamento de todo o sistema.

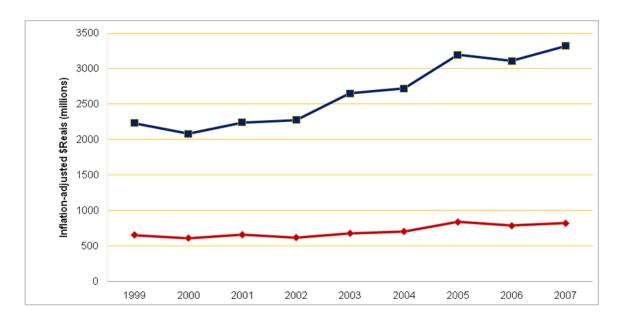
PSF e qualidade das estatísticas vitais: mortes entre crianças < 5 anos por causas mal-definidas



Fonte: Rasella, D. Aquino, R. Berreto, M. Impacy of the Family Health program on the quality f vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil. BMC Public Health. 2010 (10):380.

Alem disso, a analise mostra que houve diminuição das ICSAP, o que tinha impacto na redução dos custos de despesas hospitalares.

Despesas hospitalares aumentaram entre 1999-2007, mas não tanto para as ICSAP



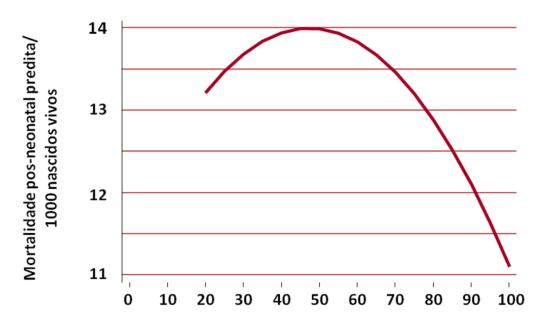
*Excludes hospitalizations for births

Fonte: Macinko et al. AJPH (forth coming)

A analise da linha vermelha do gráfico acima (que são todos os gastos com as condições sensíveis a APS) mostra ser muito menor que os outros e aumentou, pois incluiu muitos outros procedimentos, mesmo assim foi menor que outros gastos. Isso também é um impacto importante, pois se está investindo na saúde, mas é um aumento controlado. Essa linha vermelha é muito mais regular, não possui curvas tão grandes como na azul.

Em outra pesquisa, do Fred Guanais, encontrou-se algo interessante. Ele utilizou como indicador o numero de ambulatórios sobre gestão municipal, como indicador de descentralização. O que significa quanto de controle cada município tinha sobre o sistema de saúde local. Ele achou que, antes de 30 a 40% de controle municipal nos ambulatórios, a taxa de mortalidade pós-neonatal aumentou e depois diminuiu o que chama de curva de aprendizagem.

Decentralização municipal e mortalidade pos-neonatal (1998-2002)



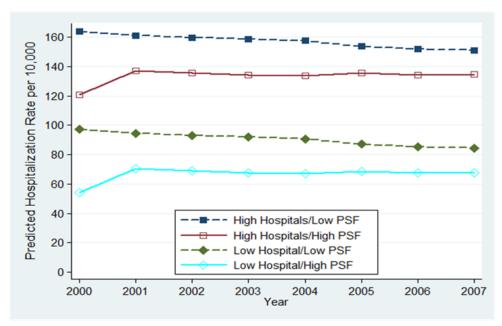
Fonte: Guanais, Macinko, Health Affairs, 2009

Quer dizer que os municípios têm que aprender como lidar com esse novo sistema. É um aspecto que até pode influenciar o desempenho do PSF sem perceber isso, pois depende das características locais.

Outra situação é que quando analisamos taxas ICSAP entre dois grupos, vemos duas situações diferentes. Se compararmos as duas retas do gráfico abaixo, vemos que elas representam as taxas de internações sensíveis à APS entre municípios com alta cobertura de leitos contratados privados. Interessante que todas as vezes que se tem alta cobertura, tem muito mais internação. Entre estas duas linhas, a azul representa as áreas com muitos leitos hospitalares privados contratados e baixa cobertura de PSF. O que está em vermelho são os municípios semelhantes, mas com boa cobertura de PSF. Vê-se que mesmo assim, o PSF tem impacto na diminuição das internações desnecessárias.

Interessante que as duas retas de baixo representam as áreas onde a maioria dos leitos eram públicos. Vê-se que em cada situação a taxa é menor, mas também o PSF tem um impacto na diminuição das internações.

As taxas ICSAP também dependem da proporção de leitos hospitalares privados/contratados



*Excludes hospitalizations for births

Source: Macinko et al. AJPH (forthcoming)

CONCLUSÕES E DESAFIOS PARA O FUTURO

ESF e saúde: sumario das evidências

A Estratégia de Saúde da Família:

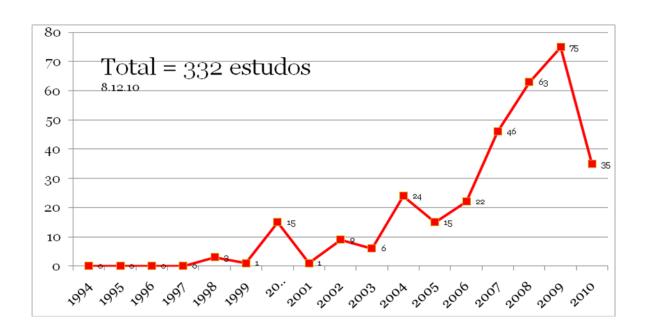
- Reduz mortalidade infantil e mortalidade de crianças < 5 anos;
- Tem um impacto na morbidade;
- Melhora acesso, utilização e satisfação com os serviços de saúde;
- Tem uma orientação "pró-pobre";
- Pode melhorar o desempenho dos outros aspectos do SUS;
- Criou um grupo de pesquisadores excelentes em varias partes do país;

 Contribuiu a pratica, à ciência e às políticas internacionais para o renascimento de interesse na APS no mundo.

Temos que levar em consideração que o Brasil virou uma referencia internacional na área de APS. Com isso, houve aumento impressionante de artigos novos sobre o PSF citados no PUBMED por ano.

Abaixo apresento todos os estudos publicados anualmente no PUBMED.

Numero de artigos novos sobre o Programa Saúde da Família citados em Pubmed, por ano



Na área de investigação há várias necessidades como:

São necessárias medidas melhores de "exposição".

- Não podemos usar mais "cobertura PSF", pois já alcançou quase todos os municípios;
- Problema de endogeneidade.

Precisa de medidas de utilização e qualidade da atenção para toda a nação, pois existem varios estudos de caso, estudos de municipios, coortes, mas não existe essa visao mais ampla de como estao as variações para toda a nação.

Precisa de coortes tradicionais ou sintéticos (ligando varios bancos de dados), para poder entender a realidade no percurso do tempo da utilização do serviços e a efetividade deste serviço.

- Corte-transversal e limitado;
- Linkage de dados individuais (fatores de risco) com utilização de serviços (ambulatórios, diagnósticos, hospitalares) e resultados de saúde no percurso do tempo
- Informações robustas sobre o custo-beneficio e custo-efetividade da ESF.
 Tem que se comparar com outras alternativas.
- Focalizar outras populações importantes: idosos, classe media, homens.

DESAFIOS PARA FUTURO

A ESF já virou referencia mundial, mas enfrenta vários desafios:

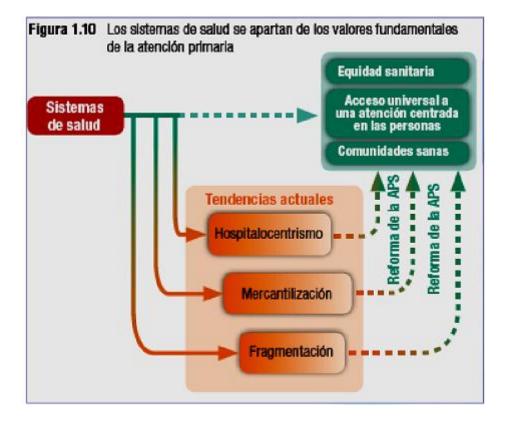
- Existe grande variação na capacidade e qualidade das ESFs;
- Outros fatores podem afetar a ESF e prejudicar os resultados já obtidos, incluindo fatores de risco como obesidade e o desempenho do resto do sistema de saúde:
- Precisa de um melhor sistema de informação para institucionalização de mecanismos contínuos de monitoramento, avaliação, e melhoria da qualidade;
- Melhor coordenação entre níveis de atenção do sistema de saúde e com programas e iniciativas de Saúde Coletiva.

O futuro da ESF é o alcance da sua potencialidade e depende ainda mais de investimento financeiro, técnico e intelectual. Isto depende de apoio político continuado.

DIRETRIZES PARA AS QUATRO REFORMAS DA APS

DOUTOR HERNAN MONTENEGRO COORDENADOR DO PROJETO DE SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE (IS) ÁREA DE SISTEMAS DE SAÚDE BASEADOS NA APS (HSS) – OPAS/OMS

Os sistemas de saúde do mundo inteiro estão enfrentando um enorme desafio. Provavelmente todos conhecem o relatório mundial da saúde de 2008, que é a "APS Agora mais do que nunca" e os sistemas de saúde enfrentam enormes desafios, como o hospitalocentrismo, iniquidades, mercantilização do cuidado, etc. os sistemas de saúde possuem enormes problemas.



Há mais de sete anos iniciamos o que chamamos de processo de renovação da APS. Foi um movimento muito importante. As reformas é claro que não foram em

todos os países, mas acabaram por esquecer um pouco os valores da Declaração de Alma Ata e o que significava isso e seguiram outras orientações.

Assim, a OPAS em 2003 colocou uma resolução que validou o trabalho que estamos fazendo desde então para tentar renovar a APS no contexto de hoje que é muito distinto de 30 anos atrás. Apesar de que muitos ainda se tratam dos mesmos desafios.

Quero destacar que a região das Américas foi a primeira a iniciar esta discussão com os estados membros, através de um processo participativo, mas posteriormente o mesmo fenômeno foi evidenciado em outras regiões do mundo. Então não é mais apenas um discurso regional, da OPAS com os estados membros, mas sim no mundo inteiro.

Muitos de vocês devem conhecer a figura abaixo, que é do nosso documento de posição que faz parte de uma ampla discussão do que é um sistema de saúde com uma discussão sobre quais são os valores que estão governando estes sistemas de saúde.

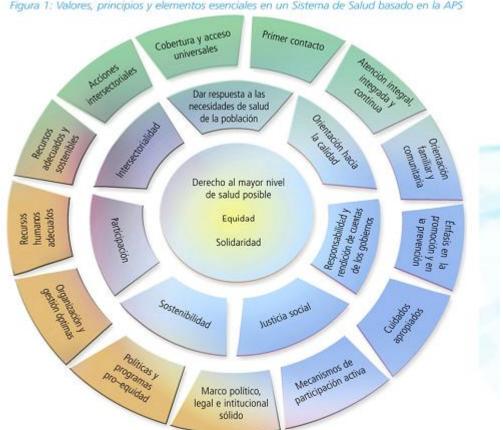


Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS

Lembremos que os sistemas de saúde são um reflexo do que a sociedade considera que deveriam ter os sistemas de saúde, portanto não estão em um contexto isolado. Os valores mais essenciais no caso da APS tem relação com conseguir a saúde como um direito fundamental, irrenunciável, para ter o nível máximo possível de saúde com direito a equidade, solidariedade, participação e certos princípios que são fundamentais. Não podemos esquecer a obrigação moral que temos, e isso é muito importante e bastante presente no Brasil e America Latina como um todo.

Na análise do *ranking* dos valores do sistema com alguns princípios básicos como: orientação a qualidade, sustentabilidade, participação e a intersetorialidade, são componentes chaves do que consideramos como sistema baseado na APS. E depois temos elementos mais operativos como acesso universal, primeiro contato, atenção integral, integrada e contínua, orientação familiar e comunitária, ênfase em promoção e prevenção, etc., se tem muitos elementos que são mais operativos. Nós desejamos que estes valores/princípios, e elementos operacionais para os sistemas mais genéricos sejam fundamentais para que os sistemas se tornem mais que uma orientação para a APS.

Temos que considerar a possibilidade de termos um marco político sólido, que permita aos países implementar este tipo de sistema pensando valores e princípios. Temos que ter orientação também para a equidade, que quando olhamos para países que possuem sistemas universais percebemos que eles têm problemas de equidade. Não é suficiente para um sistema obter cobertura universal, porque sempre terá o desafio da equidade. Desafio também importante para os pesquisadores.

Esta é uma figura do Informe do ano de 2008 sobre as reformas para APS. Este documento foi lançado no Rio de Janeiro. Importante lembrar que propõe quatro reformas que estão relacionadas entre si.



Se quisermos avançar na APS temos que pensar em reformas para cobertura universal. Não podemos ter um sistema justo, equitativo, se não oferecermos cobertura/acesso universal.

Outro sentido de reforma são reformas aos sistemas de prestação de serviços, na linha do que o Brasil está fazendo. O Brasil está orientando às reformas no sistema de prestação, de entrega de serviços com o sentido da APS. O relatório fala muito deste direcionamento do cuidado integral, promoção, trabalhar em rede, etc.

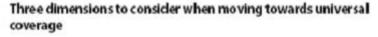
Outro nível de reforma é a reforma nas políticas publicas. Dizer a saúde em todas as políticas públicas se deve trabalhar intersetorialmente e tentar integrar as políticas de saúde. Algo que o Brasil e alguns outros países na América também estão fazendo.

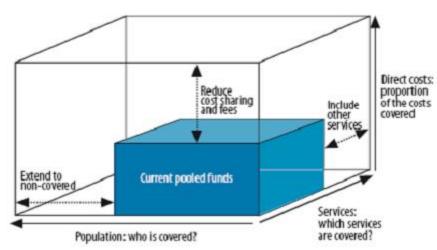
Finalmente, tem que ser consensuado, negociado e isso o Brasil tem muito desenvolvido. A questão do diálogo permanente entre os setores, entre os níveis. Mas temos que pensar que isso é para o mundo inteiro e muitos países estão distantes neste sentido.

Por exemplo, cobertura universal. O pagamento dos direitos é um regresso. O relatório fala da necessidade de criar uma cobertura universal com sistema de pré-

pago de imposto geral ou pré-pago com a contribuição mandatória para proteger pessoas, especialmente aos pobres. Então, tem que cobrir a todos e há uma discussão de quais serviços irá se cobrir. Tem que cobrir a todos, num eixo horizontal, e é uma discussão de quais serviços serão cobertos e depois num eixo vertical, que proporção do custo disso será coberto pelo seguro e quanto será do bolso. Tem que se olhar todo este sistema.

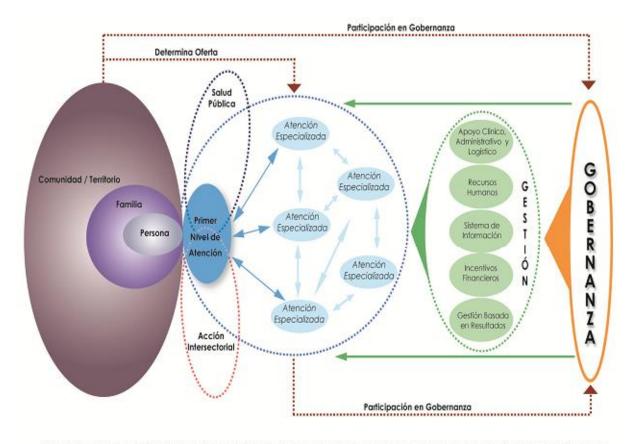
Universal coverage





Source: adapted from (21, 65).

O tema agora da prestação. A figura abaixo é sobre o documento rede integrada.



Contexto: tipo de sistema de salud, nível de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoria de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, fisicos y tecnológicos, etc.

É importante extrair a prestação com conhecimento da sua comunidade, do seu território, o que é um marco para conhecer a família e a pessoa. Tem que abranger tudo isso para ter um sistema com orientação a APS. Ponto fundamental no primeiro nível de atenção, a APS, onde temos a Saúde da família e como neste sítio tem-se que vincular a saúde pública, a ação intersetorial e apoio da atenção especializada, trabalhando-se em rede. Para que esta rede trabalhe de forma mais integrada possível, a importância da governança, os elementos de gestão, como também se tem integrado o apoio clinico, administrativo e logístico. O tema dos recursos humanos, os sistemas de informação, incentivos financeiros, a própria gestão baseada em resultados. Ou seja, como o sistema opera para fazer com que os prestadores trabalhem o mais integradamente com uma interface muito importante com a comunidade.

Abaixo apresento os mandatos que temos, enquanto organismo internacional são aprovados pelos ministros que são membros da OPAS (35 estados membros) e dá marco referencial para nosso trabalho.

Mandatos en APS

Nivel	Mandatos	Mandatos					
		CD44.R6	Montevideo	WHA62.12			
		(2003)	(2005)	(2009)			
País	Planes nacionales		V	√			
	Evaluación de desempeño	√	······	V			
	Marcos e instrumentos	√	V	√			
·	Redes, buenas prácticas	V	V	1			
***************************************	Investigacion y evidencias		√				
OPS	Transversalización APS	V	V	\checkmark			
	Armonización CT internacional		V	√			
	Movilizar recursos		V				

Ao olharmos os mandatos, vemos o que temos que fazer. Por exemplo, a nível nacional é trabalhar e estimular os planos e políticas para APS, avaliação de desempenho, redes, investigações de boas práticas, pesquisas, evidencias. É isso que temos que trabalhar com os estados membros e gerar esta base para beneficio de todos e para que os países possam avançar nesta estratégia.

Em relação ao nível regional, a OPAS está tentando fazer para potenciar a renovação da APS. As ações são:

- Gerar uma revisão com pesquisadores da Johns Hopkins e outros parceiros sobre opões de políticas e estratégias para implementar as quatro formas de APS. Esta é a recomendação do informe mundial de 2008, que é gerar um tipo de manual para os profissionais da ponta, como gestores. Que opções temos em políticas de saúde para obtermos cobertura universal e para promovermos políticas publicas integradas. Escrito de uma forma que não é um livro, mas sim um manual, com etapas, de fácil entendimento para pessoas que estão começando e também que traga definições conceituais, marcos analíticos para pessoas que estão entrando nestas posições e têm que se educar.

- Outra coisa que estamos fazendo é um marco analítico do que seria um sistema de saúde com lentes da APS. No mundo inteiro temos muitos marcos para medição do desempenho do sistema como um todo, mas baseado em nossas pesquisas não temos um foco que estude bem as variáveis que, para nós, significa diferença na APS. Temos um *gap* muito importante em termos de processo.
- Também estamos desenvolvendo manuais de apoio a implementação da rede integrada e serviços de saúde. Temos cinco manuais muito importantes e teremos uma discussão sobre isso em Barcelona, no mês de fevereiro. Já temos cinco rascunhos de temas chaves. Um destes temas é a aposta nas práticas comunitárias em APS e sua implementação geral. Depois temos o tema da governança, como é realizada, quais são as melhores praticas. Em um sistema plural com prestadores de distintos tipos e parceiros, como se trabalha com setor privado, filantropia.
- Estamos também desenvolvendo um manual sobre Sistemas de Informação, quais são as características chaves que devem compor um sistema de informação que permita a integração dos serviços. Outro tema diz respeito aos recursos humanos em saúde, quais são as novas competências para se trabalhar de forma integral, quais as profissões que você precisa, cargos que são especiais para integrar. Temos também um manual sobre mecanismos de coordenação assistencial que já é uma parte mais clinica desde prontuário eletrônico ate guias de pratica clinica.
- Algo interessante que creio que os pesquisadores irão gostar é um estudo sobre a situação da APS nas Américas, faremos um contrato com a universidade de New York University, trabalhando com o James Macinko. Provavelmente começamos com os oito principais países, então permite comparar a realidade do Brasil, por exemplo, com o que está acontecendo no México na tentativa de trazer ainda mais evidencias.
- A OPAS possui também um curso que capacita gestores da APS virtualmente, o campos virtual da saúde publica com a OPAS que tem um curso da APS. Temos uma serie de publicações que são temas específicos sobre como operacionalizar a estratégia da APS.

Temos também as Comunidades de praticas e aqui aproveito para agradecer a Claunara, pois temos o apoio do Brasil e também à Escola de Andalucía, na Espanha que temos um documento que está em discussão, o qual foi aprovado agora pela diretora da OPAS. É uma comunidade de práticas, portanto tem o tema da rede, um grupo de pessoas que compartilham um interesse, um grupo de problemas, uma paixão sobre um tema, e que aumentam seu conhecimento e competências para trabalhar, através da continua interação entre eles.





Em relação a essa comunidade de praticas, queremos ter um seminário regional para trocas, que permita gerar um portal na internet e fazer vinculo com todos os estados membros da OPAS, que são mais de 35 estados e temos também territórios e links com a Espanha, especialmente com algumas comunidades autônomas, e com Portugal. Poderia fazer até mais, só que primeiro temos que sentar bases tecnológicas deste portal na *internet*. Seria um banco de boas práticas e experiências inovadoras, qualquer pessoa poderá entrar e ver experiências que estariam disponíveis. Temos a idéia de gerar um prêmio regional, através de um concurso/premiação para iniciativas inovadoras nas Américas. Criação de uma rede social relacionada com a APS, colocar noticias, biblioteca, um *blog*, campus virtual, que nos permita fazer pesquisas *online*, com *links* sobre APS. Também criar parcerias virtuais com reuniões presenciais para criar uma comunidade mundial.

Agradeço a atenção. Obrigado.

IMPACTO DE PROGRAMAS DE SAUDE PRIMARIA: EVIDENCIA DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA.

ROMERO ROCHA
Banco Mundial

O que apresento é parte da minha tese de doutorado, que fiz com a orientação do Rodrigo Soares. Apresento um pouco do enfoque econométrico da avaliação de impacto sobre a ESF.

É comum em saúde a realização de pesquisa na qual podemos controlar completamente um experimento. Ex: Sorteio de uma política; lavar as mãos em escolas de alguma comunidade ou município pequeno.

Entretanto, em políticas públicas de grande alcance, como é o caso do PSF, isto nem sempre é possível. O que tentamos fazer é criar métodos que se aproximem o máximo deste tipo de experimento que é totalmente controlado.

Aqui temos alguns destes métodos:

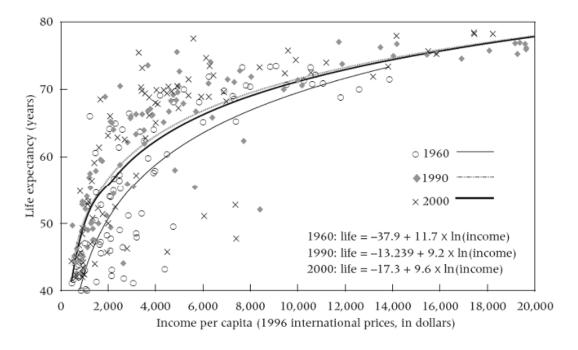
- Variáveis Instrumentais: tenta encontrar alguma variável que é exógena a intervenção;
- Pareamento por score de propensão, na qual se tenta construir a partir das características observáveis das pessoas que recebem e não recebem tratamento, dois grupos que se pareçam bastante e que a única diferença é que um estará recebendo tratamento e o outro não estará. O problema desta metodologia é que ela não dá conta de captar as diferenças nas características não observáveis ao pesquisador. Existem também outras metodologias que dão conta de tratar estas características não observáveis (modelo de diferenças-em-diferenças);
- Modelo de diferenças-em-diferenças: neste, pode-se colocar para unidade de analise, que pode ser uma pessoa ou município, e com isso você estará

captando só a mudança do estado daquela pessoa, controlando para a situação inicial da pessoa.

OBJETIVO DESTE TRABALHO.

- Calcular os impactos do Programa Saúde da Família (PSF) em mortalidade infantil, mortalidade de criança, mortalidade de adultos e mortalidade de idosos usando o modelo de diferenças-em-diferenças;
- Caracterizar a efetividade e entender o mecanismo de ação do programa;
 - Impactos por região e por fatores sócio-econômicos em 1991;
- Impactos do PSF sobre mortalidade por causa de morte, por faixa etária;
- Calcular os impactos indiretos do programa em comportamento individual (freqüência, escolar, trabalho infantil, trabalho adulto e fecundidade).

Este gráfico é bastante interessante, pois mostra a relação entre a expectativa de vida ao nascer e renda per capta em países em desenvolvimento em 1960, 1990 e 2000.



Fonte: Soares (2007)

Há um deslocamento da curva para cima, que mostra que houve melhorias na saúde neste período, que não são correlacionadas com a renda, quer dizer, para a mesma renda, houve melhorias na expectativa de vida ao nascer. Grande parte da literatura internacional se debruçou sobre este tipo de acontecimento e existem algumas razoes que podem explicar essas melhorias que independem da renda, como:

- Inovações tecnológicas;
- Programas de intervenção em nível comunitário e familiar. Alguns papers mostram o grande impacto destes programas sobre mortalidade infantil.

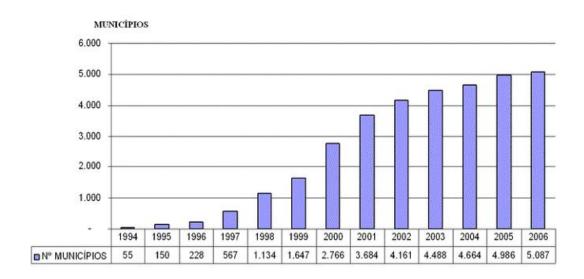
Essas melhoras nos indicadores de saúde e na expectativa de vida ao nascer e na mortalidade infantil, elas podem afetar as escolhas das famílias no que diz respeito a questões como o investimento no capital humano, investimento na educação das crianças.

Existem teorias que falam que melhorias na saúde e na expectativa de vida ao nascer, fazem com que as famílias tenham tendências a investir um pouco mais em educação e também a ter menos filhos, justamente porque tendo menos filhos se possibilita oferecer mais condições de se investir um pouco mais na educação dos filhos.

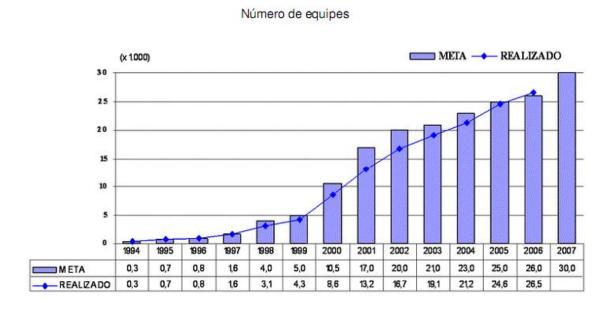
De acordo com Ministério da Saúde (2004), entre 2000 e 2001:

- 69% das equipes realizaram consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de menores de dois anos;
- 62% das equipes realizam rotineiramente todas as vacinas do Programa Nacional de Imunização;
- 90% das equipes realizaram identificação de casos de desnutrição;
- 60% das equipes realizaram suplementação alimentar para os casos de desnutrição;
- 70% das equipes realizaram consulta médica pré-natal;
- 70% das equipes realizaram ações educativas de planejamento familiar e distribuíram métodos contraceptivos.

O gráfico abaixo mostra como a expansão do programa foi rápida e saiu de 55 municípios em 1994 para mais de 5000 municípios em 2006.

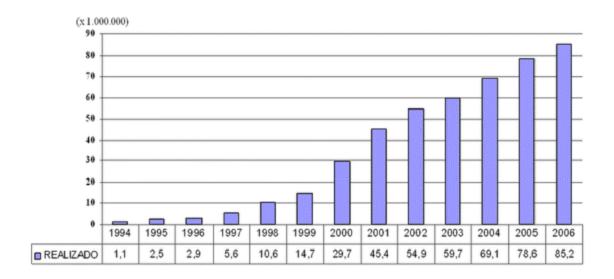


O número de equipes cresceu exponencialmente.



Além disso, a população coberta também cresceu.

População Coberta



Macinko, Almeida e Sá (2007), analisam o efeito da introdução do PSF na percepção da saúde pela população.

Macinko, Guanais e Marinho de Souza (2006), avaliam o impacto do PSF sobre mortalidade infantil a nível estadual, mas esse procedimento tem limitações econométricas.

Reis (2010), um pesquisador do IPEA, compara o efeito da ESF sobre saúde de irmãos e mostra que os irmãos que nasceram em municípios com cobertura da ESF possuem saúde melhor do que os irmãos que nasceram em municípios sem cobertura da ESF.

Em meu trabalho eu utilizei dados individuais de:

PNAD.

- Dados individuais de 1995 a 2004 (exceto 1994 e 2000);
- Dados municipais de 1995 a 2004:

DATASUS

- População;
- Infra-estrutura em saúde;
- Imunização;

Mortalidade.

CENSO ESCOLAR

Oferta educacional.

O gráfico a seguir mostra características de mortalidade desde o inicio da ESF até 2004.

Table 1: Estatísticas descritivas dos municípios brasileiros, 1993-2004											
ano			Taxa de mortalidade						PIB per capita		
	até 1 ano		de 1 a	4 anos	de 15 a 59 anos		acima de	60 anos			
									- 8 -		
	não cobertos	cobertos	não cobertos	cobertos	não cobertos	cobertos	não cobertos	cobertos	não cobertos	cobertos	
	CODETIOS		cobertos		copertos		woertos		cobertos		
1993	27.1		1.1		3.4		40.9				
1994	26.0		1.1		3.4		40.7				
1995	23.8		1.0		3.5		40.6				
1996	23.0	27.9	1.0	1.1	3.2	3.9	37.9	41.0			
1997	21.3	25.1	0.9	1.0	3.2	3.6	37.6	39.6			
1001	21.0	20.1	0.5	1.0	3.2	3.0	37.0	55.0			
1998	20.2	25.3	0.9	1.1	3.3	3.3	39.0	40.3			
1999	19.1	23.3	8.0	1.0	3.3	3.2	39.6	40.0	6,134	5,335	
2000	18.4	22.3	0.8	0.9	2.9	3.2	34.2	36.6	6.127	6,546	
2001	16.4	19.6	0.8	8.0	2.9	3.2	34.8	37.1	7,302	6,770	
2002	15.1	18.2	0.7	0.8	3.0	3.2	35.9	37.7	8.537	7,447	
2002	13.1	10.2	0.7	0.0	3.0	3.2	30.8	31.1	0,007	7,447	
2003	15.3	17.4	0.7	8.0	3.0	3.1	36.8	38.5	10,283	8,448	
	l	400				0.4			44.005	0.545	
2004	14.4	16.0	0.7	0.7	2.9	3.1	38.2	39.3	11,624	9,547	
	<u> </u>		<u> </u>								

Principais preocupações ao utilizar este método:

Certas condições individuais levam a decisão de entrar ou não no PSF, exemplo, municípios com alta taxa de mortalidade infantil aderiram primeiramente ao PSF. Municípios com condições muitos ruins têm tendência natural em migrar para municípios melhores, ou seja, tem que ter sensibilidade para identificar as referências regionais em saúde e quais são os verdadeiros efeitos naturais por município.

 Para calcular o impacto do programa na mortalidade, vamos usar o tempo e exposição do município ao PSF como método de inferência. Logo, a maior preocupação é que determinadas condições particulares a certos municípios, podem influenciar concomitantemente na decisão de entrar no programa e na taxa de mortalidade.

METODOLOGIA

- Choques nas variáveis dependentes podem ter correlação com a entrada;
- Municípios em condições ruins podem ter uma tendência natural a convergir para municípios em condições melhores. Tenho que ter uma preocupação se o efeito que estarei captando da minha metodologia será realmente o efeito do programa ou se seria apenas um efeito natural como os que entraram primeiro são os que estavam em piores condições que esse efeito vai ser apenas um efeito de uma convergência natural dos municípios em piores condições para os municípios em melhores condições.
- Variáveis omitidas. É possível que municípios com governos melhores, entrem mais rápido no programa.

Utilizei uma estratégia básica: diferenças-em-diferenças com efeito heterogêneo ao longo do tempo. Ou seja, vou permitir que o efeito do programa varie de acordo com o tempo de exposição do município ao programa – quanto tempo o município aderiu ao programa.

Além disso, existe uma tendência não-linear específica a cada estado.

- Variável dependente: taxa de mortalidade por faixa etária;
- Variável independente de interesse: tempo de participação do município no programa.

Alem disso, vou incluir o efeito fixo para tempo e município e uma tendência não linear para cada estado. Isso quer dizer que vou controlar para que as condições iniciais do município não variem com o tempo. Ou seja, todas as variáveis que não variem com o tempo, estarão controladas na minha regressão.

Para o problema de variáveis omitidas, usaremos como controle todas as variáveis que temos à disposição: Usaremos como controles, variáveis de imunização, investimento em educação, infra-estrutura em saúde. Os indicadores de saúde utilizados serão taxas de mortalidade por faixa etária e taxas de mortalidade por causa de morte, também por faixa etária.

Eu utilizei *Dummies* (que são variáveis que assumem valor 1 quando faz exatamente um ano que o município entrou no programa e zero, caso contrario) de anos depois da entrada no programa estão somente captando.

Podemos ter alguns problemas. Essas *Dummies* podem assumir alguma tendência pré-existente. Para isso, utilizamos também *Dummies* de anos antes do programa.

A segunda preocupação é a questão da convergência dos municípios que estavam em pior situação.

- Para estas, Dummies que estejam captando somente uma tendência natural de convergência dos municípios que estavam em pior situação, usaremos interação da mortalidade inicial com as Dummies de tempo como controle (permitindo tendência como função do nível inicial de mortalidade). É como se estivéssemos controlando para esta tendência dos municípios.
- Características não observadas dos primeiros entrantes podem ser as únicas Responsáveis pelo efeito encontrado. Então, faremos uma interação de uma *Dummies* que diz se o município está entre os primeiros entrantes ou não com as *Dummies* de anos no programa.

Por ultimo, vamos rodar modelos de probabilidade, para ver se o programa teve efeito sobre variáveis comportamentais, como: trabalho infantil, freqüência escolar, trabalho adulto e fecundidade.

Usaremos como controle, variáveis demográficas e sócio-econômicas individuais e as mesmas variáveis municipais do caso anterior.

RESULTADOS

Mortalidade infantil: a partir do terceiro ano da ESF no município houve uma da mortalidade infantil na ordem de 1.55 por mil a mais que os municípios que não estão no programa. Isso significa que o município que tivesse mortalidade infantil a media brasileira de 1993 (que era de 27 por mil) e estivesse a três anos no programa, reduziria em média, 5,6% a taxa de mortalidade infantil. E o município que estivesse há oito anos, essa redução seria de 20% esta mortalidade infantil.

Para mortalidade de 1 a 4 anos: município que estivesse há 3 anos reduziria 6,4% a taxa e o que estivesse há 8 anos reduziria 25%.

Para mortalidade adulta (de 15 a 59 anos): município que estivesse há 3 anos reduziria 2.6% e o que estivesse há 8 anos reduziria 8.5%.

A tabela abaixo foi dividida por causas de morte e podemos ver que justamente as causas de morte que mais esperaríamos que a APS tivesse mais efeito são as que encontramos mais efeito nesta tabela. Não encontramos, por exemplo, em causas externas, enquanto que doenças infecciosas, afecções no período perinatal são bem significantes.

Por Causa de Morte

	Mortality before Age 1								
	Perinatal Period	Infectious	External Causes	Nutritional	Respiratory	Congenital Anomalies	Nervous System and Senses Organs	III-Defined	
Program Year 1	0.0879	-0.0784	0.0033	-0.0292	-0.0448	0.0280	-0.0267*	-0.1661*	
	(0.1590)	(0.0589)	(0.0190)	(0.0224)	(0.0479)	(0.0502)	(0.0152)	(0.1002)	
Program Year 2	0.1859	-0.1752***	-0.0123	-0.0292	-0.0470	0.0098	-0.0058	-0.3006***	
	(0.1868)	(0.0638)	(0.0210)	(0.0275)	(0.0512)	(0.0581)	(0.0186)	(0.1006)	
Program Year 3	-0.2225	-0.3464***	-0.0071	-0.0607*	-0.2050***	-0.0629	-0.0050	-0.5357***	
	(0.2520)	(0.0917)	(0.0265)	(0.0333)	(0.0628)	(0.0727)	(0.0202)	(0.1526)	
Program Year 4	-0.6870*	-0.4511***	0.0156	-0.1216***	-0.2601***	-0.1625*	-0.0152	-0.5055***	
	(0.3818)	(0.1222)	(0.0331)	(0.0371)	(0.0841)	(0.0838)	(0.0259)	(0.1798)	
Program Year 5	-1.2964***	-0.4589***	-0.0021	-0.1159**	-0.4238***	-0.1580*	-0.0074	-0.5556**	
	(0.4909)	(0.1556)	(0.0398)	(0.0468)	(0.1139)	(0.0899)	(0.0293)	(0.2428)	
Program Year 6	-1.8221***	-0.6734***	-0.0127	-0.1757***	-0.5320***	-0.1934*	-0.0539*	-0.5871*	
	(0.6603)	(0.2000)	(0.0412)	(0.0536)	(0.1522)	(0.1066)	(0.0324)	(0.3285)	
Program Year 7	-1.9880**	-0.5590**	-0.0053	-0.1853***	-0.4504**	-0.3309**	-0.0573	0.0467	
	(0.8464)	(0.2762)	(0.0571)	(0.0718)	(0.1777)	(0.1578)	(0.0406)	(0.4937)	
Program Year 8	-3.3990***	-0.9300***	-0.0160	-0.3091***	-0.7318***	-0.2039	-0.0674	0.5490	
	(1.2161)	(0.3370)	(0.0650)	(0.0960)	(0.1996)	(0.1889)	(0.0545)	(0.7473)	
NObs	42924	42924	42924	42924	42924	42924	42924	42924	
R Sq	0.58	0.46	0.25	0.28	0.36	0.37	0.18	0.61	

O programa não demonstrou ter impacto sobre trabalho infantil, mas tem impacto sobre freqüência escolar, especialmente entre 15 a 17 anos.

Em relação ao trabalho em adultos, há impacto no aumento de oferta de trabalho, especialmente na faixa etária de 31 a 40 anos, como mostra a tabela a seguir:

Trabalho Adulto

		Labor Supply of Adults between 18 and 55										
					Men 18-	Women		Men 31-	Women		Men 41-	Women
	All	Men	Women	18-30	30	18-30	31-40	40	31-40	41-50	50	41-50
Program												
Year 1	0.0103*	0.0040	0.0110	-0.0007	-0.0002	-0.0004	0.0124	0.0004	0.0162	0.0150*	0.0062	0.0153
	(0.0056)	(0.0026)	(0.0100)	(0.0102)	(0.0002)	(0.0167)	(0.0086)	(0.0004)	(0.0150)	(0.0080)	(0.0039)	(0.0150)
Program												
Year 2	0.0170*	0.0057	0.0207	0.0143	-0.0004	0.0370	0.0224*	0.0005	0.0246	0.0099	0.0081	0.0033
	(0.0087)	(0.0039)	(0.0150)	(0.0148)	(0.0004)	(0.0243)	(0.0127)	(0.0005)	(0.0212)	(0.0128)	(0.0059)	(0.0225)
Program												
Year 3	0.0248**	0.0066	0.0331	0.0133	-0.0009	0.0473	0.0376**	0.0003	0.0458	0.0180	0.0103	0.0112
	(0.0122)	(0.0056)	(0.0222)	(0.0215)	(0.0010)	(0.0355)	(0.0176)	(0.0009)	(0.0302)	(0.0189)	(0.0090)	(0.0345)
Program												
Year 4	0.0317*	0.0070	0.0434	0.0032	-0.0027	0.0589	0.0554**	0.0006	0.0636	0.0174	0.0085	0.0091
	(0.0164)	(0.0080)	(0.0291)	(0.0297)	(0.0030)	(0.0488)	(0.0227)	(0.0011)	(0.0399)	(0.0266)	(0.0135)	(0.0465)
Program												
Year 5	0.0518**	0.0109	0.0759**	0.0153	-0.0052	0.0874	0.0670**	0.0001	0.0841	0.0475	0.0152	0.0539
	(0.0211)	(0.0095)	(0.0386)	(0.0399)	(0.0074)	(0.0656)	(0.0284)	(0.0019)	(0.0522)	(0.0345)	(0.0152)	(0.0628)
Program												
Year 6	0.0568**	0.0092	0.0844*	0.0062	-0.0168	0.0994	0.0810**	-0.0003	0.0944	0.0437	0.0139	0.0543
	(0.0272)	(0.0133)	(0.0494)	(0.0524)	(0.0261)	(0.0853)	(0.0351)	(0.0031)	(0.0673)	(0.0452)	(0.0208)	(0.0808)
Program												
Year 7	0.0746**	0.0140	0.1052*	0.0200	-0.0269	0.1150	0.0939**	0.0001	0.1084	0.0658	0.0160	0.0854
	(0.0327)	(0.0136)	(0.0616)	(0.0669)	(0.0527)	(0.1096)	(0.0402)	(0.0033)	(0.0822)	(0.0547)	(0.0241)	(0.1017)
Program												
Year 8	0.0680*	0.0040	0.1092	-0.0072	-0.1159	0.1227	0.0976**	-0.0044	0.1154	0.0486	0.0043	0.0728
	(0.0412)	(0.0246)	(0.0758)	(0.0878)	(0.2038)	(0.1370)	(0.0480)	(0.0138)	(0.1000)	(0.0707)	(0.0431)	(0.1270)
NObs	279943	127331	152511	80328	28768	48105	101005	44972	53772	98610	47616	50634

Em relação à fecundidade, houve impacto em mulheres nos municípios que estivessem há 8 anos no programa, tem 4% menos chance de ter tido filho nos últimos 12 meses. Impacto principalmente nas áreas rurais.

Houve impacto sobre frequência escolar em áreas rurais.

Em relação ao trabalho adulto, viu-se impacto sobre as áreas em que não se tem esgoto tratado e nas áreas urbanas foi um pouco menos consistente.

Sobre a fecundidade, encontramos impacto principalmente sobre as áreas urbanas. Isso pode significar que já existia alguma demanda por melhorias nos métodos contraceptivos, porem não existia acesso a estes métodos, o que se iniciou após o programa.

CONCLUSOES

Efeito de redução nas taxas de mortalidade principalmente infantil. Efeito maior nas regiões mais pobres do país e também nas cidades com piores

indicadores sócio econômicos. Alem disso é significante nas causas de morte que dependem mais de APS.

Efeito de aumento da freqüência escolar (especialmente nas áreas rurais), aumento do trabalho adulto especialmente entre 31 e 40 anos e redução de fecundidade nesta mesma idade.

Não encontramos efeito para taxas de mortalidade acima de 60 anos nem para o trabalho infantil.

Acredito que para os próximos passos nas pesquisas acadêmicas quantitativas sobre o impacto do programa, devemos nos preocupar sobre os mecanismos que fazem com que o programa tenha efeito. Há ainda na sociedade dúvidas sobre se os impactos encontrados se são apenas questão de acesso, ou se o modelo tem realmente impactos maiores sobre a saúde das pessoas em relação ao modelo anterior.

DEBATE

LIGIA GIOVANELLA: Coordenadora – pesquisadora titular do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Diretora Executiva do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES).

Bom dia a todos e a todas, agradeço o convite para participar da mesa e debater sobre os desafios para a valorização social e política da APS.

Aproveito para parabenizar Claunara, na condução firme da Política de Atenção Primária em nosso país, ao longo destes últimos anos, mantendo o rumo na direção da implementação de um SUS universal de qualidade, e agradecer por todos os esforços do DAB em defesa de um modelo assistencial em base a uma APS robusta coordenadora da atenção. E, pelo apoio ao desenvolvimento de pesquisas em APS, que possibilitou a constituição de nossa REDE, cujo site está cada vez mais interessante.

As apresentações de James Macinko e Romero Rocha mostram, antes de tudo, a importância da pesquisa para a valorização social e política da ESF ao demonstrar não apenas impactos positivos diretos da implementação do PSF na situação de saúde e no acesso a serviços de saúde, como também, impactos indiretos em outras dimensões das condições de vida da população coberta. Os estudos demonstram que o PSF é uma estratégia efetiva para promover a saúde, especialmente nas regiões mais desfavorecidas.

De fato, temos hoje, realizadas por muitos pesquisadores, em parte aqui presentes, um conjunto de pesquisas cujos resultados demonstram de forma consistente a efetividade da ESF, o que certamente contribui para sua valorização política.

Os estudos de Macinko e Romero produzem evidências claras de impactos da implementação da ESF sobre indicadores de saúde. Mas me pergunto: os efeitos positivos não poderiam ser mais intensos? Não seriam pequenos frente ao potencial sugerido na literatura para uma APS robusta como pretende ser a ESF? Em parte,

este gradiente pode decorrer de que se tratam de estudos ecológicos realizados com dados secundários que não permitem a comparação direta entre reais usuários e não usuários da ESF, denotando a necessidade de outras pesquisas com distintos desenhos para avaliar estes efeitos de forma mais direta.

Minha primeira questão para os apresentadores: há indícios de que os impactos são mais intensos? Quais desenhos de pesquisa poderiam aferi-los melhor?

Por outro lado, este gradiente decorre também das importantes dificuldades que vem sendo enfrentadas no processo de implementação que vão da adequada formação e gestão de recursos humanos, passam pela conformação de uma rede integral coordenada pela APS, e pela disponibilidade de recursos financeiros suficientes.

Relacionados às quatro reformas em APS apontados por Hernán, gostaria de destacar temas de pesquisa e alguns destes desafios, para que possamos expandir uma APS robusta no país, que cumpra com os atributos de serviço de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação comunitária e familiar, com base em pesquisas por nós realizadas.

Considero que a valorização da APS está condicionada por sua capacidade de dar resposta às necessidades e expectativas dos usuários-cidadãos – APS centrada nas pessoas –. E as expectativas dos usuários-cidadãos são de acesso oportuno a uma atenção resolutiva de qualidade. Ao mesmo tempo, os atributos da APS somente se efetivam se estiver garantido acesso oportuno à atenção de qualidade.

A posição dos serviços da ESF como porta de entrada preferencial vem sendo fortalecida em diversos municípios, contudo a integração à rede assistencial continua problemática, o que pode tornar a existência de porta preferencial uma barreira e não um facilitador do acesso.

Inquérito realizado com usuários mostrou que os serviços de APS têm se configurado como a principal fonte de cuidado regular em municípios selecionados com elevada cobertura pela ESF. Mais de 70% das famílias cadastradas nas quatro

cidades (em Belo Horizonte 85%) dispõem de um serviço de procura regular. Dentre estas famílias, 75% em Belo Horizonte, 70% em Vitória, 70% em Aracaju indicaram como seu serviço procura regular o centro de saúde da família. Nestas cidades, a ESF estrutura o acesso à atenção especializada e o percurso mais comum de acesso às consultas especializadas é o agendamento realizado pela unidade saúde da família, seja no momento do encaminhamento, ou com data posteriormente informada ao usuário.

Um serviço de saúde se torna de primeiro contato, se garante acesso oportuno, se a porta da unidade saúde da família é aberta, como ocorre nestas cidades, assegurando-se adequado equilíbrio entre respostas aos agravos agudos, crônicos e aos grupos prioritários: equilíbrio entre demandas espontânea e programada.

O não atendimento da demanda espontânea nas unidades de saúde da família impossibilita a constituição da saúde da família como serviço de primeiro contato da sua própria população adscrita. Ademais, o atendimento somente da demanda programada leva à redução do volume de pacientes atendidos pela unidade, dificultando a busca ativa e o diagnóstico precoce. Deixa-se de aproveitar as oportunidades da atenção individual ao caso agudo para atuar nas prioridades coletivas.

A garantia de atenção oportuna e resolutiva pelas unidades de saúde da família desloca a demanda dos serviços de emergência hospitalar e de atenção especializada, e é fundamental para o fortalecimento da saúde da família frente às disputas de modelo assistencial que se vislumbram com a ampliação das unidades de pronto atendimento UPAs). Urge a articulação com as UPAs para agilizar atendimentos de emergência encaminhados pela saúde da família e para garantir o retorno dos usuários desde as UPAs até as suas equipes de Saúde da Família, tornando as UPAs serviço complementar de atendimento de urgências médicas que não podem ser resolvidas na unidade de saúde da família, e, não um serviço de primeiro contato competitivo com estas.

Neste campo, são necessárias pesquisas que investiguem estas interfaces entre serviços e analisem os requisitos para que a equipe de saúde da família possa exercer a coordenação dos cuidados e a APS ser efetivamente ordenadora da rede.

Uma atenção oportuna e de qualidade fará com que as novas classes médias não sejam obrigadas a buscar alternativas em planos de saúde e valorizem o SUS. A valorização da APS passa também pela cobertura de diferentes estratos populacionais e não apenas das populações mais desfavorecidas. Esta é uma contribuição importante da ESF para combatermos o *apartheid* na saúde e avançarmos no combate às desigualdades com uma mesma rede de serviços sendo compartilhada pela grande maioria da população. — aqui pesquisas se fazem indispensáveis para analisar a atuação da ESF em áreas de classe média identificando usos, expectativas, rearranjos organizacionais necessários.

A atenção deve ser não só oportuna, como também de qualidade. A avaliação de qualidade da atenção prestada pela ESF é um campo importante para desenvolvimento de pesquisas que possam orientar estratégias de formação permanente, uma vez que nos serviços profissionais aspectos importantes da qualidade dependem da formação. Esta, e uma política de gestão de pessoas que garanta a adesão dos profissionais ao PSF e ao SUS são desafios cruciais. Sem estabilidade das equipes nenhum dos atributos da APS se efetiva, não há longitudinalidade, não há coordenação, não há enfoque familiar ou comunitário. A valorização social e política da APS é indissociável da valorização dos profissionais da ESF. Neste campo do quarto conjunto de reformas da APS, urgem pesquisas que avaliem as diferentes modalidades de gestão de RH, de modelos de gestão de estabelecimentos de saúde, terceirizações, contratos de gestão etc. mostrando quais de fato são mais eficientes e efetivos. Há um processo de privatização da gestão da APS alardeado como presumidamente mais eficiente que, contudo, não está devidamente avaliado. Estudos na Espanha e Reino Unido mostram que estas alternativas podem ser mais caras.

Concernente ao terceiro bloco de reformas, outro grande desafio para a efetividade da APS é potencializar a ação comunitária das equipes de saúde da família de modo sustentado. Desafio em construir interfaces e a cooperação com outras políticas públicas desde o nível federal até o território local para incidir sobre determinantes sociais e promover a saúde. Este é outro tema de pesquisa que deve ser incentivado: saúde da família e intersetorialidade.

Um grande obstáculo para a valorização do SUS e da APS é o desfinanciamento crônico do SUS: os gastos públicos com saúde no Brasil são muito baixos, cerca de 3,6% do PIB, enquanto sistemas públicos universais de base fiscal despendem no mínimo 7% do PIB. Quer dizer, nossa riqueza nacional e nossa carga fiscal nos permitem no mínimo dobrar os gastos públicos com saúde no país. Mas gastar em que? Aplicar como estes recursos? Como aponta o relatório mundial da OMS sobre atenção primaria: atenção primaria não é barata, mas certamente é mais eficiente. Não há gastos mais efetivos do que em APS.

A nossa presidente eleita disse em reunião da equipe de transição com especialistas em saúde, na semana passada, que está convencida que é necessário ampliar o financiamento do SUS. Mas que é imprescindível saber como aplicar os recursos adicionais de modo que de fato façam diferença na atenção às pessoas, e, avaliar o desempenho. Certamente que o melhor uso para novos recursos é a atenção primária e a construção de redes ordenadas pela atenção primária. Tenho afirmado que é necessário e podemos dobrar os gastos públicos em saúde no Brasil, e, agrego, este aumento de receitas deve ser prioritariamente aplicado na construção de redes integrais ordenadas pela APS.

Enfatizo a importância de sempre tratar a ESF, a APS integrada no sistema, na rede de serviços, para que possamos enfrentar a seletividade de certas propostas de agências internacionais. Atualmente há dubiedade no que se entende por cobertura universal. Isto ficou muito claro, por exemplo, no Simpósio Global sobre Pesquisa em Sistemas de Saúde organizado pela OMS cujo tema era sistemas universais. Como concepção hegemônica no simpósio, a universalidade foi entendida como cobertura por seguros públicos ou privados e com diferentes cestas de serviços diferenciadas conforme capacidade de pagamento, diferenciada por estratos de renda, criando-se segmentos e cristalizando-se iniquidades. Muito diferente da concepção que está no Informe mundial OMS APS p. 28 aqui apresentado, aonde se entende que alcançar a universalidade implica em avançar em três dimensões: na ampliação da população assegurada, na ampliação da cesta coberta, e, na ampliação da participação dos gastos públicos em saúde.

No Brasil com o SUS alcançamos a primeira dimensão, 100% de cobertura populacional formal, na segunda dimensão temos uma cesta diversificada com

lacunas, e aqui entra a criação de redes integradas ordenadas pela APS, e nos falta muito na terceira dimensão da universalidade: avançar nos gastos públicos que permitirão o acesso oportuno à atenção de qualidade. Sem esse avanço, o rumo estará direcionado a um universalismo básico, uma APS seletiva, serviço pobre para pobres.

Aqui minha questão para o Hernán: como avalia no debate regional na América Latina esta tensão entre um universalismo básico, sempre latente, e a construção de sistemas públicos universais? Observa avanços em quais eixos da universalidade em outros países da América Latina?

Por outro lado, reitero, o contexto atual é favorável à valorização da APS à medida que OPAS, OMS, reconhecem a APS como estratégia para o alcance dos objetivos do milênio e construção de sistemas universais de saúde. Como destaca o informe mundial APS da OMS, não se trata apenas de reconhecer que a APS é mais eficiente do que qualquer alternativa. O consenso sobre a necessidade de fortalecer a APS, seja em países centrais ou periféricos, decorre da constatação de que o modelo hegemônico de atenção à saúde – fragmentado, baseado na especialização da prática médica, desenvolvido para responder aos episódios agudos – não consegue enfrentar adequadamente os agravos crônicos. A APS, atualmente, é reconhecida como a resposta mais adequada aos atuais desafios de morbimortalidade.

Este campo abre outro conjunto de temas de pesquisa para examinar os efeitos da APS no acompanhamento de doenças crônicas.

Como pesquisadores, contribuir para a valorização da APS implica em atuar em dois campos: técnico e político. Significa desenvolver pesquisas de qualidade nestas temáticas, mas implica também em articular um movimento pró APS, integral, abrangente, e integrar os fóruns em defesa de um SUS público universal com redes organizadas com base na APS que garantam atenção oportuna, resolutiva e de qualidade para toda a população.

Obrigada!

Leila, epidemiologista, trabalha no IPEA - instituto de pesquisa econômica aplicada.

Gostaria de chamar a atenção, em relação à apresentação do James, sobre agenda de necessidades de investigação, os estudos de custo beneficio e custo efetividade da APS. Este é um ponto que tem que ser fortalecido, a interação entre a epidemiologia e a economia. Acredita que o IPEA tem potencial para isso, e aprofundar estes estudos através da Rede. Outro ponto na apresentação do James, a questão dos idosos, chamou atenção à ausência no impacto esperado em relação ao diabetes, o que apresenta consistência com o que o Romero apresentou. Isso é algo que tem que ser investigado, pois algo que se esperaria acontecer não está acontecendo.

Outra colocação é em relação ao efeito da ESF e sua sobreposição com outros programas sociais que acredito ser algo a se investigar. Tem-se outros programas sociais de educação, trabalho e renda, em especial o bolsa-familia, que se sabe ter impacto sobre todos os indicadores apresentados. Com o programa bolsa-familia, tem oportunidade de utilizar os dados do cadastro único que são secundários e podem ser usados para complementar o que utilizamos como o DATASUS.

Gostaria de saber se Romero utiliza alguma variável de trabalho controle. E também se fez algum controle para o porte de municípios, uma vez que se sabe que os de maior porte foram os recentemente integrados na ESF.

Dra. Claunara Schilling Mendonça: Diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

Gostaria de comentar o fato de que varias das pesquisas tinham perspectiva do inicio dos anos 2000 até 2001. Nessa época a cobertura da ESF era de 5% da população. Então, 70% de cobertura de determinada variável em relação a 5%. Hoje a cobertura de pré-natal, por exemplo, é diferente, pois se aumentou em 10 vezes a cobertura em 9 anos.

A questão do idoso é importante discutirmos também, que até pela provocação no IPEA que mostrava que os tomadores de decisão não acreditavam que em 10 anos a ESF poderia ser uma política universalizante. Os políticos e pesquisadores não acreditavam nisso. Em relação ao idoso, sobre Internações sensíveis, a maioria dos estudos mostra que para reduzir internação no idoso, em pessoa com co-morbidade se faz necessário dez anos de contato. Em relação às doenças crônicas será necessário mais tempo para ter resultado.

Por ultimo, em relação ao bolsa-familia, quero dizer que é um desafio importante. O Faccine fez duas pesquisas sobre este recorte, com resultados ainda preliminares, mas comparar modelos como aponta James é muito importante. Precisamos saber se do ponto de vista da vulnerabilidade econômica que estas famílias têm se elas possuem um olhar melhor das equipes para elas. É um bom recorte pela qualidade das informações no cadastro único, mas estamos preocupados muito alem das condicionalidades.

EMIKO YOSHIKAWA EGRY – Escola de Enfermagem da USP, representante da ABEN.

Gostaria de fazer algumas ponderações do ponto de vista da enfermagem. Mais de 60% da força de trabalho em saúde no Brasil pertence à enfermagem e na APS é mais numerosa. Conta com diferentes qualificações de trabalhadores, nível médio e superior. Essa mescla leva todo contingente. Falar em APS de qualidade é falar em enfermagem de qualidade e gostaria de fazer algumas observações.

No ultimo congresso brasileiro de enfermagem em Florianópolis vimos a grande diferença que há da produção cientifica da enfermagem brasileira, que no começo da pós-graduação, em 1982, foi implantada na região sudeste, cujo objeto de investigação era na atenção hospitalar. Isso foi, por varias décadas, desta maneira, até que pudemos ver, com o espraiamento dos programas de pósgraduação e também da enfermagem em saúde coletiva, que fomos concentrando nossas preocupações de pesquisa extra internação.

Temos muitos desafios, mas também algumas conquistas. Exemplo, o Conselho Internacional de Enfermeiras, situado em Genebra, introduziu há uma década a Classificação Internacional das Praticas de Enfermagem (ICNP). No Brasil, foi traduzido como CIPESC — Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - que pretende com diagnostico de enfermagem descobrir potenciais de desgaste e fortalecimento no processo de saúde-doença, mola propulsora para promoção da saúde.

Temos uma experiência fantástica em Curituba, onde o CIPESC é aplicado e estamos tentando que espraiar este modelo para o Brasil.

Todas estas preocupações apresentadas hoje, nós fazemos nossa tradução para a enfermagem. Ou seja, qual o custo efetividade de uma ação de enfermagem na APS, o nosso departamento faz.

Faço uma pesquisa sobre a ICSAP, no município de SP, em que queremos saber, na percepção dos trabalhadores de saúde, como enfermagem pode contribuir para redução das internações por condições sensíveis a APS.

DANIEL, MEDICO DE FAMÍLIA E COMUNDIADE PRECEPTOR DO PET MACEIÓ.

Em Maceió, 90 a 95% da população depende do SUS exclusivamente. Dentro desse desenho, somente 27% possuem cobertura da ESF.

No contexto regional em que me encontro, percebo que em Maceió tem-se praticamente cinco hospitais, que no modelo antigo absorvia muita clientela de internação. Temos experiência indo em direção a APS, mas ainda concentrada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) mistas. E temos poucas unidades de ESF. Penso que o retrato de pesquisa em Alagoas, para se avaliar a ESF teve impacto na internação de doenças crônicas, você não teria como avaliar a partir do dado de internações, a eficácia da ESF em doença crônica com diabetes e hipertensão.

RESPOSTAS AOS QUESTIONAMENTOS.

JAMES MACINKO

Primeiro quero reforçar que os estudos apresentados são de equipes. Que existem varias outras pessoas envolvidas nos estudos.

Respondendo à Ligia, espero que o sumário possa ser divulgado de forma mais sintética, pois tem varias lições a serem ainda avaliadas.

Ofereço algumas sugestões sobre investigações futuras.

- 2008 foi o primeiro ano que o PNAD incluiu a variável da ESF e acredito que outros deveriam incluir também, algumas variáveis. Inserção de uma série de perguntas, não apenas sobre PSF, mas também, sobre utilização de serviços que pode ser uma serie de três ou quatro perguntas;
- Também tem que se incluir medidas da qualidade da atenção. Provavelmente a maior variação é entre a qualidade. Qualidade medida de vários pontos de vista, técnica e percebida dos usuários. Existem vários mecanismos que fazem isso;
- Nas pesquisas da ICSAP analisaram-se ecologicamente, mas se tem a
 possibilidade de ver cada informação de acordo com as variáveis, aproveitar
 as informações. São necessárias menos barreiras. Eu gostaria de usar dados
 micro individuais do IBGE e do PNAD e trabalhar com os municípios mas isso
 é muito difícil. Há barreiras, que acredito serem desnecessárias;
- Existem vários coortes no Brasil, importante, mas muitos não incluem os serviços de saúde na área médica, são voltados para doenças especificas.

Resposta à Leila – acredito que existem as possibilidades de estimular pesquisas, investigações, trabalhar empregando dados do bolsa-famlia, acha fundamental. Quando se lê a literatura internacional sobre como influenciar os políticos, os números sobre gastos é o que se discute mais. Por isso vale a pena investir nestas informações.

Sobre a enfermagem, precisamos para o sistema de mais médicos e de mais enfermeiros. O importante é que o sistema da APS faça o que tem que ser feito, independente do que as enfermeiras são permitidas fazer. As regras e regulamentações infelizmente muitas vezes não deixam a enfermagem alcançar seu potencial.

Sobre internações para diabetes - O conceito de ICSAP, não quer dizer que cada internação não foi necessária, elas foram, mas por falta de acesso. Com expansão da ESF estão detectando pessoas com doenças avançadas, o que explica que há internação para diabetes, provavelmente por ter se diagnosticado na APS o diabetes.

HERNAN

Respondendo a questão que Ligia comentou sobre reformas. Atenção e que tipo de cobertura, modelo assistencial, qual posição da OMS, quero comentar sobre isso. A primeira coisa que no contexto mundial há discussão global muito forte. No México, quando se implementa um modelo assistencial que intenta promover a saúde, prevenção, etc., isso vai contra o interesse de alguns grupos que querem prover alguma tecnologia. É muito importante o tema que colocou a Ligia, uma discussão política nesse cenário global há uma batalha sobre isso. Há muito interesse nessa discussão. Então, instituições como a OMS tem interesse nesta discussão, não apenas dos países, mas também de grupos que isso discutem. Então, a OMS e nós, na OPAS, promovemos sistemas PRÓ-APS com cobertura universal, mas não de um pacote mínimo, mas sim, mais integral, com orientação centrada nas pessoas.

No contexto global há grande disputa. Quero chamar a atenção, para o fato de que o Brasil pode jogar em nível global. Exemplo, a integralidade que defendemos, o cuidado integrado, em rede. Este é um debate muito forte fora do Brasil. Tem os verticalistas, que querem programas das doenças separadas, fragmentação. Estamos falando em um contexto global, sobre países frágeis, que

não tem sistemas. A receita então é um programa vertical. Tem que se construir um sistema que ao final possa crescer para o mais integral. Há pessoas que defendem que programas verticais são mais efetivos que sistemas universais. Existe este debate de forma muito forte.

Sobre as 4 reformas, há pouca pesquisa sobre isso, sobretudo países subdesenvolvidos. Países desenvolvidos tem estudado um pouco mais. Países que não tem coleta por impostos, como fazer cobertura universal? Como gerar o seguro universal publico se não há uma força de trabalho que gere impostos?

Acredito que os pesquisadores neste sentido serão então muito importantes. Rede de pratica de pesquisadores com gestores, essa sinergia é muito importante, pois a pesquisa sozinha não oferecerá resultados.

Temos que pensar em vários níveis. Os níveis de onde se olha, a rede possibilitara aprofundar temas de pesquisa que são de interesse regional e até mesmo global. Segundo, rede de pesquisas multinacionais. Comparar o que acontece com os países. Então, sobre temas de pesquisas, há vários níveis e existe uma batalha. Temos que diferenciar prestação de serviços do asseguramento.

Em relação aos sistemas privados, temos que diferenciar a prestação dos serviços, com o asseguramento. Quando se segmenta muito o asseguramento, reduz-se a possibilidade de solidariedade do sistema e da sociedade como um todo. Outra questão é que a competição é algo ruim. Importante é o quanto o SUS subsidia o sistema privado do Brasil. O SUS tem dificuldade de financiamento, porque ainda que o SUS seja para todos e a ESF não é apenas para os pobres, se tem indústrias de seguros que deveriam ser de seguros.

No Chile, temos as ISAPRE, e a lógica foi introduzir a possibilidade de escolha para as pessoas contribuírem para o setor privado. A FUNASA é uma única entidade, diferença fundamental com a Colômbia, que tem multiplicidade de seguros que não são eficientes, nem equitativos. Acho que temos que sair do conceito de que privado é melhor que público.

Sobre enfermagem, a OPAS trabalha muito o tema da enfermagem. Para nós pensando na renovação, as enfermeiras tem sido uma das pessoas mais importantes e estão muito envolvidas na renovação da APS. Sobre temas de pesquisa não conheço muito, mas sem duvida a enfermagem promoveu muita diferença. Importante também a relação médico - enfermeiro. A enfermagem tem sido chave. Temos programa regional que trabalha muito isso.

ROMERO

Interessante o que Ligia colocou sobre relacionamento da APS com as unidades de pronto atendimento que se expandem em vários centros urbanos. Parece-me muito recomendável, são importantes, mas é importante a integralidade. Se uma pessoa chega ao AMA e o medico identifica que é atendimento para atenção primária, que encaminhe, ou seja, integração das redes. Este é o grande desafio. A integração entre as redes, sendo grande desafio para os próximos anos.

Com relação a potencializar intersetorialidade, lembro da experiência que do RJ. Embora a cobertura seja baixa no RJ, experiências interessantes como centros de assistência social no qual existe integração com varias redes, como educação, saúde no mesmo centro. A ESF e a assistência social trabalham juntas e integradas.

Com relação à sobreposição da ESF com outros programas sociais, minha amostra é de uma época que o bolsa família, por exemplo, não existia.

Em relação ao impacto com grau de urbanização, o impacto maior na minha amostra, que é até 2003, ate ali o impacto maior era em municípios com menor grau urbanização. Aparentemente, a partir de 2003, com o PROESF, houve uma tentativa de expandir a ESF em grandes centros urbanos.

LIGIA, COMENTARIOS

Foram muitas as observações, mas acho que uma das qualidades da nossa APS, em comparação a outros países e da APS na América Latina diria a questão da equipe multiprofissional, quando se compara com APS em países europeus. A implantação sustentada da APS à ESF tem trazido impactos em varias áreas, profissões, regiões do pais. Acho que esse debate internacional coloca para o centro do debate a questão dos sistemas universais, o que é extremamente bem vindo e a importância da AP na construção destes sistemas universais.

Nossa rede de pesquisa já tem 1445 pesquisadores cadastrados e acho que pode avançar muito e partilhar da comunidade virtual Pan-americana que está agora em construção, avançando para outro campo de pesquisa que é a da comparação internacional.

Temos muito a avançar e temos muita base para esse avanço da pesquisa em AP]s. Os outros pontos da cobertura, em geral os países europeus, convivem com pequena cobertura por seguros privados que não chegam a 10%. O documento do CEBES e da ABRASCO propugna que essa renuncia fiscal que existe no Brasil para planos de saúde seja progressivamente abolida e esse é certamente um tema bastante polemico.

RENATO TASCA: Consultor da OPS Brasil.

Fiquei muito feliz com esta reunião.

Temos evidencias que APS melhora a mortalidade infantil, melhora impactos difusos. Estamos frente a um programa muito jovem, pois cerca de 10 anos atrás tínhamos 5% de cobertura. Um programa intenso, com resultados extraordinários em pouco tempo, mas estamos convencidos (comunidade cientifica, gestores, os trabalhadores) de que a APS é o futuro. Então, porque o debate esta em outros lugares. Porque quando falamos em saúde, nossos políticos pensam em hospitais? Ou seja, até quando nossos políticos continuarão pensando desta forma?

As evidencias aqui apresentadas não valem nada se isso sai na mídia como negativa. Infelizmente o que é baseado em evidencias em nossa sociedade se sai de forma contraria na mídia dificilmente será superada. Essa é uma preocupação que temos que ter. Por isso é fundamental produzir evidencias. Não podemos só falar entre nós, pois já estamos convencidos.

TARDE

Formação e Educação Permanente em APS

Carmem Teixeira - Bacharelado Interdisciplinar: Uma Inovação na Formação de Pessoal em Saúde. ISC Bahia instituto de humanidade.

Ana Estela Haddad - Avanços do SUS na Formação e Educação Permanente. Diretora da gestão do trabalho educação e saúde.

Luiz Odorico Andrade - Sistema Saúde Escola. Universidade Federal do Ceará.

Sábado Girardi - Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH – UFMG.

Rosana Aquino (UFBA) – ISC. UFBA.

Coordenando a mesa Rosana Aquino. Inicia parabenizando a comissão executiva pela organização do evento.

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E FORMAÇÃO DE PESSOAL EM SAÚDE.

Carmen Teixeira.

IHAC; ISC-UFBA.

Estou envolvida na implantação de um curso de bacharelado interdisciplinar. No inicio, a idéia era que fosse um curso introdutório voltado a todos os estudantes que ingressassem na universidade, um curso de três anos, e que ao longo destes três anos os alunos seguissem para a área de artes, humanidades e ciência e

tecnologias e saúde.

Na pratica e toda a resistência que o conselho superior da universidade tiveram em aprovar uma proposta tão radical como esta, levou a criação de quatro curso de bacharelado, entre os quais artes, humanidades e ciência e tecnologias e saúde.

Em setembro de 2008 assumi esse curso. O que trarei para vocês é o fruto deste trabalho, de dois anos e meio.

Cursos foram aprovados e a unidade a sediar foi o Instituto de Humanidades, Artes & Ciências Professor Milton Santos (IHAC Milton santos), Instituto criado para sediar este curso.

O título da apresentação é esse porque eu parti de uma pergunta, uma questão geradora: A Reforma Sanitária *induziu* mudanças na formação de pessoal no campo da saúde?

Na política educacional?

Nos modelos pedagógicos?

Nos processos de ensino-aprendizagem?

No perfil profissional/ocupacional dos sujeitos das praticas de saúde?

Com essa pergunta em mente, caracterizei a problemática da questão de formação de pessoal da saúde, que é um nó crítico na saúde hoje.

A partir disso meus objetivos foram:

- Caracterizar a problemática da formação pessoal em saúde;
- Discutir a influencia do processo de reforma sanitária brasileira nas políticas e praticas de formação de pessoal em saúde;
- Analisar os limites e possibilidades de mudanças nos modelos de formação vigentes e elencar propostas inovadoras.

COMPLEXIDADE DA FORMAÇÃO DE PESSOAL SAÚDE



Esta problemática envolve as famílias, as expectativas que as famílias têm sobre o que seus filhos devem ser. Estou vivenciando isso no cotidiano, pois estou trabalhando com meninos de 18 anos e há uma forte pressão das famílias para que façam medicina. Cerca de 30% de meus alunos dizem que querem fazer medicina por esta ser uma carreira valorizada.

Fiz uma recuperação histórica da reforma sanitária brasileira, na conformação do movimento da reforma e processo de institucionalização restrita da reforma sanitária.

A minha pergunta era:

O QUE ACONTECEU COM FORMAÇÃO DE PESSOAL AO LONGO DESTES ANOS?

Revisei uma série de dados quantitativos que mostram o que houve do ponto de vista do ensino universitário e das políticas de educação e gestão do trabalho implementados no SUS. Ou seja, o que a universidade fez para responder as demandas e necessidades geradas pela implantação do SUS e o que o próprio estado, através do Ministério da Saúde e mais recentemente da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde tem feito e inclusive na área de saúde da família.

A conclusão que cheguei com esta redução foi a seguinte:

- Houve expansão numero de escolas e cursos de formação na área da saúde;
- Houve o desencadeamento de uma série de processos internos de autoavaliação desses cursos e;
- Uma ampliação do campo de praticas.

No âmbito do SUS ocorreu expansão da cobertura da APS e também da alta complexidade.

Neste contexto, houve a formulação e a implementação de políticas de novas políticas na área educacional. A síntese é a seguinte: o que temos vivido nos últimos 20 a 30 anos, é uma tensão entre forças conservadoras, do ponto de vista de formação de pessoal, resistência muito instituída, é muito difícil mudar a universidade. Para aprofundar esta reflexão, recomendo o texto do Boaventura Santos: texto universidade no século 21. Este texto analisa as três crises da universidade hoje no mundo. A crise de hegemonia, a crise de legitimidade e a crise institucional. Este texto mostra as dificuldades em se estabelecer mudanças devido

à forma como os projetos de ajuste neoliberal, principalmente nos últimos 20 anos, tem incidido sobre a universidade intensificando essas crises.

Essa tendência a conservação se revela, no caso da saúde, apesar do aumento quantitativos de egressos e dos esforços de reforma curricular, nos cursos existentes, principalmente cursos de enfermagem e psicologia, isso constitui um nó, pois o perfil dos profissionais formados continua direcionado a reprodução do modelo assistencial hegemônico.

No entanto, existem esforços para mudanças. Toda requalificação para o fortalecimento da APS é, sem dúvida, deste a criação dos Pólos saúde da família, fortalecendo residência, ampliação do fortalecimento da vigilância.

A (re) qualificação profissional para o fortalecimento da APS (ESF)

- A ampliação da formação na área de Vigilância da Saúde;
- A capacitação dos gestores do SUS. A falta de compromisso do gestor é um fator que dificulta a mudança de modelo
- A capacitação de lideranças comunitárias para o fortalecimento do controle social. Sem o controle social é muito difícil de implementar mudanças;
- A criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva em várias universidades do país. Hoje são 14 cursos em funcionamento;
- E a proposta da UNA-SUS Universidade Aberta do SUS, estratégia de trabalho conjunto das instituições acadêmicas com os serviços de saúde, para responder às necessidades de formação dos profissionais do SUS. Na Bahia foi o que viabilizou as aulas publicas.

Alem disso, na Universidade Federal da Bahia (UFBA) há tentativa de se fazer algo mais, a UNIVERSIDADE NOVA.

O projeto REUNI-UFBA (expansão e reestruturação da arquitetura acadêmica). O BI (Bacharelado Interdisciplinar) é um curso de três anos, com 2400 horas, em grandes áreas Artes; Humanidades; Ciência e Tecnologia; saúde.

Foram criados 4 BIs em quatro áreas. Há a possibilidade de que o egresso ao sair para o mercado de trabalho possa entrar em um curso de progressão linear ou partir para uma pós-graduação, caso ele faça, durante o BI, uma área de

concentração que direcione para algum programa de pós-graduação que ele tenha interesse.

Requisito para Bacharelado Interdisciplinar em Saúde:

- Formação profissional de graduação;
- Formação científica ou artística de pós-graduação;
- Inserção no mercado de trabalho.

EPISTEMOLÓGICO: Reconhecimento da complexidade do processo saúdedoença, em suas múltiplas determinações (biológico/social) e formas de apresentação, no plano individual (objetivo/subjetivo) e coletivo (epidemiológico/sociocultural);

SOCIO-HISTORICO: Diversificação de respostas (políticas) aos problemas e necessidades de saúde, com a concomitante multiplicação de objetos de conhecimento e de práticas de intervenção politico-pedagógico: crítica à precocidade das escolhas por uma formação profissional especializada e defesa de um modelo pedagógico que possibilidade uma formação multi-inter-transdisciplinar.

Nosso curso não é um curso especifico de saúde, então apresento abaixo o desenho curricular do BI.

Desenho curricular do BI-Saúde

	1º Semestre	2º Semestre	3º Semestre		
	1 Sellestie	2 Semestre	5 Semestre		
E T A P A D E	HAC Introdução ao Campo da Saúde 4 horas semanais 68 horas semestrais	HAC – Campo da Saúde, saberes e práticas 4 horas semanais 68 horas semestrais	HAC - Saúde, educação e trabalho 68 horas semestrais		
	Cultura 1 CC Optativo 4 horas semanais 68 horas semestrais	Cultura 2 CC Optativo 4 horas semanais 68 horas semestrais	Cultura 3 CC Optativo 4 horas semanais 68 horas semestrais		
F O R M A C	HAC A 01-Estudos sobre a Contemporaneidade I CC Obrigatório 4 horas semanais 68 horas semestrais	HAC A 02 – Estudos sobre a Contemporaneidade II CC Obrigatório 4 horas semanais 68 horas semestrais	Cultura 4 CC Optativo 4 horas semanais 68 horas semestrais		
O G E R	Componente Livre 4 horas semanais 68 horas semestrais	Componente Livre 4 horas semanais 68 horas semestrais	Componente Livre 4 horas semanais 68 horas semestrais		
A L	LET E43 – Língua Portuguesa, poder e diversidade cultural CC Obrigatório 4 horas semanais 68 horas semestrais	LET – Leitura e Prod. Textos em Língua portuguesa CC Obrigatório 4 horas semanais 68 horas semestrais	HAC Oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde CC Obrigatório da área 4 horas semanais 68 horas semestrais		
	Atividades Complementares 180 horas (em 3 semestres)				

Desenho curricular do BI-Saúde

Etapa de Formação Específica				
4º Semestre	5º Semestre	6º Semestre		
Optativa da área de saúde	Optativa da área de saúde	Optativa da área de saúde		
4 horas semanais	4 horas semanais	4 horas semanais		
68 horas semestrais	68 horas semestrais	68 horas semestrais		
Optativa da área de saúde	Optativa da área de saúde	Optativa da área de saúde		
4 horas semanais	4 horas semanais	4 horas semanais		
68 horas semestrais	68 horas semestrais	68 horas semestrais		
Optativa da área de saúde	Optativa da área de saúde	Optativa da área de saúde		
4 horas semanais	4 horas semanais	4 horas semanais		
68 horas semestrais	68 horas semestrais	68 horas semestrais		
Optativa da área de saúde	Optativa da área de saúde	Componente Livre		
4 horas semanais	4 horas semanais	4 horas semanais		
68 horas semestrais	68 horas semestrais	68 horas semestrais		
Componente Livre	Componente Livre	Componente Livre		
4 horas semanais	4 horas semanais	4 horas semanais		
68 horas semestrais	68 horas semestrais	68 horas semestrais		
Atividades Complementares 180 horas (em 3 semestres)				

Nosso aluno tem o chamado eixo interdisciplinar que é o HAC 1 – Estudo sobre a contemporaneidade 1. São dois componentes durante o primeiro ano. São componentes temáticos, trabalhando-se quatro componentes durante um ano - universidade, cultura, política e trabalho. A idéia é trabalhar com temas geradores numa perspectiva interdisciplinar.

Todos os nossos alunos passam um ano inteiro trabalhando língua portuguesa. Eles têm que fazer duas culturas. Por exemplo, tenho alunos que fizeram relacionado à mitologia grega. Há uma lista de possibilidades enormes que o permite transitar por duas culturas artísticas e duas culturas humanísticas. Isso gera, no aluno, uma capacidade critica.

Tenho 11% de alunos que já tem mais de 30 anos, a maioria é jovem. Possuo cerca de 40% dos alunos como cotistas (indígenas, negros) que vieram de escola publica. Alunos que não possuem o chamado *background*.

Então em três semestres eles estudam o campo da saúde, saúde e educação e trabalho. Na segunda parte do curso, todo ele é praticamente de disciplinas optativas e livres, construídas pelo aluno.

Quero concluir falando sobre as resistências a uma proposta como essa:

O conselho universitário aprovou em 2008, que a partir de 2012, 20% de todas as vagas na nossa universidade seriam abertas prioritariamente para egressos dos cursos de bacharelado interdisciplinar. Isso significa que de medicina, por exemplo, 16 vagas serão para meus alunos. O curso de medicina já se reuniu com parecer da congregação da faculdade de medicina recusando-se a receber os egressos do BI dizendo que irão tirar as vagas dos estudantes de vestibular.

Expectativas (utopia concreta)

- Consolidação do BI na UFBA: impacto positivo sobre a formação profissional em todos os cursos da área de saúde (graduação e pós-graduação);
- Expansão da "experiência" com a implantação de cursos de BI-Saúde em outras universidades brasileiras;
- Internacionalização da experiência através do intercâmbio de alunos e;
- Internacionalização da experiência através do intercâmbio de alunos e docentes com universidades de outros países;
- Formação de sujeitos capazes de pensar criticamente e agir no campo da saúde de forma a promover a adoção de modelos de atenção e práticas mais efetivas, humanizadas e igualitárias, criando e fortalecendo oportunidades para a retomada e ampliação do movimento pela Reforma Sanitária.

SISTEMA DE SAUDE ESCOLA: UMA NOVA ESTRATEGIA DE GESTAO PARA SISTEMAS PUBLICOS DE SAUDE.

LUIZ ODORICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA.

Gostaria de iniciar parabenizando a iniciativa de se colocar o tema da formação em debate.

Quero aqui fazer uma provocação, não é uma provocação teórica, mas ela tem um esforço de teorizar o que chamamos de sistema saúde escola, mas é também fruto de minha vivência como secretario municipal de saúde por 20 anos no Ceará. Esta experiência foi vivenciada de forma muito intensa em Sobral, onde fui secretário de saúde entre 1997 e 2004 e mais recentemente em Fortaleza, onde fui secretario de saúde de 2005 a 2008. E fruto também de uma reflexão que fiz nos últimos anos já na área acadêmica.

Gostaria de chamar a atenção sobre os limites a serem enfrentados nos próximos anos no SUS.

Eu diria que temos aqui um grande desafio nesta década. A meu ver a década de 70 foi a década em que formulamos o discurso. Na década de 80 nós conseguimos as normas, as conquistas que na década de 70 eram apenas discurso na academia. Na década de 80 tivemos conquistas importantes no espaço normativo. Isso, com diferencial importante na America Latina. Se não tivéssemos tido toda a militância que houve, talvez não teríamos tantas recompensas e conquistas.

Na Década de 90, tivemos a descentralização e municipalização. E a década que estamos agora encerrando, eu diria que foi a década da ESF. Não foi fácil e, de agora em diante, eu diria que entramos na década da gestão do conhecimento. Ou nos debruçamos sobre a gestão do conhecimento, ou estaremos fadados a muitos fracassos.

Estou convencido que precisamos unir a revolução de fora para dentro da universidade. Fazendo a revolução na universidade, ela é limitada, mas, agora que temos o Saúde da Família, agora que temos o SUS em praticamente os mais de

5000 municípios que temos no país, como é que produzimos a revolução neste campo, de dentro para fora e de fora para dentro.

Mas, porque eu coloco isso? Porque temos um limite ideológico importante, para fazer este sistema funcionar, que se chama herança. Herança de uma sociedade que se constrói na ideologia da "casagrande" e "senzala". Essa ideologia é muito forte e está presente o tempo todo. Nos últimos anos me dediquei muito a trabalhar com a formação profissional e tecnológica e a trabalhar a questão formativa. É impressionante como nos debruçamos sobre o itinerário formativo e percebemos exatamente como se constitui o itinerário formativo da "casagrande" e como se constituiu o itinerário formativo da "senzala". Ou seja, a elite possui seus filhos estudando em escolas particulares, as melhores de nossas cidades e a eles estão destinadas as universidades publicas, eles pagam escolas particulares, o imposto de renda faz a renuncia fiscal e depois eles vão para a elite da escola publica brasileira. Mantém-se então a estrutura da "casagrande". A população pobre, que estuda em escolas publicas, não tem destinado nada. O estado não qualifica isso e ele não consegue concluir o itinerário formativo dele. Esse limite ideológico é muito forte e estará presente nos últimos anos. Se continuarmos crescendo 5% ano, como será o comportamento da classe? Essa população pobre será aliada do SUS? O comportamento da população pobre que vem para a classe media se aliara ao SUS ou irá para sistema privado?

Eu também, assim como a Carmem, sou professor da faculdade e quando um aluno nosso decide trabalhar na ESF, ele fica seis meses de luto, sem saber como dirá à família sobre sua escolha. Ele entra em crise e, quando resolve contar a família ele faz uma mediação, ou vai para pediatria ou para psiquiatria, mas não fica no saúde da família. Isso é sério.

O 'grosso' de nossos médicos de saúde família atualmente são recém formados em medicina que querem se estruturar financeiramente para poder realizar uma residência. Isso tudo demonstra um componente ideológico muito forte.

Nesta perspectiva, apresento então, o que chamo de Sistema de Saúde Escola (SSE). Eu diria que temos a enfrentar os seguintes temas:

Governança do sistema;

- Gestão do conhecimento;
- Questão do desempenho;
- Avaliação e tecnologia em saúde;
- Legitimidade social. Isso no sistema como um todo, não só na saúde da família.

Quando vamos trabalhar com educação, esse processo, da herança do modelo neoliberal privatista do modo de produção da era industrial é muito forte. Nós trabalhamos o tempo todo com a cultura de que não temos articulação entre o mundo do trabalho e o mundo da educação. Quem regula o mundo do trabalho e o mundo da educação é a *mão invisível* do mercado. E quem regula a relação entre o sistema de saúde, o mundo da educação e o mercado de trabalho é também a mão invisível do mercado. Essa herança, para nós, é muito forte e é impossível se construir sistemas universais fortes, se não tivermos uma forte regulação neste campo.

O gap entre a construção do conhecimento e a aplicação deste conhecimento é cada vez maior. Quem irá gerenciar esta distancia, esta lacuna entre o conhecimento produzido e o conhecimento aplicado? Em sistemas liberais, isso quem faz é o mercado. É nesta perspectiva que precisamos entender que precisamos ter um sistema de controle forte entre o processo de construção do conhecimento e a sua aplicação. Nesse processo inclusive, produzindo sínteses sobre este conhecimento produzido para fazer um ajuste entre eles. Esse desafio esta colocado.

Então temos a hegemonia do modelo liberal privatista, do modo de produção da era industrial e sua hegemonia nas Américas em mais de oito décadas.

Então, temos um sistema, digamos, sem sincronia entre os sistemas de saúde, os sistemas de educação.



O que temos é uma fragmentação ou ausência de dialogo entre o mundo da educação, da saúde e o mundo do trabalho.

Nesse sentido, no contexto mundial a rapidez como atualmente se processam a evolução dos domínios de conhecimento, a produção tecnológica e sua obsolescência, aliadas a pressão do mercado e da sociedade para o consumo de novas terapêuticas, a transição epidemiológica, a ausência de transição epidemiológica, a ausência de integração entre os sistemas de saúde e educação e a limitação de recursos para investimentos sociais, fazem parte do complexo conjunto de fatores envolvidos na atual problemática internacional das organizações e da estruturação de sistemas publico e integrados de saúde (Workforce Alliance, 2006; Contradiopoulus, 2001; Denis, 2008).

A saúde foi o grande debate das eleições. Mas, na hora que se coloca a possibilidade de se aumentar o recurso para a saúde e que a população terá que pagar esta taxa, há uma grande. Ninguém toca na renuncia fiscal que é feita para o sistema suplementar. Isso fica muito caro, mais ainda para nós da APS, pois nós

não temos *lobby*, a população que atendemos na APS o *lobby* dela somos nós. Esta população não tem a indústria dos remédios por trás dela, nem a indústria dos grandes complexos hospitalares e quando se vem o dinheiro novo, ele vai para esta área, de alta e media complexidade. Então, estas nuances do sistemas, nós temos que enfrentar, para aumentar os recursos em nossa área.

Usando o contexto da experiência brasileira e de evidencias importantes que temos já de vários municípios e da política nacional de educação permanente, propomos um marco teórico, que chamamos de SSE, para designar uma estratégia de gestão, que se utiliza das ferramentas da educação permanente, gestão participativa em saúde colaboração interprofissional e gestão participativa em saúde. A idéia da colaboração interprofissional e interinstitucional, a estratégia se baseia ainda nas teorias sociais do aprendizado, trabalhando com a idéia de comunidades de aprendizado (Lave & Wenger, 1991) e da aprendizagem organizacional (SENGER, 1994).

Neste sentido,



Toda nossa rede em um sistema saúde escola. É um absurdo se ter uma faculdade de medicina que poderia formar cerca de 500 alunos por ano e forma 40. Se você der escala e envolver toda a rede, é possível que se possa formar 500 alunos. Agora, quando se for fazer isso, enfrenta-se uma briga violenta com a corporação, pois ela preconiza que o modelo de padrão ouro, é o da medicina privada e é onde ela regula quem deve ou não entrar e não há uma preocupação do principio da universalidade. Construindo o que chamo de matriz entre o sistema da educação, o mercado de trabalho e o sistema de ciência e tecnologia e inovação. Não tenho duvidas de que nos últimos quatro anos avançamos muito neste dialogo, porem, ele ainda é insuficiente. A idéia de uma articulação mais forte, mais orgânica. Essa não pode ser uma articulação que dependa dos ministros, tem que ser na mesa da presidência da republica, pois, no meio disso tem uma corporação fortíssima. Por isso a importância da aliança com a ABRASCO e com o CEBES. É entender que é uma agenda publica.

Temos então, ferramentas para dar escala.

FERRAMENTAS PEDAGOGICAS

As características do SSE são coerência entre os processos de formação e desenvolvimento profissional com os princípios da universalidade e equidade, educação contextualizada (preceptoria educação contextualizada (preceptoria em serviço/tenda invertida) e aprendizagem baseada na problematização da realidade (Freire, 1974).

Esta estratégia contribui para adequar a formação e o desenvolvimento profissional às rápidas transformações que se impõem sistemas públicos de saúde e para integração das redes assistenciais.

Foi realizado um estudo, mostrando a diferença entre os sistemas de saúde, as unidades que possuem residência em saúde da família, transformando toda a rede em espaço de residência em larga escala, e a relação das unidades que não possuem residência em saúde da família, eu diria assim, quando se faz um estudo do tipo duplo cego e alguém da comunidade está se beneficiando você interrompe o estudo porque é um imperativo ético. Nessa perspectiva eu considero que os ganhos que estamos tendo nas unidades de saúde da família que temos residência é um imperativo ético que pensamos na possibilidade de ter um sistema saúde-escola em todas as nossas unidades, ou seja, que possamos transformar o SUS num grande sistema saúde escola, transformando todas as nossas unidades em espaços de ensino, pesquisa e assistência.

Comparação de algumas atividades e indicadores entre dois CSF (com o PRMFC e sem o PRMFC

	CSF A com PRMFC	CSF B sem PRMFC
TOTAL POULAÇÃO	9953	9947
PUERICULTURA	1749	592
PRÉ-NATAL	845	463
PREVENÇÃO DE CANCER	891	616
DST-AIDS	14	3
DIABETES	713	1266
HIPERTENÇÃO ARTERIAL	2427	2816
TUBERCULOSE	114	42
HANSENÍASE	37	4
VD	3912	9
GRUPO /EDUCAÇÃO EM SAÚDE	1871	26

Comparação de algumas atividades e indicadores entre dois CSF (com o PRMFC e sem o PRMFC

	CSF A com PRMFC	CSF B sem PRMFC
AVC	1	5
IAM	1	0
HOSP <5 ANOS POR PNM	3	17
TAXA INT PNM/POP TOTAL	0,03	0,19
HOSP <5 ANOS POR DESIDRATAÇÃO	0	11
TAXA INT DES/POP TOTAL	0	0,1
ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIDADES	380	4015
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	5897	9123
RESOLUTIVIDADE	6,4	43,99

AVANÇOS NO SUS NA FORMAÇAO E EDUCAÇAO PERMANENTE NO SUS.

ANA ESTELA HADDAD DEGES/SGTES MINISTÉRIO DA SAÚDE

SGTES: Construindo um Cenário de Múltiplas Oportunidades AÇOES ESTUTURANTES, COM FOCO NOS PROFISSIONAIS DO SUS

Educação Permanente (Portaria n. 1996/2007)

_ Telessaúde Brasil

UNA-SUS

Nós trabalhamos muito com o DAB e temos buscado, nos últimos anos, um processo de qualificação e fortalecimento da estratégia. Tanto na formação quanto na educação permanente de profissionais vinculados a ESF.

Se queremos construir mudanças no processo de formação em saúde, temos que trabalhar na educação.

O telessaúde Brasil, que foi uma das estratégias construídas nesse caminho, hoje esta presente em 1200 unidades de saúde da família, oferecendo suporte, a teleconsulta. Nós estamos fazendo conhecimento e pesquisa cientifica e a transformando em uma forma de indexação que permita que ela seja utilizada pelo profissional que está na ponta, na equipe de saúde da família.

Como resultado disso, temos, em amarelo, na figura abaixo, que nos mostra os pontos de telessaúde em expansão, um alcance de quase 6000 equipes de saúde da família diretamente.



Como isso é coordenado pela *Bireme*, nos conseguimos ter um grande alcance. Tudo o que vemos em verde claro, são países que já consultaram ou que, de alguma forma utilizam o portal do telessaúde Brasil. Apresentamos na figura abaixo.



Dentro da *Bireme*, tem sido considerado um portal inovador, na medida em que permite ter como publico alvo o pessoal da ponta, pois queremos que isso chegue a estes profissionais.

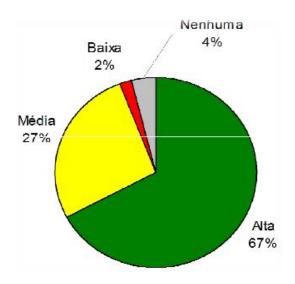
Cerca de 70% dos casos de teleconsulta tem evitado que o paciente precise ser removido para outros serviços, conforme nos mostra o gráfico abaixo.



Alguns estudos focais, como um estudo de Minas Gerais, mostram que permite também a permanência de profissionais da saúde em municípios remotos.

Fixação dos profissionais

estudo de avaliação no Núcleo de Telessaúde nas Gerais, vinculado ao ospitel das Clínicas, no qual foram dos 105 profissionais de es de Saúde da Família de 32 atendidos pios mostrou que 67% dos os considerou o acesso à o no município como um alta importância na sua decisão de permanecer no município remoto..

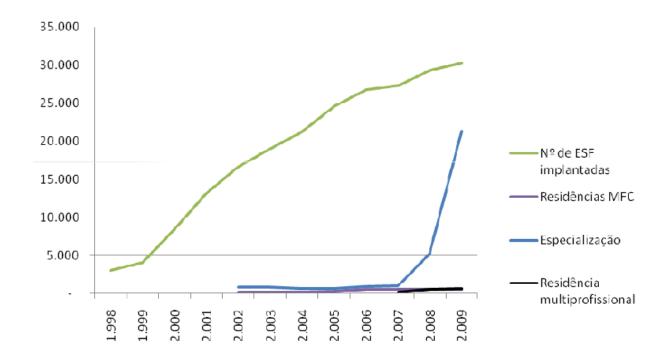


Há também estudos que mostram a redução em custos. Avaliação piloto de 33 municípios das regiões Norte e Nordeste de Minas Gerais concluiu:

- O custo do atendimento presencial na APS, por encaminhamento foi cerca de 8 vezes maior que o custo da segunda opinião a distancia;
- A redução em media de cinco encaminhamentos/município/mês que se deixa de fazer, é suficiente para cobrir os custos das atividades de telessaúde.

Com a evolução do Telessaúde, vem a Universidade Aberta do SUS, que, do ponto de vista de fazer a conversão e ter especialistas em larga escala, sem prescindir de outras formas de formação, mas se quisermos dar um salto no tamanho da estratégia, sem duvida esta especialização e a UNASUS tem um papel muito importante.

No gráfico abaixo temos, na linha verde o ritmo de expansão das equipes, e na outra linha, em azul, a projeção que se tem a partir da UNASUS. Hoje estamos com 23.000 vagas de especialização em saúde da família contratadas.



O portal da UNASUS já está em funcionamento, já possui fóruns de discussão e temos agora a Plataforma Arouca, que a exemplo da Plataforma Lattes vai trabalhar com registro histórico profissional dos trabalhadores do SUS. Está sendo construída junto a UFMG.

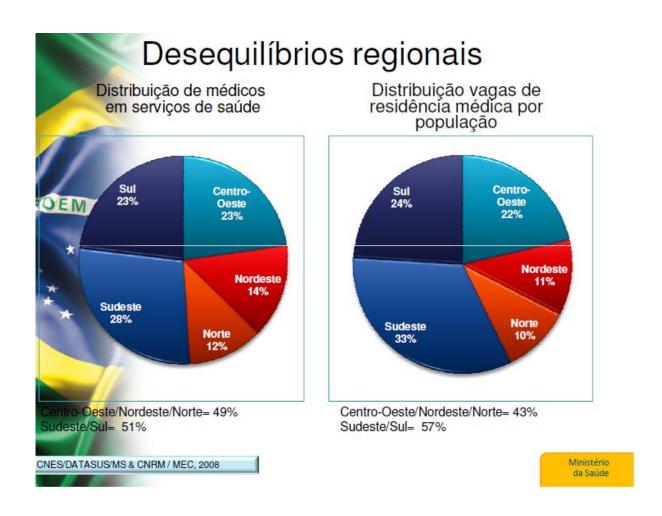


Agora eu gostaria de dialogar um pouco com o Odorico e dizer que, embora a vontade de trazer a residência médica para o MS ainda não tenha se concretizado, tivemos em 2007 um decreto presidencial que criou a comissão interministerial de gestão e educação que passa a ser um âmbito de construção política intersetorial

pela política de educação na formação dos profissionais desde o nível técnico até a pós-graduação. E foi no âmbito desta comissão que a gente trabalhou com uma subcomissão de estudos de avaliação das necessidades de médicos Especialistas no Brasil e estes estudos, ao longo de dois anos, mostraram inclusive que a residência médica estava até mais concentrada e mal distribuída do que os próprios setores e serviços de saúde. Foi feito um processo de identificação ao lado da medicina de família e comunidade de necessidades de especialistas no sistema.

A partir desta identificação e trabalhando junto com o MEC, progressivamente passou-se a ter o trabalho de duas comissões: a parceria da Secretaria de Gestão (SEGES) e foi criada a comissão de residência multiprofissional e hoje as duas comissões de residência medica e multiprofissional, que regulamentam os programas de residências tem um óculos único no Ministério da Educação, coordenação de residências, ligadas ao departamento de hospitais e residências.

É com esta interlocução que, muito próximo ao MS esta política toda vem sendo produzida. Então, hoje, o Pró-Residências, que foi lançado como conseqüência deste estudo de necessidades, procura dar vazão e trabalhar com base nas demandas do sistema de saúde na organização das redes de atenção.



Já são mais de 2000 vagas de residência medica financiadas pelos dois ministérios. O MS que até então não pagava bolsas de residência medica agora está pagando quase um terço do que paga o MEC, mas com base nas políticas de saúde, nas redes de atenção e nas necessidades do sistema. Então nós lançamos o pró-residência com dois focos:

- 1 Para ofertar só bolsa de residências em locais que se precisava de novas especialidades, mas que dependia só de bolsas
- 2 O outro foco onde os programas, para serem implantados, porque eram regiões em que não se tinha nem infra-estrutura, nem capacidade do aparelho formador para oferecer o matriciamento.

PRÓ-RESIDÊNCIA - PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS



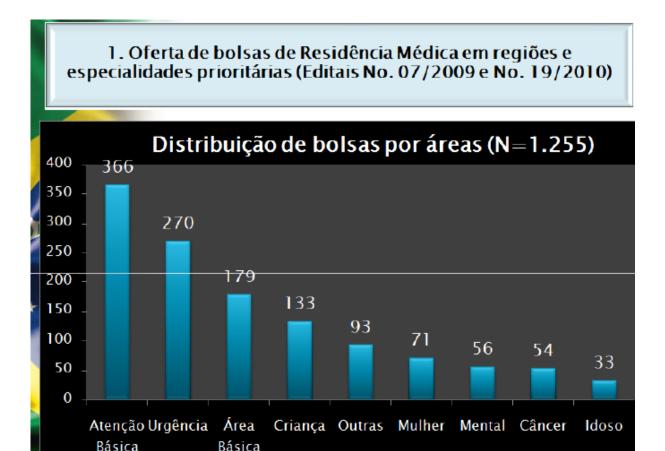
- 1. Oferta de bolsas de Residência Médica em regiões e especialidades prioritárias (Editais No. 07/2009 e No. 19/2010)
- 2. Abertura de programas com apoio matricial e instituições de excelência (Edital No. 8/2009)

Então, o pró-residência, através dos editais que abriu, fomentou a apresentação de projetos nas áreas abaixo colocadas:

Especialidades e Áreas de Atuação:

- 1. Áreas Básicas: Clinica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva e Social
 - 2. Especialidades prioritárias: Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Geriatria, Cancerologia Clínica e Cirúrgica, Radioterapia, Patologia, Anestesiologia, Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia.
- Areas de atuação: Neonatologia, Psiquiatria Infantil e da Adolescência, Cirurgia do Trauma e Medicina de urgência

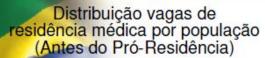
Nos editais que dependeram só de bolsa, das 1255 bolsas que se ampliou, 366 são bolsas voltadas para medicina de família e comunidade.

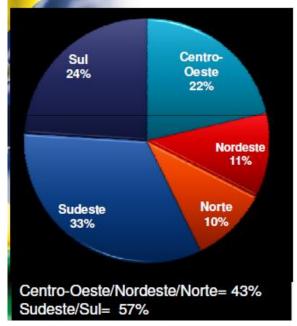


Após o pró-residências, temos tido a participação das sociedades de especialidades neste trabalho. Creio que progressivamente as entidades médicas tem aceitado, pois elas estão representadas na Comissão Nacional de Residência Medica.

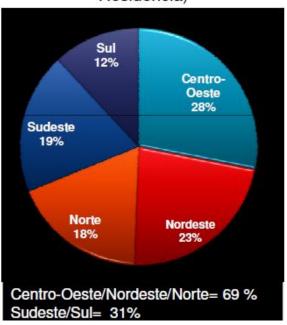
Mostraremos abaixo que temos um reequilíbrio na oferta e cerca de 70% das novas vagas estão nas regiões norte, nordeste e centro-oeste.

1. Oferta de bolsas de Residência Médica em regiões e especialidades prioritárias (Editais No. 07/2009 e No. 19/2010)



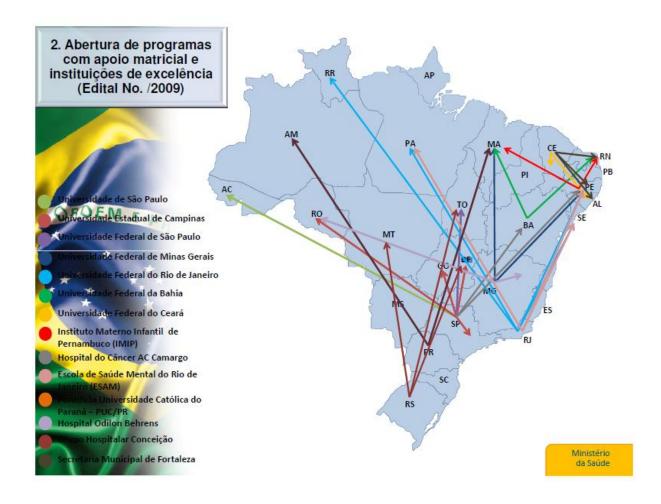


Distribuição bolsas de residência médica por população (Pró-Residência)



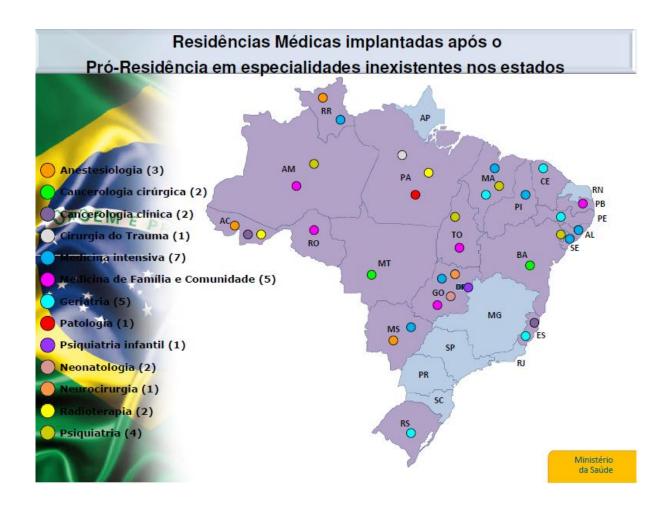
O edital n 08, que é o do matriciamento, foram 26 novos projetos selecionados. Destes, 11 projetos são de medicina de família e comunidade, então, o matriciamento envolve se trabalhar com instituições de excelência.

O mapa abaixo mostra um processo interessante que está acontecendo que é o Estado de São Paulo está matriciando o Acre, Rondônia, Goiás, Tocantins e Distrito Federal. O Estado de Minas Gerais está matriciando o Maranhão e Pernambuco em diferentes especialidades. O Rio de Janeiro está com Roraima, Para e Pernambuco. O Estado da Bahia está com Rio Grande do Norte e Maranhão. Ceará está com Alagoas e assim por diante, como mostra o mapa abaixo.



Interessante que três estados que não possuíam a especialidade de anestesiologia, com o matriciamento passaram a ter que é o Acre, Roraima e Mato Grosso do Sul.

No mapa a seguir, todas as especialidades que estão marcadas com um pequeno circulo, são especialidades que antes do pró-residência estavam ausentes nestes estados e que, com o pró-residência e o matriciamento, houve um movimento dos matriciadores para os matriciados.



O que vimos é que se precisa muito de capacitação para preceptoria. Então, a idéia agora é lançar um curso de formação para preceptores. Tudo isso através do MS, com todas suas áreas técnicas, a comissão nacional de residência médica que teve que se mobilizar e credenciar, pois, senão isso não iria acontecer.

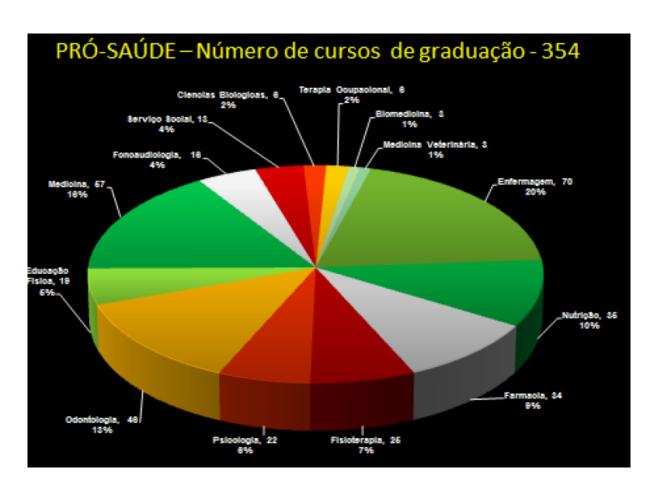
O pró-residência não traz uma mudança apenas em aspecto quantitativo e distributivo. Ele traz com ele, neste processo de matriciamento, de apoio a novas áreas, processos de mudanças dentro da política.

Uma das questões era como se ampliar o cenário de formação na perspectiva de rede. Buscar a construção de uma boa relação entre as instituições formadoras de médicos especialistas e os gestores do SUS, visando à descentralização dos cenários de formação envolve um período de maturação. Neste sentido, o processo de apoio matricial está trabalhando na questão de que deve haver uma relação de cooperação técnica, pedagógica e de gestão em que o intercambio de saberes e as

experiências acumuladas pela instituição de excelência favorecem novas praticas de cuidado, novos arranjos de gestão e articulação em rede.

Outra ação colocada que precisa ser continuada, foi uma mudança na Lei de Financiamento do FIES, feita pelo MEC que traz uma situação especial, não só dos professores da Rede Publica, mas para os médicos que optarem por atuar na ESF. O medico da ESF que tiver se formado na graduação com o financiamento do FIES estudantil, a cada mês que ele se fixar na ESF, ele terá 1% de abatimento da sua divida do financiamento estudantil.

Em relação ao pró-saúde e ao PET-SAÚDE, que, hoje, ambos possuem um foco para fortalecer a Atenção Primária e a ESF como cenário de praticas. O Pró-Saúde, institucionalmente, está em 354 cursos de graduação, se considerarmos os editais, das 14 graduações,



Nós temos feito alguns estudos, tanto quantitativos, quanto qualitativos, além do monitoramento e avaliação, destas ações, mas aí vem uma fala do CONASS, que a gente tem evoluído do docente assistencial para o assistente-docencial, ou seja, o processo de integração neste caminho.

[...]sabemos quanto o Pró-Saúde significa em termos de **mudança de paradigma**.. A gente evoluiu do **docente-assistencial** para o **assistente-docencial**, praticamente[...]essa progressão na medida em que, ao mesmo tempo que se presta o serviço, as pessoas ensinam e estudam. Eu creio que o do Pró-Saúde pegou a veia, agora a gente tem que manter essa veia, manter essa orientação. Para causar efeitos estruturais significativos, é preciso um período mais ou menos longo de permanência e continuidade, e acima de tudo não permitir desativação, solução de continuidade que "venham" a comprometer[...](CONASS)

Outra questão que o CONASEMS traz é que:

[...] mas se o MEC não estivesse junto nesse processo, a possibilidade de envolver as universidades era muito menor. Ele tem um papel político, [...] e é a quem os reitores se reportam. Tem uma relação hierárquica [...] Então na hora que você coloca os dois ministérios para sentar junto, um ouvindo outro, quer dizer, na hora que o CONASEMS está sendo cogitado p'ra sentar na Comissão Nacional de Residência Médica, isso é um avanço que não tem precedente. E isso é o Ministério da Saúde pautando junto com os gestores essa questão. Eu não tenho dúvida que é um processo de avanço e que vai continuar, a gente espera [...]

E a questão de além desta atuação interministerial, trabalha-se com múltiplas estratégias que, de alguma maneira, vão se permeando e se fortalecendo.

Falando agora um pouco do PET, porque, dentro do PET-SAÚDE, nós encontramos hoje duas publicações: uma da UFRGS e a outra da USP Ribeirão, que estão na Revista Brasileira de Educação Medica. A publicação da UFRGS é "O ensino da Atenção Primária na Graduação: fatores que influenciam na formação do aluno". A UFRGS passou a trabalhar com a APS partir do PET-SAUDE e a levar os alunos desde o primeiro ano às unidades de saúde da família que tem o PET-SAUDE. Eles perceberam que isso mudou e contribuiu para uma percepção destes estudantes desde o inicio do curso com relação que a APS e a ESF fosse positiva.

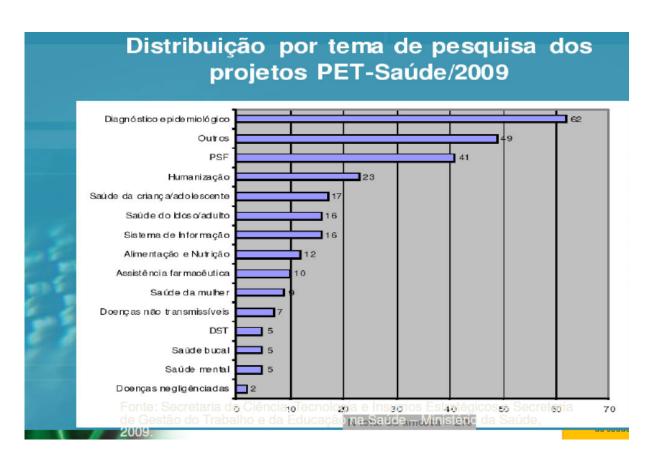
O outro trabalho, da USP Ribeirão, também está na Revista Brasileira de Educação Medica. Em Ribeirão Preto, estimo que se tenha menos de 50% de cobertura da ESF e este trabalho fez uma comparação mostrando que a ESF foi mais resolutiva que nas unidades que não possuíam ESF e mostrou como a contribuição que o PET-SAUDE trouxe para fortalecer isso.

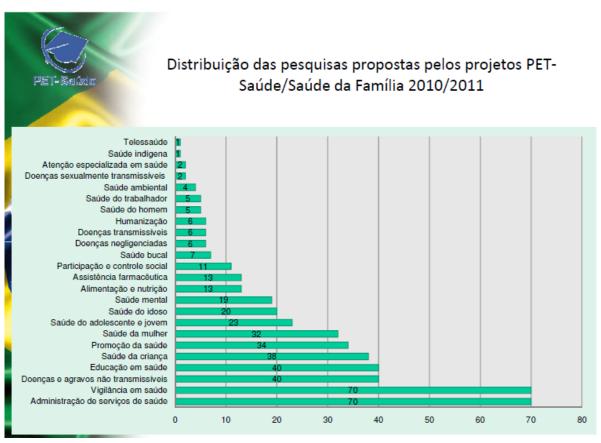
Estamos em processo de expansão do PET. Em 2009 nós tínhamos 306 grupos e agora temos 459 grupos. O PET também já esta expandindo para outras

áreas. A Vigilância, saúde mental, mas sempre em articulação e matriciamento com a ESF no caso ESF, do edital de 2009 para 2010 nós expandimos em número de estados. Hoje temos apenas dois estados que são o Acre e o Piauí que não tem o PET-SAUDE.



São quase 1000 unidades de Saúde da Família que hoje tem o PET em atuação. Com relação à pesquisa, 2009 o que mais tivemos foi diagnostico epidemiológico. Mas quando vamos para 2010, não só a área de vigilância a saúde como um todo cresceu, mas aumentou muito o numero de pesquisas na área de gestão e administração dos serviços, o que pode demonstrar que está havendo um aprofundamento deste processo de integração ensino-serviço a partir das pesquisas que estamos vendo produzidas.





Tem alguns fatores que são importantes na sustentabilidade, como a coordenação e dialogo com gerentes em nível dos serviços;

- A participação efetiva dos preceptores;
- O reforço interdisciplinar na atividade assistencial;
- Institucionalização da pesquisa como recurso para o serviço;
- Divulgação das atividades na comunidade;
- Planejamento assistencial com base epidemiológica;
- Incentivo aos ACS.

Em relação à sustentabilidade para a academia:

- Readequação curricular;
- Melhor acolhimento dos alunos;
- Articulação com programas de extensão;
- Avaliação formativa;
- Educação permanente.

O professor José Roberto Ferreira, analisou 3600 paginas dos relatórios de atividades do pessoal do PET produziu em 2009. Ele coloca o seguinte:

"O mérito da proposta atual se deve à coordenação que foi possível estabelecer entre os dois setores — o de saúde e de educação — conduzindo a uma atuação harmônica que respalda interesses de ambos os setores. Esta revisão dos relatórios evidencia, em um número significativo dos mesmos, as vantagens reconhecidas não apenas para a reorientação do processo formativo mas, também, para a dinamização é reorganização dos próprias unidades de serviços e maior integração das equipes de saúde da família".

Isso, de alguma maneira, é nosso objetivo, dar as praticas de formação, mas, também, refletirmos e mudarmos nosso processo de trabalho.

Na avaliação do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE, nós observamos a necessidade de se avançar na qualificação técnica/pedagógica dos docentes e na produção de pesquisas específicas no ensino na área da saúde.

Neste ponto, entrou uma iniciativa que a gente trabalhou junto com a CAPS e com o Departamento de Hospitais e Residências do MEC, que foi trabalharmos a questão do mestrado profissional do ensino na saúde e também um edital especifico que houve para fomentar a formação de mestres, doutores e pró-doutores na área de ensino na saúde, em programas já existentes e, também, a possibilidade do mestrado profissional estar articulado a residência médica e a residência em saúde. Temos hoje aproximadamente 30 programas de residência médica e saúde que passaram por edital da CAPS e nesses programas pelo projeto pedagógico que o curso traz o corpo docente que ele tem, pode, alunos selecionados (que cumpriram os créditos que tinham que cumprir), saírem com um titulo duplo: de residência e de mestre.

As áreas que têm sido priorizadas nestes editais são:

Gestão do ensino na saúde
Curriculo e processo ensino-aprendizagem na premação em saúde
Avaliação no Ensino na Saúde
Formação e desenvolvimento docente na saúde integração universidades e serviços de saúde
Políticas de integração saúde e educação
Tecnologias presenciais e à distância no Ensino na Saúde

Finalizo com uma fala do CONASS

[...]a gente pode ser insatisfeito com tudo que aconteceu, porem é inegável que o Brasil jamais viveu tal avanço democrático como nós vivemos contemporaneamente. E isso significa inclusão, significa tratar a clientela não como doente, não como necessitado, não como vulnerável. Mas como sujeito da sua história corporal, da sua história biológica, da sua história biológica, da sua história social. Isso exige uma outra atitude, que alias quem pode produzir a reflexão sobre isso é a academia também, mas não só ela, o serviço também[...](CONASS)

DEBATE

SABADO GIRARD

Tudo que hoje foi discutido, de uma forma ou de outra desemboca na APS.

A Carmem mergulha na historia da Reforma Sanitária nos dizendo que é muito mais que isso. Ela desemboca na reforma da universidade, neste projeto hoje, central em nosso país. Neste ponto quero trazer uma questão para a Carmem: mesmo após fazermos reforma na saúde (considerando que o SUS não seja a reforma sanitária) e mesmo que o SUS que temos hoje seja menos, a Carmem disse que era mais só que no meu modo de entender ele é menos que o SUS que tínhamos, nós precisamos passar para uma reforma do sistema das profissões, regulação profissional. Falta para nós a revisão dos escopos de praticas permitidos e autorizados para cada uma das profissões. Se não mudarmos a forma de regular as profissões, se o governo continua a conceber a tecnologia profissional como propriedade corporativa de grupos, continuaremos a ter o que tivemos nos últimos anos que é um retrocesso na questão da regulação profissional. Ou trabalhamos a regulação por hábitos compartilhados, ou nunca trabalharemos a regulação nos serviços porque a tecnologia profissional será encarada e assim é do ponto de vista legal, como propriedade privada corporativa. Como colocar a multi e a transdisciplinaridade sem mudar o sistema de regulação e de autorização legal dos escopos de praticas do pais, esta é a questão para a Carmem.

Ao Odorico, quando coloca o SSE, como ele fala, nós também fizemos muito diferente do que esta idéia de se ter que tirar da escola o monopólio sobre a educação, sobre o ensino. O grande problema diz respeito ao monopólio que as corporações têm sobre as tecnologias profissionais.

Com relação à fala da Ana, falamos de Educação permanente e formação na APS e uma das formas que o MS buscou para fazer a regulação disso é através da regulação das especialidades, desembocando em uma revisão dos sistemas de

residências médicas. Como o MS pretende aprofundar estes processos esbarrando com a questão da Regulação profissional no país?

ROSANA AQUINO

Vou abordar questões especialmente ligadas à graduação, as residências, em especial as em serviço, ficando um pouco de nossa experiência institucional.

Estamos em território singular que é composto e habitado por diversos sujeitos, não é um território sempre harmônico. Temos conflitos, muitas diferenças, pois os sujeitos, instituições de ensino, profissionais, usuários que são diferentes. Temos saberes múltiplos e sabemos que os cursos de formação não são sempre um "paraíso", pois sempre temos que articular os saberes.

Nós convivemos com este tensionamento da APS com os demais níveis do sistema.

Questões que gostaria de debater:

Para Carmem:

Do ponto de vista da graduação, você trouxe todo esforço e experiências inovadoras que temos feito no Brasil. Mas todos sabemos que o grande desafio é que estas experiências, se isoladas, têm pouquíssima efetividade na formação do profissional. Carmem lembrou a lógica que marca as estruturas acadêmicas, baseada na doença, totalmente inadequada a formação de equipe. Porque formam pessoas que se tornam, de certa forma, indiferentes ao sofrimento.

Interessante como esta questão se renova. Conversando com colegas, eles compartilharam dificuldades que enfrentam nas questões salariais e quanto à formação. Isso porque dentro de instituições acadêmicas, formam-se estes indivíduos para a APS, mas as pesquisas são de bancada. Quando pensamos experiências audaciosas na graduação, a grande novidade é que temos pela primeira vez a graduação em saúde que colocam a formação das equipes de APS e as ações de promoção da saúde no centro. Estas experiências são muito ousadas.

Com relação aos cursos de residência, pontuo a importância deste modelo de formação. Ao contrário de outros cursos de formação, a residência atrai recém formados, que ainda nem entraram no mercado de trabalho e a residência tem papel

importante em direcionar esta trajetória. A maioria dos egressos está associada a atividades ligadas a gestão da saúde no SUS e a saúde da família.

A questão da implementação de propostas como o NASF, superou totalmente a experiência que tínhamos, pois a inclusão de categorias multiprofissionais era sempre uma discussão acoplada à composição da equipe. Hoje, a discussão do apoio matricial, das equipes do NASF, sem duvida estes saberes são muito importantes.

Por ultimo, a proposta do mestrado é muito interessante desde que complemente a residência e não a suplemente. A residência tem carga horária enorme, que oferece uma reflexão pratica que muitas vezes o mestrado não oferece.

Finalmente, quando falamos da formação dos profissionais já inseridos na rede, eu, nunca participei de uma experiência que os profissionais não tivessem aderência. Vemos sempre uma adesão muito grande. Mas nem sempre vemos estas questões qualificadas nos processos de formação introduzirem mudanças reais em seus locais de prática. Busca-se uma intima relação entre instituições de ensino e instituições de serviço.

Precisamos enfatizar a importância da formação técnica. Técnicos que atuam nas equipes de saúde da família e sabemos que boa parte da transformação da ESF está na atuação do ACS. Embora concorde que precisamos da ideologia, no campo da formação precisamos também de tecnologia e conhecimentos que transformem aplicação de práticas. O discurso da APS é muito revestido de ideologia, mas precisa também investimento em tecnologia de promoção da saúde, é preciso se investir muito.

Acredito que não são os profissionais que garantirão a equidade, pois ela é um valor que se realiza no coletivo que está relacionada com atitudes de poder na sociedade e nós não podemos falar destas questões sem falar de espaços de gestão democrática.

EMIKO YOSHIKAWA EGRY

Ana estela, um pequeno balanço e desafios novos ainda a serem trabalhados na questão da educação no nível técnico.

Uma segunda pergunta é porque a enfermagem não foi contemplada no edital do FIES que contemplou magistério e o médico.

TIAGO Trindade – PROFESSOR MEDICINA DA FAMILIA UNIVERSIDADE FEDERAL DO NORTE.

Ao Odorico. Nesta provocação em relação ao "gap" entre as evidencias que hoje temos constituídas e o processo tomada de decisão. Por sua experiência de 20 anos como gestor. Em natal vimos a ESF ser totalmente precarizada e avançando as UPAs e AMEs inclusive como porta de entrada. Como preencher este gap? Qual estratégia para avançar nos próximos anos?

CLAUNARA – precisamos falar menos com os gestores e começar a falar mais com acadêmicos, para discutirmos sobre a perspectiva da vocação para quem vem para esta área. Queria ouvir de vocês como a universidade vê a questão das cotas. Se de fato estas políticas modificam este perfil dos egressos facilitando o perfil do profissional que precisamos para o SUS.

Recentemente em uma discussão foi colocada a perspectiva do publico e privado na questão do ACS como invasor do espaço privado das famílias e como isso está sendo mal utilizado pelo estado.

RESPOSTAS AOS QUESTIONAMENTOS

ODORICO – Em minha avaliação, falávamos muito na nossa inspiração no modelo cubano. O que eu chamo a atenção aqui não é para o modelo teórico que discutíamos e debatíamos. Chamo atenção para o que acredito que estamos construindo, que são espaços táticos que considero muito importantes. Mas são em minha opinião, insuficientes para o grande desafio do sistema de saúde nos próximos dez anos. Principalmente para sistemas de saúde fortemente universais. Este é o grande desafio do modelo inglês e canadense. Isso porque, no Canadá e na Inglaterra, toda tecnologia produzida é consumida pelo governo. No caso brasileiro, o governo é forte consumidor de tecnologia. Mas como não somos 100% usuários do nosso sistema, temos uma debilidade. Se esta reunião estivesse ocorrendo no Canadá, veríamos que todos nós seriamos usuários do sistema que estamos discutindo. O mesmo ocorreria na Inglaterra. Ocorre que estamos aqui discutindo um sistema do qual não somos usuários. Existe então um desconforto ético.

Nosso sistema é extremamente complexo, pois é altamente governizado, diferentemente do inglês e do canadense. Temos uma situação de uma descentralização centralizada, pois descentralizamos as ações, mas há controle federal muito forte e há uma indefinição do papel do estado.

Como resolver o problema do monopólio das categorias? Que monopólio é esse? Para enfrentá-lo, o processo atual para este desenho federativo, este problema, da relação do monopólio na ponta, lá nos municípios, esta estrutura federativa é suficiente? Ou será, por exemplo, que não precisamos aumentar o papel do Estado no controle destes monopólios? Precisamos pensar em processo estratégico de longo prazo para que estes espaços táticos possuam coerência interna com processos estatais que queremos. Parte disso parte da questão da gestão do conhecimento. Nesse sentido, o SSE é diferente por estar no novo desenho. Neste novo desenho embute a questão do acesso.

Quem terá acesso aos cursos da área da saúde? Quando colocaremos os filhos das famílias que estamos atendendo na ESF?

Sempre que formos enfrentar esse debate, enfrentaremos a corporação médica. Então, este debate envolve todas as especialidades, não apenas a Saúde da família. No estado no Ceará foram construídas 21 policlínicas, mas não teremos profissionais.

Concluindo, nós implantamos em Sobral, em 1998, a primeira residência multiprofissional. Tínhamos 11 categorias. O CRM fez um *lobby* e tirou os médicos da turma geral das residências. A tese era que o médico não poderia ter aula com o enfermeiro, pois se isso ocorresse ocorreria um baixo aprendizado. Isso gerou uma grande confusão, pois, com isso, perdemos a oportunidade de ter uma residência multiprofissional com a classe médica incluída.

Insistimos e concluímos a primeira turma. De 12 médicos concluíram cinco. A segunda turma já não teve a classe médica dentro. A nossa grande vantagem é que um dos médicos que fez a prova de titulo de especialidade tirou o primeiro lugar nacional. Esse é um debate forte. Como formamos as equipes de saúde da família? Os espaços de formação são débeis. Por isso parabenizo a Bahia pela importante iniciativa.

Nossos alunos de graduação não têm departamento de medicina de família, saúde da família em nossas universidades.

Na minha visão, tínhamos que sentar com o MEC e criar em toda faculdade de medicina, um departamento de medicina de família. Como formar medicina de família se não temos departamentos? Então, esse "gap" não está no campo da gestão isoladamente. Está na produção do conhecimento em todas as áreas. Precisamos colocar equidade, pois não tem equidade na Lei Orgânica da saúde nem na Constituição. No Chile existe um padrão do que eles chamam de equidade padrão transparente de acesso. Já o nosso sistema "banca" tudo e não "banca" nada. Não há clareza na discussão da equidade. O sistema não possui transparência, o debate não possui clareza. A regulação deste monopólio tem que ser realizada de forma republicana, ou seja, clarear os papéis da União, do Estado e dos Municípios.

CARMEM - A questão da formação do profissional de saúde é um nó critico no processo de construção do SUS, da reforma sanitária que não temos enfrentado corretamente. Tanto na graduação, quanto na pós-graduação, seja ela *sensu lato, ou stricto sensu,* a meu ver nós temos feito muitas coisas, mas são parciais, que muitas vezes se enfrentam.

Eu tenho participado da discussão do curso de graduação em saúde coletiva, que é um curso profissionalizante, que resulta de uma luta histórica no campo da saúde coletiva. Eu participo deste curso desde 2002.

No ISC, nos conseguimos aproveitar a janela de oportunidades do REUNI implantamos o curso de graduação em saúde coletiva. Dentro do próprio curso de saúde coletiva este curso não é consensual. Há pessoas que criticam, considerando que o investimento que estamos fazendo na criação do curso de graduação em saúde coletiva, vai retirar força do esforço que estamos fazendo há anos para impactar na formação dos outros 14 profissionais de saúde. Ou seja, esse é um debate muito fechado.

O curso de bacharelado interdisciplinar pretende ser porta de entrada a todos 14 cursos de formação profissional em saúde. Significa que os conteúdos dos cursos de bacharelado não podem ser somente em saúde coletiva. Não faremos reforma só na Saúde Coletiva. Nosso aluno tem que saber que o campo da saúde hoje é um campo complexo e que o processo saúde doença é trabalhado em vários campos de determinação. Isso pelo menos é preciso ter clareza, ou seja, posso transitar por vários campos de saúde. Tem toda uma discussão de caráter até epistemológico por trás desta proposta. Estamos vivendo um momento de transição no mundo do trabalho, para se pensar na quebra deste paradigma profissional. Parece até uma utopia dizer isso, pois vivemos um corporativismo, a questão do ato médico, o que pode ou não fazer, etc. Mas, ao mesmo tempo, a universidade possui autonomia e pode ao menos propor ações para provocar debates.

Eu sinto que o que faço no bacharelado é uma experiência que pode não dar certo. Isso pode terminar. Não há nada que garanta que a universidade irá absorver uma proposta como esta. Meus alunos sofrem represálias dos próprios colegas. O mercado de trabalho não está organizado nesta perspectiva de transitividade dos

profissionais. Na prática isso já acontece, mas, a área da saúde resiste bravamente a isso.

Diante disso, não sei se seria vantagem a faculdade de medicina criar um departamento de saúde da família. Eu estudo Matos, e ele diz que *a "universidade tem departamentos, o estado setores e a realidade tem problemas".* Então, pode ser que a faculdade de medicina criar um departamento de saúde da família, seja uma forma de enclausurar a saúde da família e continuar reproduzindo o modelo hegemônico.

Na área da saúde não avançamos tanto na área da educação. Do ponto de vista da ciência estamos vivendo uma ênfase no produtivismo. Isso também é uma ideologia que vem de fora da universidade. Deixamos de estudar algo importante aqui para estudar algo que de mais prestigio fora.

ANA ESTELA – Em relação à questão da formação profissional tocou-se em uma questão muito importante que é o corporativismo. Apesar de não ter trazido a questão da educação profissional, o DEGES – Departamento de assuntos da educação profissional está estruturado em duas coordenações. Tem a coordenação de assuntos estratégicos, que trabalha a educação superior e tem a coordenação de educação profissional que trabalha com rede de escolas técnicas do SUS e escola profissional, a professora Emiko é uma das grandes colaboradoras desse processo. Nós evoluímos do PROFAE para o PROFAP. No nosso relatório, estamos com 211.000 ACSs matriculados e temos 155.000 concluintes dentro desse nível de formação. Temos na educação profissional, o aprendizado em serviço. Hoje, a professora Clarice Ferraz, que está à frente na coordenação, trabalha o fortalecimento da rede de escolas técnicas do SUS, estabelecendo prioridades da formação técnica, não só na área da enfermagem, mas nas demais áreas. Trabalhamos com mapas de competências desses profissionais, para que os cursos sejam orientados de acordo com o que o sistema necessita.

Recentemente estive em uma banca na USP Ribeirão Preto. A aluna, enfermeira, verificou como estava o processo de educação permanente dos profissionais de enfermagem nas unidades de saúde da família, com técnicos e auxiliares de enfermagem. Ela foi verificar como estava a situação destes profissionais nas unidades e também o processo de educação permanente. Considero que são profissionais heróis, pois o que eles tentam fazer, com tamanha dificuldade que enfrentam, são mesmo heróis. Muitas vezes estão afastados dos profissionais do nível superior. Faltam suporte e interação da equipe de nível superior. É mais um nó que temos que resolver. O nó das profissões superiores e integração com os níveis técnicos, ACS que precisam de subsidio para trabalharem.

Outra questão a Claunara traz é a questão das cotas. Este ano serão formados os primeiros 500 médicos pelo PRO-UNI, embora teremos pelo menos 500 por ano. Todos eles têm algum tipo de engajamento de trabalho social. Não é só o PRO-UNI, tem o FIES também e a própria questão do REUNI quando interioriza a universidade e trabalha com vagas, não só o perfil do corpo docente está se modificando. A 'cara" da universidade também está se modificando.

Em relação a questão do departamento de saúde da família, eu concordo com a Carmem que talvez não seja esse o caminho. Primeiro que não podemos impor isso à universidade. O que vemos é que há concurso para contratação de profissionais para atuarem em medicina de família e comunidade, independemente do departamento. A faculdade de medicina da USP que já tem APS permeando o curso, está com projeto na zona oeste que a coloca como responsável por uma OS, que responde por assistência de toda Zona Oeste da cidade de São Paulo. Isso a colocou na abertura de processo de 22 novos profissionais de uma única vez. Pedimos um estudo preliminar para a professora Ana Luiza Viana de modelos de integração ensino-serviço. O que está ocorrendo com os diferentes modelos de São Paulo que tem as Organizações Sociais. A Bahia que tem as fundações, ou uma que tenham administração direta, por exemplo, nós pegamos Mato Grosso do Sul. Em São Paulo, com o processo que a USP terá que fazer, ou seja, ir a campo, entrar no serviço, acontecerá a conformação de departamentos que não conseguirá responder à necessidade do serviço. Isso provocará para dentro da universidade, processos que levam a mudanças e que nos obrigará a rever estas mudanças.

Em relação à questão da graduação, tocada pela Rosana em pesquisa acadêmica, produção cientifica, a questão da produtividade docente. Se pusermos a produção acadêmica em questão, nós construímos um sistema de avaliação que privilegia a questão da produtividade, o que é importante para chegarmos aonde chegamos. Acho que temos um grau de excelência que nos permite dar um passo além para agregar relevância social a esse processo. Isso tem sido feito, tem sido induzido de alguma forma. O próprio MS, quando abre editais de pesquisa orientados para o SUS, esta trabalhando nesta direção.

A articulação da residência com o mestrado, não há o caráter de desqualificar, mas sim de trazer maior qualificação do processo de residência. Todo o processo de orientação dos projetos foi nessa direção. Com relação à residência, sobre a importância deste modelo de formação, gostaria de dizer que não há o entendimento de que haja uma importância menor, muito pelo contrário. Houve um enorme avanço com a criação de Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, de começar a regulamentar, avaliar e reconhecer estes projetos e programas.

Em relação à residência multiprofissional, há dois movimentos que estamos fazendo em articulação com a Coordenação de Residências Multiprofissional e com o MEC. O primeiro é que, na linha do financiamento, enquanto nós MS temos financiado mais centralmente as multiprofissionais em Saúde da Família, linhas de cuidado, saúde mental, etc., o MEC abriu uma linha com a Rede dos hospitais federais e está começando a apoiar as residências multiprofissionais hospitalares. A gente fecha isso na lógica das redes de atenção, então quem está na residência hospitalar acaba passando pela atenção primaria e vice e versa.

Por outro lado, no processo de regulação das residências multiprofissionais, está trabalhando da seguinte maneira. Para acomodar 13 profissões, estava previsto se constituir Câmaras Técnicas por profissão e nós mudamos isso. Estamos com seis câmaras técnicas que são:

- Câmara Técnica em **APS e saúde coletiva**. É essa que vai analisar as residências medicas multiprofissionais.
- Saúde mental;
- Especialidade clinicas, cirúrgicas, diagnostico terapêutico;
- Intensivismo urgência e emergência;
- Saúde funcional e ;
- Saúde ambiental e animal que já entrou a veterinária, a nutrição e a farmácia.

Todas as profissões se encontram nas câmaras técnicas.

LANÇAMENTO

O Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, prestigiou a III Reunião Anual da Rede de Pesquisa em APS para participar da solenidade de lançamento do livro "Memórias da Saúde da Família no Brasil". Participaram da mesa o Secretário de Atenção à Saúde, Roberto Beltrão; o Presidente da ABRASCO, Luiz Facchini; a Diretora do Departamento de Atenção Básica, Claunara Schilling e; o Coordenador de Projetos da Área de Sistemas de Saúde da OPAS, Hernán Montenegro.

A publicação faz o resgate da memória dessa estratégia que mudou definitivamente o panorama do sistema de saúde brasileiro que envolveu 238 mil agentes comunitários de saúde, 31 mil equipes de Saúde da Família e 19 mil equipes de Saúde Bucal. Os profissionais atuantes em todo o território nacional, com o apoio dos gestores locais, estaduais e federal, alcançou conquistas como a ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, promoção da equidade e melhoria de indicadores de saúde.

MANHÃ

CICLO DE DEBATES DA OPAS

O sétimo encontro do Ciclo de Debates sobre Redes de Atenção à Saúde, coordenado pela Unidade Técnica de Serviços de Saúde da representação da OPAS no Brasil foi transmitido ao vivo via teleconferência para os participantes do III Encontro Anual da Rede de Pesquisa em APS. Participaram da mesa de abertura Luiz Facchini, presidente da ABRASCO; Marcelo Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, representando o CONASEMS; Beatriz Dobashi, presidente do CONASS; Lígia Giovanella, do CEBES; e Alberto Beltrame, Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. O encontro reuniu 110 profissionais da gestão, academia, serviços e entidades parceiras da saúde de todo o País. Depois da solenidade foi iniciada a mesa redonda "Desafios para a construção de redes de atenção no SUS", coordenada por Hernán Montenegro, do Escritório Central da OPAS/WDC, com a participação de Lenir Santos, Alberto Beltrame e Eugênio Vilaça Mendes.

ALBERTO BELTRAME, SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atualmente vivemos um momento em que temos oferta de serviços centrada nas ações curativas e voltada para atenção médica e também centrada nos hospitais. Ainda é um problema importante a ser resolvido.

Então temos primeiro uma atenção à saúde fragmentada, orientada com enforque na ação curativa, a qual temos uma dificuldade enorme para vencer esta lógica de mercado. Vencer estes desafios é um passo importante para o SUS.

Ao longo dos últimos anos, o debate em torno da construção de um documento que permitisse a organização da rede com diversas diretrizes tem varias idas e vindas. Há a necessidade de construir um documento mínimo que nos permita avançar e partir para questões mais práticas. Este documento foi elaborado e será discutido na próxima reunião da tripartite. Não é um documento ideal, mas eu diria ser um documento possível e é reflexo dos consensos em torno desse tema e ainda precisaremos continuar a discussão e o refinamento de alguns detalhes importante com a implantação das redes.

Temos um consenso que é necessária a construção da rede, mas, para isso, temos problemas a enfrentar, como o próprio fortalecimento da APS enquanto coordenadora do cuidado. O que precisamos fazer para que isso efetivamente aconteça? Hoje temos mais da metade da população coberta, mas ainda temos dificuldades na APS com a lógica do financiamento, problemas em relação à fixação das equipes, especialmente dos médicos. É uma discussão posta em vários lugares do país, dificuldade concreta em manter estes profissionais

Temos também, problemas com a resolutividade da APS. Precisamos discutir quais as iniciativas são necessárias para que a APS possa ser a coordenadora do cuidado e possa transformá-la (se não numa porta de entrada, na coordenadora da rede e que tenha instrumentos para isso).

Também faz parte desta discussão a melhoria da infra-estrutura do próprio trabalho e o apoio às equipes de saúde da família, a criação de infra-estrutura que possa vencer improvisações. Na construção das redes temos ainda um desafio importante de ordem técnica e com componente político que são os Colegiados de Gestão Regional (CGR). A criação e o fortalecimento destes colegiados é uma tarefa extremamente importante. A idéia é que a soma destes recursos disponíveis seja capaz de não ficar apenas voltado à assistência, mas que de integrar com a vigilância e promover a saúde.

Temos então questões políticas importantes, sendo, para isso, necessária a qualificação dos gestores. A tarefa também é dos Estados, os quais possuem papel extremamente relevante no auxílio aos municípios e fortalecimento dos CGR.

O fortalecimento da gestão do trabalho e educação dos profissionais de saúde também é um desafio importante. Temos programas importantes no apoio à formação destes profissionais, e creio que essa é uma discussão complexa, que remonta ao plano de cargo carreiras e salários do SUS. Sem isso, dificilmente conseguiremos resolver estas questões extremamente importantes.

Hoje temos o cartão nacional de saúde, o qual possui todas as dificuldades que conhecemos, mas oferece a identificação dos usuários, e poderá ser um sistema de informação capaz de orientar o gestor a gerir a complexidade dos fluxos de pacientes. Sem isso é impensável se ter uma governança competente.

Tem uma questão fundamental que é o financiamento. É preciso criar um novo formato, um novo jeito de financiar a gestão a saúde. O novo formato pretendido é um *per capta*, um debate recurso por resultados, enfim, é uma discussão já existente no seio dos setores, mas temos que ampliar esta discussão. Não existe um formato pronto, mas sabemos que continuar com remuneração através de incentivos, com toda essa fragmentação não proporcionará uma nova realidade de organização por redes. Na próxima reunião da Tripartite validaremos este documento, mas é preciso saber que temos um enorme trabalho pela frente.

Mesmo que a implantação das redes se dê em nível regional, se reflete ai a discussão do SUS. Não podemos comparar esta discussão com uma discussão mais global. Acho que este documento é um avanço.

SEGUNDO DIA TARDE

Luis Fernando Rolim Sampaio A perspectiva da Gestão nos processos de trabalho das equipes

ELAINE THUMÉ - PROCESSO DE TRABALHO EM APS -A PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE.

Mesa de processo de trabalho

Coordenadora da mesa: Dra. Claunara Schilling Mendonça

Apresentadores

Luis Fernando Rolim Sampaio

Elaine Thumé – Pesquisadora da Universidade de Pelotas.

Debatedores

Antôni Dercy Silveira Filho – Odontólogo, diretor da promoção da saúde em Curitiba (SMS /Curitiba).

Emiko Yoshikawa Egry - ABEN

Gisele Nader - SBMFC

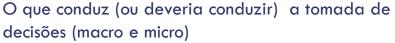
A PERSPECTIVA DA GESTAO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES

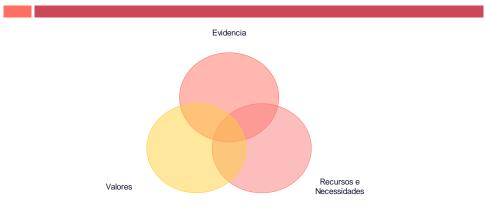
LUIS FERNANDO ROLIM SAMPAIO

APS, EVIDÊNCIA E COMPLEXIDADE - CONCEITUANDO

Temos discutido muito sobre como vamos produzir pesquisas que nos dêem resultados para servir de evidencia para a tomada de decisão política. Tanto no nível macro (na política de saúde nacional), quanto no nível micro, na decisão de cada um dos profissionais.

O ideal, proposto por Gray, em que temos evidencias, valores (culturais, por exemplo), e os recursos que estão disponíveis para a população e a sociedade, conforme mostramos abaixo.





Gray, 2009 – Evidence based health care and public health

Neste paradigma, pensamos em fazer é mudar as decisões baseadas em opiniões para decisões baseadas em evidencias.

O que conduz a tomada de decisões

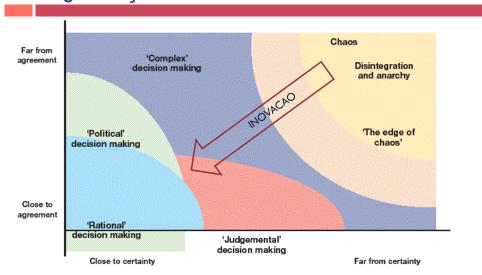


reduzir a incerteza

Gray, 2009 – Evidence based health care and public health

O problema é que, neste campo da APS, estamos em um lugar que não é um local em que se temos certeza. É um campo complexo de relações pessoais. Não trabalhamos com equipamentos que são operados de acordo com escalas que são precisas. Essa dificuldade de trabalharmos dentro de um espaço complexo, é uma referencia de nosso processo de trabalho. Por outro lado, é neste local meio que anárquico que as inovações acontecem. É um dilema que vivemos (tanto gestores da APS quanto nós trabalhadores).

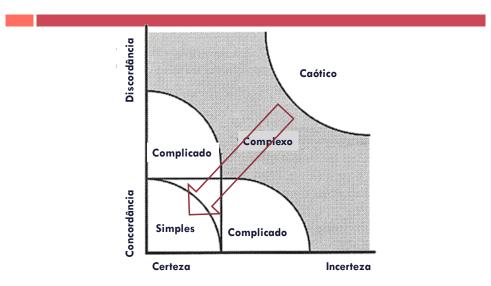
A matriz de Stacey – complexidade nas organizações



Source: Stacey RD. Strategic management and organisational dynamics: the challenge of complexity. 3rd ed. Harlow: Prentice Hall, 2002.

O que buscamos é trazer do espaço complexo para o espaço simples, o que muitas vezes não é possível.

A matriz de Stacey: onde esta o campo das ESF?



Adaptado por Brenda Zimmerman, Schulich School of Business, York University, Toronto, Canada

Nesta perspectiva da política publica, a idéia é trabalhar um espaço que não é um espaço da ordem absoluta, mas que também não é deixar o processo acontecer da forma como se quer. Temos este processo, no qual saímos de um espaço totalmente centralizado para um espaço descentralizado e atomizado.

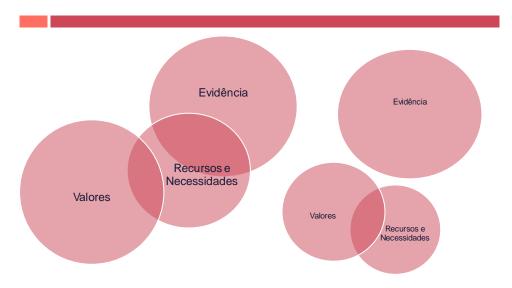
É possível deixarmos todos fazerem como querem?

Perspectivas das políticas públicas COMPLEXIDADE **DESORDEM** ORDEM Realidade e Ordem parcial Reducionismo racionalidade relacionais e □ Reducionismo e Previsibilidade vivenciadas holismo Determinismo diferentemente dependendo de □ Previsibilidade e dinâmicas cultuais e temporais especificas incerteza Probabilismo Realidade imprevisível, Interpretação irredutível e indeterminada Centralizacao Descentralização / atomizacao Geyer&Rihani (2010) Complexity and public policy

O Brasil é muito criticado na academia por ter um programa centralizado, ou seja, este grau de flexibilidade é necessário.

O que conduz a tomada de decisão? Não é um equilíbrio. Temos evidencias de sistemas unificados, com asseguramento único que têm melhores resultados. Os valores das pessoas no Brasil não querem, como é o caso da classe média no Brasil. Temos que discutir o que estamos fazendo para que estas pessoas não queiram o serviço.

O que conduz a tomada de decisões?



Ignorar esta complexidade no campo da APS na Saúde da Família acaba gerando:

- Verticalização;
- Fragmentação;
- Especialização;
- Reforçar ações estruturadas;
- Aliviar a tensão da incerteza;
- Criação de resistência a mudanças.

Isso acaba sendo um desejo às vezes e se torna muito difícil mudar.

Neste contexto, tentei trabalhar as dimensões para fortalecer a gestão nas equipes.

Primeiro, quando se discute uma questão sistêmica, é importante lembrar que 85% das oportunidades de melhoria (em instituições) vem de mudanças sistêmicas e 15% vem de mudanças individuais. Tem como o sistema gerar mudança, mas, se não há mudança individual, o sistema não muda.



- Afetiva;
- Cultural;
- Técnica;
- Estrutural e;
- Estratégica.

5 dimensões chave para fortalecer a capacidade de gestão:

DIMENSAO		
Afetiva	Confiança, orgulho, senso de pertencimento	
Cultural	Abertura para mudanças, criatividade, liderança suportiva	
Técnica	Conhecimento sobre modelos e ferramentas para apoiar a mudança; sistemas de informação	
Estrutural	Sistemas de planejamento e avaliação de performance e sistemas de recompensa (gestão por desempenho)	
Estratégica	Direcionamento estratégico das políticas e programas	

Fonte: Skinner, H.A. (2001)

Eu tento integrar estas dimensões e trazer par dentro da ESF, como mostro no quadro abaixo.

5 dimensões chave para fortalecer a capacidade de gestão na ESF:

DIMENSAO	
Afetiva	Como valorizar os profissionais e o trabalho em equipe? Como manter a motivação? Fotos, mostras, revistas, eventos, premiações, salários, estabilidade profissional
Cultural	Como a cultura institucional pode fortalecer a ESF? Abertura para mudanças, criatividade, liderança suportiva
Técnica	Quais as ferramentas disponíveis para o trabalho das equipes? PROGRAB; AMQ; SIAB
Estrutural	Sistemas de planejamento e avaliação de performance Planos de Saúde, Pacto de Indicadores
Estratégica	PNAB; PNPIC; PNPS; Pacto de Gestão

Fonte: Adaptado de Skinner, H.A. (2001)

Acredito que discutimos muito pouco a questão da dimensão afetiva e o movimento da ESF ele gera muita emoção. Na dimensão cultural tem a questão fortemente da cultura institucional o que repercute na gestão da equipe.

Estas são as discussões do fortalecimento da gestão.

FORTALECENDO OS PRINCÍPIOS DA APS - DESAFIOS.

Princípios

- 1 Primeiro contato;
- 2 Longitudinalidade;
- 3 Integralidade;
- 4 Coordenação.

1 - Primeiro contato

Temos os desafios da expansão da rede com qualidade;

A questão da discussão do horário de funcionamento. Há a discussão que se é primeiro contato, tem que ser 24 horas de trabalho. Se pensarmos a integração das UPAs, se elas estão em espaço colaborativo de redes, elas podem nos ajudar e muito. Em Belo Horizonte, por exemplo, se tinha as unidades 24 horas que eram referencia para as equipes.

O outro desafio do primeiro contato é a valorização social – o limite da classe média. Se pensarmos em chegar a 75% de cobertura, onde entra a classe média? A saúde publica é só para pobre? Temos que discutir isso.

2 - Longitudinalidade

É a possibilidade de se ter a continuidade do acompanhamento ao longo do tempo, da pessoa, nós temos a seguinte discussão:

- Fixação dos profissionais;
- Redução da rotatividade e;
- Formas de contratação.

Em relação a isso, temos duas pesquisas que mostram que entre 2002 e 2009 se compararmos o inicio da década e o final da década, tivemos uma redução das equipes que não possuíam enfermeiros e houve um aumento das equipes sem médico. Se compararmos o salário médio dos médicos e dos enfermeiros do setor saúde da família e do setor privado o que aconteceu foi uma inversão. No inicio da década um medico de saúde da família ganhava mais na ESF do que no setor privado, a média e o enfermeiro ganhava menos. Agora inverteu, pois o salário médio na ESF está maior para o enfermeiro e menor para o médico. Para mim, isso é um dado que teremos que estudar, pois o salário é um componente importante para a satisfação do profissional.

Como iremos trabalhar neste quesito para fixar este profissional?

Salários X Ausência de profissional

Enfermeiros	2002	2009
Equipes sem enfermeiros	4.35%	0.58%
Salário médio em reais ESF	1.724	3.101
Salário médio em reais - Privado 40 h	1.866	2.936
Médicos	2001/02	2008
Equipes sem médicos	5.48%	7.13%
Salário médio em reais ESF	4.093	6.358
Salário médio em reais - Privado 40 h	3.211	7.160

Fonte: Girardi, 2010; Queiroz, 2009

A outra questão é quanto custa esta rotatividade do profissional?

O custo da rotatividade do profissional (contratação, treinamento e perda de produtividade) em uma unidade com mais de 5000 funcionários nos Estados Unidos foi superior a 5% do orçamento anual da instituição. Vamos imaginar 5% do orçamento da APS, seria quase 500 milhões apenas do MS. No caso brasileiro não temos avaliação disso.

Ainda dentro da longitudinalidade, é a questão da relação público privado.

ASSEGURAMENTO x PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Quem deve contratar as equipes?

- Seriam apenas funcionários públicos em serviços estatais;
- Serviços exclusivamente públicos não necessariamente estatais.
 - Serviços privados não lucrativos;
 - Serviços privados lucrativos.

Como pagar as equipes?

- Remuneração fixa;
- Remuneração variável.

3 - Integralidade

Aqui eu coloco o que entendo como integralidade:

- Integralidade do trabalho em equipe;
- A atenção a demanda espontânea e programática (agudos e crônicos). Tem equipes que não trabalham a demanda espontânea, mas apenas a agenda programática;
- A Promoção, a prevenção, tratamento e reabilitação (controle de causas, riscos e danos);
 - A horizontalização dos programas verticais;
- A integralidade na ação sobre os determinantes sociais (a intersetorialidade). Este é um dos grandes desafios

4 - Coordenação.

O ultimo ponto que é a coordenação, a navegação na rede.

Onde estão os estrangulamentos reais? Tenho visto sempre o estrangulamento da média complexidade, está aumentando o acesso e faltando dinheiro na média complexidade.

O problema não é apenas nosso na APS, mas sim o que está ocorrendo em toda a Rede.

Territórios Integrados de Atenção a Saúde

- Rede setorial
 - ACS
 - ESF
 - NASF
 - CAP's
 - CEO's
 - UPA's
 - Apoio diagnostico
- Rede intersetorial
 - Saúde na Escola
 - Territórios de Cidadania
 - Saúde Quilombola
 - PRONASCI
 - Bolsa Familia

Temos que integrar a saúde

FORTALECENDO A GESTAO DA APS - DESAFIOS

Sistema de gestão por desempenho.

- Incentivos financeiros;
 - Do lado da oferta;
 - Do lado da demanda.
- Incentivos não financeiros;
 - Do lado da oferta;
 - Do lado da demanda.

Incentivos para desempenho

OFERTA						
	TRANSFERENCIAS NTERGOVERNMENTAIS			TRANSFERENCIAS INTRAMUNICIPAL		
NATUREZA DO INCENTIVO	FEDERAL PARA ESTADOS	FEDERAL PARA MUNICIPIOS	ESTADOS PARA MUNICIPIOS	PARA PRESTADORES (INSTITUTIONAL)	PARA PROFESSIONAIS (INDIVIDUAL E EM EQUIPE)	
FINANCEIRO	x	xxxx	xxx	xx	х	
NAO FINANCEIRO	x	xxx	xx	х	xx	

EXCEÇÕES : PET saúde e pagamentos diretos de estados a profissionais

Incentivos para desempenho

Demanda				
NATUREZA	FAMILIAS E INDIVIDUOS	COMUNIDADES		
DO				
INCENTIVO				
FINANCEIRO	Bolsa Família (condicionalidades)	Não		
	De volta pra casa — vinculação ambulatorial			
NAO	Medicação para participar de	Participação comunitária em		
FINANCEIRO	grupos	conselhos locais e municipais		
	Materiais educativos nos encontros	(informação sobre serviços)		
	Sorteio de brindes			
		Campanhas de TV		

CONCLUINDO

O desafio de manter a motivação

Direcionalidade e inovação, como manter a motivação? Qualquer instituição, política que parar de inovar *"morre"*. Temos que balancear a direcionalidade.

APS no Canadá: tanta inovação e tão pouca mudança.

Por ultimo, o que as equipes estão fazendo para gerar resultados?



Oferecer palestras apenas para os diabéticos não irá gerar resolutividade, é isso que temos que discutir.

O PROCESSO DE TRABALHO A PARTIR DA VISÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Elaine Thumé

Vou apresentar resultado de pesquisa coordenada pelo Facchine.

Objetivo:

- Caracterizar o processo de trabalho na APS em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes no âmbito do projeto do PROESF (projeto de expansão da ESF).

É um estudo relevante, pois a APS é uma política de estado e também agora mais que nunca, é uma política mundial. E contribuímos para subsidiar a discussão dos desafios no entendimento do Processo de Trabalho na ESF.

Estudo ocorrido em 2005, com delineamento transversal em duas regiões: região sul e nordeste (em cinco estados: RS, SC, AL, PE, PB, RN, PI), em municípios com mais de 100 mil habitantes. O MS queria ter um retrato do que estava ocorrendo no Brasil no momento em que disponibilizava recursos para investir na infra-estrutura e compra de equipamentos. E um segundo componente que era a liberação de recursos para investir na educação permanente.

Decidimos fazer um estudo comparando como estava a situação das unidades básicas tradicionais e saúde da família pensando que o investimento iria fazer a conversão do modelo das unidades tradicionais em mais unidades da ESF.

Este estudo teve uma abrangência em cinco estados RS, SC, AL, PE, PB, RN, PI, totalizando 20 municípios sul e 21 no nordeste. Foram 240 unidades básicas de saúde e 4749 trabalhadores da saúde.

Fizemos uma série de Instrumentos para coleta de dados e, para esta discussão eu utilizei três deles. Tivemos instrumentos aplicados para gestor municipal, para o coordenador de APS do município, coordenador da APS da unidade básica de saúde, cada individuo da unidade de saúde teve oportunidade de preencher um questionário individual (características demográficas, formação e círculo de trabalho), questionários para preenchimento da equipe (estrutura física,

insumos e equipamentos) e outro questionário que mostrava como estava o processo de trabalho na UBS.

Antes de aplicarmos, fizemos duas oficinas, onde tivemos a representação de um funcionário de cada unidade básica de saúde e apresentamos o projeto, objetivos, instrumentos e tivemos o apoio dos trabalhadores das unidades que foram muito importantes para os resultados que apresentarei a seguir.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Ao todo participaram 4749 profissionais, da distribuição de 1730 do sul e 3019 do nordeste, muito devido aos ACS. Ao todo foram 521 médicos 337 enfermeiros, 884 auxiliares de enfermagem e 1536 ACS, mais outros profissionais de nível superior, em torno de 400 e outros trabalhadores (recepção, vigilância, limpeza)

A maioria dos profissionais era do sexo feminino, em média possuíam 37 anos de idade e referiam trabalhar sem garantias trabalhistas.

A Saúde da família foi caracterizada com maior proporção de ACS, como já era esperado, a maioria mulheres, as profissionais mais jovens eram encontradas nesta categoria, maior precarização do vinculo trabalhista.

Cerca de 45% dos profissionais da região nordeste referiram ter algum curso de especialização na área da saúde publica ou na área da saúde coletiva. No sul, cerca de 46% dos profissionais da ESF referiram especialização nestas áreas. Enfermeiros possuem maior número de especialização que os médicos, independente do modelo.

ESTRUTURA FISICA

Encontramos unidades novas, com acesso, rampas, mas, em contraponto, encontramos unidades com dificuldade no acesso ao serviço, o que é ainda um problema muito sério.

Nas unidades de ESF há grande proporção de degraus, que dificultam acesso cerca de 50% das unidades. Além disso há ausência de rampas alternativas

adequadas em ambos os modelos. Considera-se este indicador como barreira arquitetônica (física) de acesso ao serviço.

PROCESSO DE TRABALHO

Instrumento aberto, com descrição da atividade do que fazia, como fazia, cuidados médicos, odontológicos, etc., uma seria de atividades que tem a ver com a organização da unidade.

- Recepção: uma das questões principais era em relação à escuta dos usuários. Havia uma grande queixa em relação ao preenchimento de papeis, encaminhamento para atendimento, agendamento, marcação de exames e informações sobre o funcionamento da UBS.
- Diferentes formas de organização de uma recepção. Cada unidade, não é um padrão, organizava seu serviço da maneira como fosse mais conveniente, então encontramos desde fila única por ordem de chegada, fichas ou senhas, prioridade para idosos e urgências. Geralmente para médicos havia cerca de 8 a 10 fichas para o turno.
- Era comum encontrar demanda programada comum na ESF com vinculação e com ações programadas e com dias exclusivos.

Quando a equipe descreve suas atividades na recepção a decisão da atividade sugeriu a necessita de habilidades inerentes à área de comunicação organização de arquivos e registros. São pessoas que estão na linha de frente, antes mesmo dos usuários conseguirem acesso que precisam e há a necessidade de habilidade de comunicação e também habilidade para organizar a burocracia, arquivos. A participação da enfermagem acontecia em algumas unidades básicas e na saúde da família há, além destes profissionais, a participação dos ACS. Em algumas unidades do nordeste os ACS eram detentores de fichas e eram eles quem decidiam quais pessoas iriam ou não consultar.

CUIDADO MEDICO

Independente do modelo de atenção, o cuidado ainda estava centrado em atendimentos individuais e ações curativas.

 Saúde da família não superou modelo médico centrado, mas parte disso por pressão da comunidade.

Em relação ao cuidado médico, quando ele atendia sua demanda ele acabava por gerar uma necessidade de complementariedade principalmente da equipe de enfermagem. Por outro lado, quando a enfermagem fazia a triagem, ela também gera demanda para o médico, então era uma via de mão duplas. Uma alternativa seria incluir os médicos em outras atividades, como reuniões em equipes. Isso foi muito difícil, em função da própria demanda.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A inserção de enfermeiros na linha de cuidados enfrentava barreiras institucionais, principalmente por questões de disputas do que seria realmente suas funções, pela necessidade de protocolos. O papel central das equipes se davam nas responsabilidades por visitas e cuidados domiciliares, atividades extra muro (em escolas, creches e articulação com a comunidade).

A enfermagem realizava articulação do trabalho e coordenação da UBS., participando (sua equipe como um todo) nas salas de vacinas, nebulização, etc. ou seja, ações individuais, a parte burocrática de pedidos de materiais, medicamentos e produção de relatórios e organização do ambiente de trabalho.

CUIDADO ODONTOLÕGICO

Muito recente no SUS e o PROESF foi estimulador para isso. Melhor estruturado nas UBS pós implantação do PROESF. Um dos grandes empecilhos para sua implementação é a falta de auxiliares de consultório.

CUIDADOS DOMICILIARES

Maior oferta do serviço na SF. Solicitação do atendimento podia ser feito por telefone através do ACS ou diretamente na UBS.

Os profissionais relataram que os cuidados domiciliares permitiam o estabelecimento de vinculo afetivo entre profissionais.

No modelo tradicional eram raros os cuidados domiciliares, mas, em alguns casos, havia mas era conforme a disponibilidade do profissional.

Na ESF a visita domiciliar era utilizada como estratégia para busca de faltosos, ou visita a recém-nascidos e possuía enfoque educativo, preventivo, participação importante do ACS, atividade mais concentrada da enfermagem.

AÇÕES PROGRAMATICAS

Geralmente eram consultas individualizadas (saúde bucal e idosos, etc.). Atividades em grupos com ênfase para promoção da saúde. Destaque para o trabalho da equipe de enfermagem e o apoio do nutricionista quando existente.

PLANEJAMENTO E GESTAO E COORDENAÇÃO

São questões estruturantes e mostrou-se pouco estruturada, sem metas em longo prazo. As reuniões com periodicidade irregular. Não havia participação de todos os membros das equipes e limitava-se apenas a solucionar problemas. A mudança na gestão municipal é um problema pois afetava a resolutividade no trabalho.

GESTAO DA INFORMAÇAO

As equipes referiram preencher muitos documentos e estes eram encaminhados à Secretaria Municipal para alimentar vários sistemas de informação mas isso não significa um retorno da informação para a unidade de saúde.

A supervisão tinha enfoque irregular, havia dificuldade das equipes em fazer contato com a Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho local mostrou-se incipiente, efetividade foi maior em ESF, mas não havia, entre os profissionais, a importância deste espaço.

EXPERIENCIAS INOVADORAS

As equipes referiram como ações inovadoras as festas, aproximação com comunidade e Implantação do acolhimento.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE CONDIÇÕES DE TRABLAHO

Independente do modelo 85% referiu necessidade de melhores condições de trabalho. Na ESF de modo geral, referiram muita responsabilidade, muito trabalho e falta de segurança em relação ao trabalho.

Independente do modelo percebeu-se baixa auto-estima do profissional. Apenas 40% acredita ser seu trabalho útil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estruturas precárias, independente do modelo.

Poucas diferenças no processo de trabalho segundo o modelo de atenção.

Ausência de gestão da UBS tanto na informação, quanto no planejamento elas comprometiam o trabalho na saúde.

É preocupante a percepção dos profissionais sobre a utilidade de seu trabalho.

Desafios para gestores, coordenadores e profissionais da APS:

- Apoio a prática profissional;
- Melhoria da estrutura física;
- Investimento na informatização, monitoramento e avaliação das atividades;
- Necessidade que qualificar ações de supervisão e apoio a equipes;
- Organização da rede municipal;
- -Investimento no trabalho em equipe, que se mostra muito fragmentado;
 - Investir na participação da comunidade.

DEBATEDORES

Antôni Dercy Silveira Filho

Vou tentar trazer um pouco a contribuição da odontologia. Existe uma questão sobre a diferença da pratica das equipes de enfermagem, médica e odontológica que é da própria natureza das práticas. Se formos conhecer o conteúdo disciplinar destas profissões, veremos que estão permeados de conteúdos ora clínicos, ora cirúrgicos. A pratica odontológica é eminentemente cirúrgica, o que talvez seja um dos grandes dilemas de nossa pratica. Nossa titulação é cirurgião-dentista.

Nós temos esta formação que é muito próxima do cirurgião. A partir dessa diferença básica, existe muita diferença da nossa atenção. O que vemos como resultado dessa diferença fundamental é uma pratica clinica, "fechada entre quatro paredes", cirúrgica, para a qual é imprescindível um aparato tecnológico.

Segundo aspecto que acho importante é a questão histórica da construção da prática medica e de enfermagem com a saúde bucal. Esta ultima nasce no setor publico dentro das escolas, voltadas a uma atenção odontológica.

Resultado disso é uma pratica excludente, onde o dentista não se sente compromissado com a população em geral, mas apenas com escolares (criança). Prática eminentemente "ventiladora", em virtude de não temos uma rede que nos

desse maior resolutividade na atenção, quando deparamos, num processo de decisão de preservar uma estrutura dentaria, a melhor alternativa para a pessoa é a extração. Ainda produzimos, como melhor escolha para pessoa, a extração dentária. Isso é um grande desafio.

Tentando entender esta população, diante do que a afeta enquanto ser social, muitas vezes eu via (com o olhar da integralidade), alguns profissionais prescrevendo para pacientes diabéticos, por exemplo, uma dieta nutricional considerada como ideal. Entretanto, quando se olha, a pessoa não tem dentes na boca. Qual a capacidade nutricional desta pessoa? O que esta pessoa irá comer? Muitas vezes ela comerá carboidratos, que possui, em sua grande maioria, quantidade de sal maior que a recomendada como saudável. A partir da boca eu assumo uma dimensão importante se articularmos a discussão com outros profissionais. Temos então que avançar numa perspectiva integral.

Outra questão é que existe uma questão de base na complexidade que é entender a odontologia na APS, que é a cisão dentro da Saúde Coletiva. A saúde bucal coletiva se constituiu como área de saber estrita dissociada da Saúde Coletiva. Acaba construindo conteúdos de saberes com enfoque na saúde bucal, ao ponto de priorizar ações de promoção com enfoque apenas na saúde bucal.

Vale lembrar também que, a base da racionalidade da saúde coletiva, com enfoque na saúde bucal deveria dialogar com os demais profissionais. Vê-se isso na atenção a criança em que muitas vezes o dentista restringe a ingestão de doces e o generalista ou pediatra, faz uma dieta contraria ao que o dentista orientou e a família não sabe o que faz. Outra distorção grave é a questão do compromisso dos profissionais de saúde bucal com a saúde de toda população. O que se vê é uma insistência a atenção de saúde bucal a crianças, escolares. Vemos ainda uma educação em saúde tradicionalmente feita por palestras, pouco emancipatória, que não garante a autonomia dos sujeitos sobre suas decisões em saúde bucal.

Como quarto aspecto, vemos uma desvinculação das equipes de saúde bucal. Tinha às vezes equipes de saúde bucal responsável por 11.000 pessoas, o

que dificultou muito o planejamento e acirrou as dificuldades de acesso às equipes odontologia. Isso distanciou as praticas dos saberes da saúde bucal das práticas medicas e de enfermagem.

Quinto aspecto seria a insuficiência da produção de conhecimentos da produção epidemiológica do território que avance nas perspectivas das doenças que inclua a saúde bucal. O resultado que temos é uma saúde bucal muito forte, mas que dialoga pouco com a equipe médica e também a equipe de enfermagem e que produz muitos conhecimentos em que uma área agregaria valor a outra. Isso traz um distanciamento enorme nas discussões sobre a produção dos atos em saúde.

O grande desafio que aqui coloco é a construção de linhas de cuidados integrais que entendam a equipe multidisciplinar como produção de algo novo aonde as profissões da saúde venham a contribuir na dimensão do cuidado. Além disso a questão da unificação do acesso, como questão prioritária da saúde bucal na APS; a compatibilização dos territórios; e abordagem sistêmica e integrada.

EMIKO

A ABEN é uma entidade cientifico cultural e política e a parte cientifica é a parte que conecta com a rede. A ABEN, apesar de parecer paradoxal, coloca a enfermagem no âmbito do trabalho em saúde multiprofissional. A enfermagem em si já lida com diferentes profissões, como os técnicos e auxiliares de enfermagem, todos presentes na ESF. Até recentemente, tínhamos Atendentes de Enfermagem, que eram pessoas leigas, as quais lutamos muito para que se capacitassem e hoje são auxiliares de enfermagem.

Divido os questionamentos aqui em três partes.

Primeira questão

O trabalho em equipe multidisciplinar na APS na pratica lida com olhares, ou visões de mundo através de diferentes objetos. Dificilmente há a preocupação da equipe de saúde da família em consensuar isso. A primeira questão que eu gostaria de debater é essa: Somos trabalhadores diferentes e mesmo que fôssemos da

mesma profissão não debatemos como trabalhar com o grupo social que ali está sob nossa responsabilidade para intervimos no processo saúde-doença.

Segunda questão

Como fazer com que as equipes escolham instrumentos para intervir no objeto com sinergia, tendo como conseqüência melhor adesão ao projeto terapêutico.

Terceira questão

Quais são os instrumentos mais férteis para as equipes reconhecerem as necessidades de saúde nos grupos sociais e enfrentar as vulnerabilidades e conseguir avaliar os resultados da intervenção das equipes. Existem necessidades de instrumentos específicos para profissões diferentes? Podem ser gerais?

Como conseguir instrumentos mais férteis para isso?

Pergunta para Elaine – no processo de trabalho da enfermagem particularmente do enfermeiro, havia uma base teórica e metodológica para intervenção de enfermagem? Deveria haver sistematização da enfermagem? Você encontrou base teórica para acontecer esta sistematização?

GISELE NADER- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

O processo de trabalho as equipes multidisciplinares em APS. Neste sentido a ABRASCO lançou em 2009, na Revista de Saúde Coletiva, "Os desafios da operacionalidade no PSF". Dentro deste suplemento há diversos artigos de enfermeiros, psicólogos, residência médica, saúde bucal. E a maior parte deles trata e cita o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como meio de inserção de profissionais na APS. Em 2008 nós tínhamos 3 NASF, hoje já temos em torno de 1250 núcleos.

Dentro deste contexto questiono quais são as estratégias que devem ser adotadas para termos sustentabilidade destas políticas assim como de outras políticas. Ainda dentro do NASF, gostaria de fazer um questionamento em relação a escolha dos profissionais e realidades locais. Há alguns meses participei de uma discussão com o pessoal da nutrição e a colocação era a seguinte: a permanência de sobrepeso e obesidade. Precisamos de nutricionistas na APS e vamos fazer isso de forma matricial e vamos propor que todo NASF tenha um nutricionista.

Focando no programa de ACS, estou orientando uma aluna de doutorado que faz uma revisão sistemática sobre o trabalho dos ACS e ela verificou que a maior parte dos artigos foca na saúde materno-infantil do trabalhador, seguindo alguns artigos com doenças infecciosas e como prioridade ainda estão as doenças crônicas. Considerando que em 2025 o Brasil ocupará a 6ª posição em número de idosos e que não há serviços estruturados para receber este contingente de idosos, com doenças crônicas, gostaria de saber da mesa se há alguma estratégia que vocês vêem sobre inserção do ACS e como trabalhar em equipe com eles.

Para Elaine, gostaria de perguntar se após estes dados se não há garantias trabalhistas para os profissionais de saúde que estão insatisfeitos, com baixa autoestima, se vocês estudaram e possuem algum dado em reação a saúde mental dos trabalhadores.

E para Luis Fernando, há em virtude dos 15% apresentados em relação a necessidade de mudança individual, como fazer com que haja esta mudança com os profissionais médicos para que façam este trabalho em equipe?

LUIZ FACCHINI

Nosso desafio é como organizar um novo processo de trabalho na APS considerando saúde da família como nosso modelo reorganizador das redes de atenção a saúde ou substitutivo da APS. Alguns textos levantam questões como, por exemplo, não apenas trabalhar questões burocráticas em serviços de base populacional e territorial, mas avançar nisso de forma que, a população cadastrada seja reconhecida e que se possa classificá-la de maneira que se possa conhecer o perfil da demanda potencializada dos serviços que seja capaz de fazer uma gestão desta população territorializada a partir de suas características epidemiológicas e dos profissionais de saúde. Há alguma expectativa para se superar este processo de trabalho mais tradicional.

Onde a APS para o MS estará daqui 5 anos e onde, dentro do SUS estará de fato a APS?

CARLILE

Gostaria que a mesa falasse um pouco sobre a questão da satisfação dos profissionais. Há pesquisas que indiquem como melhorar a satisfação dos profissionais?

RESPOSTAS AOS QUESTIONAMENTOS

LUIZ FERNANDO

Quero começar com o questionamento de onde estará a APS. Sempre defendi que se tivesse uma secretaria, é uma discussão importante. O tema de coordenar a rede com pensando-se no processo que é hospitalar não nos levara a lugar algum. Dentro da estrutura burocrática proposta hoje, creio que seria um avanço enorme.

Com relação ao processo de trabalho, não se pode permitir que cada um faça como quiser definir. Não é possível que cada equipe defina suas ações em hipertensão por exemplo. Mas pode ser que abordar a violência doméstica seja de forma diferente, por questões de local de vivência. Creio que não tem solução, mas é possível normatizar a capacidade de adaptar cada equipe com limites para não se entrar no caos.

Com relação a discussão dos agentes, me preocupo muito, principalmente após ver a experiência da América do sul. Precisamos recriar o trabalho do ACS, adaptando-o à medida que for mudando sua realidade no território local, pois a realidade do território muda.

Facchine colocou a superação do modelo do trabalho. Fazendo gestão criativa, ou seja que os gestores locais sejam criativos e tenham flexibilidade.

Mudanças individuais, como fazê-las? O papel da organização no processo, tem um estudo canadense que fala que se o pessoal da portaria tirar o sapato do paciente diabético ele tem cinco vezes mais chance de ter o pé dele examinado pelo médico. O fato de tirar o sapato pode gerar uma avaliação médica.

Por ultimo, a política de humanização e acolhimento com classificação de risco. Nesta discussão, temos que ter cuidado, para que a ferramenta não fique maior que o processo em si. Muitas vezes vemos as pessoas falarem do acolhimento como modelo um de organização e atenção. Eu o vejo como uma ferramenta, não como modelo. Outro ponto é como fazer a leitura do que está escrito, pois a maioria das unidades o que vemos escrito é que se faz acolhimento, no entanto o que se faz é uma triagem.

Para finalizar, a questão do caminho para melhorar satisfação dos profissionais. Eu vejo que o principal papel do gestor é diminuir a tensão das equipes. É oferecer boa estrutura e criar vínculo. Isso poderá gerar melhor satisfação e valorização. Se o gestor conseguir fazer a redução deste processo, será um grande avanço e, a partir daí mostrar que a APS não é uma APS para pobre. A classe média quer plano de saúde. Por isso se tem que melhorar a satisfação, minimamente com salários melhores.

ELAINE

Em relação a satisfação dos profissionais, além do que o Fernando destaca, de melhorar a infra estrutura, acredito que uma das tendências é os gestores apontarem os erros das equipes, há uma valorização do que não está bem. Dificilmente gestores elogiam os "pequenos" acertos. A tendência de reforçar o que é erro e não o positivo. Além disso, as equipes estão muito abandonadas nas pontas, diferentemente dos hospitais em que se concentram todos os setores em um mesmo edifício, na APS há a dificuldade de se aproximar as unidades da própria gestão. As equipes não têm infra-estrutura para gerar suas próprias informações, mas se preenche papéis e não se tem retorno destas informações. Talvez isso pudesse melhorar um pouco a satisfação.

Tem sempre a angustia em relação a permanência no trabalho.

Acolhimento e triagem, há confusão nestes dois conceitos. Quando alguém procura por atendimento, com certeza ela se encontra naquele momento com algum acometimento e a primeira pessoa que ela vê é quem está na recepção. Esta pessoa é determinante no acesso do usuário, é quem define se o usuário entra passa da porta de entrada para o serviço. Nosso instrumento tinha um questionamento relacionado a problema mental. Dentre os trabalhadores, a prevalência maior era nos recepcionistas e nos ACS, que são as pessoas que estão diretamente recebendo toda carga de demanda da população. Temos falado muito nos profissionais de nível superior, mas temos que prestar atenção nos trabalhadores que dão suporte e apoio para o trabalho destes profissionais de nível

superior. Não podemos esquecer que uma das sugestões do trabalho que apresentei é o investimento na qualificação do trabalho das pessoas que ficam na recepção, isso precisa ser melhorado com urgência.

Com relação a pergunta da professora Emiko, creio que a enfermagem ainda não tem clareza de seu objeto de trabalho na APS. Ainda está muito voltado para questões mais fáceis, que é atender indivíduos vinculados a ações programáticas (mulheres, crianças) e não é possível identificar um marco teórico no processo de trabalho da enfermagem nas unidades. O que se observa é que são trabalhadores sobrecarregados, que tentam organizar seus trabalhados, mas ao mesmo tempo em que tentam organizar isso eles são absorvidos pela demanda e não conseguem parar para estruturar suas ações e pensar no que seria necessidade da comunidade, nem ouvir o que a comunidade sente como necessidade. Não sei se isso é um problema na formação dos enfermeiros, pois na graduação ainda estamos muito centrados nas doenças dos indivíduos.

Em relação às competências, se são as mesmas, independente da realidade, e como adequá-las às realidades, talvez as habilidades fossem diferentes. Acredito que as competências são as mesmas, entretanto, tem que se adequar à realidade e é aí que está a dificuldade.

Para organizar um novo processo de trabalho na APS creio que temos que investir muito as equipes para instrumentalizá-las para trabalhar no planejamento. É muito difícil as equipes trabalharem apenas com a demanda, assim, é necessário se planejar as ações em longo prazo.

ANTÔNI DERCY SILVEIRA FILHO (SMS /Curitiba)

Quero comentar sobre as ferramentas de gestão da clínica e nós não fazemos esta gestão sem ter vigilância em saúde, territorial, investigação de população de risco.

Em relação à saúde mental, hoje, estas questões afloram e teremos que enfrentar este tema na APS. Como repensar nossos modos de fazer saúde dizendo que uma pessoa não pode receber consulta todos os meses porque ela é classificada de baixo risco? Temos que repensar tudo isso.

EMIKO – experiências

Quero apenas comentar sobre as experiências exitosas que temos.

A equipe não consegue enxergar o produto de seu trabalho muitas vezes.

O exemplo da unidade básica de saúde de Curitiba é um exemplo exitoso. A rede de atenção da SMS tem implantado prontuário eletrônico e unificado. Todas as pessoas atendidas têm seus dados e podem mudar de unidade que poderão ter seus dados acessados por outro profissional.

A CIPESC no Brasil é um modelo de sistema classificatório que atenta para fenômenos da saúde coletiva e que os diagnósticos de enfermagem podem ser suas ações passadas para o prontuário eletrônico. Isso está implantado em Curitiba e é uma experiência muito exitosa.

GISELE

Em Porto Alegre estamos com uma experiência também muito exitosa que e a construção de um distrito de Saúde em uma área de vulnerabilidade. Entrevistamos 1750 domicílios e se constitui uma rede da ESF.

CLAUNARA

Apresenta algumas publicações do departamento de Atenção Básica e também um resumo sobre sua trajetória no DAB durante sua gestão e encerra o evento.