

O Programa “Viva Mulher”: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama

Sérgio Martins Bicalho¹

José Lucas Magalhães Aleixo²

¹ Médico ginecologista,
coordenador estadual do
Programa “Viva Mulher”
em Minas Gerais

² Médico sanitário, professor
licenciado da Escola de
Saúde Pública de Minas
Gerais e coordenador
técnico do Núcleo de
Capacitação e Assessoria
em Saúde da Família
(Nucasf/ESP-MG)

Endereço para correspondência:

Escola de Saúde Pública
de Minas Gerais
Avenida Augusto de Lima,
2.061, Belo Horizonte/MG
CEP 30190-002
nucasf@esp.mg.gov.br

Resumo

O artigo apresenta o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama – Programa “Viva Mulher” – e o projeto de capacitação de recursos humanos elaborado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), para atender à implementação do Programa em Minas Gerais.

Palavras-chave

Câncer de colo uterino; câncer de mama; prevenção; Programa “Viva Mulher”; Programa de Saúde da Família; projeto de capacitação

Summary

This article represents a preliminary exposition about the development of the National Program for Cervic-Uterine and Breast Cancer Control (“Viva Mulher” Program) in the State of Minas Gerais, Brazil, and its intensification during 2001, under a cooperation with the Minas Gerais School of Public Health, through the “Basic Course for Prevention of Uterine and Breast Cancer”, which was largely applied.

Key-words

Cervic-uterine cancer; breast cancer; prevention; “Viva Mulher” Program; Family Health Program; qualifying project



A problemática do câncer na mulher

O Ministério da Saúde (MS), através do Instituto Nacional do Câncer (Inca), estimava, para o ano 2000, a incidência de 284.205 casos novos de câncer no Brasil e 113.959 óbitos. Entre as mulheres, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar em incidência e mortalidade, respectivamente com 28.340 novos casos e 8.245 mortes previstas naquele ano. O câncer de colo de útero detém o terceiro lugar em incidência e o quarto lugar em mortalidade, respectivamente com 17.251 casos novos e 3.606 mortes em 2000.

Por si, os números dimensionam bem a gravidade do problema, principalmente se levarmos em conta a disponibilidade de recursos e meios técnicos, com boa relação custo-benefício, para a assistência e o controle do câncer na mulher.

Antes tarde do que nunca, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer decidiram enfrentar a questão, criando o Programa “Viva Mulher”, com o objetivo de intensificar o controle do câncer de colo uterino e de mama.

Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama: “Viva Mulher”

Em 1997, o MS e o Inca iniciaram um projeto-piloto de controle do câncer uterino a partir de Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e em todo Estado de Sergipe. No ano seguinte, implantou-se o Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo Uterino (Siscolo), importante instrumento de avaliação e planejamento. No mesmo período, o Programa foi estendido a todo o País, pela primeira vez incluindo o Estado de Minas Gerais. Desde então, a Coordenação Estadual do Programa vem

implementando ações de prevenção secundária, com importante proposta de intensificação no decorrer de 2001.

Em termos de prevenção primária, o enfoque do Programa concentra-se no controle das doenças sexualmente transmissíveis, importante fator de risco para o câncer de colo, numa perspectiva de participação intersetorial. Em termos de prevenção secundária, concentra-se na realização periódica do exame citopatológico (Papanicolaou), sob a responsabilidade direta do “Viva Mulher”. Para o tratamento específico, propõe-se a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial sediado nos municípios, a fim de assegurar acessibilidade ao sistema.

Já as ações de controle do câncer de mama, intensificadas no ano 2000, estão direcionadas para a prevenção secundária, por meio do auto-exame das mamas (AEM), do exame clínico das mamas (ECM) e da mamografia.

Para intervir sobre uma problemática dessa magnitude, com a perspectiva de estender a cobertura, gradualmente, a 100% da clientela-alvo, a sensibilização e a capacitação em escala de profissionais de saúde insere-se como condição necessária para o sucesso do intento. É neste ponto que a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) é chamada a prestar sua colaboração, traduzindo as necessidades de capacitação de recursos humanos do Programa em um projeto educacional específico para os seus objetivos.

O Projeto de Capacitação de Recursos Humanos para o Programa “Viva Mulher” em Minas Gerais

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais elaborou, no início de 2001, um projeto pedagógico específico para a capacitação de profissionais

de saúde necessários ao desenvolvimento do Programa “Viva Mulher”. Para tanto, estabeleceu com a Coordenação Estadual do Programa as bases programáticas das atividades educacionais teóricas e práticas, selecionou e organizou os temas abordados, propôs critérios e regulamentos para avaliação de ensino e certificação oficial.

A clientela-alvo foi determinada priorizando-se municípios estratégicos

e profissionais de atenção básica ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF), conjugando-se critérios de impacto e extensão de cobertura. Além disso, adotou-se metodologia que permitisse a formação de multiplicadores e a descentralização do projeto educacional.

Segue um resumo da proposta de capacitação elaborada pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Capacitação integrada em Atenção Básica da Saúde

Curso Básico para Prevenção de Câncer Uterino e de Mama

Promoção:

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG/Funed) – Núcleo de Capacitação e Assessoria em Saúde da Família (Nucasf)

Apoio: Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional do Câncer (Inca)

Coordenação geral: SES/MG

Coordenação didática: ESP-MG/Nucasf

Material instrucional: Inca e ESP-MG/Nucasf

Clientela-alvo: Equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Programa de Saúde da Família (PSF)

Objetivo geral:

- Capacitar médicos e enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde para realizar a coleta do exame de Papanicolaou, para realizar o exame clínico de mama e para proceder às condutas básicas e aos encaminhamentos necessários, segundo protocolos do Ministério da Saúde.

Objetivos específicos:

- Capacitar monitores para multiplicação do Curso Básico nos níveis regional e municipal;
- Estabelecer a coleta do exame de Papanicolaou de maneira rotineira e sistematizada, a fim de atingir a meta anual de exames, correspondente a 10% do total de mulheres adscritas à UBS;
- Estabelecer, de maneira rotineira e sistematizada, o exame clínico de mamas por médicos e enfermeiros das UBS, além da adequada orientação das usuárias para a realização do auto-exame mensalmente;
- Estabelecer, junto aos agentes comunitários de saúde, um plano de informação e sensibilização da população sobre a prevenção do câncer uterino e de mama;

- Estabelecer, junto aos agentes comunitários de saúde, um plano de vigilância continuada para a prevenção do câncer uterino e de mama.

Metodologia: Curso teórico-prático com utilização de pedagogia problematizadora e estágios práticos em ambulatórios especializados ou unidades básicas.

Locais de realização:

- Capacitação de multiplicadores: Níveis central (Belo Horizonte), regional ou município-pólo
- Capacitação de equipes básicas: Nível municipal

Duração:

- Capacitação de multiplicadores regionais e em municípios-pólo = 28 horas
- Capacitação de multiplicadores no nível municipal = 20 horas
- Capacitação das equipes de UBS = 20 horas
- Treinamento dos agentes comunitários de saúde = 8 horas

Programação e operacionalização:

- Capacitação de multiplicadores
- Capacitação das equipes locais do PSF
- Treinamento de agentes comunitários de saúde

Regulamentação:

Normas de Funcionamento, Critérios de Avaliação e Certificação



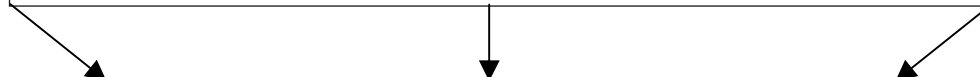
Médicos e enfermeiros participam de curso na ESP-MG sobre exame clínico das mamas e coleta de material para o Papanicolaou: multiplicação do conhecimento

Estratégia de Multiplicação

Capacitação de coordenador/multiplicador regional ou município-pólo

(Treinamento no nível central)

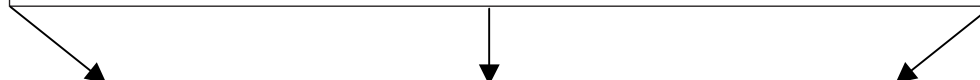
DRS 1	DRS 2	DRS 3	DRS 4	DRS 5	DRS 6
Treinamento programado para nível central em Belo Horizonte					



Capacitação de coordenadores/multiplicadores municipais

(Treinamento no nível regional)

DRS A					
Município A	Município B	Município C	Município D	Município E	Município F
Treinamento programado preferencialmente para nível regional ou, excepcionalmente, para nível central, em Belo Horizonte					



Curso Básico para Prevenção de Câncer Uterino e Mama

(Treinamento da equipes no nível local)

Município A					
Equipe PSF A	Equipe PSF B	Equipe PSF C	Equipe PSF D	Equipe PSF E	Equipe PSF F
Treinamento programado preferencialmente para nível local ou, excepcionalmente, para nível regional (DRS) ou central, em BH					

Equipe PSF => Treinamento dos agentes comunitários de Saúde (ACS)

ACS 1	ACS 2	ACS 3	ACS 4	ACS 5	ACS 6
Treinamento programado para nível local					

Curso Básico para Prevenção de Câncer Uterino e de Mama

Conteúdo Programático

NÍVEL III: Capacitação de coordenador/ multiplicador regional	NÍVEL II: Capacitação de coordenador/ multiplicador municipal	NÍVEL I: Capacitação das equipes de Unidades Básicas de Saúde	NÍVEL ACS: Treinamento dos agentes comunitários de saúde
Primeiro período: (4 horas)			
Situação do Câncer de Colo Uterino em MG	Situação do Câncer de Colo Uterino em MG	Situação do Câncer de Colo Uterino em MG	Situação do Câncer de Colo Uterino em MG
Apresentação do Programa “Viva Mulher”	Apresentação do Programa “Viva Mulher”	Apresentação do Programa “Viva Mulher”	Apresentação do Programa “Viva Mulher”
Discussão de caso-problema	Discussão de caso-problema	Discussão de caso-problema	Câncer de Colo (vídeo) e história natural
Câncer de Colo (vídeo)	Câncer de Colo (vídeo)	Câncer de Colo (vídeo)	
Segundo período: (4 horas)			
Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática	Câncer de Mama: história natural e auto-exame (vídeo)
Terceiro período: (4 horas)			
Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática	Siscolo
Quarto período: (4 horas)			Mobilização social
Câncer de Mama: história natural	Câncer de Mama: história natural	Câncer de Mama: história natural	Estratégias de Vigilância à Saúde
Auto-exame de mama (vídeo)	Auto-exame de mama (vídeo)	Auto-exame de mama (vídeo)	T = 08 HORAS
Câncer de Colo Uterino: história natural	Câncer de Colo Uterino: história natural	Câncer de Colo Uterino: história natural	Nível municipal e ambulatorios básicos
Legislação (atribuições legais de cada profissional de saúde)	Legislação (atribuições legais de cada profissional de saúde)	Legislação (atribuições legais de cada profissional de saúde)	
Quinto período: (4 horas)			
Atividade Prática	Sistema de Avaliação do Programa (Siscolo)	Sistema de Avaliação do Programa (Siscolo)	
Sexto período: (4 h)	Infra-estrutura nas UBS	Infra-estrutura nas UBS	
Sistema de Avaliação do Programa (Siscolo)	Estratégias para multiplicação do curso	Estratégias para multiplicação do curso	
Infra-estrutura para o exame nas UBS	Estratégias de mobilização social	Estratégias de mobilização social	
Estratégias para multiplicação do Curso	T = 20 HORAS	T = 20 HORAS	
Estratégias de mobilização social	Nível municipal e ambulatorios básicos	Nível municipal e ambulatorios básicos	
Sétimo período: (4h)			
Atividade Prática e Encerramento			
T = 28 HORAS			

Avaliação preliminar e perspectivas do Programa “Viva Mulher” e do Projeto de Capacitação de Recursos Humanos em Minas Gerais

No decorrer de 2001, o Programa de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama intensificou a capacitação específica para o exame preventivo de Papanicolaou e para o exame de mama, dando prioridade ao treinamento de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), em municípios com cobertura inferior a 70% de exames preventivos e com população superior a 10.000 habitantes.

De acordo com a estratégia de descentralização, foram capacitados, em 12 cursos, os primeiros grupos de multiplicadores, totalizando 101 médicos e enfermeiros. Nessa primeira eta-

pa, contemplamos 66 municípios mineiros, distribuídos em 13 Diretorias Regionais de Saúde.

Complementarmente, dentro da estratégia de informação e sensibilização de gestores regionais e municipais para o Programa “Viva Mulher”, foram realizados dois seminários em Belo Horizonte, nos meses de abril e agosto de 2001, contando com a participação de 250 representantes municipais.

Para o ano de 2002, além de realizarmos mais uma campanha de intensificação, de âmbito nacional, concentrada no primeiro semestre, esperamos ainda ser possível formar igual número de multiplicadores e implementar os cursos descentralizados, nos níveis regional e municipal em Minas Gerais.

Referências bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Viva Mulher; Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer/Pro-Onco, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer/Conprev, 2001.

A Profissionalização do Técnico em Higiene Dental (THD) em Minas Gerais por meio do Currículo Integrado

Eliana Maria de Oliveira Sá¹

Rita Amélia Teixeira Vilela²

Resumo

Este texto foi construído a partir da nossa dissertação de Mestrado em Educação, defendida em 2000, na PUC Minas, intitulada “Quando o currículo faz a diferença... O Currículo Integrado na formação em serviço do Técnico em Higiene Dental (THD)”. Seu propósito era entender um modelo de formação profissional desenvolvido com base na experiência pedagógica denominada Currículo Integrado. Neste texto, situamos a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais/Centro Formador como responsável pela profissionalização do THD em Minas Gerais e apresentamos, de forma resumida, a análise que realizamos da proposta curricular em ação, estabelecendo uma interlocução com o modelo teórico de Currículo Integrado de Basil Bernstein.

Palavras-chave

Currículo em ação; Currículo Integrado; formação em serviço; Técnico em Higiene Dental; Basil Bernstein

Summary

This article is based on the authors' research to obtain the Masters Degree in Education, at the Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, in 2000. It intends to investigate the pedagogical relations established on the Preparation Course for Dental Hygiene Technicians, developed by the Minas Gerais School of Public Health, which applies the ideas of teaching-service integration. The authors analyse its curriculum, compared to the Basil Bernstein's educational codes. The results indicate this curriculum helps with a wide professional formation, qualifying the technicians and providing them a critical view of the cultural and social situation of their profession, stimulating them to work at the local organization of the oral health services.

Key-words

Curriculum; teaching-service integration; Dental Hygiene Technician; Basil Bernstein

¹ Odontóloga, mestre em Educação, professora do Centro Formador da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG)

² Pedagoga, doutora em Educação, coordenadora do Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

Endereço para correspondência:

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
Avenida Augusto de Lima,
2.061, Belo Horizonte/MG
CEP 30190-002
eliana@esp.mg.gov.br



Introdução

As Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) são entidades governamentais que atuam no âmbito setorial e têm como função principal promover a profissionalização dos trabalhadores nele inseridos ou em vias de inserção.

Atualmente, o País conta com 27 Escolas Técnicas/Centros Formadores em 18 Estados da Federação. Em Minas Gerais, existem três Escolas de Formação Técnica: no Norte de Minas, no Vale do Aço e em Belo Horizonte, vinculada à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). Há, ainda, um Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde (CFRHS), funcionando na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, em Belo Horizonte (Torrez, 1994).

De acordo com seu regimento escolar, o CFRHS é concebido como um estabelecimento de ensino oficial do SUS, destinado a preparar profissionalmente, por meio de cursos supletivos e de qualificação profissional, pessoal de níveis fundamental e médio para o desempenho de atividades específicas do setor de saúde. O corpo docente da ESP-MG/CFRHS é constituído de pessoal legalmente habilitado, segundo as normas do Sistema Estadual de Ensino. Prioritariamente, os docentes do curso são profissionais que atuam na rede de serviço do SUS, observada a legislação vigente. O corpo discente é constituído, prioritariamente, por pessoal já engajado na força de trabalho do SUS (Minas Gerais, 1996).

As diretrizes de Saúde Bucal do SUS enfatizam o controle das doenças bucais por meio de ações coletivas e individuais, bem como do trabalho em equipe. As razões epidemiológicas, somadas às necessidades de racionalização da assistência em saúde bucal à população, também respaldam o investimento na formação dos profissionais dessa equipe.

O Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde (CFRHS) fez a opção pela formação em serviço do

Técnico em Higiene Dental (THD), adotando o Currículo Integrado. Essa escolha aponta para uma concepção educacional que busca resgatar, para os trabalhadores de saúde, o conceito e a prática da cidadania, permitindo a reflexão, a crítica e o domínio do conhecimento indispensáveis à reformulação de sua prática profissional (Brasil, 1994).

Os cursos são organizados alternando períodos de *Concentração* e *Dispersão*, observada a metodologia de integração ensino-serviço.

A *Concentração* refere-se ao momento do curso destinado ao desenvolvimento de conteúdos. Todos os alunos encontram-se juntos (concentrados) no “Centro Formador”, que foi descentralizado para um município-sede. Os períodos de Concentração se caracterizam como momentos de reflexão e teorização sobre a prática profissional. São considerados como momentos de reconstrução teórica de formas, princípios mais elaborados e científicos, que buscam instrumentalizar e explicitar a prática profissional.

Sob a orientação direta do instrutor, um cirurgião-dentista da rede básica do SUS, capacitado técnica e pedagogicamente, os alunos desenvolvem atividades programadas no Guia Curricular (Brasil, 1994). São discutidas as questões referentes à sua prática cotidiana, bem como se desenvolvem novos conhecimentos e habilidades que objetivam preparar os alunos para uma ação profissional diferente.

A *Dispersão* é o momento do curso destinado ao desenvolvimento das habilidades práticas. Os alunos estão distribuídos (dispersos) em diferentes unidades de atendimento do SUS, como centros de saúde ou policlínicas dos seus municípios de origem, onde já trabalham integrados formalmente ao sistema de saúde e, normalmente, próximos do município-sede onde ocorre a Concentração.

Na Dispersão, há orientação, acompanhamento e registro sistemático

do desenvolvimento do educando. Essa etapa visa a favorecer a reflexão de cada aluno no universo das funções para as quais se está habilitando. É na Dispersão que ocorre uma nova sistematização dos conhecimentos e a sua consolidação. Esse momento tem lugar após cada período de Concentração ou paralelamente a ele.

O instrutor da Dispersão é o dentista que trabalha na unidade de saúde, na mesma equipe do aluno. Esse profissional docente também participou, previamente, de uma atualização técnica e uma sensibilização pedagógica, oferecidas pelas instituições de saúde (Secretarias Municipais).

A Figura 1 mostra o esquema de funcionamento dos municípios da Dispersão e da Concentração, com o CFRHS em Belo Horizonte.

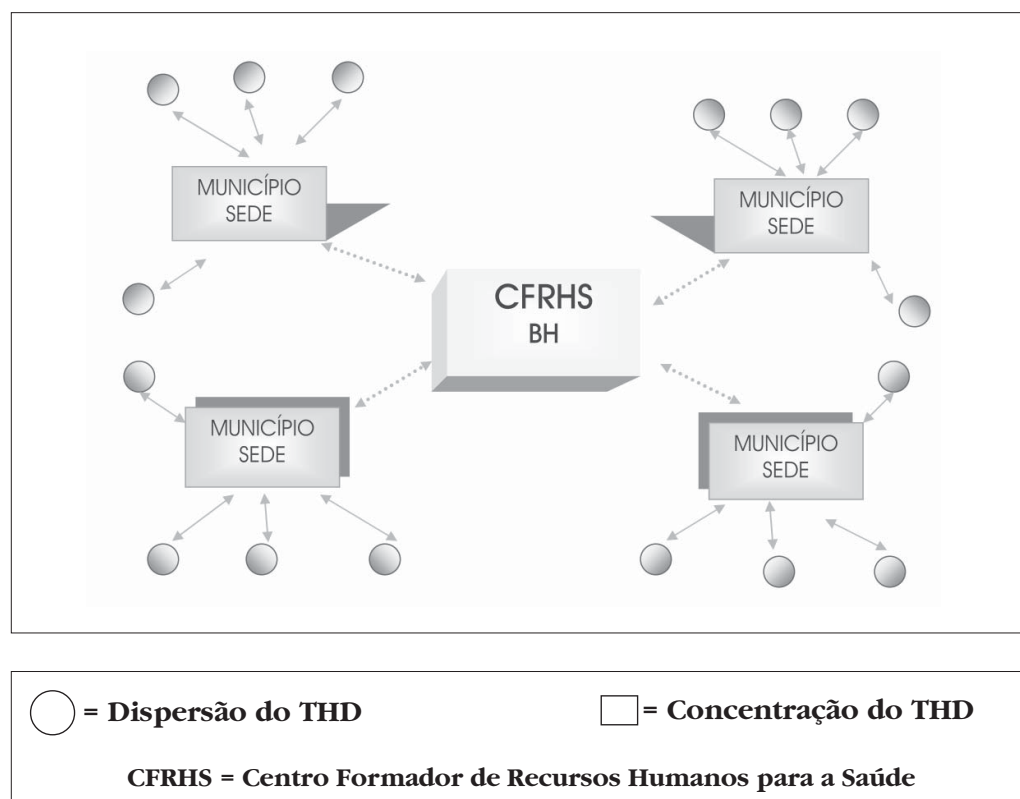
Não se distingue um momento específico de “Estágio Supervisionado”. Na estrutura proposta, a prática é avaliativa e ocorre durante todo o pro-

cesso. É contínua, relacionada com a formação teórica e técnica. **O processo não dissocia a teoria da prática.**

A avaliação considera o desempenho do aluno na Concentração e na Dispersão, fundamentando-se no domínio dos componentes teóricos e das habilidades técnicas. Preponderam os aspectos qualitativos sobre os quantitativos. Participam da avaliação todos os dentistas envolvidos no processo ensino-aprendizagem e se utilizam os conceitos apto e não-aptos para fins de aprovação, bem como o percentual mínimo de 75% de frequência às atividades. O curso tem duração de 30 semanas, sendo 12 semanas de Concentração e 18 de Dispersão.

Os cursos estão autorizados a funcionar com sedes descentralizadas em 18 Secretarias Municipais de Saúde. São elas: Araçuaí, Belo Horizonte, Bom Despacho, Brasília de Minas, Carmo do Paranaíba, Coromandel, Curvelo, Francisco Sá, Itabira, Juiz de Fora, Minas

Figura 1
Formação do THD em serviço



Novas, Nazareno, Paracatu, Patrocínio, Ponte Nova, Pouso Alegre, Santo Antônio do Monte e Várzea da Palma. O mapa da Figura 2 permite visualizar a distribuição desses municípios no Estado de Minas Gerais.

Dos municípios autorizados pelo Conselho Estadual de Educação a oferecer o curso de formação em serviço do THD, 12 já abriram turmas e concluíram o processo. O quadro da Figura 3 foi montado a partir dos dados disponíveis na ESP-MG/CFRHS e mostra a abrangência do processo de formação em serviço por meio do Currículo Integrado, em Minas Gerais.

A formação em serviço do THD é uma estratégia que, ao mesmo tempo em que possibilita ao aluno aprender a partir dos problemas demandados pela realidade, utiliza-se deles e os transforma, contribuindo para a melhoria da qualidade desses serviços. O ambiente de trabalho, entendido como a “sala de

aula”, é um local para se aprender, mas também para se aprimorar.

A oportunidade de o aluno participar do cotidiano do serviço, suas dificuldades, seus mecanismos políticos e de poder representa um aporte pedagógico inesgotável. Pressupõe-se que a formação precede e ultrapassa o âmbito escolar. Ela continua no mundo do trabalho, mediada pelas instituições de saúde (Barbosa, 1998).

A preparação dos docentes que atuam nesse processo é responsabilidade da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Todo dentista graduado em Faculdades de Odontologia pode ser instrutor do THD. Entretanto, na rotina dos serviços do SUS, observa-se que o dentista, de uma maneira geral, não está preparado tecnicamente para assumir os desafios da prática coletiva, muito menos sensibilizado para o seu papel docente.

As contradições colocadas pela realidade dos serviços são muito grandes.

Figura 2
Municípios autorizados pelo Conselho Estadual de Educação para a formação do THD

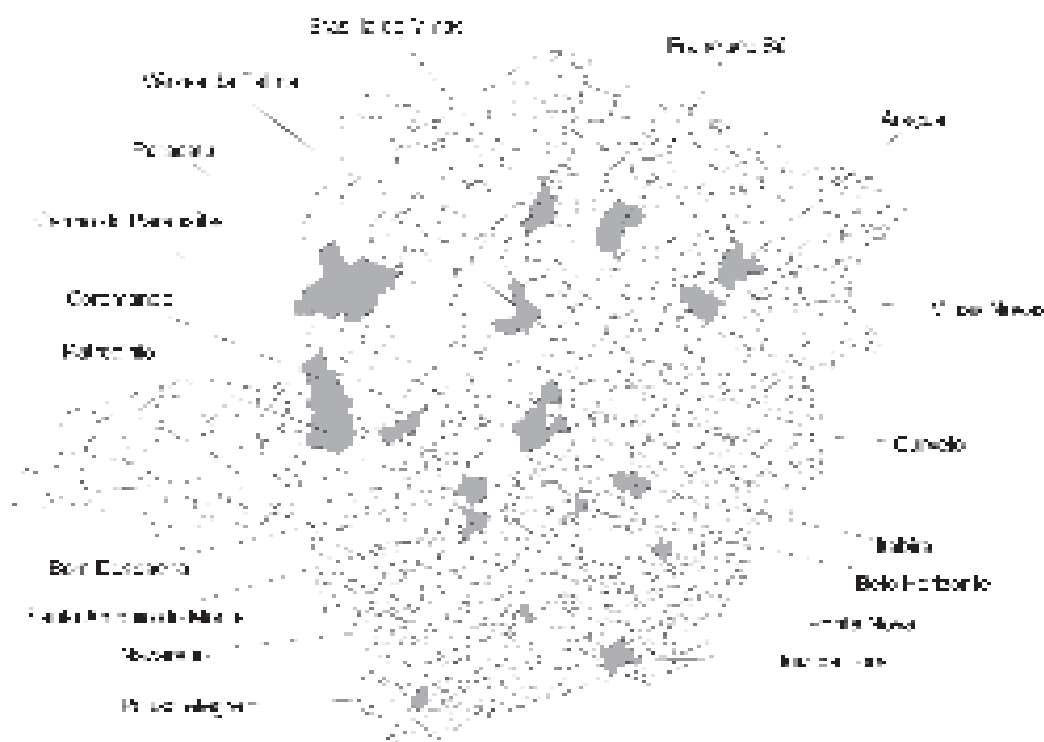


Figura 3
**Distribuição dos alunos nos cursos de THD por
município, número de matrículas e de concluintes
(1997 a 2000)**

Município-sede	Número de municípios envolvidos	Número de alunos matriculados	Número de alunos concluintes
Belo Horizonte	3	56	54
Bom Despacho	6	12	12
Brasília de Minas	11	14	14
Carmo do Paranaíba	11	25	24
Curvelo	11	14	13
Juiz de Fora	20	84	79
Nazareno	11	14	14
Paracatu	12	30	26
Patrocínio	1	6	6
Pouso Alegre	22	28	28
Santo Antônio Monte	3	7	7
Várzea da Palma	4	13	13
Total	115	303	290

Fonte: Secretaria de Ensino do CFRHS

Na maioria das vezes, os serviços de saúde e de saúde bucal, apesar de estarem relacionados administrativamente com o SUS, não se encontram organizados sob os princípios da Reforma Sanitária. Além de ser chamado, em equipe, a repensar e reorganizar esses serviços, o dentista é também desafiado a um novo papel, que não foi priorizado na sua graduação: o de formar pessoal auxiliar.

Para essa grande demanda, a operacionalização de cursos de capacitação técnica e pedagógica direcionada aos dentistas é também uma estratégia para a reorganização dos serviços de saúde bucal e a formação em serviço do THD, num contexto de redefinição do modelo assistencial. O preparo pedagógico do profissional de nível superior é, de certa forma, condição preliminar para a viabilização dos cursos de qualificação do pessoal auxiliar ao qual nos referimos neste trabalho.

Em 1996, aconteceu na ESP-MG o I Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde/Odontologia Coletiva, que capacitou 24 dentistas de municípios mineiros para reorganizar os serviços de saúde bucal e também exercer a função de docentes na composição da equipe.

Em 1997, os dentistas que participaram do curso iniciaram, no seu município de origem, a formação em serviço do THD por meio do Currículo Integrado. Esses dentistas são os responsáveis pela Concentração dos THDs e também por deflagrar, na sua região, com apoio da ESP-MG, a capacitação e sensibilização pedagógica dos dentistas que atuarão como instrutores do THD na Dispersão.

A ESP-MG e o Currículo Integrado

A motivação para empreender este estudo partiu da necessidade de

entender por que se optou pela proposta de Currículo Integrado numa experiência de qualificação profissional no setor saúde.

A qualificação dos profissionais de saúde, no Brasil, apresentava distorções relacionadas tanto ao perfil do trabalhador, muitas vezes excluído do processo educacional (sujeito sem escolaridade), como também ligadas à inadequação das propostas formadoras de recursos humanos, com currículos desvinculados do processo de trabalho e das características do trabalhador.

De um modo geral, adotavam-se metodologias condicionadoras e inculcadoras, subestimando a capacidade reflexiva do aluno, preparando-o para um exercício profissional servil e repetitivo. Aplicavam-se procedimentos de avaliação que objetivavam predominantemente a reprovação, seguindo rigidamente a carga horária, com critérios de aprovação pré-determinados, sem vinculação com o aluno, seu ritmo de aprendizagem ou a relevância dos conhecimentos frente à sua prática social (Torrez, 1994).

A ação educativa, exatamente por sua localização no interior de uma trama mais ampla de relações sociais, constituiria para o setor da saúde um importante terreno, no qual ações significativas poderiam ser desenvolvidas como desafio para alterar esse mapa setorial inquietante (Apple, 1989). A busca de modalidades que superassem os limites do utilitarismo, do imediatismo e do assistencialismo na formação de trabalhadores da saúde impulsionou o desenvolvimento de um processo alternativo de qualificação profissional.

O Currículo Integrado, pela própria concepção de integração trabalho-ensino, haveria que ser operado numa profunda mudança do processo pedagógico. Assim, era planejada uma série encadeada de atividades de aprendizagem que surgiam das situações do próprio serviço. A partir delas, incentivavam-se a reflexão e busca de conhecimentos que reverteriam em novas formas de ação. Cada unidade de ensino-aprendizagem

percorria o mesmo processo, variando materiais e estratégias, integrando o ensino individual e o grupal, mas sempre no mesmo sentido. A Figura 4 demonstra o esquema de funcionamento do Currículo Integrado – a metodologia da problematização.

Essa experiência de formação em serviço do THD parecia uma alternativa pedagógica viável para desencadear as mudanças que preconizava. Ainda que essa idéia fosse partilhada pelos atores envolvidos e se consolidasse numa avaliação institucional positiva, o movimento desta pesquisa teve o sentido de buscar respaldo científico para entender e explicar esse conjunto de constatações.

Buscamos estabelecer uma trama teórica que nos permitisse olhar para essa experiência com maior clareza e distanciamento. Fizemos um exercício no sentido de desvendar as articulações do Currículo Integrado com a realidade à qual se destinava. Desenvolvemos uma interlocução dos seus princípios e seus resultados¹, com os pressupostos da Teoria de Basil Bernstein sobre as relações entre a arquitetura interna do currículo e as estruturas sociais de poder e de controle.

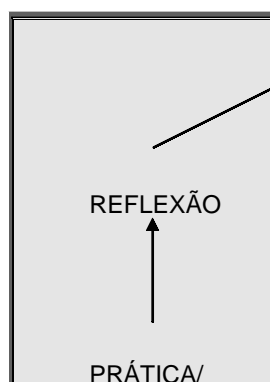
Interpretando o Currículo Integrado na formação em serviço do THD: uma interlocução com a teoria de Basil Bernstein

O termo Currículo Integrado, quando aplicado à formação do THD, não é, na sua concepção, o mesmo empregado por Basil Bernstein. O Currículo Integrado de Bernstein refere-se a uma concepção teórica, favorável a um processo não-conformador, mas ainda não-implantado plenamente em ambientes escolares. Só pode ser entendido na totalidade de sua elaboração conceitual, ocorrida na década de 1970, na Inglaterra (Forquin, 1995).

O Currículo Integrado do THD foi uma proposta construída nos serviços de saúde e para os serviços de saúde,

¹ Para tanto, tomamos como material empírico um conjunto de registros e depoimentos sobre o Currículo Integrado, elaborado pelos participantes do curso de formação do município de Carmo do Paranaíba (MG).

Figura 4
A metodologia da problematização



Fonte: Davini, 1994

regulamentada pelo setor educacional e implementada em vários Estados do Brasil. No seu modelo, é claramente enunciada uma proposta favorável à educação de profissionais comprometidos com uma prática libertadora e traduzida, concretamente, nas mudanças a serem operadas no setor de saúde. Sua base de construção não se apoiou nos trabalhos de Bernstein. Foi, portanto, nossa a motivação para submetê-lo a uma análise avaliativa ancorada na teoria de Basil Bernstein.

Interessava-nos identificar, na proposta curricular do THD, qual seria sua Classificação, seu Enquadramento e como tais categorias poderiam explicar os resultados do curso. Esperávamos que o referencial da teoria construída por Bernstein pudesse confirmar – ou não – se nosso modelo de currículo poderia atuar como elemento fundamental para romper uma concepção tradicional de formação profissional do trabalhador em saúde e promover outra, mais abrangente e mais coerente com a proposta da Reforma Sanitária.

Nossas questões foram inicialmente:

O currículo por disciplinas poderia ceder lugar ao sonho político de uma prática pedagógica libertadora?

O sonho de reinvenção da sociedade poderia ocupar o espaço escolar e

institucional para desvendar a realidade oculta pelo currículo dominante (disciplinar)?

Um currículo que se anunciava como alternativo e inovador geraria, de fato, outra prática pedagógica e resultados de aprendizagem com mais força de engajamento afetivo, técnico e político?

As dimensões gerais do Currículo Integrado

Classificação

Na formação em saúde, os currículos adotados são, normalmente, organizados com base em disciplinas, que se apresentam, muitas vezes, isoladas, estanques, justapostas de forma arbitrária e classificadas em científicas e aplicadas (Romano, 1999). O Currículo Integrado do THD organizou um conjunto de atividades pedagógicas estruturadas em unidades didáticas sequenciais, reduzindo o isolamento entre os conteúdos, usando conceitos-chave e uma forte relação ensino-serviço.

Essa integração entre o aprendizado e a prática profissional age seletivamente sobre o conhecimento de cada matéria a ser ensinada. A particularidade de cada conteúdo passa a ter reduzida significação, enfatizando-se os princípios gerais e os conceitos através dos quais tais princípios são obtidos.

Isso remete a uma preocupação menor em adquirir estados de conhecimento e maior em enfatizar como o conhecimento é criado.

Em síntese, destacam-se as várias maneiras de conhecer. Os conteúdos correspondentes a cada disciplina e que se desenvolvem ao longo de cada área curricular têm atenuada a força de suas fronteiras, ou seja, não existem limites bem definidos. Os conteúdos estabelecem uma relação aberta entre si e, portanto, sua Classificação é fraca.

Enquadramento: o contexto da transmissão do conhecimento

Na teoria de Bernstein, o princípio do Enquadramento está relacionado ao controle social que regula a comunicação, seja no processo produtivo, seja na socialização ou na comunicação pedagógica. Na comunicação pedagógica, esse princípio delimita o que se pode comunicar, quando, em que contexto e como (Etges, 1979).

A estrutura do Currículo Integrado para o THD é fraca, ou seja, há fronteiras obscuras entre o que pode ou não ser transmitido. A seleção do conteúdo, ainda que seguindo o mínimo profissionalizante exigido pela legislação educacional e expresso no Guia Curricular (Brasil, 1994), pode ser reorganizada de acordo com interesses e necessidades levantadas em cada local. Assim, é comum a inserção de seqüências e estudos complementares, ajustando-se às demandas do grupo de educandos, de educadores e às necessidades do próprio serviço.

Para Bernstein, existe uma evolução nos princípios de integração social em ação no contexto da educação escolar, que se manifesta por uma “abertura” maior em matéria pedagógica, cultural, social, organizacional, bem como espacial e arquitetural. O uso do tempo e do espaço torna-se mais maleável e a organização do trabalho, mais flexível (Forquin, 1993).

O “confinamento” da sala de aula e a definição puramente racional do espaço, com filas de cadeiras geometricamente dispostas e muitas vezes com lugares determinados, são tidos como uma expressão de algo mecanicamente organizado. Referindo-se ainda a uma organização do trabalho mais elástica, Bernstein identifica mudanças no modelo de “sala de aula”, com número de alunos constante, para o modelo de “grupos de trabalho”, com números variáveis de alunos segundo as atividades (Forquin, 1993).

Durante todo o período de formação, o THD se depara com opções diferentes relacionadas à sala de aula. É comum uma certa “transgressão de espaço”: sempre que necessário, cadeiras mudam de lugar. O espaço na sala de aula era fracamente marcado e as regras que regulam os movimentos de objetos, pessoas, práticas e comunicações, menos restritas – o que, segundo Bernstein (1996), encoraja as representações individuais.

No Currículo Integrado do THD, os conteúdos do saber escolar foram explorados, em primeiro lugar, através da experiência que os educandos adquiriram em seu meio social e no trabalho. Nas seqüências de atividades, foram convidados a expressar o que pensavam e sabiam sobre cada tema em questão. Era solicitado aos THDs que observassem, descrevessem e registrassem as condições concretas da realidade. Partia-se do pressuposto de que existiam diferenças na maneira de compreender o que aparentemente seria o mesmo contexto.

Nessa dinâmica de trabalho, reconhecemos o que Bernstein chama de um conjunto de relações que constituem as condições para a aquisição da voz pelo sujeito. Trata-se de uma parte de sua teoria sobre os códigos, suas modalidades e o processo de reprodução cultural. O que é reproduzido e como é adquirido sofre variações, resistências, contestações, oposições e lutas. Segundo o autor, essas alterações surgem das

relações estruturais entre grupos sociais. Transpondo essa teoria para a estrutura curricular integrada do THD, ocorre primeiramente a apresentação do problema. Em seguida, a expressão das percepções individuais e coletivas. No passo seguinte, o acréscimo do conhecimento já produzido e, por fim, o novo conhecimento a ser aplicado.

No Currículo Integrado do THD, era oferecida uma base para os desequilíbrios e os questionamentos necessários à ordem estabelecida. Essa tensão entre ordem e mudança favorecia o desejo e a necessidade de imprimir alterações significativas na organização local dos serviços de saúde bucal. Os contextos de aprendizagem – as seqüências de atividades, a leitura de textos, o trabalho em grupos – serviram como desencadeadores para os educandos projetarem sua imaginação e exercitarem sua curiosidade, favorecendo suas explorações no meio comunitário e no trabalho.

Segundo a terminologia de Bernstein, a Pedagogia Invisível refere-se ao uso de critérios implícitos para hierarquizar, seqüenciar e cadenciar o conhecimento. O adquirente parece preencher o espaço pedagógico, pois o foco está em seus procedimentos internos (cognitivo, lingüístico, afetivo, motivacional). Tais procedimentos são compartilhados por todos os adquirentes, embora sua realização como texto irá criar diferenças entre eles. Mas essas diferenças não são usadas como base para a comparação entre si, mas como indicação de singularidade.

As pedagogias invisíveis colocam o foco nos procedimentos ou competências que todos os adquirentes devem trazer para o contexto pedagógico. As pedagogias invisíveis estão preocupadas em organizar o contexto para possibilitar que as competências compartilhadas desenvolvam realizações adequadas aos adquirentes. Assim, no caso das pedagogias invisíveis, são produzidas, através de comunicações internas (isto é,

competências compartilhadas), diferenças externas não-comparáveis. (Bernstein, 1996, p. 104-105)

Entendemos que o Currículo Integrado para a formação do THD valeu-se de uma Pedagogia Invisível. Essa organização do conhecimento educacional para a formação do THD, envolvendo uma marcante tentativa de redução da força de Classificação e de Enquadramento, dá lugar ao chamado Código Integrado.

O Código Integrado favorece relações do tipo “horizontal” (concordância, cooperação e participação) em todos os níveis, tanto entre os alunos quanto entre os professores. Há um contínuo trabalho de equipe, com ajustamento de objetivos, conteúdos, métodos, modos de avaliação, enfim, um consenso. A explicitação e a homogeneização da base ideológica dos cursos tornam-se uma necessidade. A avaliação leva em consideração níveis mais profundos da personalidade, aptidões e atitudes gerais. A informação circula, a visibilidade social é muito grande e todos têm o direito de saber e o poder de comunicar (Forquin, 1992).

Tipologia geral do Código Integrado na formação do THD

Segundo Bernstein, podemos encontrar duas modalidades do Código Integrado. A primeira envolve um professor que dispõe de muito de tempo para estar, quase sempre, com o mesmo grupo de alunos. Esse professor opera com vários conteúdos distintos, obscurecendo as fronteiras entre eles. A outra modalidade envolve mais de um professor. Nesse caso, a integração se torna mais difícil, comparada à primeira, por implicar uma inter-relação entre eles. O grupo de professores pode ser de uma matéria comum ou de diferentes matérias.

A tipologia do Currículo Integrado para o THD refere-se a um modelo intermediário: um professor, que conta com a participação de um apoio

técnico – normalmente outro professor, especialista na temática estudada, convidado ao final de cada unidade didática para auxiliar a turma a fazer a síntese final. Não se trata de um docente que leva a “aula pronta” e a expõe para a turma, mas de alguém que se situa em relação ao grupo e às discussões que ocorreram ao longo da semana, aprofundando itens que sejam de interesse do grupo e reforcem a relação ensino-serviço.

Entendendo as relações pedagógicas na efetivação do Currículo Integrado do THD

Procuramos analisar as relações pedagógicas estabelecidas no curso de formação do THD, para desvendar o modo como nelas se manifestavam o poder (através dos princípios de Classificação) e o controle (através dos princípios de Enquadramento). Como já descrito anteriormente, a Classificação (poder) diz o que é legítimo ou ilegítimo incluir no currículo, o que pode e o que não pode ser transmitido. O Enquadramento (controle) diz respeito à forma de transmissão, ou seja, ao ritmo, ao tempo e ao espaço da transmissão.

A análise dos registros sobre seu próprio processo de formação, elaborados pelos alunos durante todo o desenvolvimento do curso e usados como material empírico em nossa pesquisa², possibilitou-nos entender as relações pedagógicas estabelecidas ao longo da formação do THD. Nos depoimentos escritos pelos alunos, materialização de suas “falas particulares”, procuramos captar o sentido que atribuíram ao curso e as possibilidades do currículo desenvolvido em estabelecer, no dizer de Bernstein, fronteiras atenuadas e isolamentos reduzidos.

Relação ensino e trabalho

Bernstein acentua que um enfraquecimento das compartimentações entre os saberes pode favorecer a invenção, a criatividade intelectual. Há um

convite para o aluno descobrir e fazer funcionar certas estruturas lógicas profundas dos saberes, por oposição às divisões e especificações superficiais, inscritas na configuração tradicional das matérias escolares (Forquin, 1993).

O Currículo Integrado, no curso analisado, considerou as peculiaridades socioculturais do trabalho e do trabalhador. O pressuposto de que, na unidade ensino-trabalho, o educando participe da construção da sociedade e da cultura, sendo protagonista da construção do saber, consciente do seu papel na transformação da realidade dos serviços de saúde, foi efetivado. No curso analisado, foram evidentes as melhorias nos processos individuais de conhecimento do conteúdo e a aplicabilidade local dos procedimentos, técnicas e novas posturas frente ao trabalho. Enquanto sujeito histórico e crítico, o educando produziu a avaliação do seu desenvolvimento individual e coletivo através de dois movimentos: do processo do conhecimento e do produto do trabalho pelo qual se responsabilizou. O fazer cotidiano, carregado com suas contradições e limites, foi a base do movimento de ação-reflexão-ação (Oliveira, 1996).

Adequação do conteúdo às necessidades dos serviços demandados

No processo de formação, ao descobrir a importância do diagnóstico coletivo na organização dos serviços de saúde, o THD assumiu o desafio de programar o *Levantamento Epidemiológico* apropriado ao seu local de atuação e executar grande parte dele. Ao conhecer melhor seu processo de trabalho, interagindo com respeito com o profissional de nível superior, percebeu seus limites e a dimensão real da sua ação e da dos outros, sendo capaz de operar as mudanças necessárias, nas ações e nas atitudes.

Para analisar a natureza da relação entre o código que regula a forma de educação e o código que regula a

² Foram analisados depoimentos dos alunos, totalizando 275 registros escritos entre fevereiro de 1998 e fevereiro de 1999. Como metodologia, aplicou-se a “análise de discurso”, procurando captar o sentido que atribuíram ao curso.

forma de produção, Bernstein utiliza os mesmos conceitos de Classificação e Enquadramento (Domingos, 1985).

Quanto mais fragmentado ou dividido for o ato, mais forte será o Enquadramento. Quanto menos fragmentado ou dividido for o ato, mais fraco será o Enquadramento. (Bernstein, 1996)

O THD, ao ser formado por meio do Currículo Integrado, torna-se mais preparado para o trabalho em equipe e assume papéis mais amplos, anteriormente destinados a profissionais de nível superior, e desenvolve atos de produção (ações) mais integrados. A recuperação do saber integral sobre o processo de trabalho aponta para o resgate da capacidade de ser ator, tanto da realidade social insatisfatória, quanto daquela que julga mais justa e necessária³.

Trabalho em equipe

Várias atividades foram propostas aos educandos no sentido de desempenharem papéis mais ativos: pesquisas, exposições, observações, entrevistas, participação de simulações. Ao partilhar experiências por meio da discussão e do debate, eram-lhes ensinadas a cooperação, a importância do trabalho em equipe. Aprendiam a ser reflexivos e críticos, praticando tais habilidades no dia-a-dia. Sabiam que tinham voz e que era importante compartilhar idéias e compará-las com os demais colegas.

Compromisso com a população

Na formação em serviço, a ligação da instituição escolar ao ambiente comunitário, inspiração histórica no campo educacional, ajudou os educandos a melhorar a compreensão de suas realidades e a se comprometer com os usuários dos serviços de saúde bucal. A proposta do Currículo Integrado atingiu o que Santomé (1998) coloca como meta educacional: provocar uma preocupação

pela condição humana, seja qual for sua raça ou cultura.

Momento da prática

Ao final de cada Concentração, os educandos eram orientados a desenvolver atividades de Dispersão (voltavam aos seus diferentes postos de trabalho, dispersando-se da unidade de formação teórica). Eram atividades relacionadas aos conteúdos trabalhados durante a semana e que seriam repensados no cotidiano das ações dos serviços de saúde bucal. O educando registrava as situações observadas no local de trabalho, sua adequação (ou não), as possíveis consequências e como resolver os problemas identificados.

Na unidade didática seguinte, a primeira atividade sempre se referia às dificuldades e às facilidades encontradas na rotina do serviço e no desenvolvimento da atividade de Dispersão. Assim, a Concentração (o momento do curso em que todos os alunos estavam juntos na unidade institucional de realização do curso, para uma etapa de formação teórica) começava com os THD explicitando os avanços (ou estagnações) do serviço. Essa situação orientava os contornos e as dimensões dos conteúdos previstos.

À medida que novos questionamentos eram feitos, as contradições da realidade ficavam mais explícitas, exigindo-se atitudes concretas para problemas reais. Ao ser introduzido, um conteúdo técnico sempre era colocado sob a ótica da aplicação em situações específicas, cujos efeitos não seriam “neutros”. Os desafios da construção de um sistema local de saúde bucal tornavam-se meta, que certamente ultrapassaria o limite temporal do curso.

Relação aluno-conhecimento: sucessivas aproximações ao objeto

Na proposta curricular, a relação dinâmica entre o sujeito concreto e o objeto a ser assimilado ocorre a partir de sucessivas aproximações, alcançadas pela aplicação ativa dos esquemas de

³ Ainda que seja uma temática tangencial aos nossos estudos, não houve a pretensão de teorizar ou aprofundar essa análise. Não foi objetivo da nossa pesquisa discutir as conexões entre a prática pedagógica e o campo produtivo, embora reconheçamos que essa dimensão também está presente na obra de Bernstein, quando contempla as relações entre o campo da produção, o controle simbólico e a educação.

assimilação de que o sujeito dispõe e a partir de sua percepção social inicial.

A aprendizagem requer um tempo no qual o sujeito investigue ativamente, aplicando suas formas de conhecer e se aproximando cada vez mais da matriz interna do assunto, em um processo de idas e vindas, de reflexão e ação (Brasil, 1994). Os depoimentos assinalaram, de forma positiva, a qualidade dos conhecimentos viabilizados pelo curso.

As dificuldades individuais

Na inovação metodológica do Currículo Integrado, levava-se em conta o fato de os educandos não possuírem o hábito da discussão, devido ao peso de experiências anteriores. A timidez e o mutismo de alguns educandos, a incapacidade de atrever-se a pensar e a se comunicar com outras pessoas eram algo a ser rompido individualmente, mas com o apoio da estrutura curricular e da construção coletiva. O curso parece ter conseguido aumentar a confiança dos educandos em suas próprias habilidades. As dificuldades iniciais, expressas nos registros de avaliação, foram sendo superadas ao longo da formação.

Domínio da questão técnica

No curso analisado, ficou demonstrado o crescente domínio dos educandos com as questões técnicas. Termos técnicos eram usados gradativamente com propriedade, e os alunos se declararam possuidores de novas ferramentas para executar o trabalho.

Avaliação

Uma questão polêmica surgida ao longo do curso referiu-se à aplicação de provas, como instrumento para aferir a aquisição de conhecimento. Encontramos alguns registros comprovadores dessa prática e do descontentamento que tal situação provocava. Símbolo deixado pelo racionalismo na educação, a prova refere-se a uma visão fragmentada e

não a uma avaliação pertinente ao conhecimento do ser humano integral.

A prova carrega – ainda que de forma velada – um ato de julgamento que desconsidera o corpo emocional do aluno. O grupo sabia disso e usava dos instrumentos disponíveis – as avaliações por escrito – para tentar reverter a relação de força junto às instrutoras. Tinha consciência de que “provas” não eram, naquela situação, um instrumento adequado de avaliação.

Essa forma de avaliar contradizia o preconizado pela proposta, segundo a qual o mais importante é o esforço real do aluno para alcançar tal resultado, seu comportamento, seu espírito social. No Currículo Integrado, a atmosfera social do modelo de avaliação proposto enfatiza a independência e a diligência. Os alunos são estimulados a julgar seu próprio progresso e a se sentirem recompensados por ele.

Os códigos educacionais

Bernstein distingue os significados operados pelas pessoas por meio do Código Restrito (“textos” e “falas” dependentes do contexto) e de Códigos Elaborados (“textos” e “falas” independentes do contexto). A escola, de maneira geral, expressa os valores da classe dominante, utilizando um Código Elaborado – a linguagem falada pelos grupos com acesso às posições sociais mais elevadas. Os grupos da classe média são capazes de distinguir e responder aos dois Códigos, enquanto os grupos operários têm, em geral, acesso a apenas um deles, o Código Restrito.

Um grupo sem prévia orientação para um Código Elaborado terá de traduzir a linguagem formal da escola, a fim de que esta adquira algum significado. Se a aprendizagem se der de maneira mecânica – limitada a um acréscimo de vocabulário –, as novas palavras, vazias de significado social, serão imediatamente esquecidas, uma vez que se abandone a escola. Para que a aprendizagem de um grupo com acesso a apenas um Código

Restrito se dê em termos efetivos, todo o sistema básico de percepção deve ser alterado. Em outras palavras, seria uma ressocialização (Oliven, 1979).

Steffen (1980) afirma que é dentro desses códigos que se processam todos os dados de relacionamento dos indivíduos. Com base nos dados do Código Restrito ou do Código Elaborado, vai-se observando ou mesmo predizendo uma vasta gama de atitudes entre grupos e classes sociais.

No Currículo Integrado do THD, em que pesem os atropelos da avaliação realizada, houve respeito aos diferentes “Códigos” inicialmente expressos pelos alunos. De acordo com Bernstein, houve uma ressocialização – a presença de estímulos que favoreceram e possibilitaram a expressão de outros códigos. O acesso a um Código Elaborado não dependeu de características psicológicas dos educandos, mas de um acesso a posições sociais dentro da estrutura formalmente reconhecida, a escola.

Coube ao curso um papel extremamente importante, com o desenvolvimento da consciência crítica dos educandos, do pensamento flexível e da possibilidade de apresentar princípios mais universais e códigos mais integrados.

Relação professor-aluno

De acordo com Forquin (1993), em um texto de 1967, “*Open Schools, Open Society?*”, Bernstein analisava as transformações pedagógicas, culturais e organizacionais que têm lugar efetivamente no interior dos sistemas escolares. Na visão de Bernstein, a ênfase à resolução de problemas, à descoberta autônoma e menos às aprendizagens operatórias estritas modificava as relações de autoridade entre professores e alunos.

O Código Integrado encorajava os THDs a uma prática de avaliações comuns, onde o professor também seria avaliado pelo aluno. Nos registros analisados, percebemos grande admiração dos THDs pelos docentes da Concen-

tração. O temperamento do grupo fez com que se sentissem, de um modo muito especial, as marcas desses professores.

Se a cultura do professor deve fazer parte da cultura do educando, é preciso primeiro que a cultura do educando esteja na consciência do educador. O educador se esforça para compreender os pontos de vista que são expostos, em lugar de tentar, deliberadamente, mudar as opiniões expressadas (Bernstein, 1985).

Segundo Bernstein, numa pedagogia integradora, os papéis do professor são também mais variados, mais diversificados e, ao mesmo tempo, menos prescritos. De preferência, são construídos e realizados dia a dia, no curso das múltiplas interações que têm lugar na instituição (Forquin, 1993).

A busca da integração entre ensino e serviço remetia a vários desdobramentos de ordem político-pedagógica, e o instrutor-professor assumia variados papéis. Viabilizar o curso parece ter sido uma luta, e os alunos reconheciam o esforço do instrutor para dar continuidade ao processo.

Relações afetivas e sentimentos vividos e expressos

As afirmações dos discentes agrupadas sob a categoria “relações afetivas” constituíram um texto forte, onde os conflitos gerados pelas relações humanas muitas vezes se explicitaram. Os registros mostram que o curso ajudou o educando a tomar consciência da sua maneira de ser em relação ao outro, como suas palavras repercutem nas outras pessoas e quais as barreiras na comunicação.

Entendemos essa tomada de consciência como elemento inicial de uma mudança de comportamento. Os esforços gerados nesse movimento de, em grupo, discutir e refletir sobre a própria prática profissional favoreceram a construção do conhecimento. Assim, “trabalho em equipe” deixou de ser um referencial teórico e se consubstanciou na prática do curso.

Os problemas de relações humanas surgidos foram motivos de discussão nos pequenos e no grande grupo, e o empenho das instrutoras para obter e conservar a cooperação e a confiança dos educandos apareceu, de modo bastante explícito, nos registros de avaliação. O uso de dramatizações relacionadas à realidade dos serviços de saúde permitia que os educandos percebessem suas próprias emoções, favorecendo o seu auto-conhecimento. Diante da constatação de sentimentos de raiva, ciúme ou inveja, colocava-se sua mudança para emoções mais ajustadas a um equilíbrio pessoal.

A utilização de recursos didáticos não-convencionais (filmes, notícias de jornais, reportagens de revistas, letras de músicas, textos de reflexão, dinâmicas) criou possibilidades para aflorarem preconceitos, resistências, moralismos. Considerava-se importante transgredir o universo fechado e restrito dos chamados conteúdos técnicos, numa busca por caminhos “não-oficiais”. Tudo isso, sem desprezar, obviamente, os conhecimentos científicos sistematizados.

No fórum educacional da formação em serviço, o propósito foi estabelecer um diálogo voltado não para a conformidade e o acordo, mas, sim, para a compreensão, a tolerância e o respeito das diferenças. Um diálogo voltado para manter a diferença, não para eliminá-la (Moreira, 1997).

Conclusões possíveis

A rotina da prática pedagógica assumiu o desafio de uma formação ligada aos interesses e às necessidades da população (e dos serviços de saúde), correspondendo, de fato, ao que fora proposto no modelo curricular seguido – o Currículo Integrado. Podemos afirmar que, no curso de formação do THD aqui analisado, o conflito, a inquietação e a dúvida fizeram parte do cotidiano escolar.

Acreditamos que, nesse espaço de reflexão e questionamento das contra-

dições do real, no processo de formação, vislumbraram-se, ainda que tênues, as perspectivas de transformação dos serviços no local onde o curso foi efetivado. Também podemos concluir que o modelo de Currículo Integrado preconizado para a qualificação profissional dos THDs se aproxima da concepção de Bernstein, capaz de orientar uma prática pedagógica aberta e libertadora.

Esperamos que este estudo contribua para as reformulações hoje tão necessárias na prática pedagógica. O entendimento da organização curricular, exercício que empreendemos, é essencial para uma reflexão sobre os desafios e os desdobramentos de soluções encontradas nas várias dimensões das diferentes reformas do sistema escolar que vimos experimentando. Ao explicitarmos os acertos pedagógicos da ESP-MG/CFRHS, interessa-nos celebrar os ganhos, para que as limitações encontradas possam ser superadas.

A análise dos códigos à luz dos conceitos de Classificação e Enquadramento fez surgir novos questionamentos. Os Códigos de Integração podem ser considerados matrizes potenciais de mudança, destinados a alterar a distribuição do poder e os princípios de controle no desenvolvimento do currículo. Diante da constatação da socialização de Códigos Integrados, quais seriam hoje as condições para a continuidade do processo de formação de trabalhadores de nível médio em saúde bucal? Quais seriam as condições de resistência às mudanças ainda requeridas?

Outra questão que merece reflexão é a tendência de regiões e municípios mais desenvolvidos formarem THDs com recursos próprios, enquanto regiões menos desenvolvidas continuam sem qualificar seus profissionais de nível médio em saúde bucal (Figura 5). Identificamos a necessidade de uma política mais definida de financiamento para a profissionalização do THD em Minas Gerais, no sentido de interferir neste “mapa da desigualdade”.

Coexistem na ESP-MG/CFRHS propostas pedagógicas de diferentes concepções.

É preciso ter presente que um bom ensino integrado é muito mais do que a aplicação de uma determinada metodologia. Pelo contrário, implica em *[sic]* não perder de vista as razões pelas quais se está optando por essa modalidade curricular, seus princípios filosóficos. Reconhecer e assumir que educar é uma ação política, não um trabalho meramente técnico. Implica em *[sic]* repensar a instituição como um todo (...). Implica também que a insti-

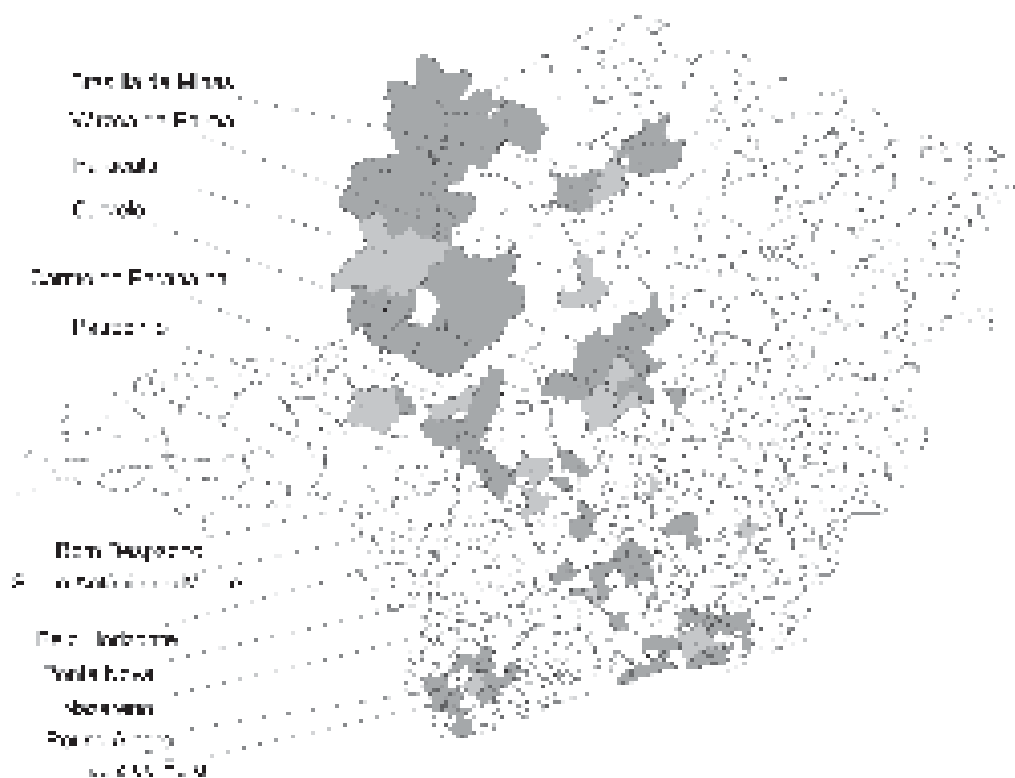
tuição de ensino se constitua realmente em uma totalidade a partir de uma mesma e clara filosofia. (Romano, 1999, p. 118)

Se a instituição escolar não é entendida apenas como o lugar onde é realizada a reconstrução do conhecimento, mas também como um espaço no qual se reflete criticamente sobre as suas implicações políticas, qual é a atenção que os setores envolvidos (Saúde e Educação) conferem a esse processo?

Constatamos que a ESP-MG/CFRHS muito já avançou. E constatamos, também, um longo caminho a ser percorrido.

Figura 5

Desigualdade na execução de cursos de formação de THD em Minas Gerais



Referências bibliográficas

- APPLE, M.W. Reprodução, contestação e currículo. In: Apple, M.W. *Educação e poder*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. cap.1, p. 19-54.
- BARBOSA, H.F. *Formação médica e internato rural; em busca da identidade pedagógica de uma experiência*. Belo Horizonte: FAE/UFMG, 1998 (Dissertação de Mestrado).
- BERNSTEIN, B. Uma crítica ao conceito de “educação compensatória”. In Brandão, Z. *Democratização do ensino: meta ou mito?* 2. ed., Rio de Janeiro, 1985. cap. 3, p.43-57. [Coleção Educação em Questão].
- BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico; classe, códigos e controle*. Volume IV da edição inglesa. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Luis Fernando Gonçalves Pereira. Petrópolis: Vozes, 1996.
- BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia curricular para a formação do técnico em higiene dental para atuar na rede básica do SUS; área curricular I, II e III*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- DAVINI, M.C. Currículo integrado. In Brasil/Ministério da Saúde. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor; área da saúde*. Brasília: MS, 1984. p. 41-55.
- DOMINGOS, A.M.; Barradas, H.; Rainha, H.; Neves, I.P. *A teoria de Bernstein em Sociologia da Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1985.
- ETGES, N.J.; Ferrari, A.R. Algumas reflexões sobre a obra de Bernstein. *Educação e realidade*. Porto Alegre, 4 (3):361-5, out/dez.1979.
- FORQUIN, J-C. Saberes escolares, imperativos didáticos e dinâmicas sociais. *Teoria e educação*, 5, 1992, p. 28-49.
- FORQUIN, J-C. *Escola e cultura; as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- FORQUIN, J-C. (org). *Sociologia da Educação; dez anos de pesquisa*. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1995.
- Minas Gerais/Secretaria de Estado da Saúde/Funed/Esmig/CFRHS. *Curso de Técnico em Higiene Dental*. Belo Horizonte, 1996, 107p. mimeo.
- MOREIRA, A.F.B. Currículo e controle social. *Teoria e educação*, 5:3-1, 1992, p.13-27.
- MOREIRA, A.F.B. Currículo, utopia e pós-modernidade. In *Currículo; questões atuais*. Campinas: Papirus, 1997, cap.1, p. 9-29.
- OLIVEIRA, L.S.S. *A profissionalização dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde; uma experiência de construção do projeto larga escala na cidade de São Paulo*. São Paulo: USP, 1996. 83p. (Dissertação de Mestrado).
- OLIVEN, A.C. Linguagem, condicionamento social e processos cognitivos. *Educação e realidade*. Porto Alegre, 4(3):347-51, out/dez.1979.
- ROMANO, R.A.T. *Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica; a experiência da construção coletiva de um currículo integrado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1999, 197p. (Dissertação de Mestrado do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde).
- SANTOMÉ, J.T. *Globalização e interdisciplinaridade; o currículo integrado*. Tradução de Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- STEFFEN, D. Bernstein e a sociolinguística; tentativa de análise crítica dos pressupostos de uma sociolinguística de tendência socialista. *Letras de hoje*, n.41, set.1980, p. 71-100.
- TORREZ, M.N.F.B. *Qualificação e trabalho em saúde; o desafio de “ir além” na formação dos “trabalhadores” de nível médio*. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da UFRJ, 1994, 148 p. (Dissertação de Mestrado em Educação).

Influência das Eleições Municipais de 2000 na Implementação do Programa de Saúde da Família em Minas Gerais (Relatório de pesquisa)

Cleinir de Souza Gomes¹

José Lucas Magalhães Aleixo²

Resumo

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa uma proposta de reorganização e implementação do nível de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizado pelo nível municipal e subsidiado pelos níveis federal e estadual. A implantação e o desenvolvimento do Programa partem de uma decisão política do gestor municipal que, no Brasil, é submetido às eleições a cada quatro anos. Este trabalho pretende apresentar eventuais correlações entre as eleições municipais, com a mudança ou não dos gestores, e a implementação do PSF.

Palavras-chave

Programa de Saúde da Família; atenção básica no Sistema Único de Saúde; eleições municipais

Summary

This research comprehends two phases. The first one analyses how municipal elections for mayors, occurred in October 2000, possibly affected the development of the "Family Health Program" in the State of Minas Gerais, Brazil. The authors compared the number of "Family Health Teams" working in the previous municipal administration, finished in December 2000, and the number of teams working in December 2001, during the current administration. In the second phase of this research, the authors will try to describe and explain how the mayors' opinion about the Program may have changed.

Key-words

Family Health Program; primary care at Brazilian Public Health System; municipal elections

¹ Professora, licenciatura plena em Matemática, especialista em Gerência de Sistemas de Informação em Saúde, coordenadora do Núcleo de Capacitação e Assessoria em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (Nucsf/ESP-MG)

² Médico sanitarista, professor licenciado da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e coordenador técnico do Nucsf/ESP-MG

Endereço para correspondência:

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
Avenida Augusto de Lima, 2.061, Belo Horizonte/MG
CEP 30190-002
nucsf@esp.mg.gov.br



Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem-se revelado um alento para a implementação do nível da atenção básica ou primária, necessária para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa foi instituído pelo governo federal em 1994, durante a Presidência de Itamar Franco, tendo Henrique Santillo como ministro da Saúde.

Na época, a implantação do PSF se efetivava por meio de convênio direto entre o Ministério da Saúde (MS) e as prefeituras municipais interessadas, cabendo ao MS estabelecer as diretrizes básicas do Programa e fornecer suporte financeiro



Laboratório de Informática da ESP-MG: tecnologia para formar recursos humanos em saúde

para implantação inicial e custeio parcial das equipes. Em contrapartida, às prefeituras cabia a sua execução. Nessa proposta inicial, 22 municípios mineiros aderiram ao PSF no ano de 1995.

No decorrer do ano seguinte, o governo mineiro adotou, oficialmente, a estratégia de Saúde da Família, oferecendo subsídios aos municípios que aderissem ao projeto, por meio de valor agregado ao ICMS. Ainda em 1996, a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) passou a atuar, ininterruptamente, na formação de pessoal para o Programa.

Atualmente, a efetivação do PSF segue nova lógica. Parte de uma iniciativa municipal, protocolada junto à coordenação estadual do Programa e encaminhada ao MS, para aprovação e subsequente fornecimento dos subsídios federal e estadual que permitam sua implantação e manutenção. Em que pese toda a importância desses recursos, em última análise, a decisão de implantação e/ou desenvolvimento do PSF cabe ao gestor municipal.

Desde o início do Programa em Minas Gerais, em 1995, tem sido objeto de especulação o provável impacto das eleições municipais sobre essa estratégia, que, embora subsidiada por diferentes instâncias governamentais, depende decisoramente do poder municipal.

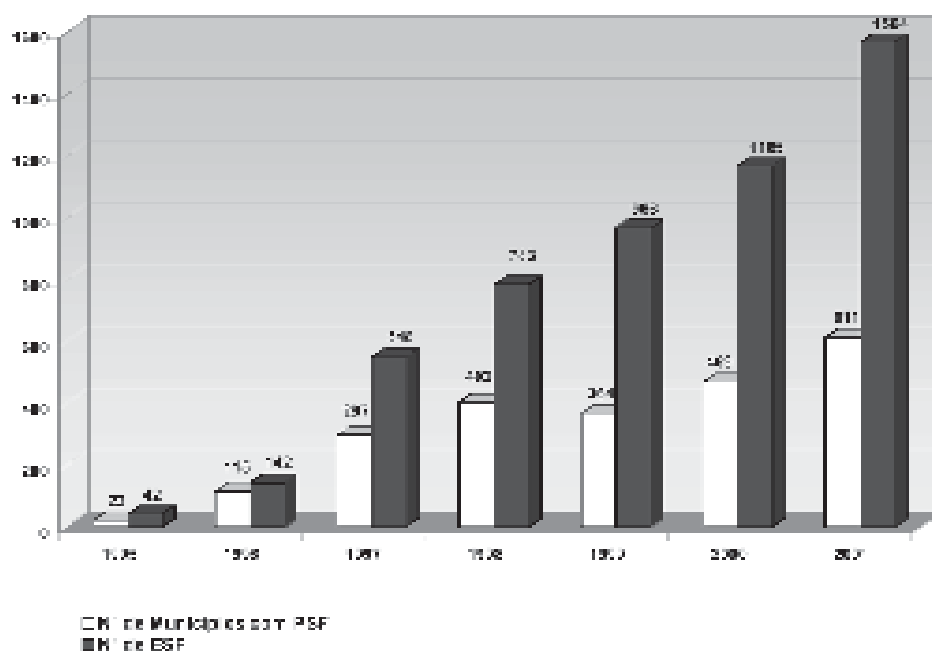
Evolução do PSF em Minas Gerais

1995 a 2001

ANO	Número de municípios com PSF	Número de equipes do PSF (ESF)
1995	22	42
1996	115	142
1997	297	548
1998	402	783
1999	364	966
2000	469	1.165
2001	611	1.564

Fonte: Coordenação Estadual do PSF – SES/MG

Evolução do número de municípios e do número de equipes que trabalham com o PSF em Minas Gerais – 1995 a 2001



Fonte: Coordenação Estadual do PSF – SES/MG

Objetivo do estudo

O presente trabalho pretende descrever e analisar o impacto das eleições municipais no processo de implantação, e/ou implementação, e/ou desaquecimento, e/ou desativação do PSF nos diversos municípios mineiros que adotavam o Programa ao final de 2000. Para tanto, levar-se-á em conta o transcurso de 12 meses da posse dos prefeitos eleitos naquele ano, relacionando a continuidade ou a mudança na administração municipal e seus reflexos na política assistencial dos municípios em foco.

Material e métodos

A pesquisa tem por universo os municípios mineiros que adotavam, oficialmente, o PSF por ocasião das eleições municipais realizadas em outubro de 2000. Trabalham-se dois da-

dos básicos. O primeiro é o número de equipes do PSF implantadas ao final do período administrativo de 1996-2000 e o número coletado um ano após o início da nova gestão, prevista para 2001-2004. O segundo dado básico refere-se às eventuais mudanças do gestor municipal nos municípios selecionados (veja abaixo).

O modelo de PSF implantado em Minas Gerais a partir de 1996 foi contemporâneo de duas eleições municipais: uma ao final de 1996 e outra recentemente, em 2000. Esta última eleição revestiu-se de características especiais, uma vez que a legislação eleitoral possibilitou, diferentemente do pleito anterior, a reeleição dos gestores, os quais se candidataram, em grande maioria, para novo mandato.

Esse fato, representado pela eventual reeleição dos prefeitos, permite uma

Dados básicos de pesquisa

Dado básico nº 1: Nº de equipes do PSF em dezembro de 2000 e em dezembro de 2001

Dado básico nº 2: Gestor municipal novo ou reeleito

aferição mais precisa da variável, que hipoteticamente poderá expressar-se em termos de continuidade ou descontinuidade da administração municipal, permitindo a combinação com outras variáveis analíticas.

Na combinação dos dois dados básicos, obteremos os seguintes grupos para recorte de pesquisa:

- Municípios com gestores reeleitos, nos quais o número de equipes do PSF manteve-se ou aumentou;
- Municípios com gestores reeleitos, nos quais o número de equipes do PSF diminuiu ou foi zerado;
- Municípios com novos gestores, nos quais o número de equipes do PSF manteve-se ou aumentou;
- Municípios com novos gestores, nos quais o número de equipes do PSF diminuiu ou foi zerado.

Esta pesquisa se dará em dois momentos, cabendo, no primeiro, efetuar uma análise quantitativa do grupo de municípios em que ocorreu mudança do gestor. Para tanto, serão comparados o número de equipes de Saúde da Família implantadas ao final da gestão anterior e o número de equipes efetivamente atuantes um ano após o início da nova gestão municipal. Na segunda parte da pesquisa, serão avaliadas as razões políticas e técnicas que motivaram as eventuais mudanças das políticas assistenciais municipais e sua relação com o PSF.

Serão utilizadas duas fontes de dados. Uma delas são os relatórios periódicos emitidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, através da Coordenação Estadual do PSF, transcritos no quadro atualizado de equipes de Saúde da Família implantadas em cada município mineiro. A segunda fonte de dados corresponde à listagem – fornecida pelo Tribunal Regional Eleitoral – dos prefeitos eleitos em Minas Gerais e seus partidos políticos, identificando aqueles reeleitos.

O trabalho de pesquisa e resultados preliminares

Em dezembro de 2000, exatos 469 municípios mineiros contavam com equipes do PSF, constituindo o universo desta pesquisa. Destes, 199 municípios (42,43%), reelegeram seus prefeitos no pleito realizado em outubro do mesmo ano, e 270 (57,56%) elegeram novos prefeitos.

O quadro seguinte compara a situação do Programa em dezembro de 2000 e em dezembro de 2001, tomando como referência o número de equipes de Saúde da Família (ESF) contabilizadas em cada um dos 469 municípios mineiros que compõem o universo da pesquisa.

Análise e discussão dos dados preliminares

O número de equipes do PSF foi mantido ou aumentou em 93,0% dos municípios com gestores reeleitos e em 92,2% dos municípios com novos prefeitos, ou seja, a estratégia de Saúde da Família manteve-se inalterada ou em expansão de maneira percentualmente idêntica nos dois grupos de municípios.

Observa-se ainda que, em 25,2% dos municípios com novos gestores (68), o total de equipes em atividade cresceu. Em termos absolutos, o número de prefeituras que optaram por incrementar o Programa ao longo de 2001 é três vezes maior no grupo com novos gestores, comparado ao grupo com gestores reeleitos, no qual apenas 11,6% (23 municípios) formaram novas ESF.

Por outro lado, as equipes foram reduzidas ou extintas em 7,0% (14) dos municípios com gestores reeleitos e em 7,7% (21) dos municípios com novos prefeitos, ou seja, o desaquecimento do PSF ocorreu também de maneira percentualmente idêntica nos dois grupos de municípios.

Dentre os 469 municípios com ESF em 2000, exatos 22 (4,7%) encerraram o PSF no ano seguinte, sendo 11 em cada grupo estudado. No grupo de

**Quadro comparativo do número de equipes
de Saúde da Família (ESF)
nos 469 municípios mineiros com PSF em 2000
Dezembro 2000 e Dezembro 2001**

Número de ESF: Comparação entre Dezembro/2000 e Dezembro/2001	Municípios onde o gestor foi reeleito	Percentual %	Municípios onde novos gestores foram eleitos	Percentual %
Aumentou	23	11,6%	68	25,2%
Diminuiu	03	1,5%	10	3,7%
Excluiu	11	5,5%	11	4,1%
Não alterou	162	81,4%	181	67,0%
TOTAL	199 (42,43%)	100%	270 (57,56%)	(469) 100%

gestores reeleitos, esse número equivale a 5,5% do total de municípios e, no grupo de novos gestores, a 4,0% do total – índices novamente próximos.

Ao longo de 2001, outros 142 municípios aderiram ao PSF, totalizando, em dezembro, 611 com o Programa implantado. Esse dado resulta num crescimento da ordem de 30,3% em relação ao final de 2000. No mesmo período, o número de equipes de Saúde da Família saltou de 1.165 para 1.564 em todo o Estado de Minas Gerais.

Considerações finais

Paira, sobre o setor de saúde, certo temor na implementação do PSF

após a realização de eleições municipais. Os dados preliminares desta pesquisa não confirmam essa expectativa, parecendo indicar a existência de outras variáveis a serem incorporadas para registro e análise.

Nesse sentido, propomos uma segunda etapa de pesquisa, enfocando as razões políticas, administrativas e técnicas consideradas pelos gestores municipais quando da decisão sobre o destino do PSF. Trabalharemos com os grupos de novos gestores e de gestores reeleitos, especialmente nos municípios onde ocorreram, por um lado, incremento e, por outro, diminuição ou encerramento do PSF. Esperamos disponibilizar novos dados no final de 2002.

Referências bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Saúde da Família, saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família, uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Programa de Saúde da Família, uma estratégia para mudança do modelo de saúde*. Belo Horizonte, 1997.

O Perfil dos Secretários Municipais de Saúde em Minas Gerais e a Organização dos Programas e Projetos Municipais

Águeda Amorim Corrêa Loureiro de Souza¹

Resumo

O presente trabalho se destina a analisar os dados de uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Gestão da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), junto aos Secretários Municipais de Saúde no Estado, com apoio do Colegiado de Secretários (Cosems-MG). A pesquisa se baseou na distribuição de questionário a todos os 853 gestores, entre abril e julho de 2000, obtendo-se resposta de 40% deles (343). Neste universo, 66% dos Secretários assumiam o cargo pela primeira vez e, mesmo entre os já experientes, verificou-se a necessidade de programas para a sua capacitação, com base nas deficiências e dificuldades levantadas.

Palavras-chave

Secretários Municipais de Saúde; Sistema Único de Saúde; capacitação; perfil

Summary

This article presents the results of an inquiry to Municipal Secretaries of Health in the State of Minas Gerais, Brazil. The School of Public Health sent a questionnaire to all 853 local authorities between April and July 2000, receiving the answers from 40% (343) of them. Among those who answered, two out of three had no experience in the position. However, even those who were experienced revealed lacking of information and qualification. Based on the deficiencies and needs listed from this study, the School of Public Health team are now developing specific qualifying programs.

Key-words

Municipal Secretaries of Health (local health authorities); Brazilian Public Health System; qualifying programs; profile

¹ *Terapeuta ocupacional, especialista em Gestão Hospitalar e coordenadora do Núcleo de Gestão da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG)*

Endereço para correspondência:
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
Avenida Augusto de Lima,
Belo Horizonte, 2061
CEP 30190-002
agueda@esp.mg.gov.br



Introdução

Tendo em vista o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, a diversidade de instrumentos normativos e burocráticos das organizações públicas necessários à implementação das ações de saúde e considerando o município como eixo fundamental do sistema, vulnerável aos constantes processos de renovação, a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), instância formadora de recursos humanos para o SUS, julga ser necessário conhecer e compreender melhor o perfil dos Secretários Municipais de Saúde – esses atores fundamentais da construção das políticas de saúde –, suas maiores dificuldades e projetos. Assim, juntos, parceiros que somos, Escola e municípios poderemos delinear as necessidades, elaborar e planejar ações objetivas capazes de fornecer ferramentas para a gestão municipal. Este trabalho foi conduzido pelo Núcleo de Gestão da ESP-MG e contou com o

apoio do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (Cosems-MG).

Material e métodos

Para a realização desta pesquisa, encaminhou-se um questionário a todos os Secretários Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais, composto de questões objetivas e discursivas (Anexo 1). O questionário foi distribuído no período de abril a julho de 2000, nos 853 municípios mineiros.

Desse total, foram recebidos 343 retornos, representando um percentual de 40% de resposta. Os dados foram processados pelo Setor de Informática da ESP-MG, utilizando-se o programa Access na elaboração de planilhas específicas para a confecção dos gráficos e tabelas.

Para a análise dos dados, os municípios foram classificados em quatro grupos, definidos pelo número de habitantes, caracterizando-se assim determinadas faixas populacionais (Tabela 1):

- Municípios com população inferior a 10.000 habitantes
- Municípios com população entre 10.000 e 50.000 habitantes
- Municípios com população entre 50.000 e 500.000 habitantes
- Municípios com população acima de 500.000 habitantes

Tabela 1

Distribuição dos municípios pesquisados segundo a faixa populacional

Faixa populacional	Total	%
Inferior a 10.000 habitantes	171	50%
Entre 10.000 e 50.000 habitantes	130	38%
Entre 50.000 e 500.000 habitantes	35	10%
Acima de 500.000 habitantes	2	0,5%
Não informada	5	1,5%
TOTAL	343	100%

Resultados

Analizando a faixa populacional versus a situação de habilitação dos municípios

O processo de reorganização administrativa dos municípios, com a incorporação de novas funções, vem ocorrendo de formas variadas, dadas as diferenças fundamentais entre cada realidade local e os momentos históricos e políticos pelos quais se moldam os municípios. Em Minas Gerais, com a singularidade de um Estado que comporta, atualmente, 853 municípios, divididos em regiões totalmente distintas, com necessidades básicas específicas

e onde a situação ambiental é surpreendentemente disforme, é compreensível e esperado que tal processo se dê de maneira diversificada.

A emancipação de inúmeros municípios, ao longo dos últimos cinco anos, vem configurar um ajuste crescente por que cada população vem passando, até a definição clara de seus limites e organização. Ainda assim, observando-se este levantamento, podemos verificar que, nesta amostragem, a maioria dos municípios mineiros encontra-se habilitada pelo sistema de saúde, concentrando-se na Gestão Plena da Atenção Básica – 82% (Tabela 2).

Tabela 2
Distribuição dos municípios estudados segundo a faixa populacional e a situação da habilitação

Situação Habilitação Faixa População	Gestão Plena da Atenção Básica	Gestão Plena do Sistema Municipal	Não Habilitado	Não Informado	Total
Até 10.000	149	0	3	19	171
De 10.000 a 50.000	113	6	1	10	130
De 50.000 a 500.00	15	17	0	3	35
Acima de 500.000	0	2	0	0	2
Total	277	25	4	32	338

Perfil dos Secretários

Esperava-se, com o levantamento, verificar o grau de experiência acumulada pelos Secretários no exercício

de outras administrações e o seu nível de escolaridade, permitindo associar-se esse perfil aos problemas enfrentados nas gestões municipais (Gráfico1).

Gráfico 1
Perfil em relação ao cargo



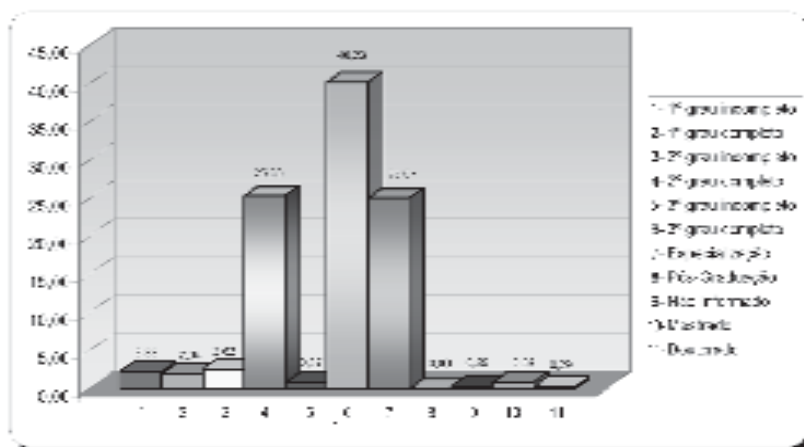
Os dados indicam que 66% dos Secretários assumiam o cargo pela primeira vez. No cruzamento dessa informação com as demais respostas, verificou-se que a maior experiência esperada dos outros 33% não os isentava da necessidade de treinamentos, cursos de capacitação e atualização em suas obrigações. Assim, entendemos que as constantes modificações nas normas de funcionamento do sistema, os ajustes crescentes entre agendas estaduais e municipais e a configuração de um SUS ainda jovem e em crescimento apontam uma demanda por educação continuada, bem como por um suporte aos municípios, imprescindível no encaminhamento da gestão.

Ressaltamos, ainda, ser significativo o percentual de 33% de Secretários com vivência no cargo, sugerindo que

a escolha dos gestores estaria pautando-se menos por indicações políticas, ampliando-se o perfil técnico nas administrações da Saúde. Em outras palavras, aparentemente, o Poder Executivo municipal vem compreendendo o papel fundamental do setor Saúde, buscando, então, o aproveitamento de Secretários que atuaram em outros municípios e/ou os mantendo no cargo quando de sua reeleição.

De forma semelhante, ao se analisarem os dados apresentados, verificamos que a maioria dos secretários tem formação de nível superior e parcela significativa, especializações (Gráfico 2). Apura-se, neste item, que a necessidade de cursos, de informações e conhecimentos sobre leis e normas do SUS não se relaciona à escolaridade dos gestores.

Gráfico 2
Nível de escolaridade



Analisando os serviços e programas implantados versus a faixa populacional

Gráfico 3
Até 10 mil habitantes

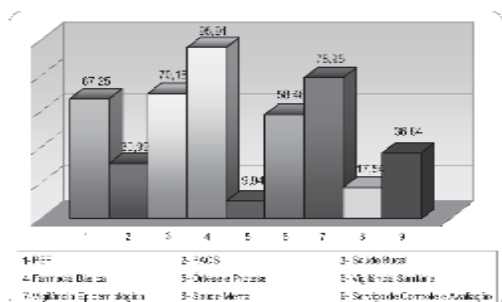


Gráfico 4
De 10 mil a 50 mil habitantes

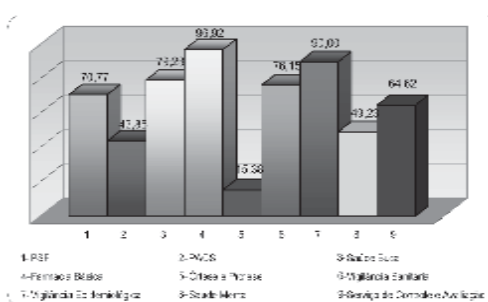


Gráfico 5
De 50 mil a 500 mil habitantes

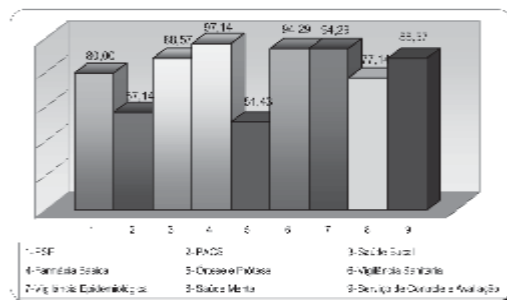
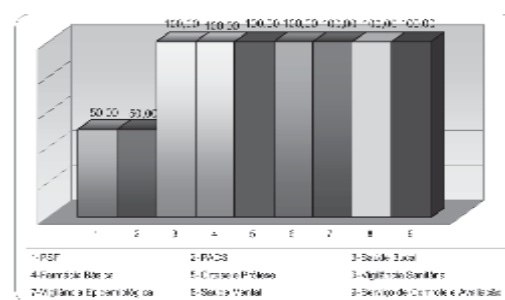


Gráfico 6
Acima de 500 mil habitantes



Observando-se os dados apresentados (Gráficos 3 a 6), percebemos uma uniformidade entre os diversos municípios na adoção da maioria dos programas com apoio e incentivo do Ministério da Saúde, independente da sua faixa populacional. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 69% dos casos, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 38%, e do Programa Farmácia Básica, em 95%, demonstra o direcionamento dos municípios na busca de mais recursos e apoio para sua gestão.

Destaca-se ainda, nos gráficos, a maior dificuldade para a implantação de serviços mais especializados, como Saúde Mental, Controle e Avaliação, Órtese e Prótese, quanto menor a faixa populacional dos municípios.

Com relação aos instrumentos de gestão, perguntou-se aos Secretários se a Secretaria de Saúde de seu município já havia apresentado o Plano de Gestão (Gráfico 7). E, em caso afirmativo, se utilizara consultoria externa em sua elaboração (Gráfico 8).

Gráfico 7
Elaboração de plano municipal

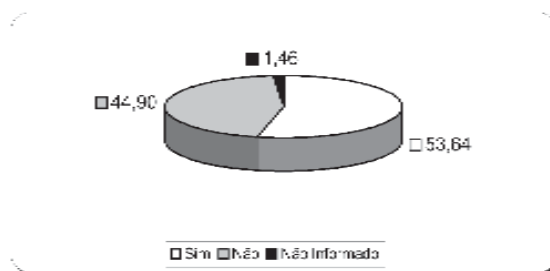
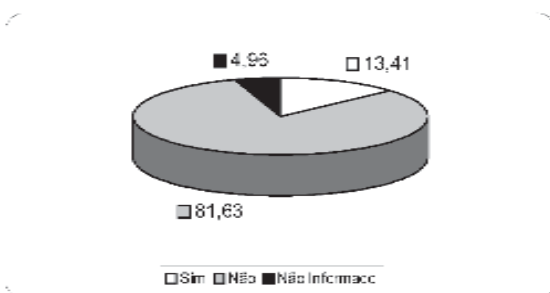


Gráfico 8
Consultoria externa



Um número significativo de municípios (44,90%) ainda não havia apresentado seu Plano Municipal de Saúde, dado que ecoa ao se perguntar se as Secretarias estavam capacitadas para elaborá-lo. Somando-se as respostas negativas às indicativas de dúvidas, temos que 40,23% dos gestores ainda necessitam de maior capacitação (Gráfico 9). Entre os municípios

que apresentaram o Plano, 81,63% não precisaram de consultoria externa.

De forma similar, os instrumentos de avaliação da gestão, dos resultados obtidos e dos recursos aplicados ainda são fontes de dúvidas para os Secretários Municipais de Saúde. É o caso do Relatório de Gestão (Gráfico 10) e da Prestação de Contas (Gráfico 11).

Gráfico 9

Capacitação das Secretarias para elaborar o Plano Municipal de Saúde

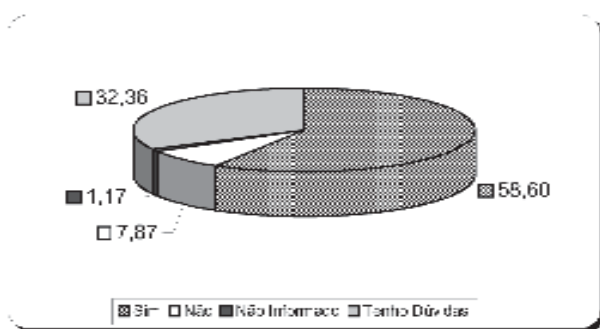


Gráfico 10

Capacitação das Secretarias para elaborar o Relatório de Gestão

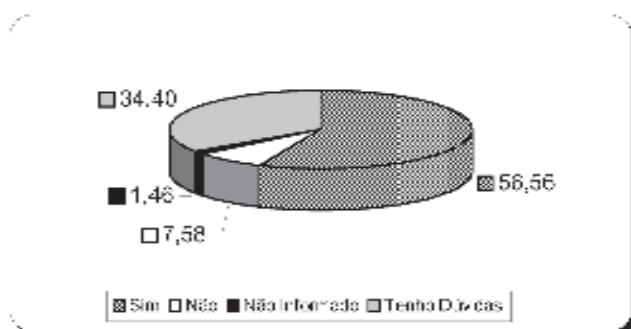
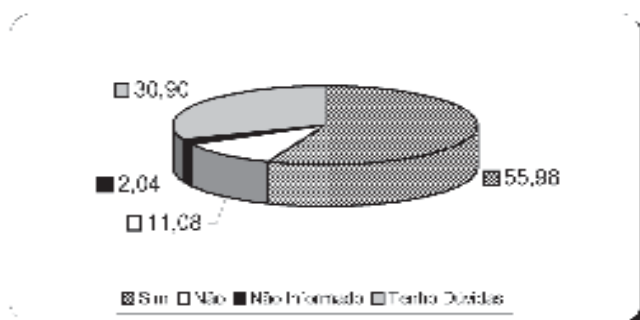


Gráfico 11

Capacitação das Secretarias para fazer a Prestação de Contas



Um dos elementos fundamentais para a consolidação do SUS tem sido a implantação dos Conselhos Municipais de Saúde. Com certeza, ainda em processo de fortalecimento e necessitando de melhor organização e capacitação, o controle social vem-se instalando e configurando de vez esse novo ator estratégico, co-responsável na garantia da saúde pública. Nos dados levantados, é significativo que os Conselhos estejam implantados em 96% dos municípios, em todos os grupos analisados (Gráfico 12).

Perguntados sobre a organização do SUS em todas as suas instâncias –

federal, estadual e municipal – e sobre a distribuição de papéis e competências entre tais esferas, 44% dos Secretários admitiram não compreender ou ter dúvidas (Gráfico 13). Ainda, 22% deles não compreendem ou têm dúvidas sobre o papel de seu parceiro mais próximo na gestão da saúde – a Diretoria Regional de Saúde (Gráfico 14).

A partir dessas respostas e considerando que 66% dos Secretários estão em sua primeira gestão, como mostrado anteriormente, podemos inferir que um número significativo desses novos gestores não tinha ligação com a área de saúde pública, até então.

Gráfico 12

Implantação dos Conselhos Municipais de Saúde

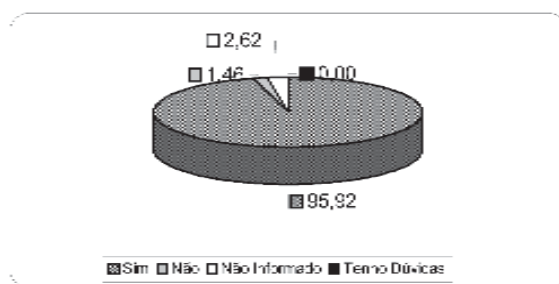


Gráfico 13

Entendimento do SUS em todos os seus níveis

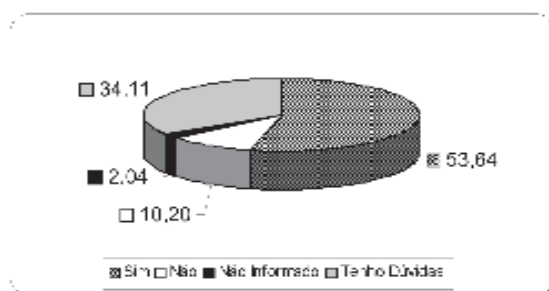
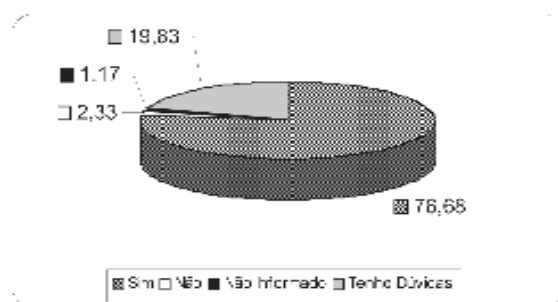


Gráfico 14

Entendimento do papel das Diretorias Regionais de Saúde



Maiores dificuldades para administrar a Secretaria de Saúde	Sim	Não
Lei de Responsabilidade Fiscal	67%	33%
Falta de capacitação de pessoal	65%	35%
Conhecimento pessoal sobre Leis e Diretrizes do SUS	49%	51%
Cumprimento da legislação vigente	47%	53%
Quadro reduzido de pessoal	44%	56%
Articulação política entre os diversos setores do governo municipal	34%	66%
Implantação de PSF e Pacs	22%	77%
Consórcios entre municípios	16%	84%
Implantação da Farmácia Básica	9%	91%

Os Secretários também apontaram o que consideram ser as principais dificuldades para administrar as Secretarias de Saúde atualmente, ficando a Lei de Responsabilidade Fiscal (para 67% dos gestores) e a falta de capacitação do pessoal (para 65%) entre as mais importantes, conforme mostra o quadro acima.

Conclusão

A partir dos dados levantados, já está sendo possível à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais adequar alguns cursos e treinamentos direcionados aos gestores municipais de Saúde. Um exemplo é o Projeto de Atualização em Gestão Municipal de Saúde, já em andamento, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, o Ministério da Saúde, a Secretaria de

Estado da Saúde de Minas Gerais, o Conselho Estadual de Saúde, o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde e o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais. Vários temas têm sido aprofundados, de acordo com as demandas levantadas.

Mais do que isso, foi possível ter uma visão geral das necessidades, bem como a compreensão de que elas são complementares e pertinentes ao Estado de Minas Gerais. Cabe à ESP-MG, como instância formadora do SUS, desenvolver cursos de atualização, seminários ou treinamentos, dentre outras propostas, que venham contribuir para a formação e a qualificação do quadro de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais.



Biblioteca da ESP-MG: acervo à disposição de pesquisadores e profissionais da saúde



ANEXO 1
FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS – FUNED
ESCOLA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – ESP-MG

Questionário

1- Situação atual de habilitação do município: _____

2- Número de habitantes: _____

3- Com relação ao cargo de Secretário de Saúde:

☐ Primeira vez que assume o cargo

☐ Já foi Secretário outras vezes

4- Nível de escolaridade:

☐ 1º grau incompleto. Coursou até _____ série

☐ 1º grau completo. Coursou até _____ série

☐ 2º grau incompleto. Coursou até _____ série

☐ 2º grau completo

☐ Técnico: _____

☐ Superior: _____

☐ Especialização: _____

5- Serviços e programas já implantados em seu município ou já consorciados:

☐ PSF

☐ Vigilância Sanitária

☐ Pacs

☐ Vigilância Epidemiológica

☐ Saúde Bucal

☐ Saúde Mental

☐ Farmácia Básica

☐ Serviço de Controle e Avaliação

☐ Órtese e Prótese

☐ Outros: _____

6- Serviços existentes:

TIPO	QUANTIDADE
Unidades Básicas	
Unidades Especializadas	
Hospitais	
Outros: _____	

7- a) Sua Secretaria já apresentou o Plano Municipal de Saúde?

☐ sim ☐ não

b) No caso afirmativo, precisou de consultoria externa?

☐ sim ☐ não

8- Você acredita que sua Secretaria está capacitada para elaborar um Plano Municipal de Saúde?

☐ sim ☐ não ☐ tenho dúvidas

9- Você acredita que sua Secretaria está capacitada para fazer um relatório de gestão?

☐ sim ☐ não ☐ tenho dúvidas

10- Você acredita que sua Secretaria está capacitada para fazer uma prestação de contas?

☐ sim ☐ não ☐ tenho dúvidas

11- Com relação ao Controle Social:

- Conferências de Saúde realizadas no município: _____
- Data da última Conferência: _____
- Tem Conselho de Saúde? ☐ Sim ☐ Não

12- Maiores dificuldades para administrar a Secretaria de Saúde hoje:

- ☐ Referem-se ao cumprimento da legislação vigente
- ☐ Referem-se ao conhecimento pessoal sobre as Leis e Diretrizes do SUS
- ☐ Referem-se ao quadro reduzido de pessoal
- ☐ Referem-se à falta de capacitação de pessoal
- ☐ Referem-se à implantação dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários
- ☐ Referem-se ao conhecimento sobre consórcios entre municípios
- ☐ Referem-se à Lei de Responsabilidade Fiscal
- ☐ Referem-se à articulação política entre os diversos setores do governo municipal
- ☐ Referem-se à implantação da Farmácia Básica
- ☐ Outros: _____

13- Com relação à estrutura do Sistema Único de Saúde, você entende a sua organização nos níveis federal, estadual e municipal e suas competências?

☐ sim ☐ não ☐ tenho algumas dúvidas

Qual tipo de dúvidas? _____

14- Compreende o papel das Diretorias Regionais de Saúde?

☐ sim ☐ não ☐ tenho algumas dúvidas

Qual tipo de dúvidas? _____

15- Existem propostas de atuação conjunta entre a Secretaria de Saúde de seu município e outras Secretarias? E com outros municípios? Se sim, em que aspectos?

16- No caso de sua participação num Curso de Capacitação para Secretários de Saúde, quais assuntos você gostaria que fossem aprofundados?

Passantes da Agonia

Sidney José do Carmo¹

Na Belo Horizonte do início do século XX, os médicos-escritores Ezequiel Dias, Octávio de Magalhães e Carlos Chagas, discípulos de Oswaldo Cruz, convocam o vigor da poesia para conviver com a doença e a morte.

In the early 20th century, the distinguished Brazilian scientists Ezequiel Dias, Octávio de Magalhães e Carlos Chagas, all of them Oswaldo Cruz's disciples, find in poetry the strength to cope with diseases and death, in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

¹ Poeta e artista cênico,
coordenador de atividades do
Projeto "Saúde com
Cultura" da Escola de Saúde
Pública de Minas Gerais
(ESP-MG)

**Endereço para
correspondência:**
Escola de Saúde Pública
de Minas Gerais
Avenida Augusto de Lima,
2.061, Belo Horizonte/MG
CEP 30190-002
sidney@esp.mg.gov.br

O clima agradável logo fez de Belo Horizonte, nas primeiras décadas do século XX, um lugar aprazível, ideal para a cura da tuberculose. Ao lado dos engenheiros cariocas que vieram para trabalhar na construção da primeira cidade planejada do País, ilustres médicos doentes para cá se transferiram, entre os quais Cícero Ferreira, Hugo Werneck, Borges da Costa e os discípulos diretos do sanitarista Oswaldo Cruz: Ezequiel Dias, Octávio de Magalhães e Carlos Chagas.

Reunidos com a incumbência de instalar uma filial do Instituto Oswaldo Cruz em Belo Horizonte, esses médicos

não tardaram a se dividir entre a ciência e a arte, passando a promover sa-raus em que liam e discutiam o que se produzia na Europa – principalmente na França – em matéria de poesia. Com especial predileção por poéticas da linhagem de Baudelaire, logo identificaram a passagem da linguagem pela mesma desagregação formal que se verificava na sociedade.

Seduziram-nos a dessacralização da morte, notável no poeta francês, bem como a aproximação do amor à morte, à maneira de Byron. Pouco a pouco, aqueles médicos romperam com a visão



tradicional, que opõe palavras como bem e mal, belo e feio, nobre e vil.

Além dos chamados poetas malditos, contribuíram de forma decisiva para essa ruptura os postulados do simbolismo, as formas descritivas, sobrenaturais, de um El Greco, a movimentação trágica do Barroco, o pesadelo de Goya, a epilepsia de Brueghel (e a de Machado de Assis). Também não deixou de ser estímulo para essa reconceituação da morte a escravidão, que chegara ao fim havia pouco tempo, deixando um sentimento de inferioridade em todos. Sobre tudo diante da escravidão, com toda a sua violência contra o humano, é que a literatura passou a se lhes apresentar como uma espécie de força terapêutica.

A filial do Instituto Oswaldo Cruz – hoje, Fundação Ezequiel Dias – foi criada no dia 27 de junho de 1907, na rua da Bahia, Centro de Belo Horizonte, onde funciona atualmente a Biblioteca Pública Estadual Luiz de Bessa. O principal “operário” do novo centro de pesquisas, Ezequiel Dias, era cunhado de Oswaldo Cruz e foi um dos primeiros a trabalhar em Manguinhos, onde se instalou a lendária matriz da Fiocruz. Morreu de tuberculose com apenas 42 anos, em 22 de outubro de 1922, deixando recomendações para que seu corpo fosse amortalhado num lençol e ficasse sem flores, longe da vista de todos.

Assim começa Carlos Chagas um texto sobre o amigo:

... Quando, no desvelo de uma saúde que não finda, regressamos aos tempos primitivos de Manguinhos e procuramos relembrar naquela época as melhores alegrias de um convívio cordial e afortunado...

Poucos médicos do seu tempo tinham tanta desenvoltura no manejo do vernáculo como Ezequiel Dias. Publicou “*Traços de Oswaldo Cruz*” e o resumo histórico “*O Instituto Oswaldo Cruz 1899-1918*”, além de inúmeras teses e artigos. Sempre inquieto, traduziu Flaubert, Rousseau, Schiller, além de obras científicas do alemão e até do aramaico.



Ezequiel Dias como farmacêutico e estudante de medicina aos 19 anos

O mais baudelairiano de seu grupo, traduziu o autor d'*as flores do mal* em 1905, bem como escreveu poemas que são legítimas paráfrases de Baudelaire, como este “*Creio*”, que traz implícito o “*Ladainhas do Diabo*” do poeta francês:

Creio na morte, a boa companheira da vida,/ sua irmã mais fiel do que esta,/ que é rameira impiedosa e vã./
Creio na dor, na dor do corpo e d'alma, que se transmuda em pranto,/ Remédio vão, que nem sequer acalma tanto tormento, tanto.../ Creio no ódio, creio na vingança, medonha, a rugir./
Creio no mal, no demo, no pecado, pois só pecado existe./ Creio que o peito humano é tortura, creio em tudo que é triste./ Creio também num sonho remansoso, sereno como o luar./
Fruído, finalmente, no repouso da mansão tumular.

Atuando como uma sombra, que lhe havia criado dentro da alma um sentimento de revolta contra a injustiça do destino, a tuberculose leva Ezequiel Dias a escrever, desenvolvendo aquele interesse especial “pelo detalhe e pelo detalhe do detalhe” de que fala François Lanplatine na sua “*Antropologia da Doença*” – um processo similar ao que caracteriza a Microbiologia na Medicina.

A sensibilidade atenta ao detalhe é que permite a Dias visualizar as

enormes contradições da vida social brasileira do início do século XX: de um lado, promessas de industrialização; de outro, cólera, malária e outras pestes sacrificando a população, um quadro que favorecia a imaginação de um sentido trágico a atormentar a existência.

O melhor retrato desse morador da rua Gonçalves Dias, 344, em Belo Horizonte – Ezequiel Dias –, deu-nos Pedro Nava, no seu “*Beira-mar*”:

... A este eu só conhecia de vista e de cumprimentar. Ele era aureolado por tal fama de saber, eram tão célebres seu cunhadio e colaboração com Oswaldo Cruz, que sua pessoa só era vista dentro de um halo de adoração pelos discípulos.

Desde a primeira vez que o vi, encaiei-o fascinado, e no bonde sentava no banco no caradura só para apreciá-lo, no chapéu-de-chile muito descido sobre os olhos, nestes a mansidão meio irônica e sorridente; nos bigodes levantados e no cavanhaque que terminava triangularmente o rosto fino; no corpo alto e magro; na postura elegante, nos colarinhos duros e muito altos, no colete fechado, no decoro da roupa escura – geralmente azul-marinho. Minha admiração era tal que ficava a encará-lo quase com impertinência. Um dia ele notou isto, surpreendeu-se, considerou-me também, mas o que ele leu na minha fisionomia embasbacada

deve tê-lo agradado, porque sorriu a meio e tocou de leve o *couvre-chef* da sua aba.

Logo desbarratei-me com espalhafato e começaram daí nossas relações de cumprimento.

Já Carlos Chagas cultuava o que Edgar Morin, no seu “*Amor poesia sabedoria*”, chama de “estado poético”. Sua escrita é fundamentalmente influenciada pela visão literária do seu tempo: “Não é fácil separar, com exatidão, pensamentos de palavras, e a palavra é o pensamento simbólico”, anota. Comenta-se que passara uma temporada em Ouro Preto e lá “cometeu” algumas poesias no melhor estilo boêmio, que teriam sido enviadas às prováveis namoradas. Para Chagas, a doença seria uma espécie de “instrumento de transfiguração artística”, o mesmo ponto de vista que fomentou o florescimento da “poesia científica” de um Augusto dos Anjos.

Entre os médicos-escritores, o que mais escreveu e publicou foi Octávio de Magalhães. Seu entusiasmo cultural o levava desde o manejo do violão de Catulo da Paixão Cearense até o diálogo com cientistas ilustres, como Albert Einstein. Foi experimentador de métodos medicinais, biólogo, fisiologista, microbiologista, anátomo-patologista, sanitarista, educador, professor universitário e humanista. Sua contribuição é das mais significativas em cada um desses terrenos. Amigo de Ezequiel Dias, foi um dos instauradores da Medicina Experimental em Minas Gerais.

Octávio de Magalhães era uma espécie de Marcel Proust: “os fazedores de desertos brasileiros não são menos criminosos do que os que vão criando o deserto do nosso passado”, afirma no livro “*Ensaio*”. O que parece dualístico no discurso de Magalhães volta-se para o pensamento francês: “O que é vergonhoso, afrontoso à majestade da vida humana, é que nos queiram permitir a vida como um favor de um exemplo, e não como um direito sagrado garantido”. O enraizamento do seu



Ezequiel Dias no laboratório
na rua da Babia, onde
funciona hoje a biblioteca
pública estadual

modo de pensar em Pasteur e Baudelaire, o sentimento científico-satanista, revela-se nesta aula sobre escorpionismo:

... o veneno na cauda – o veneno. Realmente, na cauda, e só na extremidade da cauda, há o veneno... Símbolo de constelações ou signo de mês; arma de suplício em objeto de culto, foi sempre pelo que de horror ele inspirou aos homens de todos os tempos que sua figura de arthropodo solene e majestoso aparece nas tradições humanas. Na obra de Plínio, nos cantos de Virgílio e de Plutarco, inteligentes ou tardigrados, astuciosos ou néscios, venenosos ou inofensivos – a vida dos escorpiões se agita, ora cheia de lendas, ora com observações penetrantes, que os séculos vieram confirmar.

Quando era chamado a opinar sobre a cultura brasileira, falava: “A arte, o sensualismo tremendo da raça mista”. E emendava, a propósito das dores do mundo: “O espetáculo diário das misérias humanas não vos estancará as lágrimas nem os tremores das emoções”.

Era assim que a relação entre literatura e saúde pública, na Belo Horizonte do início do século XX, não ficava restrita às paredes acadêmicas, mas era algo realmente visceral, bem expresso nas palavras veementes de Octávio de Magalhães nos “Ensaio”: “Senhores! Precisamos primeiro viver!”

Esta falta de independência mental é um sinal evidente de fraqueza, de inferioridade, tanto entre homens como entre nações. Demonstra uma falta de confiança nas próprias forças. Ainda somos relativamente jovens no concerto das nações, mas já é tempo de ir

deixando para o lado esta feia ação de copiar. Ao invés de ver o que a experiência de nossa civilização, do nosso passado, dos nossos costumes, da nossa vida, enfim, pede e exige, vamos buscar em outras sociedades costumes diferentes, aquilo que nos deve reger em estrutura social, em ensino, em arte, em ciências... Somos, por isso, uns eternos retardatários, em perenes mutações.

Acabaram de soar as nove badaladas no convento dos Franciscanos. Num tranqüilo recanto da rua Montecaseros, com frente para a colina onde se acha o cemitério, demora um solar antigo situado num jardim de hortênsias. Um lustre encarnado, ao alto da varanda, ilumina suavemente as escadarias. No salão de visitas também vermelho, tudo é escuridão. Na sala de jantar, algumas pessoas cabisbaixas falam à surdina, pisando na ponta dos pés. Ao lado, num quarto, à luz mortiça de um *abat-jour*, jaz estendido ao leito o vulto ofegante de um homem.

É como o médico-escritor Ezequiel Dias retrata seu mestre e cunhado, Oswaldo Cruz, à morte.



*Oswaldo Cruz
com seus discípulos
ao fundo:
Ezequiel Dias e
Carlos Chagas*

Nota biográfica

Sidney José do Carmo é nascido em Belo Horizonte. Em fins dos anos 1980, atuou intensamente no grupo performático “Vírus Mundanus”, encenando autores como os franceses Baudelaire, Rimbaud, Valéry, Lautréamont e os alemães Paul Celan e Georg Trakl, além do norte-americano Edgar Allan Poe e dos brasileiros Murilo Mendes, Carlos Drummond de Andrade, Dantas Mota e Augusto dos Anjos. Desde o início dos anos 1990, vem realizando pesquisas na fronteira entre literatura e saúde pública, com suporte da Fundação Ezequiel Dias.

A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio

José Lucas Magalhães Aleixo¹

¹ Médico sanitarista, professor licenciado da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e coordenador técnico do Núcleo de Capacitação e Assessoria em Saúde da Família (Nucasf/ESP-MG)

Endereço para correspondência:

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
Avenida Augusto de Lima, 2.061, Belo Horizonte/MG
CEP 30190-002
nucasf@esp.mg.gov.br

Resumo

O artigo discute o potencial e os limites do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia e opção política para a reestruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil, à luz dos conceitos e do desenvolvimento histórico da Atenção Primária à Saúde (APS). O autor aponta a necessidade de se superarem os obstáculos da política de focalização em cuidados básicos e seletivos, bem como de se investir na formação de recursos humanos para que o programa atinja seus propósitos.

Palavras-chave

Atenção Primária à Saúde; Programa de Saúde da Família

Summary

This article discusses the Brazilian Family Health Program potential and limitations as an strategy and political option to reshape the public health system. It takes, as a starting point, the historical evolution and definition of Primary Health Care. The author concludes for the necessity to overcome the focus in basic, selective actions turned to the poorest and to invest in the development of personnel, as essential conditions to Health Family strategies succeed.

Key-words

Primary Health Care; Family Health Program



Introdução

O início do terceiro milênio traz uma série de reflexões, conjecturas e expectativas para toda a humanidade. Embora a reflexão deva constituir-se numa atitude permanente e habitual, certos momentos podem ser utilizados para maior mobilização e concentração, devidamente direcionadas a análises mais consistentes e potencialmente transformadoras. Na área da saúde, chegamos ao final do século XX pressionados pela meta “Saúde para todos no ano 2000” (SPT/2000), proposta em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A principal estratégia para atingir tal meta seria o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), dentro de uma organização sistêmica do setor.

Os diversos avanços ocorridos em direção à meta SPT/2000 não encobrem o fato de não se ter conseguido cumpri-la integralmente. O início do terceiro milênio está marcado pela exclusão social de significativa parte da humanidade. Tudo isso nos impele para este momento especial de reflexão, de análise dos principais determinantes do não-cumprimento dessa meta e na busca de alternativas concretas que possam proporcionar saúde para todos o mais rápido possível.

Na década de 70, o Brasil encontrava-se na contramão da história, vivendo sob o regime militar e privilegiando um modelo setorial na saúde centralizado no empresariamento subsidiado e na construção de custosos hospitais. A bem da verdade, nem esteve presente na referida Conferência da OMS, em 1978. Redimiou-se no ano seguinte, para não ficar fora do conjunto de 134 países que ratificaram e subscreveram a meta “Saúde para todos no ano 2000”.

O primeiro aceno concreto, embora tímido, em direção à estruturação da Atenção Primária foi dado a partir do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, depois com a

proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), finalmente culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente inserido na Constituição Brasileira de 1988, fruto do movimento da chamada Reforma Sanitária Brasileira.

O SUS vem tentando desenvolver-se apesar das políticas restritivas aos investimentos nas áreas sociais e, somente em 1994, emerge algum alento no nível da atenção básica, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa foi caracterizado, inicialmente, como mais um projeto de extensão de cobertura, instalado principalmente na região Nordeste e em alguns municípios do Sudeste. Mas, hoje, configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a Atenção Primária à Saúde em nosso País.

Importa, neste momento de reflexão, termos claramente identificados alguns dos obstáculos que determinaram o não-cumprimento da desejada meta, objetivando a sua remoção ou neutralização. Simultaneamente, importa destacarmos os possíveis avanços conquistados, objetivando preservá-los e implementá-los com maior efetividade. Dentre esses avanços, incluímos o Programa de Saúde da Família (PSF).

APS: uma história centenária

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde. A Conferência, que reuniu cerca de 134 países, culminou com a chamada “Declaração de Alma-Ata”, a qual, devidamente aprovada pela 32ª Assembléia da OMS em 1979, prescreveu a Atenção Primária de Saúde como a principal estratégia para atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos,

dentro da meta de “Saúde para todos no ano 2000” (OMS/UNICEF, 1978).

A Atenção Primária de Saúde (ou cuidados primários, ou cuidados básicos de saúde) compõe-se de algumas atividades ou ações básicas de saúde, como as que se seguem:

- educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença;
- atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico;
- imunização;
- combate às enfermidades endêmicas locais;
- tratamento das doenças e traumatismos comuns;
- provisão dos medicamentos essenciais.

Essas ações básicas devem ser desenvolvidas, ainda de acordo com a OMS, dentro de um contexto obrigatório de:

- integração ao sistema nacional de saúde,
- estreita cooperação dos setores sociais e econômicos,
- redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos,
- eficiente organização do sistema, dos serviços e das ações básicas, secundárias e terciárias de saúde, em termos de suficiência e qualidade,
- maior participação e controle pela sociedade.

A Atenção ou os Cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde. Embrionariamente, esse conceito pode ser identificado desde o fim do século XIX, quando o professor Pierre Budin estabelece, na Paris de 1892, um sistema de centros de atendimento infantil onde eram realizadas, descentralizadamente e concentradas sob um mesmo teto, algumas das hoje chamadas ações básicas de saúde (Rosen, 1980).

Ainda no primeiro quarto do século XX desenvolveu-se, nos Estados

Unidos, uma série de experiências organizativas nos denominados “Centros Comunitários de Saúde”, para prestação de ações de saúde – até então, quase exclusividade de hospitais e dispensários centrais –, associadas a outras ações educativas e de assistência social (Rosen, 1980). Naqueles centros de saúde, apesar das suas variadas formas de concepção, organização, abrangência e aplicação em escala das ações prestadas, certamente pode ser localizado o marco inicial da aplicação articulada e consistente de algumas das ações básicas de saúde, da maneira como hoje são concebidas pela OMS.

Assim, era aplicado sobre uma dada população de risco, dentro de uma base territorial delimitada e sob a responsabilidade de uma unidade descentralizada, um conjunto maior ou menor de atividades de assistência social, prevenção e assistência médica (pré-natal, infantil, tuberculose, doenças venéreas e excepcionalmente outras), além de educação sanitária, capacitação ocupacional, algumas ações sobre o meio ambiente, locais de moradia e questões de trabalho.

Alguns desses centros de saúde procuraram trabalhar mobilizando as comunidades, incluindo a co-gestão e o controle por colegiados e conselhos, além de contar com membros eleitos ou designados pela comunidade para atuação preventiva e mobilizadora no seu seio (assistentes de quarteirão).

Em algumas cidades, os centros formaram uma rede organizada em distritos, cobrindo toda a municipalidade e até mesmo com extensão para áreas rurais (Rosen, 1980). Muito do que hoje consideramos o abrangente conceito de sistema de assistência, promoção e vigilância à saúde, inclusa a Atenção Primária de Saúde como porta de entrada, tiveram nos Centros Comunitários de Saúde americanos do início do século XX a sua primeira tentativa de sistematização organizacional.

Interessante observar que essas experiências americanas, desencadeadas

por volta de 1910, já antevendo, mesmo incipientemente, a importância da integralidade das ações preventivas e curativas, da abordagem biopsicossocial do indivíduo e da família numa ação interdisciplinar e intersetorial, incluindo a participação comunitária, coincidem cronologicamente, no nascedouro, com sua própria antítese. Coincidem com as propostas contidas no trabalho preparado pelo professor Abraham Flexner para a Fundação Carnegie de Educação, publicado naquele mesmo ano e que viria a marcar incisivamente os rumos da atenção médica em todo século XX.

Esse trabalho, denominado “Relatório Flexner”, realizado após visita a 155 escolas médicas americanas, pregava uma série de modificações nos currículos médicos, baseando-se em determinados pressupostos ideológicos para a Medicina, como o mecanicismo (o homem é comparável a uma máquina), o biologismo (predominância da natureza biológica das doenças), o individualismo (exclusão dos aspectos sociais), o especialismo (superespecialização do médico), a tecnificação precoce e crescente do ato médico e a ênfase na medicina curativa (Mendes, 1993).

O Relatório Flexner ajustou-se muito bem aos requisitos de uma prática médica voltada para o binômio controle social/reprodução da força de trabalho, necessários à transição de uma sociedade rural-agrícola para outra, urbano-industrial, em curso no princípio do século XX. Seus preceitos de especialismo e tecnificação do ato médico serviam bem à necessidade de expansão da indústria de remédios e aparelhos médicos diversos. Ademais, seus preceitos de biologismo e individualismo contrapunham-se, oportunamente, às ameaças das idéias que implicavam causas sociais na gênese das doenças.

No contexto flexneriano de assistência médica à doença, de fragmentação do indivíduo e de negação dos determinantes sociais, não há espaço para os Centros Comunitários de Saúde,

que são paulatinamente desmontados, em razão do conjunto de mudanças sociais do segundo quarto do século. Além disso, essas experiências sofrem os efeitos do corporativismo médico, das discriminações de cunho político-ideológico ocorridas na chamada era “MacArthista” nos Estados Unidos e pela inconveniência de sua pouca vocação para o consumo de remédios e aparelhos biomédicos.

Outro fato marcante evidenciado no início do século XX foi a crescente participação do Estado no setor saúde como financiador, regulador, distribuidor e prestador de atenção médica (Fleury Teixeira, 1979). Essa crescente participação estatal desenvolve-se em aliança e subordinação ao conjunto de interesses dominantes e determinantes na estruturação da prática médica e na organização do setor saúde, quais sejam, a necessidade capitalista de controle, reprodução e manutenção da força de trabalho, as necessidades expansionistas do complexo industrial farmacêutico e de equipamentos, as necessidades político-ideológicas de negação do social e as prescrições pedagógico-científicas do Relatório Flexner.

Entretanto, ao mesmo tempo que o modelo flexneriano se expande pela sua adequação às políticas socioeconômicas do capitalismo industrial e, em particular, da indústria capitalista da doença, notadamente equipamentos e remédios (Landmann, 1984), esse mesmo modelo revela-se como inadequado e incapaz de promover saúde em escala para todos. Aplicado isoladamente



Em parceria com a UFMG, a Escola de Saúde Pública desenvolve o curso de especialização em Saúde da Família, atendendo a profissionais de todo o Estado por meio do projeto “Veredas de Minas”. Na foto, a turma de 2002

FINAL DO SÉCULO XIX - INÍCIO DO SÉCULO XX

- Transição de uma sociedade rural-agrícola para outra, urbano-industrial e capitalista
 - ⇒ que determina e implica:
- Necessidade de controle social, de reprodução e manutenção da força de trabalho

INÍCIO DO SÉCULO XX

- Expansão da sociedade urbano-industrial e capitalista:
 - ⇒ que determina e implica:
- Necessidade de controle social, de reprodução e manutenção da força de trabalho
- Necessidade de expansão capitalista e da indústria de aparelhagem e medicamentos
- Necessidade de legitimação científico-pedagógica (Relatório Flexner)
 - ⇒ que determina e implica:
- Subordinação da prática médica e da organização do setor saúde
 - ⇒ que determina e implica:
- Centralização e concentração da atenção médica em hospitais caros e pouco acessíveis
- Graduação voltada para valorização da especialização e tecnificação do ato médico
- Valorização mercadológica da ação curativa, especializada e tecnificada

a indivíduos, esse modelo de fundamentação eminentemente clínica pode ser eficaz do ponto de vista biológico, mas se revela crescentemente dispendioso e perdulário no nível coletivo, excluindo grandes camadas populacionais, e absolutamente ineficaz frente a determinantes sociais e psicossociais, aos quais desconhece ou minimiza por cegueira congênita.

Após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o eixo da hegemonia econômica, cultural e científica começa a se deslocar da Europa para os Estados Unidos da América. Esse fato, consumado após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), permite a consolidação hegemônica do modelo flexneriano em boa parte do mundo ocidental, principalmente nos países periféricos, como o Brasil. Na Europa Ocidental, como parte da política do “*Welfare State*” (o

Estado de Bem-Estar Social), implementa-se com recursos públicos, na maioria dos países, um modelo assistencial universalizado e que, mesmo mais ou menos influenciado pelos preceitos flexnerianos, consegue estabelecer um bom nível de atenção primária à saúde. Na União Soviética e Europa Comunista Oriental, desenvolve-se um modelo de cobertura médica universalizada, também com adequado nível assistencial básico, patrocinado exclusivamente pelo Estado e com ênfase na etiologia social da doença (Venediktov, 1998).

Aqui cabe um parêntese na tentativa de proceder a uma “*des-ideologização* relativa” dos conceitos fundamentais que regem a APS para podermos, mais à frente, continuar prescrevendo-a como potencialmente efetiva em variados contextos político-ideológicos (mesmo reconhecendo a existência de contextos

melhores e piores). Fato é que as diferentes visões dos mundos capitalista e comunista procuram relacionar determinados preceitos de assistência integral à saúde, notadamente a APS, intrínseca e inerentemente, aos seus respectivos modelos ideológicos.

As experiências internacionais permitem dizer que, embora existam diferenças fundamentais, como o conceito primordial da determinação social da doença, os demais conceitos aplicáveis à Atenção Primária e Assistência Integral à Saúde não são exclusividades ideológicas, podem vingar e se desenvolver bem nas mais diferenciadas circunstâncias, seja nos países capitalistas centrais (Canadá) ou periféricos (Costa Rica), seja nos comunistas periféricos (Cuba).

Prosseguindo, o terceiro quarto do século XX, passada a difícil recuperação econômica do pós-guerra, mostra o desenvolvimento da assistência básica caminhando em direções diversificadas. Na Europa Ocidental, desenvolve-se bem, sob o manto das políticas plenas de bem-estar social. Na Europa Oriental, o mesmo ocorre sob a tutela do Estado, mas sofrendo forte concorrência do setor militar, por conta de recursos financeiros (Venediktov, 1998).

Já os Estados Unidos aprofundam sua imersão no modelo flexneriano, gastando cada vez mais com o setor saúde, mas com participação estatal apenas parcial nos gastos. O acesso ao sistema de saúde é particularmente difícil para negros, hispânicos, imigrantes e todos aqueles com baixo poder aquisitivo. O nível básico não tem o mesmo padrão de acesso e resolubilidade que nos países da Europa Ocidental e no vizinho Canadá.

O mais trágico ocorre nos países do chamado Terceiro Mundo, os quais, cevados pelos países capitalistas centrais com grande volume de empréstimos, acabam imergindo no modelo flexneriano e investindo, preferencialmente, em grandes hospitais centralizados e equipamentos biomédicos de alto custo, favorecendo e concentrando

os recursos financeiros em grandes grupos empresariais, indústrias de equipamentos médicos e de medicamentos (geralmente transnacionais) e em corporações profissionais fortes. Tudo isso em detrimento da assistência básica, praticamente relegada a insuficientes serviços públicos desequipados ou a entidades de caridade.

Poucos países em desenvolvimento optaram por investir preferencialmente na estruturação de seu sistema de saúde, tendo como fundamento organizacional o nível básico de assistência, como é o caso de Cuba. Nos países capitalistas periféricos, algumas poucas castas de trabalhadores conseguiriam alguma assistência razoável em regime securitário, permanecendo os demais cronicamente marginalizados, com acesso restrito ou fragmentado à assistência médica.

O advento da recessão econômica nos anos 70, agravada ou desencadeada pela crise do petróleo (aumento substancial dos preços do barril), provoca sérias crises em cadeia. A política européia de bem-estar social é afetada com cortes nos investimentos sociais. Os Estados Unidos se alarmam cada vez mais com os custos crescentes da assistência médica. As economias socialistas também são afetadas com maiores gastos de importação e restrições a financiamentos externos. As frágeis e dependentes economias dos países em desenvolvimento são as mais afetadas. A enorme dívida externa contraída nas décadas anteriores é cobrada com altos juros, empobrecendo cada vez mais essas nações, gerando miséria e doença em índices alarmantes, agravadas com a diminuição de recursos para o setor saúde e praticamente relegando ao abandono a assistência básica.

Importa assinalar que os níveis secundário e terciário de assistência médica consomem cerca de três quartos dos recursos financeiros disponibilizados em um determinado sistema de saúde. Tais setores estão, geralmente, nas mãos de grandes grupos empresariais ou corporativos, os quais

conseguem resistir mais fortemente a eventuais cortes nas áreas de seus interesses. Por conseguinte, os cortes vão acontecendo sobretudo no nível básico, onde a resistência é mais fraca, o eco do clamor público é menos ressonante e a repercussão política é menor, embora o custo humano e social seja muito alto e, muitas vezes, irreparável.

Dentro desse contexto de regressão das políticas sociais, forte crise socioeconômica mundial, agravamento das condições de vida nos países em desenvolvimento, piora do quadro sanitário mundial, ineficiência e alto custo do modelo de assistência médica flexneriano, é que foram abertas as discussões em Alma-Ata, naquele ano de 1978.

Implantação da APS: obstáculos e avanços

O último quarto do século XX assistiu a uma verdadeira saga na tentativa de se atingir a meta de “Saúde para todos até o ano 2000”. O Professor David Werner, em 1995, já considerava muito remota a possibilidade de atingi-la.

A meta foi muito ambiciosa? O tempo foi curto, ou a APS fracassou? A APS foi realmente posta em prática em escala mundial? Por que diferentes países obtiveram resultados diversos na aplicação da APS? Quais os principais obstáculos dessa primeira fase? Estes persistem? Como enfrentá-los? É possível remover, neutralizar ou conviver com esses obstáculos? Que avanços podem ser destacados? Como implementá-los?

Por partes: reconhecer a evidência da meta não-cumprida não implica abandonar o propósito superior de saúde para todos. Assim sendo, a meta SPT/2000 pode ser considerada uma primeira fase do projeto SPT, e a segunda fase já teve seu início até mesmo anteriormente a 2001, quando se prenunciava a sua inviabilidade. Portanto, deve-se agora prosseguir aceleradamente nas reflexões sobre o acontecido e nas proposições sobre o que deve ocorrer.

Para começar bem, procuraremos analisar algumas das questões enunciadas há pouco. Para tanto, consideremos como referências as próprias avaliações feitas pela OMS em 1988, 1993 e 1999 e as análises do médico americano David Werner (ativista do grupo de trabalho americano Health Wrights, experiente em trabalhos comunitários em Chiapas, México, e autor do livro “Onde não há médicos”).

A OMS realizou e publicou três avaliações sobre a aplicação da estratégia mundial de SPT/2000. Reportaremos, neste trabalho, à Segunda (OMS, 1993) e à Terceira Avaliações (OMS, 1999), nos capítulos específicos para a região das Américas.

Na avaliação de 1993, a OMS considera vários fatores como obstáculos ao desenvolvimento pleno da APS, mas implica principalmente a relação socioeconômica entre países capitalistas centrais e os demais países do Terceiro Mundo como o principal entrave impeditivo à meta SPT/2000. O alto grau de endividamento dos países latino-americanos transformou-os em exportadores de capital para as nações credoras (cerca de 130 bilhões de dólares entre 1986 e 1990). Essa sangria continuada de recursos obrigou a programas de ajuste econômico, que, dentre outros efeitos, provocam recessão, desemprego e cortes nos investimentos em educação e saúde (OMS, 1995).

Os cortes na saúde ficaram evidentes em áreas como o saneamento básico, a manutenção de equipes e planta física. Prejudicaram os programas de atenção a problemas prevalentes, o desenvolvimento administrativo e a capacitação de pessoal para o setor. Em decorrência, constata-se grande dificuldade dos ministérios em conseguir informação contínua e organização permanente para satisfazer demandas sobre dados econômicos, financiamento e custo do setor.

Nessa avaliação, a OMS relata uma deterioração dos esforços para manutenção do processo de vigilância e avaliação

das estratégias APS e SPT/2000. Os obstáculos são divididos em três grupos:

- escassez de recursos humanos e de infra-estrutura para coleta e análise de dados;
- pouca qualidade dos dados, sub-registro, dispersão de fontes, atrasos na entrega e falhas no processamento dos dados;
- escassa vinculação entre gestão e sistemas de informação para a tomada de decisão no setor saúde.

Na seqüência, a avaliação aponta intenção declarada e esforços (muitas vezes obstados pela falta de recursos) da maioria dos países da região em consonância com a estratégia de atenção primária à saúde para todos, em diversos aspectos, tais como:

- integração das instituições responsáveis pelo setor saúde;
- interação interinstitucional entre órgãos ligados ao desenvolvimento social;
- preocupação em estabelecer sistemas locais dentro das prerrogativas de integração ampliada.

A OMS também assinala os esforços generalizados no tocante à promoção da participação comunitária, apontando os diversos graus e tipos de envolvimento das comunidades, desde o trabalho de voluntários até a participação organizada e oficial em níveis de planejamento e decisão.

Praticamente todos os países latino-americanos procederam neste período a algumas reformas estruturais no setor saúde, mais ou menos profundas. As mudanças envolveram aspectos jurídicos, orgânicos e funcionais, contemplando, na prática, processos de integração ou fusão interinstitucionais, definição de papéis institucionais e instâncias de gestão, regulação, normatização e operacionalização, incluindo estratégias de descentralização interníveis.

No tocante ao desenvolvimento de recursos humanos, a maioria dos países não apresentou planos setoriais específicos para os profissionais de saúde

na atenção primária. Na graduação universitária, são relatadas diversas experiências de revisões curriculares, com incremento do ensino de saúde pública e atenção primária, incluindo projetos de integração docente-assistencial. No tocante à educação continuada em APS, ocorre uma boa disponibilidade de ações voltadas aos profissionais de saúde, segundo a avaliação da OMS.

A má distribuição de recursos humanos persiste na região, devido à resistência dos profissionais à interiorização, agravada pela crise econômica, que restringe recursos financeiros para equacionar essa oferta.

Outro setor duramente atingido pela crise econômica é o de pesquisas e desenvolvimento tecnológico, aumentando cada vez mais a distância em relação aos países desenvolvidos.

Quanto a algumas áreas e ações de saúde específicas, a avaliação assinala:

- **Água e saneamento:** moderado aumento de cobertura; qualidade duvidosa nos meios urbanos, com perigo de epidemias de cólera;
- **Imunização:** antipólio, anti-sarampo e DPT com coberturas superiores a 90%;
- **Assistência a gravidez, parto e lactantes:** falta de informações sistematizadas; com dados isolados apontando queda de cobertura em alguns países;
- **Cobertura de APS:** dados insuficientes para análise;
- **Mortalidade, natalidade e esperança de vida:** melhora dos indicadores, porém com desaceleração relativa a períodos anteriores;
- **Situação nutricional e baixo peso ao nascer:** dados isolados indicando a persistência de altos índices regionais.

Em todo o relatório de avaliação da OMS, são apontados esforços e experiências concretas positivas no desenvolvimento da APS. O fato é que todos esses empreendimentos estão fortemente contingenciados pela dura realidade

econômica regional, impedindo sua implementação continuada e na escala necessária para a consecução do impacto desejado. De qualquer forma, a tônica dessa avaliação pode ser sintetizada na seguinte afirmação:

Aunque se han hecho algunos avances, aún queda mucho por hacer en este campo en la Región, aunque el compromiso real observado desde el informe de 1998 no permite ser optimista al respecto. (OMS, 1993, p.52).

A segunda referência avaliativa da APS são as considerações do Dr. David Werner, proferidas na preleção “Transformando a atenção à saúde em investimento: os mais recentes ataques em grande força contra a atenção primária à saúde”, na qual se destacam três pontos cruciais: APS seletiva, crise econômica e atuação do Banco Mundial (Werner, 1995).

A chamada **APS Seletiva**, adotada pela OMS/Unicef/Usaid, tem como justificativa o “alto custo e [a] impraticabilidade de um programa global de saúde, no quadro de recessão mundial e de orçamentos sociais encolhidos”. Foi então selecionado um pacote de ações de baixo custo, destinadas a determinadas populações de risco, projeto este denominado Revolução da Sobrevivência Infantil. Desse pacote constavam originalmente: monitoração do crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização.

Segundo Werner, apenas a reidratação oral e a imunização foram aplicadas em escala. Mesmo assim, os resultados ficaram aquém dos desejados, muito diferenciados entre os diversos países. Na África do Sub-Saara, verificou-se uma inversão da tendência de declínio da mortalidade infantil a partir do final dos anos 80. Dessa maneira, as causas profundas de natureza social e política permaneceram inalteradas, retroalimentando a problemática sanitária.

O segundo ponto destacado por Werner são os **ajustes das economias** em desenvolvimento, estagnadas pelo peso das enormes dívidas externas e de termos comerciais desfavoráveis, patrocinados e/ou exigidos pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). A política de ajustes implica cortes drásticos em saúde, educação e subsídio alimentar.

Esses fatos também são assinalados nas avaliações da OMS, mas Werner acrescenta um dado inquietante: um plano adotado pelo próprio Unicef, seguindo as recomendações do Banco Mundial e do FMI, de “financiamento-pelo-usuário” e “recuperação-de-custos”. Por meio de uma iniciativa chamada Bamako, o Unicef defenderia a “recuperação de custos” em alguns países africanos, pelo pagamento parcial dos medicamentos fornecidos em determinadas unidades de saúde de vilarejos.

Atenção Primária de Saúde (cuidados primários / básicos de saúde)

Parâmetros	APS Seletiva	APS Integral
Ações	Seleção de ações	Conjunto de ações integradas
Aplicação	Localizada	Sistêmica
Relação custo/benefício	Ênfase no custo	Ênfase na rel. custo/benefício
Público-alvo	Tendência restritiva	Tendência universalizante
Princípio básico	Racionalizador/ Compensatório	Distributivo/ Eqüitativo
Modelo	Controle de doenças	Promoção da saúde

As conseqüências desse plano podem ir desde o imediato desvio do dinheiro destinado à alimentação familiar para o pagamento de remédios, até implicações sociais e éticas a médio prazo, como o abandono da política de impostos progressivos (maior tributação dos afortunados) e da assistência à saúde como direito básico de cidadania.

Werner também ressalta o poder assumido pelo **Banco Mundial** na determinação das políticas de saúde – fato inserido na política maior de subordinação econômica dos países em desenvolvimento, cada vez mais dependentes de apoio externo para se equilibrarem financeiramente, mantendo em dia o pagamento das dívidas externas e, ao mesmo tempo, mantendo um controle mínimo sobre a desagregação econômica e social interna.

O Banco Mundial torna-se, então, importante financiador de projetos nas carentes áreas sociais – segundo Werner, dentro de uma lógica desumanizada, mecanística e mercadológica dos serviços de saúde, conforme o paradigma de ajuste estrutural, que tanto penalizou os mais pobres. Em suma, contra os efeitos colaterais de determinada droga, propõe-se como antídoto uma associação de drogas que, paradoxalmente, contém o veneno original.

A terceira referência avaliativa da APS e da meta SPT/2000 é o documento disponibilizado pela OMS em 1999. Nessa avaliação, consta ter havido, ao longo dos anos 90, um agravamento da pobreza na América Latina e no Caribe, em relação à década anterior, acentuando-se, cada vez mais, a chamada dívida social desses países. Os sinais de recuperação econômica regional não produzem reflexos marcantes nos investimentos sociais. Embora tenha havido importante incremento dos gastos nacionais com saúde (GNS) – passando de \$200, em 1980, para \$250, em 1994 –, nesse ano, o setor público conseguiu apenas retornar ao patamar de investimentos do início da década de 80, ou seja, \$110 *per capita*.

De maneira geral, o relatório aponta uma série de avanços na saúde, como a desconcentração-descentralização, a participação social (mesmo considerando existirem ainda participações meramente utilitárias) e a coordenação inter e intra-setorial (embora a não-inclusão de determinados atores, principalmente do setor privado, tenha limitado o alcance das políticas propostas). São obtidas altas coberturas de imunização, melhorias na esperança de vida ao nascer e quedas nas taxas de mortalidade infantil e por doenças transmissíveis, além de pequenos incrementos na oferta de água e saneamento básico.

Por outro lado, assinalam-se distorções na área de recursos humanos, pois persistem as dificuldades para a interiorização de médicos (apesar do crescente número de profissionais formados) e a maior alocação de recursos nas atividades-meio. O resultado é uma relação de cinco administrativos para cada médico e apenas um profissional atuando em prevenção para cada grupo de dez.

Além disso, constata-se a falta ou a debilidade das políticas nacionais para formação e capacitação dos recursos humanos, evidenciadas pelo isolamento das instituições da área e pela constatação de que quase metade dos países não apresenta mecanismos para avaliar a adequação, a suficiência e a distribuição dos quadros formados, especialmente daqueles egressos do setor privado.

Finalizando, a terceira avaliação da OMS assinala a intenção declarada da América em persistir rumo à SPT e à APS. O documento termina propugnando a SPT como “um estado futuro desejado” e propondo uma série de objetivos, orientações de políticas e determinadas estratégias para que seja alcançado. Entretanto, alertamos que tal “visão de futuro” deve assentar-se em bases realistas, considerando estarmos ainda em estado de incipiência explícita.

Sin embargo, la concepción de la APS, tanto en su forma integral como en la focalizada, no se há internalizado

ni operacionalizado en forma completa en los servicios de salud. (OMS, 1999, p. 39)

O desenvolvimento da APS no terceiro milênio: qual o papel do PSF neste empreendimento?

Considera-se que o Programa de Saúde da Família tem bom potencial para estruturar a atenção básica em nosso País. Entretanto, alguns cuidados precisam ser tomados para a atualização desse referido potencial. É importante levarmos em conta alguns questionamentos ao programa, tendo como base referencial e cenário as considerações feitas sobre a APS nos parágrafos anteriores.

Da mesma maneira que as avaliações sobre APS e SPT, uma análise atual e em perspectiva do PSF permite diversas abordagens, mas, neste trabalho, elegeremos algumas para maiores considerações.

Monocultura ambulatorial

Um dos equívocos estratégicos apontados pela OMS na implantação da APS refere-se à não-inclusão de outros atores e setores (públicos ou privados) com interesses ou poderes sobre a referida proposta. O organismo internacional, aliás, recomenda explicitamente essa colaboração ampliada, como parte das orientações para políticas sobre o futuro da SPT (OMS, 1999, p.39 e 41).

O PSF tem caminhado a largos passos. Porém, para alguns, sua trajetória é monolítica e isolada, até mesmo em relação a outros projetos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse alerta já era aventado em 1997 pelo ex-prefeito de Santos (SP), David Capistrano da Costa Filho, que destacava vários projetos com o mesmo potencial em seu município, como os programas odontológico e de internação domiciliar.

Não concordo que se usem os mecanismos de financiamento para forçar todos os municípios a usarem esta fórmula... O PSF formatado pelo

Ministério não é a única estruturação possível. (Fiocruz: Tema/Radis, 1997, p. 26)

Dezenas de projetos desenvolvidos no âmbito do SUS alcançaram bons resultados estruturantes, inclusive em Belo Horizonte. É o caso do Projeto Vida (redução da mortalidade infantil), do Sinasc (sistema de notificação de todos os recém-nascidos vivos pelas maternidades à Secretaria Municipal de Saúde), da implementação da vigilância à saúde infantil (busca ativa dos recém-nascidos por critérios de risco, com visitas domiciliares), da recepção acolhedora ou acolhimento nas unidades básicas de saúde (estratégia complementar para proporcionar uma acesso mais ampliado, facilitado, humano e criterioso ao usuário) e do Projeto de Controle e Assistência às Doenças Respiratórias Agudas (controle ambulatorial de asma).

A questão fica lançada: teria o PSF potência suficiente para estruturar a atenção básica sem integrar, incorporar, adequar, otimizar, contribuir, receber e participar dos demais projetos correntes no SUS? A possível obviedade da resposta não é capaz de esconder uma prática relativamente solitária do PSF. A percepção de “massa e volume” do programa, proporcionada pelo grande número de equipes e municípios participantes, não é garantia de sucesso, mas significa apenas que poderemos atingir o “paraíso” ou um “beco sem saída” em larga escala.

De acordo com a experiência da OMS quando da implantação da APS, seria estratégico levarmos em consideração os demais atores, setores e projetos alinhados na mesma direção, especialmente aqueles já testados e desenvolvidos dentro do próprio SUS. A integração com outros projetos poderá concretizar o potencial do PSF como um primeiro contato com o sistema de saúde, ampliando o leque de ações disponibilizadas, bem como sua acessibilidade e resolubilidade.

A consecução dessa estratégia deverá pôr em prática o decantado objetivo

de transformar o PSF, de um programa verticalizado, em uma estratégia de organização do nível básico de atenção, aglutinando, otimizando ou articulando todos os programas e ações pertinentes. Iniciativas, como a “Oficina Regional Sudeste: Integrando Processos de Capacitação de Profissionais para Atenção Básica”, patrocinada pelo Ministério da Saúde e realizada no Rio de Janeiro em junho de 2000, devem ser incentivadas, ampliadas e aprofundadas regionalmente, no sentido de incrementar-se a integração das ações de saúde no campo da atenção básica.

“Cesta básica” e “medicina para pobres”

O PSF nasceu e se desenvolve num ambiente carregado de ambigüidades, no cenário de um SUS fragmentado e decomposto em diversas realidades: o “SUS-para-pobres” (como medicina simplificada para as massas), o “SUS-real” (refém da política econômica federal), o “SUS-formal” (estabelecido na Constituição Federal de 1988) e o “SUS-democrático”, projetado pela reforma sanitária brasileira (Paim, 1996).

Vivendo o dia-a-dia com nossos alunos das equipes do PSF, percebemos suas angústias por se sentirem inseridos, em nome do PSF, no “SUS-para-pobres” e/ou no “SUS-real”. Os profissionais sofrem as consequências indesejáveis dessas concepções menores, embora não consigam localizar com clareza e articular alguma atuação sobre a etiologia do processo ao qual estão submetidos.

O PSF pode e tem sido eventualmente utilizado para “dourar a pílula” de uma medicina simplificada para pobres, oferecendo uma “cesta básica”, maior ou menor, de cuidados básicos seletivos ou focalizados (Esmig/Cesf/ Oficinas do Curso de Especialização em Saúde da Família, 1997). Essa “maquiagem” pode representar considerável reforço àquelas concepções não-democráticas do SUS, ao introduzir algumas diretrizes e pressupostos isolados da

assistência integral à saúde, confundindo-as, à primeira vista, com o modelo integral proposto pela reforma sanitária.

Moldura nova no “SUS-para-pobres” e/ou no “SUS-real”, o programa aumentará a distância até o objetivo SPT, se aceitarmos as ponderações de David Werner sobre a APS, relatadas anteriormente. Faz-se necessário saber discernir e apontar, claramente, as diferenças relativas a essas propostas menores, inclusive estabelecendo mecanismos e instâncias que avaliem as condições de “bioequivalência” entre propostas similares.

Ainda nessa linha, outra característica do PSF consiste na sua implantação em áreas de alto risco socioeconômico, isoladamente de outros projetos sociais em caráter interinstitucional e intersetorial, sem a estruturação dos demais níveis hierarquizados de referência do setor saúde. No mais das vezes, isso levanta enormes expectativas, porém com baixa resolubilidade e frustração geral (Esmig/Cesf, 1997). Por definição, a APS ligar-se-ia a toda uma estrutura sistêmica da saúde, com disponibilização dos níveis secundário e terciário. Fica o alerta: talvez devido ao custo e à complexidade, a implementação desses níveis tem sido protelada, sobrecarregando o nível básico.

Capacitação de recursos humanos

A única referência ao Programa de Saúde da Família brasileiro feita na Terceira Avaliação da OMS, de 1999, consiste em relatar (numa só linha) a existência de um projeto de formação de pessoal, sem maiores detalhes. Portanto, não poderemos utilizar a referida avaliação para subsidiar as considerações seguintes, mas contaremos com a nossa própria experiência de cinco anos nesse campo de atuação.

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) atua, desde 1995, na capacitação de profissionais para o programa, elaborando e desenvolvendo várias atividades educacionais, como o

primeiro Curso de Especialização em Saúde da Família no Estado, treinamentos introdutórios, cursos básicos, capacitação pedagógica e treinamento para agentes comunitários de saúde (ACS), além de seminários de educação continuada. No período de 1996 a 1999, cursaram as diversas atividades educacionais, coordenadas e/ou aplicadas pela Esmig, 964 profissionais de nível universitário e 3.197 agentes comunitários de saúde (Esmig/Nucasf, 2000).

Na área de recursos humanos, são igualmente inúmeros os enfoques possíveis, mas também aqui elegeremos alguns para considerações maiores. O primeiro ponto se refere à estratégia do Ministério da Saúde de constituição dos chamados “Pólos para Capacitação e Formação de Pessoal em Saúde da Família”, para desenvolver a formação de recursos humanos nos Estados.

A Coordenação da Atenção Básica do Ministério da Saúde considera o setor de recursos humanos e a pouca qualificação dos profissionais um dos principais obstáculos à implementação do programa. Nesse sentido, o MS tem considerado muito positiva a atuação dos pólos estaduais, destacando, nessa avaliação, a participação das instituições universitárias (cerca de 54 em todo o País) na coordenação e no desenvolvimento das propostas regionalizadas (Sousa, 1999). A experiência da ESP-MG, primeiramente como núcleo de capacitação e atualmente como eventual colaboradora de um dos pólos estaduais – o Pólo da Universidade Federal de Minas Gerais – permite corroborar essa avaliação positiva.

Entretanto, o MS tem estabelecido critérios para credenciamento dos núcleos e pólos que, em alguns pontos, excluem importantes instituições envolvidas no desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, como é o caso das Escolas de Saúde Pública Estaduais. Por exemplo, ao creditar pontos para instituições que ofereçam graduação em Medicina e Enfermagem, o MS caminha – corretamente – na

perspectiva de que os pólos provoquem mudanças paulatinas na graduação, atendendo à formação de profissionais para a APS. Por outro lado, o mesmo critério é linearmente excludente, se aplicado às Escolas de Saúde Pública, as quais, em sua maioria, não têm como finalidade e missão institucional atuar em nível de graduação. Muitas vezes, essa definição acaba alijando a experiência e a legitimidade das escolas em relação ao SUS e ao próprio PSF, como é o caso da ESP-MG, tradicional referência para os municípios mineiros no desenvolvimento de recursos humanos em saúde pública.

O estabelecimento de conjuntos de parâmetros adequados a cada tipo de instituição de ensino poderá resgatar e incluir diferentes experiências e propostas de formação em saúde pública, numa perspectiva complementar e otimizadora dos recursos disponíveis. Essa medida também estaria em consonância com as lições colhidas na primeira fase de implantação da APS e da meta SPT/2000, transportando as recomendações explícitas da OMS acerca da necessária integração dos variados atores influentes e interessantes à proposta (OMS, 1999, p. 39 e 41).

O segundo enfoque selecionado na área de recursos humanos aborda a enormidade do esforço necessário à capacitação de profissionais para o PSF, de acordo com as metas propostas pelo MS. Muitos consideram esse esforço como uma das “doze tarefas de Hércules na era moderna”. Vejamos: o MS sinaliza para a meta de implantar 20 mil equipes do PSF até o ano 2002, o equivalente a 20 mil médicos e 20 mil enfermeiros (Brasil/Ministério da Saúde, 2000). Isso significa que, num universo total de 250 mil médicos em atividade no País, previsto para este ano, cerca de 8% estaria atuando como generalista, em tempo integral no PSF.

De onde virão, devidamente capacitados, cerca de 20 mil generalistas para atuação imediata no PSF? Logicamente, o

mercado – parcialmente influenciado pela própria implantação do PSF – deverá pressionar para a adequação da formação profissional na graduação. Entretanto, saliente-se que qualquer modificação estrutural no ensino médico de graduação só se concretizará no ciclo mínimo dos seis anos necessários para formar uma nova leva de médicos. E, para caracterizar-se como tendência, deverá contabilizar significativo número de escolas objetivando tal modificação no ensino.

Que modalidades de ensino podem ser empregadas para capacitação dessa clientela? Em relação ao profissional médico, qual o *status quo* dessa clientela, em termos da formação e de experiências profissionais anteriores?

A graduação em Medicina tem preparado, basicamente, dois tipos de médicos: o generalista e o médico de formação geral. O generalista teria uma formação intensiva e concentrada nas áreas de clínica de criança, adulto, ginecologia e saúde pública e deveria estar apto a iniciar suas atividades no nível de atenção básica logo após a formatura. O médico de formação geral, por sua vez, teria sua graduação concentrada na preparação para acessar uma residência, ou seja, seria candidato a uma especialização, mesmo em área básica (Costa Neto, 2000).

A pós-graduação *lato sensu* baseia-se na residência médica e nos cursos de especialização de 360 horas mínimas. A residência em Medicina Social/Preventiva ou Geral/Comunitária contava, em 1991, com 23 cursos em todo o Brasil, disponibilizando 124 vagas por ano (Abrasco, 1991). Em 1995, primeiro ano de implantação do PSF, havia 5.504 (2.864 nas capitais e 2.640 no interior) especialistas em Medicina Geral/Comunitária (Fiocruz/CFM, 1996). Entretanto, ao longo da década de 90, diminuiu o interesse institucional e a procura dos médicos pelas residências em Medicina Preventiva e Social, culminando com a desativação de alguns programas.

Com a implementação do PSF no final da década de 90, surgem programas

de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, energizando, novamente, a formação de quadros para a área de Saúde Coletiva, até mesmo com uma perspectiva de complementariedade e o “estabelecimento de interfaces e processos de cooperação entre as duas propostas: ...Residência em Medicina Preventiva ... e Residência em Saúde da Família” (Campos, 2000).

Mas a principal modalidade de capacitação em escala nacional proposta pelo MS para o PSF, a partir de 2000, tem sido os Cursos de Especialização, com carga de 360 horas, consubstanciando-os como a principal estratégia de capacitação de profissionais universitários. Os primeiros Cursos de Especialização em Saúde da Família iniciaram suas atividades em 1995 ou 1996 (caso da ESP-MG), formando um contingente ainda relativamente pequeno, mas com o mérito de integrar enfermeiros e médicos numa proposta pedagógica conjunta.

Os cursos propostos pelo MS deverão ocorrer em regime modular, intercalando dez períodos de concentração e dispersão, desenvolvidos no prazo de um ano, contando com cerca de 240 horas em atividades presenciais e 120 horas em atividades de campo.

Aqui cabem alguns alertas. O primeiro deles se refere ao número de horas presenciais previstas, uma vez que a maioria dos Cursos de Especialização em Saúde da Família anteriores ou em andamento trabalha com uma carga horária presencial em torno de 360 horas. A redução para 240 horas presenciais pode atender à necessidade de formação de um grande número de profissionais em período relativamente curto – uma relação de escala/tempo –, mas certamente implicará a redução dos conteúdos a serem abordados.

O ensino e a consultoria à distância poderiam equacionar a questão, mas até que ponto e com que grau de extensão e acesso ao alunado das diferentes regiões permanecem como interrogações centrais. A discussão está aberta, visando a estabelecer a distância

segura de uma visão “fast-food”, aplicada na capacitação de recursos humanos para o PSF.

Na mesma linha de raciocínio, outro alerta vale para as atividades de campo. Muitos coordenadores e alunos do Curso de Especialização ressentem-se de uma presença sistemática de professores e coordenadores junto às equipes locais do PSF, orientando os trabalhos práticos e a própria organização dos serviços municipais.

Também essa questão poderia ser atendida, em parte, com a consultoria à distância, mas defendemos a inclusão de técnicos das Diretorias Regionais e Secretarias Municipais de Saúde nos Cursos de Especialização. Os programas poderiam ser complementados com conteúdos específicos para essa clientela, sempre no intuito de melhor prepará-la para as funções de assessoria e supervisão técnica nos níveis regional, municipal e local.

Mais um alerta, dentre tantos possíveis, concerne a eventuais estágios práticos supervisionados, provavelmente necessários para atender a uma clientela heterogênea em termos de formação, experiência e origem profissional. No recrutamento e capacitação do enorme contingente de 20 mil profissionais médicos para atuação como generalistas, poderemos encontrar desde recém-formados na linha generalista ou de “formação geral”, passando por especialistas das chamadas especialidades básicas, até as especialidades mais particularizadas.

Devido a essa heterogeneidade, a implementação de estágios práticos em áreas, como atenção à mulher e à criança, por exemplo, pode vir a ser necessária para os grupos de recém-formados com “formação geral”, para os especialistas de áreas não-básicas e até para os especialistas básicos. Isso atenderia a abrangência e a qualidade da assistência básica preconizada pelo PSF, em termos do enfoque familiar e da atenção a todo o ciclo de vida dos indivíduos.

Considerações finais

Nada do que foi abordado até aqui representa impedimento absoluto à implementação da APS/SPT, mas certamente indica que os obstáculos são maiores que os imaginados na década de 70. A desejável implementação do PSF, cada vez mais direcionado como eixo estratégico reorganizador do SUS, exige levarmos em séria conta os alertas anteriores e outros mais.

Nada mais desgastante que repetir erros historicamente apontados e consagrados por experiências recentes. Assim sendo, ao PSF urge aliar-se outros projetos estruturantes do SUS. Urge afastá-lo de concepções menores, como medicina familiar (sutilmente “equivalente”) ou medicina simplificada para pobres (romanceada como de natureza “robin-hoodiana”). Finalmente, urge uma ação altamente concertada para o desenvolvimento de recursos humanos, contribuindo pelo menos numa das “doze tarefas de Hércules na era moderna”, qual seja, a capacitação dos profissionais do PSF.

Referências bibliográficas

- ABRASCO. *Catálogo de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Brasil 1991*. Rio de Janeiro: Abrasco, nov.1991.
- CAMPOS, F.E. Considerações sobre a Residência de Medicina Preventiva e Social na atual conjuntura brasileira. *Boletim da Abrasco*. Rio de Janeiro: Abrasco, n.76, jan/mar.2000.
- COSTA NETO, M.M. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria

- de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção à Saúde, n.02, jun/jul.2000, p. 46-51.
- ESMIG/Curso de Especialização em Saúde da Família/Cesf/UFMG. *Relatório final das oficinas para desenvolvimento do Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte: Escola de Saúde de Minas Gerais, 1997, mimeo.
- ESMIG/Núcleo de Capacitação e Assessoria em Saúde da Família/Nucasf. *Levantamento das atividades educacionais em Saúde da Família realizadas pela Esmig; período de 1996 a 1999*. Belo Horizonte: Escola de Saúde de Minas Gerais, 2000, mimeo.
- FIOCRUZ/Radis. Especialidades médicas no Brasil. *Dados*. Rio de Janeiro, n.17, dezembro, 1995.
- FIOCRUZ/Tema/Radis. *Saúde é responsabilidade do Estado contemporâneo*. Rio de Janeiro, n.15, 1997.
- LANDMANN, J. *A outra face da Medicina*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.
- MENDES, E.V. *Distrito sanitário; o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
- OMS. *Aplicación de la estrategia de salud para todos en el año 2000; segunda evaluación; región de las Américas*. Washington, D.C: Opas/OMS, 1995. v.3.
- OMS. *Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos en el año 2000; resumen regional de las Américas*. Disponível em [<http://www.paho.org/spanish/sha/shadatos.htm>], 1999.
- PAIM, J.S. O SUS no ensino médico; retórica ou realidade. *Divulgação para Saúde em Debate*. Londrina: Cebes, n. 14, 1996.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à Medicina Social*. São Paulo: Graal, 1980.
- SOUSA, H.M. O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção à Saúde, novembro, 1999.
- VENEDIKTOV, D. Alma-Ata y su proyección. *Foro Mundial de la Salud; Revista Internacional de Desarrollo Sanitario*. Bélgica: OMS, v.19, n.1, 1998.
- WERNER, D. Transformando a atenção à saúde em investimento; os mais recentes ataques em grande força contra a atenção primária à saúde. Resumo editorado in *Contact*. n.92, mar/abr. 1995, p. 1-4.