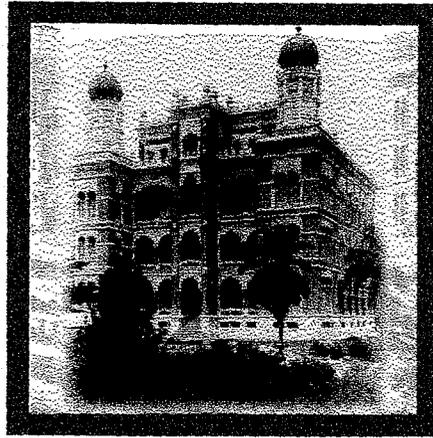


Fundação Oswaldo Cruz

NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

Instituto Aggeu Magalhães



Departamento de Saúde Coletiva

Residência Multiprofissional em
Saúde Coletiva

MONOGRAFIA

ANA CRISTINA BARBOSA DE ANDRADE

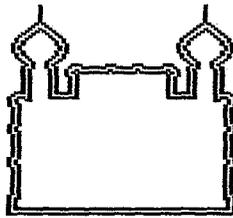
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO:
P R O C E S S O E M C O N S T R U Ç Ã O

ORIENTADORA:
Dra. PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

CONSULTA

Recife 1999

(043.42)"1999"
A553f



NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA – NESC**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

**FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO:
PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

**Monografia apresentada
para obtenção do título de
sanitarista no Curso de
especialização em nível de
Residência Multiprofissional em
Saúde Coletiva sob a orientação
da Dra. Paulette Cavalcanti de
Albuquerque**

AUTORA: Ana Cristina Barbosa de Andrade

Recife, 1999

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

A minha mãe por ter-me ensinado que o sucesso se conquista passo a passo.

A Fred pelo seu amor confiança e estímulo.

A Jessica e Victor (meus filhos) pelo carinho e compreensão nas horas do "não posso"

Aos professores Vanda (In memóriam) e Abel por nos despertar para a essência da vida, a qual deve ser vivida em toda sua plenitude.

A todos os professores do NESC que através do seu conhecimento peculiar nos abriram novos horizontes.

A todos funcionários do NESC sempre prontos a nos ajudar, e juntos tornaram nossa convivência agradável.

A todos os técnicos do DRH/DEEC e Coordenação do PACS/PSF da SES, que me proporcionaram o desenvolvimento de atividades experiência que desencadeou o processo inicial deste estudo.

A Djalma Agripino e Afra Suassuna pela colaboração e despreendimento.

A Paulette Cavalcanti pela oportunidade de poder partilhar da sua fonte de sabedoria.

Aos profissionais do curso de especialização de saúde da família.

Aos amigos pelo estímulo e sua amizade sincera.

Que Deus abençoe a todos!

Apresentação

Lista de Quadro , Tabelas e Gráficos

I CAPÍTULO

- Introdução..... 12
- Em questão da formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco.....14
- Hipótese.....15
- Objetivos Geral específicos.....16

II CAPÍTULO

- Programa de Saúde da Família - PSF17
- A Política de formação de recursos humanos em saúde.....27
- Formação e exercício profissional de Médicos e Enfermeiros.....30
- Formação acadêmica do Médico no Brasil.....32
- Formação acadêmica dos enfermeiros.....34
- Formação em pós graduação dos Médicos.....36
- Formação em pós graduação de enfermeiros39
- A estrutura do mercado de trabalho de Saúde42

III CAPÍTULO

- Descrição da metodologia utilizada45

IV CAPÍTULO

- Resultados - Perfil dos profissionais Enfermeiros e Médicos do PSF de Pernambuco48
- Discussão68

V CAPÍTULO

- Conclusão71
- Referências Bibliográficas72

Anexos

LISTA DE QUADROS

- **Quadro 1** - Demonstrativo de enfermeiros selecionadas no concurso para especialização a nível de residência segundo área e instituição em Pernambuco para o ano de 1997.....**41**
- **Quadro 2** - Opinião dos profissionais quanto as alternativas para solucionar as dificuldades no desempenho do trabalho no PSF durante a graduação.....**63**
- **Quadro 3** - Demonstrativo dos cursos realizados pelos Médicos e Enfermeiros enquanto profissionais do PSF.....**66**

X

LISTA DE TABELAS

- **Tabela 1** - Demonstrativo dos treinamentos introdutórios realizados pela Secretaria Estadual e Municipais de Saúde de 1995 a 1998.....**26**
- **Tabela 2** - Instituições de formação de profissionais de saúde: Medicina e Enfermagem segundo a forma mantenedora.....**31**
- **Tabela 3** - Médicos residentes segundo especialidade no Brasil.....**37**
- **Tabela 4** - Características do mercado de trabalho médico no Brasil.....**43**
- **Tabela 5** - Distribuição dos médicos por número de atividades segundo unidades da federação.....**44**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Médicos e Enfermeiros do PSF por faixa etária em PE.....	48
Gráfico 2 - Proporção dos profissionais do PSF por sexo	49
Gráfico 3 - Médicos e Enfermeiros do PSF por tempo de formado.....	50
Gráfico 4 - Enfermeiros do PSF por instituição formadora.....	51
Gráfico 5 - Médicos do PSF por instituição formadora.....	52
Gráfico 6 - Médicos e Enfermeiros do PSF segundo tipo de formação de pós graduação.....	53
Gráfico 7 - Profissionais do PSF segundo área de formação de pós graduação.....	54
Gráfico 8 - Distribuição dos Médicos por áreas de trabalho antes do ingresso no PSF.....	55
Gráfico 9 - Distribuição dos Enfermeiros por áreas de trabalho antes do ingresso no PSF.....	56
Gráfico 10 - Distribuição dos profissionais do PSF por regime de trabalho simultâneo.....	57
Gráfico 11 - Distribuição dos profissionais do PSF com atividade simultânea segundo setor de trabalho.....	58
Gráfico 12 - Avaliação dos Médicos e Enfermeiros quanto a qualidade do curso de graduação em relação a capacitação para atuar no PSF.....	59
Gráfico 13 - Distribuição das áreas apontadas por profissionais do PSF como deficientes na graduação	60
Gráfico 14 - Ordem de prioridade das formas selecionadas pelos profissionais para suprir suas deficiências quanto a capacitação para o trabalho em saúde da família.....	61

Gráfico 15 - Opinião dos profissionais do PSF quanto se as dificuldades no desempenho do trabalho poderia ter sido solucionadas na graduação.....	62
Gráfico 16 - Proporção dos profissionais do PSF que cursariam disciplina eletiva de Atenção Primária à Saúde durante a graduação.....	64
Gráfico 17 - Avaliação dos profissionais quanto a formação de pós graduação na resolutividade das dificuldades no desempenho das atividades no PSF.....	65
Gráfico 18 - Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo tempo de trabalho no PSF	67

APRESENTAÇÃO

Durante o segundo ano do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, tive a oportunidade de realizar estágio curricular no Departamento de Educação Continuada da Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, onde participei ativamente do processo contínuo que é a capacitação de recursos humanos de saúde.

A Diretoria de Recursos Humanos - DRH da Secretaria Estadual de Saúde mantinha uma estreita relação com a Coordenação do Programa de Saúde da Família - PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS do Estado devido a sua integração ao Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal de Saúde da Família, com a organização e operacionalização de atividades conjuntas.

Durante o estágio, foi de fundamental importância a inserção em atividades de capacitação, treinamento, discussão de instrumentos e metodologia pedagógica para Recursos Humanos em Saúde. Essa participação foi fator determinante para centralizar meu interesse em trabalhos direcionados a profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família do estado. Inicialmente, tomei ciência das finalidades, objetivos, entidades formadoras e metas do Pólo de capacitação de profissionais do PSF, os trabalhos desenvolvidos pela equipe para em seguida ter a oportunidade de conhecer e colaborar com profissionais responsáveis pela organização e execução do primeiro Curso de Especialização em Saúde da Família do Estado.

O processo de discussão e definição do conteúdo programático dos módulos do Curso de Especialização em Saúde da Família foi determinante

para que eu pudesse perceber a necessidade de conhecer melhor as características da formação acadêmica dos profissionais que compõem uma equipe de Saúde da Família. Não havia interesse de estruturar um curso nos moldes tradicionais, e sim, com uma abordagem multidisciplinar, com enfoque do processo saúde-doença dentro de um contexto diferente, de modo a atender às possíveis áreas ineficazes da graduação dos profissionais médicos e enfermeiros para o trabalho na estratégia de saúde da família.

As supostas deficiências na formação acadêmica dos médicos e enfermeiros para o trabalho na estratégia de saúde da família estava baseada numa oficina de trabalho realizada pela DRH da Secretaria de Saúde, onde foi discutido o perfil atual e o perfil desejado de cada profissional e em relatos informais de profissionais do PSF e técnicos da secretaria Estadual de Saúde, durante a realização de cursos introdutórios e de capacitações. Foi então que senti necessidade de criar um instrumento de base sólida e fidedigna que conseguisse registrar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros do PSF e focar a qualidade da formação acadêmica como processo de qualificação para o desempenho de suas atividades em Atenção Primária à Saúde no contexto da estratégia da Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Em 1977, durante a Conferência Mundial de Saúde, em Alma Ata, os 189 Estados Membros da Organização Mundial de Saúde firmaram um compromisso social para obtenção de um nível de saúde para todas as pessoas do mundo, até o ano 2000, que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Para garantir esse compromisso, seria necessário que os recursos da saúde fossem distribuídos de forma equilibrada e que os cuidados de saúde primários estivessem acessíveis a todos, com envolvimento máximo da comunidade. Para tal propósito, a OMS preconizou que os cuidados de saúde deveriam iniciar em casa, nas escolas e nos locais de trabalho de forma que as pessoas pudessem utilizar as melhores formas de abordagem para a prevenção da doença.

Os cuidados de saúde primários são procedimentos essenciais, baseados em métodos e tecnologia práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitos, tornando-os universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias nas comunidades.

Os princípios da Reforma Sanitária brasileira, cujos antecedentes remontam à luta pela democratização da saúde no contexto do processo de redemocratização da sociedade brasileira, foram melhor estabelecidos a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Lei Orgânica da Saúde.

A aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei Nº 8.080/90 e Nº 8142/90) evidenciou o desencadeamento de uma política mais clara no processo de municipalização com experimentação de novas modalidades de gestão assistencial fundamentadas em base territorial e epidemiológica em vários estados e municípios. (Teixeira e Paim , 1996).

Mas algumas dessas novas modalidades foram implantadas às custas da mobilização das forças interessadas em mudanças substantivas na concepção e nas práticas de saúde em nosso país. A Norma Operacional Básica/96 estabeleceu mecanismos financeiros de valorização do empenho político de

investimento na cobertura a assistência pelo gestor municipal; quanto mais áreas atendidas na Atenção Básica através do PACS e PSF maior o incentivo financeiro. A Norma Operacional Básica/96 - NOB/96 também passou aos municípios o dever de planejar a implementação e expansão da cobertura da Atenção Básica a Saúde, fazendo assim, cumprir a constituição do mando único em cada esfera de governo (Schraiber et al, 1994).

Esse processo, no entanto, acarretou um acirramento conflitante de interesses político-institucionais em torno das opções organizativas e operacionais, apontando novas tendências para o Sistema Único de Saúde. Dentre várias propostas de redefinição do modelo assistencial, em 1994, os gestores federais do sistema de saúde lançaram uma proposta de implantação de um extenso programa de atenção à saúde a nível primário, denominado então de Programa de Saúde da Família, dirigido ao controle de problemas específicos, centrado no atendimento à clientela adscrita e identificando-se como a oportunidade de um trabalho inovador e crítico.

Esses espaços de trabalho, geradores de novas modalidades no processo de atenção a saúde visando a consolidação do Sistema Único de Saúde, requerem uma formulação de propostas de formação e capacitação de recursos humanos adequadas a nova forma de organização da assistência à saúde. Neste sentido, a articulação de práticas educativas com os processos de organização de serviços de saúde são capazes de indicar os caminhos para a construção dos modelos gerenciais ancorados no reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expressa na melhoria da qualidade de vida através de serviços mais resolutivos, integrais e principalmente mais humanizados.

A formação de recursos humanos para a saúde, hoje é uma questão que envolve áreas e instâncias em vários níveis governamentais de ensino e serviço. Dentro das Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família (Brasil, 1997), ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde cabe promover a articulação entre as instituições acadêmicas de ensino superior e as de serviço como também assessorar os pólos de saúde da família para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários à estratégia, com a finalidade de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e implantação de alternativas de pós graduação "*sensu lato*".

EM QUESTÃO A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO

A discussão em torno da formação de Recursos Humanos para a Saúde ocorreu inicialmente direcionado aos médicos, considerados profissionais que deveriam seguir os ideais preconizados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Segundo Garcia (1970), os problemas da educação médica na América Latina eram de natureza tal qual poderiam ser resolvidos satisfatoriamente sem levar em conta o sistema educacional pré-universitário, o sistema de atenção médica e a formação dos demais profissionais que compõem as equipes de saúde. Todavia, o planejamento da formação de Recursos Humanos em saúde deveria constituir parte importante dos planos nacionais de saúde e refletir os esforços coordenados das instituições formadoras e as instituições prestadoras de serviços de saúde onde esses profissionais iriam desempenhar suas funções.

Em 1973, a Associação Brasileira de Ensino Médico - ABEM com a colaboração da Organização Mundial de Saúde, realizou um seminário sobre Formação de Médicos de Família. Essa foi uma primeira tentativa de precisar o conteúdo do produto das escolas médicas no plano de graduação (Feuerwerker, 1998). Esse profissional deveria estar capacitado para assumir a responsabilidade do atendimento primário integral, coordenar equipe multiprofissional de trabalho na promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente e da sua família, realizando encaminhamentos a especialistas, supervisionando a participação desses profissionais e garantindo a continuidade do atendimento com seu vínculo permanente com a família.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a mudança do Sistema de Saúde brasileiro desencadearam um processo de reflexões sobre o papel das instituições acadêmicas como um espaço capaz de focar as formulações políticas atuais. Neste caso, a academia assumiria a função estratégica na formação de Recursos Humanos comprometidos com as transformações políticas e éticas preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

HIPÓTESE

A formação de Recursos Humanos para a Saúde está fundamentada no ensino tradicional de práticas assistenciais curativas, voltado para o modelo hospitalocêntrico e especializado. Para o cumprimento dos preceitos básicos de equidade, Integralidade e universalidade do Sistema único de Saúde é necessário uma ampla discussão sobre a qualificação da formação acadêmica dos profissionais de saúde.

O ensino acadêmico dos profissionais de saúde, especificamente de médicos e enfermeiros é insuficiente para o desenvolvimento de suas atividades laborativas na Estratégia de Saúde da Família e apresenta deficiências em áreas fundamentais as quais poderiam ser suprimidas ainda na graduação

OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa tem como objetivo geral traçar o perfil da formação profissional dos médicos e enfermeiros inseridos nas equipes no Programa de Saúde da Família em Pernambuco, com ênfase na qualificação acadêmica como processo para o desempenho de suas atividades profissionais nessa nova estratégia de Atenção Primária à Saúde a qual possui característica de transição entre o trabalho profissional isolado para um trabalho em equipe multiprofissional, abrindo às vertentes do conhecimento da vinculação social e ambiental do indivíduo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil de formação profissional dos médicos e enfermeiros inseridos nas equipes do Programa de Saúde da Família de Pernambuco.
- Situar de modo temporal a inserção dos profissionais de saúde na estratégia da Saúde da Família;
- Identificar as áreas de maior deficiências na formação acadêmica para o desempenho profissional no Programa de Saúde da Família.
- Identificar as formas alternativas de qualificar os profissionais para o trabalho no Programa de Saúde da Família.

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da família possui características diferentes dos programas tradicionais do Ministério da Saúde. Não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido buscando-se a integralidade da assistência, respondendo à demanda de uma clientela adscrita de forma contínua e racionalizada. O PSF está caracterizado tecnicamente como porta de entrada do sistema de saúde com atuação sanitária que agrega a atenção médica tradicional à uma lógica efetiva de promoção à saúde.

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A seleção de opções terapêuticas, seja de ordem clínica, cirúrgica ou mesmo de ação intersetorial também devem ser oferecidas dentro de um contexto.

O objetivo de Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, curativista e hospitalocêntrico.

A situação crítica de saúde das classes populares no Brasil , principalmente na região Nordeste na década de 1980, expressa através de elevada taxas de morbidade e mortalidade geral e infantil, desencadeou o surgimento de experiências pioneiras como as do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) em parceria com o UNICEF e do Movimento Popular de Saúde (MOPS) no bairro de Casa Amarela e em comunidades da cidade do Recife, culminando com o estabelecimento do programa de Agentes Comunitários cujas bases foram estabelecidas em nosso estado ainda na década de 1980.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde teve início nos estados nordestinos com o propósito de melhorar a Atenção Primária à Saúde priorizando ações de educação em saúde e tendo como seu público alvo o

grupo materno infantil. Este projeto foi elaborado a partir de experiências concretas já implantadas nos estados de Goiás, Ceará, Pernambuco, Maranhão e outros; do conhecimento de relatos de programas com Agentes Comunitários de Saúde, e do Programa de Líderes Comunitários da Pastoral da Criança/CNBB. A epidemia da cólera no Brasil, que surgiu inicialmente na região Norte, também motivou a implantação em caráter emergencial do PACS naquela região, onde os agentes comunitários de saúde atuaram principalmente em ações de controle e prevenção. A partir de 1991 com a institucionalização do Programa em nível nacional pelo Ministério da Saúde, a proposta foi sendo incorporado pelos municípios pernambucanos até atingir 95% dos municípios em 1998.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi estruturado com Agentes Comunitários de Saúde (leigos selecionados nas suas comunidades) e enfermeiros que seriam seus Instrutores /Supervisores, para atuar prioritariamente em Ações Básicas de Saúde direcionadas para mulheres e crianças, de forma a reduzir a morbi-mortalidade desses grupos.

As enfermeiras são as responsáveis pelo processo de educação continuada em serviço dos ACSs e, para desempenharem tal função recebem capacitação técnica e pedagógica da Coordenação Estadual e/ou Municipal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PE , 1998).

Tanto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado pelo Ministério da Saúde em 1991, como o Programa de Saúde da Família, em 1994, inicialmente apresentam dificuldades na formulação de estratégias de capacitação de pessoal, fazendo com que houvesse o apoio do gestor estadual na formulação de ações para formação e educação continuada para os integrantes das equipes do PACS e PSF.

Em nosso Estado, o Programa de Saúde da Família foi implantado em 1994 a partir da experiências do Programa de Agentes Comunitários de Saúde havendo adesão à equipe de médicos e auxiliares de enfermagem. Inicialmente foi implantado no município de Camaragibe com sérias dificuldades de captação de profissionais capazes de desenvolver práticas de trabalho em equipe multiprofissional com propostas inovadoras de diagnóstico, planejamento e organização de ações de saúde e levantamento de indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos da comunidade.

Em 1995, o Estado contava com apenas 04 equipes de Saúde da Família atuando apenas no município de Camaragibe, e em 102 municípios havia o PACS com 175 Enfermeiros Instrutores/Supervisores e 3.890 Agentes Comunitários. Em 1998, no Estado, eram 242 equipes de Saúde da Família distribuídas em 71 municípios cobrindo cerca de 14 % da população com 242 médicos, 242 enfermeiros, 242 auxiliares de enfermagem e 1452 agentes comunitários de saúde atendendo 240.000 famílias. Nesse mesmo ano, 183 municípios possuíam PACS com 430 Enfermeiras Instrutoras e 8890 ACS, responsáveis por uma cobertura 89% da população do Estado (PE, 1998), com atuação junto às comunidades rurais e urbanas, trabalhando na promoção da saúde, em ações de educação em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária e na prevenção de doenças.

FINANCIAMENTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo a NOB/96, o financiamento do sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) devendo cada uma assegurar o aporte regular de recursos, aos respectivos fundo de saúde.

As ações básicas desenvolvidas no Programa de Saúde da Família são custeadas pelo Piso Ambulatorial Básico (PAB), o qual é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (segundo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios em parcelas mensais.

O elenco dos procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor *per capita* nacional diferem de acordo com o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, com o objetivo de incrementar os serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada em todo país (Brasil, 1996).

Recursos federais:

A NOB/96 estabeleceu um Incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde através de um acréscimo percentual ao montante do Piso Ambulatorial Básico - PAB para os municípios que possuísse esses programas , ou estratégias similares atuando integralmente à rede municipal de saúde, garantindo a integralidade da assistência à população. Sendo essas ações avaliadas pelo órgão do Ministério da Saúde com normas da direção nacional do SUS. Os incentivos compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica - PAB e encontram-se regulamentados na Portaria do Ministério da Saúde 3122, de 02/07/98. Os valores dos incentivos PACS/PSF são os seguintes:

01 agente comunitário de saúde	R\$ 2.200,00 / ano
01 equipe de saúde da família (sem incluir os agentes comunitários)	R\$ 28.000,00 / ano

Desta forma, para 01 equipe de saúde da família que atua com 06 agentes comunitários de saúde, o valor do incentivo será de R\$ 41.200,00 / ano.

O município, de acordo com decisões próprias, poderá implantar o número de ACS e equipes que achar necessário. No entanto, para efeito de repasse de recursos federais sob forma de incentivos, o número de ACS ou equipes poderá cobrir 100% da população, desde que obedecido os parâmetros de cobertura populacional contidos na Portaria 157, de 19/02/1998(DOU 02/03/98), abaixo demonstrado:

01 ACS	450 a 750 pessoas
01 equipe saúde da família	2500 a 4500 pessoas

Para recebimento dos incentivos, o município deverá solicitar à Secretaria Estadual de Saúde o preenchimento da FICHA DE QUALIFICAÇÃO aos incentivos e em seguida deverá obter a concordância da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Uma vez qualificado o município deve implantar e alimentar o banco de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, (conforme Portaria Nº 82 de 07 de julho de 1998 DOU 08/07/98), para recebimento dos incentivos.

Em Pernambuco, no ano de 1996 , o financiamento para implantação do PSF foi feito num primeiro momento através de convênio firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde e posteriormente com os municípios, incluindo recursos para aquisição de material permanente para as unidades do programa e custeio dos profissionais das equipes. Com a regulamentação da Norma Operacional Básica da Saúde- NOB-96, o financiamento passou a ser efetuado através do Piso Ambulatorial Básico diretamente aos municípios e com os incentivos do PACS e PSF.

IMPLANTAÇÃO E CRITÉRIOS DE ADESÃO DO PSF

A implantação de Saúde da Família é conseqüência de uma decisão de reordenação do modelo assistencial - de substituir as práticas tradicionais por uma nova prática - que se inicia na atenção básica, onde os serviços de saúde criam vínculo de responsabilização com a população. Portanto esta é uma decisão política local de mudança que compete aos gestores municipais e que antecede qualquer etapa para operacionalização da estratégia de Saúde da Família.

A reorganização das práticas de atenção básica, pautado na estratégia de Saúde da Família, deve observar os princípios básicos que orientam a proposta, ainda que sua operacionalização possa apresentar variações necessárias para adaptações às diferentes realidades locais e regionais.

Para implantação do Programa de Saúde da Família em um município, é necessário que este esteja habilitado em alguma condição de gestão da NOB/93 ou NOB/96. Em seguida deverá elaborar projeto das equipes nas unidades básicas de saúde priorizando os elementos fundamentais da estratégia de saúde da família.

Esse projeto será apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde; sendo aprovado, o gestor municipal o encaminhará para a Secretaria Estadual de Saúde para descrição, apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Considerando aprovado nesse nível, será procedido o cadastramento das unidades de saúde da família segundo regulamentação da NOB/96. Brasil, (1997). Dentre os critérios estão a existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde com resultados positivos das ações e possuir necessidade de reestruturar a rede básica de saúde no seu nível primário

Como parte do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde, a implantação e desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família, assim como do PACS, é coordenada pelo gestor municipal, com o compromisso de: adequar as unidades básicas de saúde para possibilitar resolutividade na assistência prestada; garantir a sua relação com os níveis de maior complexidade do sistema; manter o custeio da unidade de saúde; valorizar a família e seu espaço social como núcleo privilegiado de atenção do serviço de saúde; contratar e remunerar os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família e participar no processo de educação permanente para os profissionais de saúde envolvidos.

A implantação de fato ocorre com o cadastramento das famílias; implantação do sistema de informação (SIAB); realização do diagnóstico da comunidade; programação e planejamento do trabalho com base no diagnóstico e em conjunto com a comunidade e com o desenvolvimento do trabalho com ações voltadas aos indivíduos, às famílias e à comunidade, nos espaços do domicílio, da comunidade, da unidade de saúde ou no acompanhamento aos serviços de referência, quando necessário.

Em 1998, os recursos do P.S.F para Pernambuco foram liberados através de incentivo pelo Ministério da Saúde. Como esse recursos estavam aquém do número de equipes solicitadas pelos municípios, foi necessário estabelecer novos critério de pontuação que foram definidos a nível da Comissão Intergestores Bipartite para os municípios com assentamento Rural reconhecido pelo INCRA, ser de difícil acesso, menos de 11 mil habitantes, ser recém emancipado ou ser município do Programa Comunidade Solidária, ou projeto de redução da mortalidade infantil .

COMPOSIÇÃO E CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

A equipe de saúde da família deverá ser composta no mínimo por um enfermeiro um médico, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados às unidades básicas como dentistas, assistentes sociais, psicólogos de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais.

O processo de contratação dos profissionais das equipes do PSF varia de acordo com os critérios estabelecidos pelo município, podendo ser criado cargos públicos (Curitiba, Londrina, Fortaleza), contrato de trabalho seguindo a Consolidação das Leis Trabalhistas através de cooperativas (Olinda, Camaragibe - PE), contrato através de associação de moradores e outras.

O profissional do PSF possui variação na remuneração dos enfermeiros e médicos variando de acordo com as características do município (localização, número de habitantes etc.), devendo no entanto, disponibilizar oito horas diários de trabalho ao desempenho de suas respectivas tarefas.

A remuneração pode estar vinculada ao cumprimento de metas relacionadas à efetividade do trabalho das equipes de saúde, ao número de famílias que são responsáveis. Também podem ser estabelecidos a partir de Índice de Valorização de Resultados (IVR) construído de acordo com as diretrizes nacionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) compatível com a Norma Operacional Básica 1996. Desta forma a equipe utiliza a epidemiologia como instrumento de mensuração da efetividade do trabalho, podendo acarretar um maior incentivo e adesão de cada equipe à programação de saúde do município (Cordeiro, 1996).

PROCESSO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O processo de recrutamento e seleção dos profissionais que comporão as equipes de saúde da família é de responsabilidade do município, podendo o nível estadual participar do processo através da Secretaria Estadual de Saúde ou instituição formadora de recursos humanos. Como todo processo seletivo, deve ser enfatizado no PSF a identificação dos critérios de habilidades necessária para o desempenho de um trabalho em equipe e multidisciplinar em Atenção Primária à Saúde.

Em nosso estado, o processo seletivo das equipes do PSF desde 1995 é coordenado pela Secretaria Estadual e Municipais de Saúde além das Diretorias Regionais de Saúde. A seleção constou de descrição de currículo e entrevista

individual dos candidatos, após a qual havia soma dos pontos e entregue o resultado dos aprovados ao município para divulgação.

TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

Todas as equipes do P.S.F. do Estado recebem uma capacitação de 40 horas antes de iniciarem suas atividades nos municípios. Com objetivo de melhorar a assistência primária a saúde e desenvolvimento de ações de promoção e proteção individual e coletiva com o seguinte conteúdo básico:

- > Promoção de estimulação e dinâmica de grupo;
- > Conhecer o trabalho do PSF em municípios já implantados;
- > Observar organização dos serviços e atividades individuais e coletivas realizadas;
- > Relacionar os problemas e as necessidades de saúde na população da área de abrangência da unidade de saúde com serviços oferecidos, cobertura, acesso e sistema de referência e contra referência;
- > Sistema Único de Saúde: aspectos históricos, princípios, diretrizes, implantação e prioridades de saúde;
- > Crescimento e desenvolvimento da criança enquanto membro integrante do grupo familiar, principais riscos do adoecer e morrer, medidas preventivas e tratamentos padronizados;
- > Saúde da mulher: fenômenos da reprodução, formas de viver, gestação, parto e puerpério, identificação das situações de risco, medidas preventivas e tratamento;
- > Projeto salva vidas: objetivos, finalidade e importância;
- > Identificação dos elementos da vigilância epidemiológica para sistema e processos de informação e registro;
- > Identificação das principais transformações no homem e na mulher na terceira idade;
- > Desenvolvimento de atividades de educação em saúde para melhoria da qualidade de vida na terceira idade;

- > Conhecer a situação da saúde bucal da comunidade, identificar os principais problemas, causas primárias e medidas preventivas de educação em saúde bucal;
- > Aspectos da reforma da assistência psiquiátrica; modelos assistenciais da integração da saúde mental na sociedade civil;
- > Identificar problemas mais comuns da adolescência na comunidade relativas a sexo e drogas.

TABELA 1

Demonstrativo dos treinamentos introdutórios realizados pela Secretaria Estadual e Municipais de Saúde no período de 1995 a 1998

	1996	1997	1998	TOTAL
Municípios	14	10	57	81
Profissionais	96	26	193	315

Fonte: Coordenação Estadual do PSF - Secretaria Estadual de Saúde

Os municípios de Recife, Olinda, Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho responsabilizaram-se totalmente pela realização dos treinamentos introdutórios dos profissionais das equipes de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde .

A POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A política de formação de recursos humanos em saúde é reconhecidamente uma área crítica no processo de reorientação do Sistema Único de Saúde, devido a evidência de antigos problemas e a exposição de novos desafios no processo de formação e capacitação de pessoal em todos os níveis, a implementação de estratégias de descentralização e democratização da gestão e a experimentação de formas de organização do processo de trabalho em busca de modelos assistenciais, coerentes com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, impõem uma reflexão crítica e a formulação de proposições relativas aos perfis profissionais, aos processos pedagógicos e a direcionalidade da política educacional em saúde (Teixeira e Paim, 1996).

Estudos e pesquisas realizados nesta área, em quantidade significativa nos últimos 15 anos, abordam vários aspectos relacionados com o processo educacional ou as práticas educativas, incluindo descrição de programas e cursos de graduação e pós-graduação, residências, estágios, treinamento em serviço, educação continuada, reformas curriculares, experiências de projetos de Integração Docente-Assistencial e outros. Muitos deles apontam como responsáveis pela crise da formação dos recursos humanos em saúde determinantes externos como: interesse capitalistas médico-industriais, organização dos serviços de saúde, mercado de trabalho e política de saúde do Estado. Além disso, fatores internos como a desintegração entre os ciclos básico e profissional, biológico-social, o domínio da ideologia liberal, o conservadorismo do corpo docente das instituições de ensino, desarticulação do ensino - serviço entre outros também contribuem com a crise (Paim, 1994).

A responsabilidade das universidades com os alunos termina com a concessão do diploma de graduação. Porém como os recém-formados têm em média pela frente 30 anos de exercício profissional, esses profissionais necessitam de uma contínua atualização de seus conhecimentos. A academia como detentora de um saber crítico e produtora de conhecimentos científicos e tecnológicos em parceria com os serviços de saúde poderia responsabilizar-se por essa função através de um processo de capacitação em serviço de forma a

suprir as possíveis lacunas deixadas nos profissionais durante o curso de graduação para o efetivo desenvolvimento de atividades laborativas.

As estratégias educacionais para o enfrentamento de qualificação técnica dos profissionais de saúde são definidas segundo os objetivos e metas a serem atingidas. São utilizadas a capacitação pedagógica de docentes e instrutores, práticas auto aprendizagem, processo de educação continuada, técnica de auto avaliação e avaliação e outros. No entanto, cresce também a consciência de que a formação dos agentes das práticas de saúde requer uma ampla inserção da esfera política. Primeiro porque pré determina mudanças nas relações de poder das instituições de ensino e de serviços de saúde e depois por que reflete sobretudo nas relações do Estado, na sociedade e diretamente na assistência a saúde na comunidade.

A institucionalização de uma política de formação e capacitação de recursos humanos em saúde capaz de responder adequada e eficazmente às demandas e necessidades emergentes do processo de construção do Sistema Único de Saúde, deverá contar com a acumulação do poder político, técnico e administrativo dos grupos interessados de forma a imprimir uma nova direcionalidade às políticas e práticas educativas (Garrafa, 1996).

A proposta de descentralização gerencial e de atividades - fim do SUS está baseada no fortalecimento da estrutura assistencial em nível de municípios e estados, evitando assim que a verticalidade dos projetos e ações resulte em descontinuidade dos objetivos e desperdício de recursos por inadaptação local de um modelo idealizado distante daquela realidade. (Teixeira e Paim, 1996).

A reordenação do modelo assistencial desencadeou modificações estruturais profundas no atual mercado de trabalho dos profissionais de saúde, requerendo uma reformulação de suas práticas para atuar no novo modelo assistencial. Essa demanda implica na sensibilização dos atores quanto aos objetivos da proposta, exigindo dos gestores projetos de formação de recursos Humanos em Saúde em todos os níveis, desde o elementar até o de graduação e pós-graduação.

Paralelamente, é imprescindível o aperfeiçoamento e redirecionamento dos profissionais já incorporados ao novo modelo assistencial, dentre eles o Programa de Saúde da Família, munindo-os de novos conhecimentos e

instrumentalizando-os de modo a absorverem a necessária adaptação a esse novo mercado de trabalho em franca expansão . Ressalta-se nesse ponto a proximidade que deve ser estabelecida entre as instituições formadoras de recursos humanos e o sistema prestador de serviços de modo a serem oferecidos às equipes os treinamentos e cursos de atualização aplicados à demanda.

A perspectiva de transformação da prática profissional em saúde já tem história no Brasil há pelo menos 20 anos. Várias faculdades do país passaram por experiências de abertura para a realidade sociocultural da maioria da população. Mas se tratou, em sua maior parte de propostas únicas que acabaram isoladas ou desaparecem. O próprio e extinto INAMPS investiu em uma "capacitação extra-muros", porém sem sucesso (Levcovitz e Garrido, 1996).

Portanto, as novas iniciativas autônomas das universidades e dos condutores dos serviços de saúde, deverão ter o cuidado de considerar a demanda do mercado de trabalho como o elemento definidor dos aparelhos formadores Recursos Humanos para a Saúde .

FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

O enfoque na formação de recursos humanos para a saúde requer uma aproximação dos modelos acadêmicos precursores responsáveis pela formação de profissionais detentores do saber da promoção da saúde, cura e prevenção da doença para melhor compreensão dos antigos e novos entraves no que se refere à qualificação educacional em saúde.

Um obstáculo previsível dos processos de integração no campo dos recursos humanos para a saúde são as inevitáveis e históricas diferenças existentes entre os sistemas de formação profissional no país. No caso dos médicos, contrapor-se-ão as diferentes formas de desenvolvimento curricular de muitas dezenas de escolas com modelos formativos específicos para contemplar um produto aparentemente uniforme. Porém, mais complexo será a normatização do profissional enfermeiro, que em alguns países é denominado de "técnico de serviços auxiliares" (OPAS, 1995)

O modelo de organização e financiamento de serviços de saúde, em grande parte concebida e sustentado pelo poder público, aponta para a especialização do trabalho voltada para o atendimento de necessidades que não correspondem aos objetivos declarados da política de saúde pública do país. O caso do Programa de Saúde da Família pode ser tomado como exemplo que bem ilustra essa afirmação. Esse programa é um componente do Ministério da Saúde, cuja operacionalização vem se fazendo mediante atuação conjunta com as secretarias estaduais e municipais de saúde. A experiência acumulada com a implantação do programa demonstra que um dos maiores obstáculos ao seu excelente funcionamento e ampliação, tem sido a inadequação dos profissionais, particularmente os médicos para o desempenho de atividades de promoção e assistência à saúde dos grupos familiares (Santana, 1996).

TABELA 2

**Instituições de Formação de Profissionais em Saúde:
Medicina e Enfermagem segundo forma mantenedora Brasil, e
Pernambuco 1998**

Profissões	Brasil		Pernambuco	
	Pública	Privada	Pública	Privada
Medicina	45	35	2	-
Enfermagem	57	45	2	1
Total	102	80	4	1

Fonte: OPAS/1995.

* Extraídas parcialmente do livro: Recursos Humanos em Saúde no Mercosul

FORMAÇÃO ACADÊMICA DO MÉDICO NO BRASIL

No que refere à formação de médicos, os primeiros avanços na prática empírica da medicina são percebidas a partir de 1808, com a criação da primeira escola de medicina, a Escola de Cirurgia na Bahia, preconizando o surgimento de diversas outras escolas de Medicina na país, atendendo a conjuntura dos variados interesses políticos, econômicos ou técnico-científico (Santos, 1995).

A medicina adquiriu cunho científico, mais exatamente no século XX, a partir do denominado relatório Flexner que influenciou toda prática e formação médica ocidental definindo padrões de admissão para os cursos e ampliação dos anos de formação , utilizasse o ensino em laboratórios, estimulou o regime de docência em tempo integral entre outras normatizações (Santos, 1995).

Esta nova versão do ensino médico utilizou a visão mecanicista do objeto profissional, fazendo crer que o corpo fosse divisível em partes semelhante a uma máquina. A totalidade corporal passou a ser vista como a soma das partes. A forma de atuar neste novo objeto baseou-se nas ciências que se desenvolviam aceleradamente. A biologia, a física, a química, a citologia, a histologia, a microbiologia e outras passaram a nortear o combate aos agentes agressores, que se não visíveis ainda, certamente no futuro seriam identificados. A individualização do objeto, restrito ao corpo dos pacientes, reduziam a visão do coletivo em que os homens se inserem, abolindo a atuação mais epidemiológica da medicina, e de seus profissionais (Santos, 1995).

Esta nova representação, de objeto e da forma de atuação sobre ele, moldou o perfil da profissão médica moderna. O profissional médico adquiriu dimensões importantes na sociedade, por exercer tarefas estratégicas na esfera das relações de produção. A manutenção da força de trabalho, a administração do ambiente urbano passaram a ser identificados como temas exclusivos da profissão, que se conformava para tal. Esta conformação da prática e da teoria, bases da profissão médica, deram as qualidades gerais diferenciadoras em relação às demais ocupações (Santos, 1995).

Diferentemente das ocupações, a profissão médica assume duas características: A primeira indica que o trabalho profissional é técnico baseado

num sistema de conhecimento ou doutrina adquiridos apenas através do treinamento, a segunda revela que o profissional se adequa a um conjunto de normas profissionais. A base de conhecimento que suporta a profissão tem origem técnica, científica ou ambas. O estudo intelectual especializado, bem como o treinamento têm como finalidade prestar serviços e/ou orientação aos clientes por salário ou pagamento definidos (Carr Saunders, 1966).

O associativismo da categoria médica cumpriu o papel de organização dos interesses específicos, inicialmente em 1835, trabalhando em nível nacional, e à medida que a profissão se estruturou, ampliou-se para os estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. Em sua última etapa de profissionalização, em 1945, os médicos instituíram o código de ética de Deontologia , através do Conselho Federal de Medicina (Santos, 1995).

Atribuindo a visão de Wilensky (1970) à trajetória da profissão médica no Brasil, observamos que o processo de profissionalização se constitui dos seguintes elementos:

Inicialmente, as práticas de saúde desenvolvidas tanto na esfera pública quanto na esfera privada foram se deslocando do grupo de práticos que detinha menores domínios de saberes e técnicas para aquela parcela mais aplicada nas ações de destaque para a clientela. Estas prática se fizeram acompanhar da necessidade crescente pelo tipo de serviço que representavam (Santos, 1995).

O primeiro curso de medicina no estado de Pernambuco foi iniciado pela então Faculdade de Medicina do Recife em 16 de julho de 1920, sob a presidência do Dr. Otávio de Freitas. O curso estava previsto para ser concluído em seis anos. A federalização da Faculdade de Medicina deu-se a 16 de dezembro de 1949, 2 anos após a aprovação da Lei que criava a Cidade Universitária do Estado de Pernambuco (Kelner et al, 1985)

Atualmente, para o curso de medicina na Universidade Federal de Pernambuco são oferecidas 70 vagas e duas entradas anuais através de concurso de vestibular, totalizando 140 vagas e 100 vagas na Universidade de Pernambuco também divididas em duas entradas. O curso deve ser cumprido no mínimo em 10 semestres e no máximo 18 semestres, com uma carga horária plena é 6600 horas-aula. Possui um ciclo básico e um ciclo profissional com internato no último ano.

FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS ENFERMEIROS

A categoria profissional de Enfermeiro é complexa devido a definição dos níveis de formação e sua estrutura como ocupação. Seus componentes variam de um país para outro, assim como também os conteúdos dos seus objetos de trabalho e entre as diversas modalidades de organização da atenção à saúde.

Da mesma maneira, os processos históricos de profissionalização são diferentes entre os diversos países da América do Sul em alguns dos quais tem alcançado um significativo grau de autonomia e valorização social, ao passo que em outros persistem elementos de semiprofissionalismo e escasso *status* técnico e reconhecimento econômico e social. Esta diversidade de níveis, requisitos, currículos e perfis ocupacionais tem uma representação no grau de dispersão das instituições formadoras, que no país se encontram em universidades, Ministério de Saúde e de Educação e no setor privado, de Saúde e educação. (OPAS, 1995).

A enfermagem moderna no Brasil teve seu momento inicial com a criação em 1923, da Escola de Enfermagem no Hospital Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (hoje Escola Ana Néri, da UFRJ), fundada por enfermeiras americanas com recursos da Fundação Rockefeller. O trabalho das enfermeiras era coordenado por uma superintendente e incluía cuidados com doentes, serviços de cozinha dietética e rouparia. O currículo contemplava área geral, área especializada, área social e saúde pública. (Santos, et al, 1997).

Em 1949, pelo decreto 27.426 foi aprovado o regulamento básico para o curso de enfermagem a nível superior fixando o prazo de 36 meses para sua conclusão com aulas teóricas e práticas. O curso de enfermagem tem como finalidade a formação de profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização, nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos da enfermagem". Os cursos de especialização restringem-se as áreas de administração e saúde pública, ministrados pelas universidades com cooperação dos órgãos públicos federais e municipais.

A regulamentação do exercício da enfermagem profissional ocorreu com a Lei 2.604 em 1955, qualificando em enfermeiros ou obstetrix diplomados em

escolas reconhecidas pelo Governo Federal, ou escolas das forças armadas ou escolas estrangeiras, na qualidade de auxiliar de enfermagem, de parteiras, de enfermeiros práticos (as religiosas de comunidade) (Santos et al, 1997).

O curso tradicional de enfermagem com seu currículo mínimo regulamentado em lei em 1968, possui um conteúdo constituído de três partes: pré-profissional, tronco profissional e habilitação em médico-cirúrgica, obstetrícia e saúde pública com uma duração mínima de 4 anos e máxima de 6 anos com carga horária mínima de 2.500 para a formação geral e 3.000 horas com a habilitação. Sendo sua obrigatoriedade definida a partir de 1973 pelo Conselho Federal de Educação. (Santos et al, 1997). Este currículo ainda é utilizado em algumas universidades, entre elas a Universidade Federal de Pernambuco

Nesta década a estrutura curricular do curso de enfermeiro atravessou um processo de revisão crítica através dos órgãos representativos da enfermagem com a finalidade de elaborar uma nova proposta para o currículo mínimo. Consolidando por fim uma proposta de reorientação do trabalho do profissional enfermeiro abrangendo 4 áreas temáticas onde estão incluídas disciplinas de ciências biológicas e humanas de forma equilibrada, complementadas pelo estágio supervisionado. Este currículo mínimo já utilizado em algumas instituições do Estado possui duração de 3.500 horas/aula, integrados no mínimo em 4 anos e no máximo em 6 anos e extinção da denominada habilitação.

O enfermeiro possui, segundo o Artigo 1º do seu Código Deontológico brasileiro a responsabilidade fundamental de prestar assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, em situações que requerem medidas relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção das doenças, reabilitação de incapacitados, alívio de sofrimento e promoção do ambiente terapêutico, levando em consideração os diagnósticos e os planos de tratamento médico e de enfermagem. Para desenvolver seu papel de profissional dentro da sociedade, o enfermeiro necessita utilizar instrumentos teórico-metodológicos que possibilitem analisar e interpretar os dados coletivos de realidades concretas, compreender os determinantes políticos, sócio-econômicos, ambientais e institucionais do processo saúde-doença e das práticas de enfermagem.

O número de cursos de enfermeiros, em 1990 no país, correspondia a 102. Sendo as entidades privadas responsáveis pôr 45 deles, cuja grande concentração está na Região Sudeste (OPAS, 1995).

FORMAÇÃO EM PÓS GRADUAÇÃO DOS MÉDICOS

O processo de implantação e implementação de estratégias de assistência primária a saúde de modo a consolidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, exige um perfil dos profissionais de saúde com formação sólida voltada para as áreas básicas e social dentro do atual contexto sanitário do país.

A revolução científica, fruto dos séculos XIX e XX, permitiu grandes avanços no campo das ciências médicas. O conhecimento médico e, conseqüentemente, a prática profissional adquiriram feições científicas, imprimindo a racionalidade objetiva como fundamento de um novo paradigma médico. O pensamento e o ato médico fundiram-se numa complexa combinação de empirismo, experiência cotidiana e raciocínio clínico. A consulta, a anamnese e a descrição clínica passaram a ser a conduta-padrão de um bom médico, dando-lhe poder, prestígio e crédito junto ao paciente. Esse poder assume também feições econômicas. Em quase todo o mundo ocidental, em especial nos países desenvolvidos, a atividade médica é uma das atividades mais rendosas (Machado, 1997).

Contudo, se de um lado a atividade especializada aumenta o domínio e a competência num determinado campo de atuação, promovendo melhor qualidade nos serviços prestados à sociedade, por outro lado, esse mesmo processo de intensa especialização leva, cada vez mais, a fragmentação do conhecimento e do processo de trabalho em que o profissional está inserido.

Há diversas explicações para o fenômeno da especialização no Brasil. Uma corrente, compreende que "dada a complexidade moderna, gerada pelo

desenvolvimento técnico científico, ampliou-se enormemente o campo de conhecimento médico, criando, paradoxalmente, uma incapacidade de seus praticantes de exercer na plenitude este complexo e amplo campo de conhecimento científico" (Machado, 1997)

Paralelo a isto, vem a tona uma série de adventos que contribuíram direta e indiretamente para o aumento acelerado de especializações em nosso país como o surgimento de uma tendência na corporação de que médicos generalistas já não seria mais capaz de solucionar e curar os males do mundo moderno.

A Residência Médica no Brasil foi regulamentada em 1981, com a promulgação da Lei 6.932. A residência passou a ser definida como "modalidade de ensino de pós graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamentos em serviço, com dedicação exclusiva, em instituição de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional" (Brasil, 1981)

No Brasil, as residências médicas são credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação que regulamenta a composição e estrutura de treinamentos em termos de carga horária e exigências de instalações e estabelece a remuneração dos residentes.(OPAS, 1995). Estabelece-se e se reconhecem 64 especialidades médicas divididas em 4 grupos: Técnico-cirúrgico e de Habilidades (10), Intermediárias (19) e Tecnológicas, Burocráticas (12) e Cognitivas (23) sendo esta com forte concentração das áreas básicas da medicina e de maior concentração dos profissionais (Machado, 1997).

TABELA 3

Médicos residentes segundo especialidade. Brasil - 1995

Especialidade	Valor absoluto	(%)
Pediatria	1.366	13,3
Medicina interna	1.663	16,2
*Medicina geral comunitária	92	0,9
Gineco-Obstetrícia	900	8,8
Cirurgia geral	1.505	14,7
Cardiologia	540	5,3
Oftalmologia	747	7,3
Cirurgia especializadas	401	4

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos do Brasil", Fiocruz/CFM.

* Equiparada à residência de Saúde coletiva atual.

No Brasil em 1995, as dez principais especialidades mais procuradas em ordem decrescente correspondiam a: Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Medicina interna, Cirurgia geral, Anestesiologia, Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Psiquiatria e Medicina geral e comunitária. Contudo, em Pernambuco este quadro diferencia-se com a inserção das áreas de Cirurgia vascular, Citopatologia e Radiologia e exclusão de Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia e Medicina geral e comunitária (Machado et al, 1996).

FORMAÇÃO EM PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMEIROS

Segundo acervo documental da Universidade Federal de Pernambuco, a primeira experiência no país ocorreu em 1961 no Hospital Infantil do Morumbí, em São Paulo na área de pediatria, em seguida (1973) na Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia na área de médico cirúrgica, em 1993 no Instituto Nacional do Câncer na área de oncologia. A partir de 1988 teve início uma série de estudos e negociações para a implantação de cursos de especialização a nível de residência para enfermeiros no estado de Pernambuco.

Em 1990, foi regulamentada a primeira Especialização a nível de Residência interiorizada com a finalidade básica de suprir as deficiências assistenciais dos enfermeiros . Ofereceu 8 vagas , sendo preenchidas apenas 5 delas e ocorreu no município de Garanhuns, no Hospital Dom Moura. A partir deste marco outras instituições como o Hospital das clínicas, Hospital Osvaldo Cruz, formataram suas próprias especializações a residências com o objetivo de melhor capacitar os profissionais de modo a responder a demanda do mercado de trabalho, a evolução técnico-científico e as necessidades do novo sistema de saúde.

A qualificação do enfermeiro como especialista está regulamentada por uma resolução do Conselho Federal de Enfermagem de 1973, entendendo como tal o profissional provido de aprofundamentos científicos e proficiência técnica em setor da enfermagem em obstetrícia, pediatria, clínico-cirúrgica, geriatria e gerontologia, psiquiatria, saúde pública, enfermagem do trabalho e administração de serviços de enfermagem.

A formação a nível de residência para enfermeiros ainda é um processo em construção. Em entrevista informal no Conselho Regional e na Associação Brasileira de Enfermagem, foi relatada a existência de uma ampla discussão em torno da autonomia do curso de especialização como residência. Apesar do registro de especialista encontrar-se normatizado através de portaria No 100 do COFEN de 1973, não há em nosso Estado nenhum levantamento sistemático dos profissionais com especialização.

A residência de enfermagem em Pernambuco encontra-se oficialmente normatizada pela Comissão Estadual de Residência de Enfermagem e regulamentada através da Portaria 205 de 22/5/94 da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco por não haver ainda uma legislação federal própria sobre o tema.

Em 1996, o Conselho Federal de Enfermagem apresentou um anteprojeto sobre a residência de enfermagem e sua respectiva Comissão Nacional, como modalidade de pós graduação, *latu sensu*, para enfermeiros sob a forma de especialização o qual está em processo de descrição.

Atualmente, temos uma oferta diversificada quanto as áreas de residência para enfermeiros, como mostra o quadro 1. Porém esta oferta é ainda bastante reduzida com relação ao quantitativo de cerca de 200 profissionais que concluem o curso de graduação anualmente nas 3 instituições de ensino do Estado de Pernambuco.

Devemos registrar também um investimento na formação de pós graduação através do aumento da oferta cursos de especialização por instituições de ensino e de serviço do Estado, como também destas em parceria com instituições de outros estados do país como a Fundação São Camilo, a Faculdade de Ribeirão Preto, ambas do Estado de São Paulo em áreas como, Enfermagem do Trabalho, Saúde Pública, Administração Hospitalar, Oncologia, Obstetrícia, Pediatria e outras.

QUADRO 1
Demonstrativo de Enfermeiros selecionados no concurso
para especialização a nível de Residência segundo área e
Instituições em Pernambuco para o ano de 1997.

ÁREA	IMIP	HSE IPSEP	H. R	HUOC	*H.D. M	H.C	*NESC FIOCRUZ
Saúde Coletiva							4
Tocoginecologia	5						
Pediatria	5						
Cardiologia		3		2			
Nefrologia		3					
Emergência Geral			2				
Oncologia				2			
UTI			2				
Enfermagem Geral						1	
Enfermagem Medico- irúrgica					6		

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde - FUSAM

* o Hospital Dom Moura oferece 6 vagas para o curso de especialização a nível de residência na área de Medico-cirúrgico no primeiro ano e ginecologia - obstetrícia e pediatria como área de concentração no segundo ano.

** O Departamento de Saúde Coletiva/FIOCRUZ, oferece curso de especialização a nível de residência multiprofissional, onde podem concorrer as vagas profissionais da área de saúde e afins. Sendo constatado que para o ano de 1997 foram selecionados quatro enfermeiros.

A ESTRUTURA DO MERCADO DE TRABALHO DE SAÚDE

A revolução tecnológica nas diversas áreas das ciências, a globalização da economia e as grandes mudanças sociais, econômicas e políticas que estão ocorrendo em todo país tem levado a uma reconfiguração do mundo do trabalho, afetando diretamente o comportamento dos trabalhadores. O mercado de trabalho tem experimentado mudanças profundas, sofrendo crises de oferta e demanda, desemprego, necessidade forçada de redução de jornada de trabalho e outras reivindicações. Tanto do setor primário, secundário ou terciário, buscam responder a nova ordem de questões globalizantes que afetam indistintamente os trabalhadores (Machado, 1997).

O setor de trabalho em saúde no Brasil está estruturado com uma rede de quase cinquenta mil estabelecimentos de saúde com mais de quinhentos mil leitos e absorve em torno de dois milhões de trabalhadores. Destes, mais de um milhão são profissionais que lidam diretamente com assistência à saúde, composta por médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, profissionais de enfermagem, laboratório, raio X, entre outros (Machado, 1997).

No Brasil, a forma como foi historicamente estruturado o modelo de assistência à saúde provocou uma efetiva divisão de 'mercados de serviços' entre as esferas pública e privada. Mais especificamente, essa rede de prestação de serviços está composta de 49.676 estabelecimentos de saúde, entre hospitais, postos e centro de saúde, prontos-socorros e ambulatórios, sendo que 27.092 estabelecimentos são públicos e 22.584 privados (IBGE-AMS 1992) (Machado, 1997).

Nos anos 80, a partir da crise econômica, ocorreu a expansão de empregos em saúde, explicada em parte pela adoção de estratégias do setor público, especialmente no campo das medidas de saúde coletiva e assistência médica como: o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança criados nos estados da região Nordeste (Machado et al, 1992)

A expansão dos empregos públicos em saúde ocorrida nesta última década implicou uma distribuição melhor dos três níveis administrativos; federal estadual e municipal. Sendo este último, com o processo da municipalização, verificado-se uma efetiva expansão não só da capacidade instalada (estabelecimentos e leitos), como de empregos municipais (Machado, 1997).

TABELA 4
CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO MÉDICO, BRASIL - 1995

Características	(%)
Setor público	69,7
Setor privado	59,3
Consultório	74,7
Capital	65,9
Interior	34,1
Masculino	67,3
Feminino	32,7
Menos de 45 anos	65,8

Fonte: Oliveira & Campos (1996)

O mercado de serviços médicos apresenta algumas características que merecem atenção especial: a 'homogeneidade' quando ao comprador ou demandante de serviços, ou seja, as esferas pública e privada e os consultórios particulares ofertam serviços, mostrando-se igual importância para o mercado de trabalho médico; o crescente aumento da participação feminina, o que, em futuro próximo, vai implicar mudanças significativas tanto na estrutura da produção dos serviços prestados como na conformação do mercado de trabalho médico especializado; e a constituição etária desse mercado, formado por um enorme contingente de profissionais com menos de 45 anos de idade , ou seja, 65,8% exercem a profissão há menos de 15 anos.

Segundo dados do IBGE a 'urbanização é outra característica, ou seja, 65,9% dos médicos estão atuando nas capitais brasileiras, em especial naquelas mais desenvolvidas social e economicamente, reforçando em muito a concentração desigual dos recursos humanos em saúde (Machado, 1996).

O fenômeno de urbanização, acompanhado de uma má distribuição demográfica da mão-de-obra médica, contribuiu para que a medicina no Brasil se caracterizasse como uma prática dos grandes centros e tendenciosamente realizada por médicos altamente especializados, voltados para uma clientela urbana (Machado, 1997).

Outra característica marcante no trabalho médico é a intensidade do processo de trabalho, tendo em vista que esses profissionais têm jornada de trabalho longas e exercem atividades simultâneas em vários locais. Segundo pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil (FIOCRUZ, 1995), há 169.415 médicos ativos no país, destes, 58% concentram-se na região Sudeste seguida da região Nordeste com 16% .

O trabalho simultâneo de médicos no Brasil encontra-se distribuído de acordo com concentração o número de atividades de profissionais: com até duas, três e mais de três atividades. Na região Nordeste a dinâmica de atividade simultâneas pelos médicos apresenta-se diferenciada apenas no estado de Piauí com um maior percentual de profissionais com mais de três atividades. Em Pernambuco 53,4% dos médicos possuem 3 ou mais atividades (Tabela 5).

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR NÚMERO DE ATIVIDADES
SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO. BRASIL, 1995.

Unidades da Federação	Número de atividades (%)			
	Até duas	Três	Mais de três	TOTAL
BRASIL	45,3	30,3	24,4	100,0
Norte	41,4	30,0	28,6	100,0
Sudeste	47,7	29,2	23,1	100,0
Sul	41,5	32,8	25,8	100,0
Centro-oeste	44,9	28,2	26,9	100,0
Nordeste	41,1	32,7	26,1	100,0
Pernambuco	46,5	32,6	20,8	100,0
Piauí	34,9	28,5	36,6	100,0

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil", Fiocruz.

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA UTILIZADA

Tipologia do Estudo

Esta é uma pesquisa ex post facto , caracterizada pela não interveniência do pesquisador (Bastos et al 1996).

Utilizamos como fonte de informação cópias de documentos pessoais e comprobatórios de formação acadêmica e de pós graduação (Especialização, Residência e Mestrado) dos alunos do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Escola de Saúde Pública realizado através de um esforço conjunto com o Pólo de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal de Saúde da Família e suas instituições conveniadas (Secretaria Estadual de Saúde, Universidade de Pernambuco - Faculdade de Ciências Médicas e Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - IMIP, Núcleo de Saúde Coletiva / NESC-FIOCRUZ e Universidade Federal de Pernambuco). A escolha deste documentos como fonte de informações baseou-se na veracidade das informações fornecidas em fichas cadastrais de matrícula .

Para concretizar o marco teórico da pesquisa, fez-se necessário a busca de acervo documental e de informações através de entrevistas com membros do Conselho Regional de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem e docentes das instituições de ensino superior de Enfermagem (UFPE, UPE e FUNESO).

Seleção da População e Amostra

A população da pesquisa compreende os profissionais Enfermeiros e Médicos com atividade no Programa de Saúde da Família do estado de Pernambuco. A amostra caracterizada como de conveniência compreende as 56 equipes (112) alunos do curso de Especialização em Saúde da Família, sendo

56 enfermeiros e 56 médicos, representando em torno de 50% das equipes instaladas no Estado até julho de 1998.

Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu em duas fases distintas:

A primeira com descrição de 112 currículos dos profissionais médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família com seleção das variáveis referente a faixa etária, , sexo, instituição formadora, tempo de formado em anos, tempo de efetivo trabalho em saúde da família em meses e realização de curso pós graduação (especialização, residência e mestrado).

Para a segunda etapa, foi elaborado um questionário auto aplicável com 11 questões abertas e fechadas, os quais foram distribuídos para todos os alunos em sala de aula, explicado a finalidade. Em seguida foi solicitado para que os mesmos fossem respondidos no mesmo dia evitando, assim o extravio, perda ou esquecimento. Porém tal proposta foi repelida pelos alunos justificando pelo fato de que os professores teriam que retardar o seu trabalho. Então concordamos em que os questionários fossem levados para residência com a promessa de que seriam devolvidos no próximo encontro.

Limitações do Método

A tabulação dos dados do questionário ocorreu com diversas dificuldades, tendo em vista que o percentual de retorno dos questionários devidamente respondidos dos 112 alunos correspondeu a apenas 43% dos enfermeiros e 52% dos médicos dando um total de 48% dentre as duas categorias. A pesquisa apresentou uma taxa de abstenção geral de 52% da amostra. Foram várias as nossas dificuldades. Entre as principais:

- A divisão do grupo em 3 turmas sendo 2 em Recife, uma com 40 e outra 32 alunos e 1 no município de Caruaru com 40 alunos;
- As turmas têm aulas em módulos quinzenais , o que de certa forma contribuiu para o nosso distanciamento com a população em estudo;

- O retorno dos questionários da turma sediada em Caruaru foi de 77,5% do total.
- Encontramos resistência nos alunos das turmas sediadas em Recife, para responderem o questionário em sala de aula. Os questionários foram levados para suas residências provocando o esquecimento.
- Nos questionários não havia identificação nominal o que tornou inviável a confirmação da devolução.

Apesar do questionário ter sido debatido em encontros com os alunos das turmas sediadas no Recife e explicado o seu propósito, podemos concluir que a auto aplicação não consistiu em um método satisfatório, pois as dúvidas dos alunos no momento do preenchimento não foram tiradas. Enquanto que os alunos da turma sediada em Caruaru que responderam o questionário na sala de aula, tiveram oportunidade de receber orientação de modo mais eficaz quanto ao seu preenchimento.

Tratamento e descrição dos dados

Os dados da primeira e segunda fase foram tabulados em planilhas do Excel, selecionados as variáveis que seriam analisadas e em seguida colocadas em tabelas, inseridos gráficos e transferidos para o Word.

Fontes de informações

- Fichas de inscrição do curso de especialização em saúde da família;
- Xerox de certificado ou diploma de curso de graduação;
- Declaração do município do vínculo ao PSF;
- Xerox de certificado ou declaração de conclusão de curso de pós graduação, especificamente especialização, residência e mestrado.
- Documentos: portarias, trabalhos de seminários, de aulas, editais;
- Livros, revistas;
- Entrevista

Instrumentos

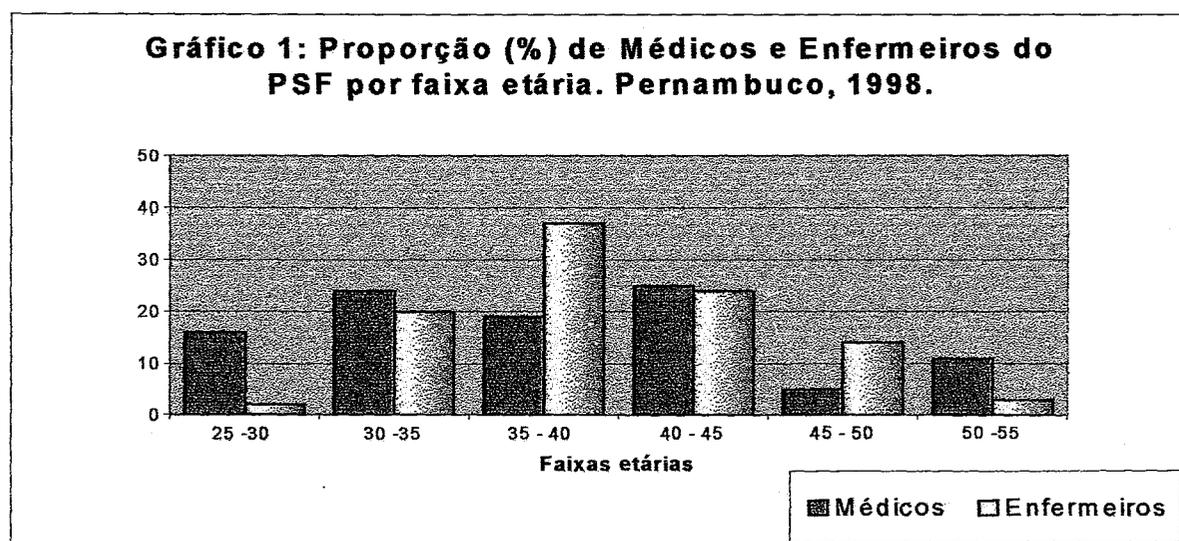
- Questionário

RESULTADOS

Apresentação do Perfil dos profissionais Enfermeiros e Médicos do Programa de Saúde da Família de Pernambuco .

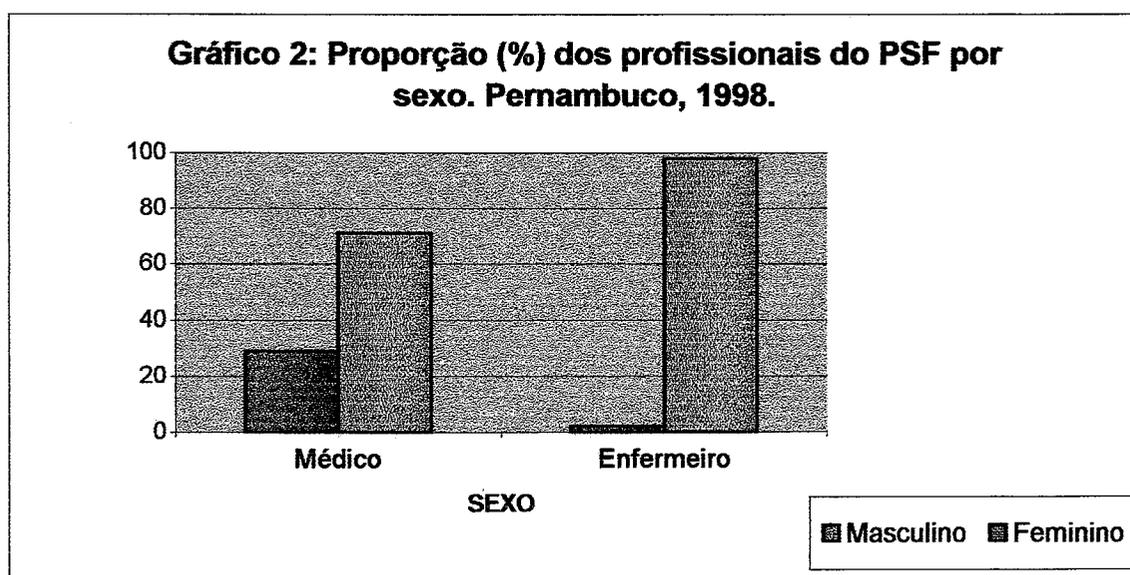
O perfil dos profissionais com atividades no Programa de Saúde da Família é um tema de muita discussão entre os pesquisadores, instituições formadoras de recursos humanos para a saúde e serviços de saúde. Tomando como ponto inicial para descrição dos aspectos relacionados a idade. A pesquisa constatou que 84% dos médicos do PSF possuem menos de 45 anos e 16% acima de 45 anos de idade. Dentre os enfermeiros apresentam uma distribuição proporcional de 83% com menos 45 anos e 17% com idade superior a 45 anos.

Outro ponto importante é a existência de enfermeiras e médicos com idade entre 45 a 55 anos, onde podemos supor que tais profissionais possuem uma trajetória de trabalho e buscam uma nova alternativa de proposta de atividade contida na filosofia do PSF.



Fonte: ESP -PE

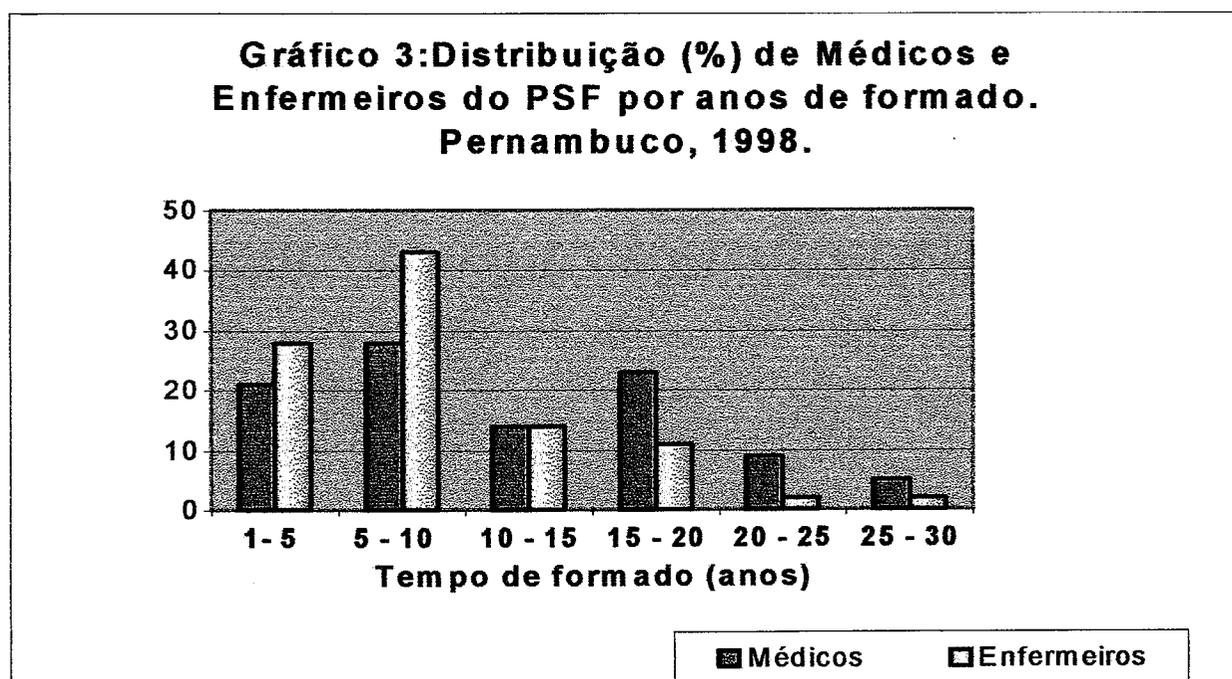
As equipes dos Programas de Saúde da Família de Pernambuco são formados predominantemente por profissionais do sexo feminino, com 80% de mulheres médicas e 98% de enfermeiras. Para a categoria de médicos, esse percentual enfatiza o avanço do trabalho feminino na setor saúde referenciada no marco teórico. Para a categoria dos enfermeiros, o percentual encontra-se dentro das taxas esperadas, visto que historicamente a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina.



Fonte: ESP - PE

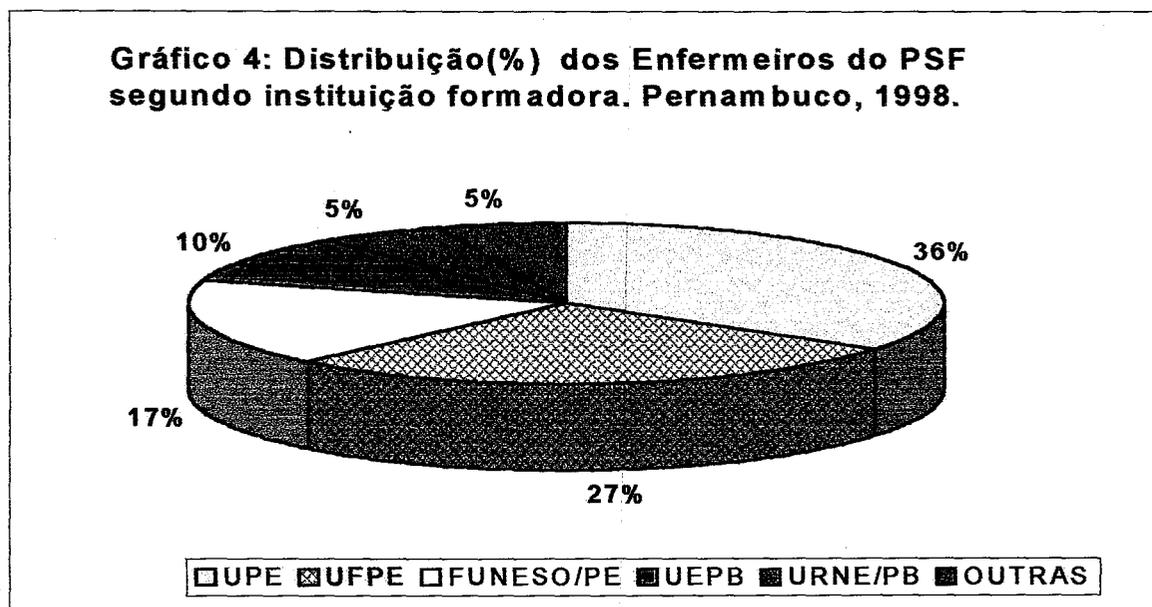
A distribuição dos profissionais do Programa de Saúde da Família segundo o período em anos de conclusão do curso acadêmico nos possibilita descrever que 49% dos médicos ingressaram no Programa com menos de 10 anos de formação, 37% entre 10 e 20 anos e 13% com mais de 20 anos de profissão.

Na categoria dos enfermeiros, é importante descrever a taxa de 71% de profissionais com menos de 10 anos de formação. A inserção de médicos e enfermeiros no Programa de Saúde da Família com mais de 20 anos de formação acadêmica evidencia que esta a Estratégia da Saúde da Família é uma proposta de trabalho multiprofissional que desperta interesse mesmo daqueles que receberam um ensino tradicional voltado totalmente para a assistência predominante a partir da década de 70, trazendo sua bagagem de experiência para desenvolver um novo tipo de trabalho em equipe com uma visão do coletivo do processo saúde-doença.



Fonte: ESP -PE

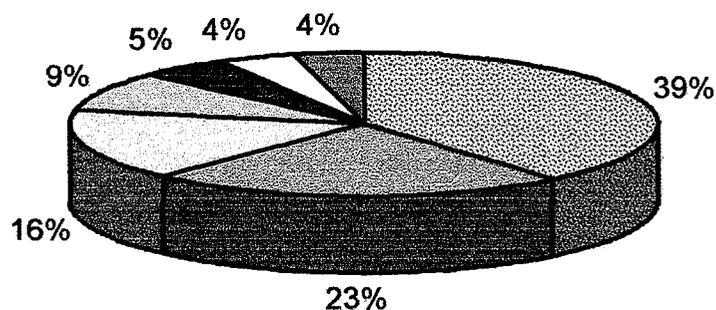
As instituições de ensino superior possuem um papel fundamental na formação de recursos humanos para a saúde. Diante deste fato é que procuramos analisar a origem acadêmica dos profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família de Pernambuco. O gráfico 4 nos retrata que a categoria dos enfermeiros num percentual de 73% receberam formação profissional das 3 instituições do próprio Estado e representativamente 22% provêm de 4 instituições do Estado da Paraíba. Esse fato é importante ser colocado visto que há uma evidente migração de profissionais desse Estado para Pernambuco. Fato que possui maior oferta de ensino em termos quantitativo, como qualitativa porque oferece formação de pós graduação a nível de especialização e mestrado na área de saúde pública.



Fonte: ESP- PE

O gráfico 5 representa a distribuição das instituições de ensino de onde provêm nossos médicos do Programa de Saúde da Família de Pernambuco. O Estado possui 2 universidades públicas de formação médica das quais vieram 62% dos profissionais. As instituições da Paraíba também podemos notar uma representatividade proporcional de 16%, porém menor em relação a categoria dos enfermeiros. Outro aspecto importante é a maior diversidade de profissionais provenientes de instituições de outros estados do país com apenas 1 caso de outro país (Argentina).

Gráfico 5: Distribuição (%) dos Médicos do PSF por instituição formadora. Pernambuco, 1998.

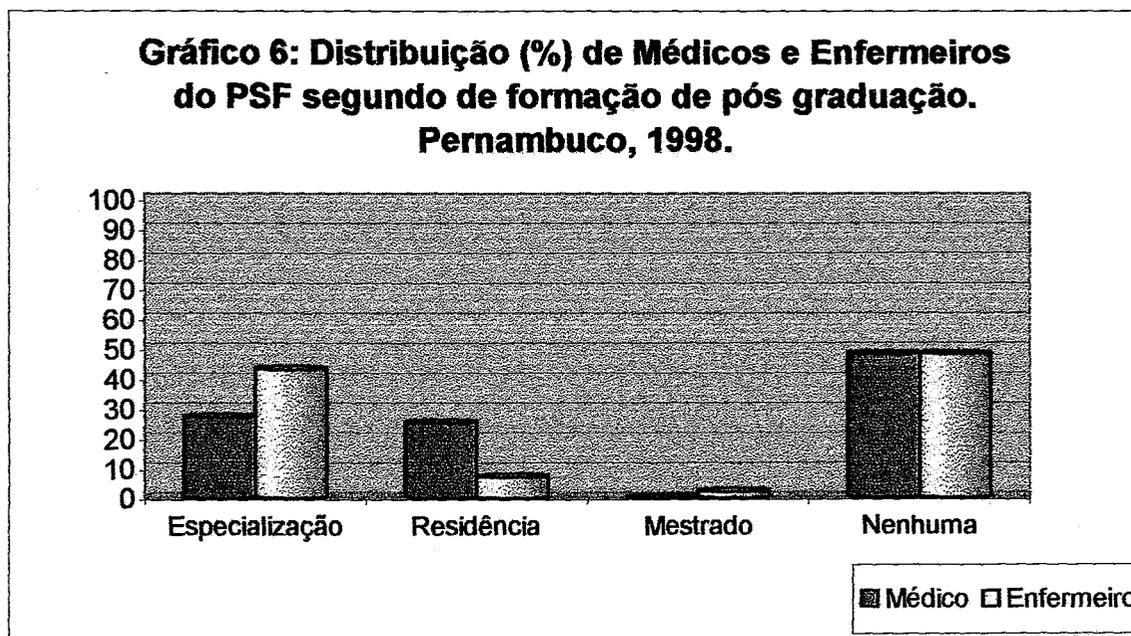


■ UPE ■ UFPE ■ UFPB ■ OUTRAS ■ UFAL □ ECM - AL ■ PUC/RS

Fonte: ESP-PE

O processo de implantação e implementação de estratégias de assistência primária à saúde de modo a consolidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, exige um perfil dos profissionais de saúde com formação sólida voltada para as áreas básicas e social para atividade no Programa de Saúde da Família dentro do atual contexto do processo sanitário do país. O gráfico 6 mostra a distribuição dos enfermeiros e médicos de acordo com seu tipo de formação de pós graduação.

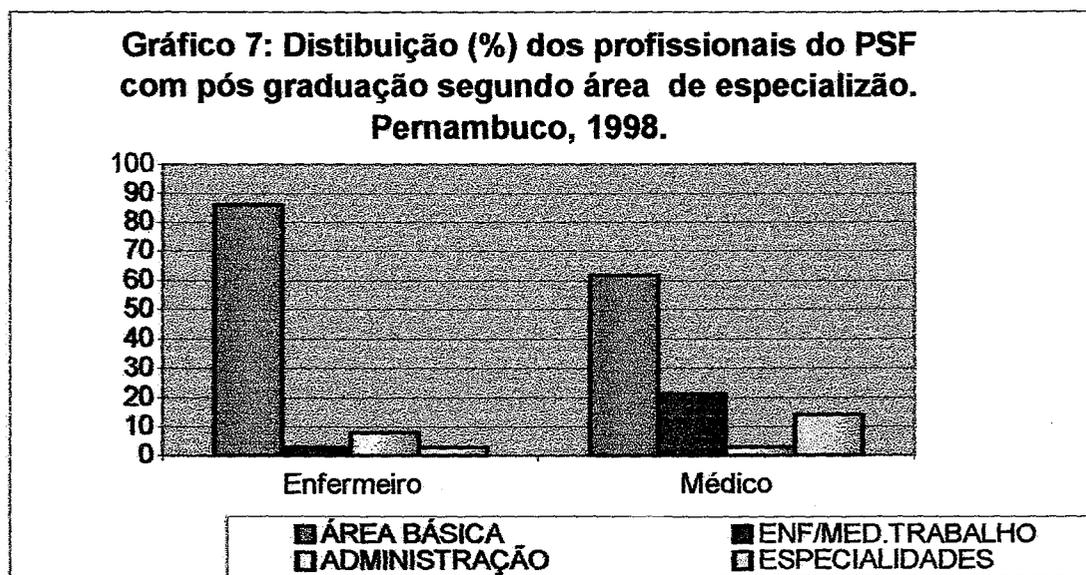
A população de estudo apresenta um percentual de 48% dos profissionais sem nenhuma formação de pós graduação. Dentre os dos enfermeiros pós graduados há uma prevalência de 42% com especialização, 8% cursaram residência e apenas 2% com formação de mestre. A categoria dos médicos apresenta uma distribuição equilibrada com 28% e 24% com formação de especialista e residência respectivamente. Essa descrição bem reflete a maior oferta de residência como formação de pós graduação para os médicos que para os enfermeiros em nosso estado.



Fonte: ESP - PE

A formação pós graduação dos profissionais da área de saúde, principalmente a especialização seja ela a nível de residência ou de outra forma esta caracterizada como uma tendência desta década. O gráfico 7 representa a distribuição das áreas de cursos de pós graduação incluídas nesta descrição: especialização (com título e carga horária acima de 360 horas), residência e mestrado. Em uma área denominada de básica onde estão contempladas saúde pública, saúde urbana, saúde do idoso, pediatria e puericultura, ginecologia e obstetrícia, medicina preventiva e social, medicina comunitária e clínica médica.

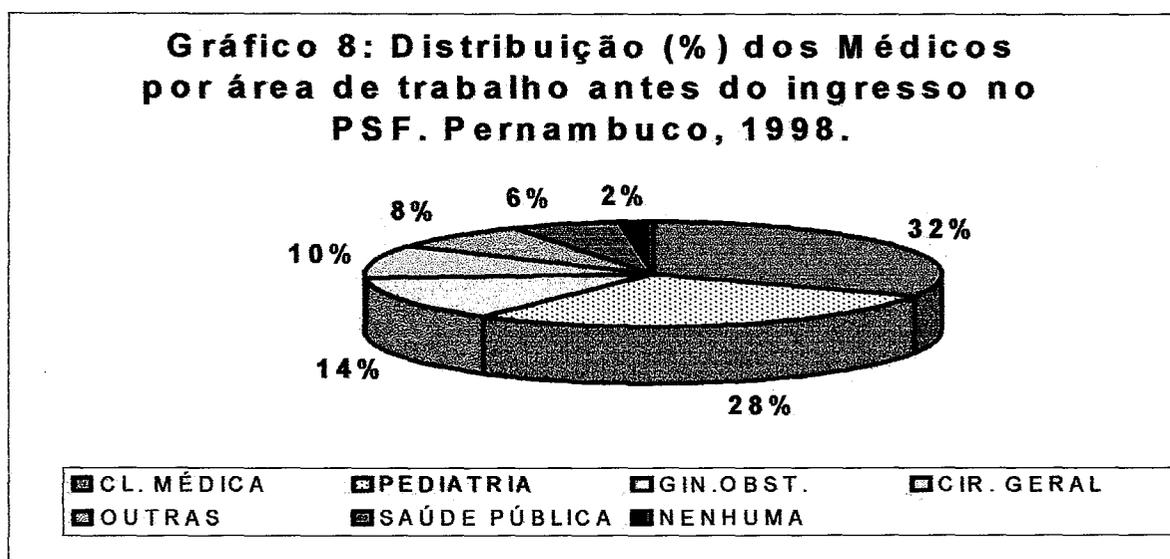
Podemos verificar uma busca na formação de pós graduação na área básica principalmente saúde pública no grupo dos enfermeiros . Tal fato pode ser explicado pela oferta restrita de especialização nas áreas especializadas como também pelo atual contexto do Sistema Único de Saúde ter propiciado uma oferta de serviços com mais alternativas para esta categoria. A categoria dos médicos possui uma formação na pós graduação mais diversificada, porém a área básica ainda continua sendo de maior procura incluindo entre elas a saúde pública.



Fonte: ESP - PE

Apresentação dos resultados do instrumento da pesquisa

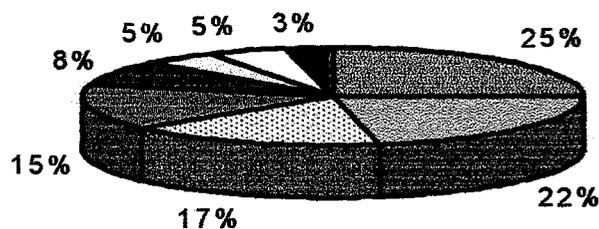
A área de atividade profissional corresponde a um dos itens avaliados durante o processo seletivo para ingresso no Programa de Saúde da Família. O gráfico 8 apresenta a distribuição das áreas de trabalho dos médicos que antecederam sua atividade em saúde da família, com um percentual de 84% na área básica de saúde (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral), 6% trabalharam em Saúde Pública, 8% trabalharam em especialidades médicas (anestesiologia, cardiologia, homeopatia e fitoterapia) e apenas 2% concluíram a graduação e ingressaram no PSF.



Fonte: ESP - PE

Os enfermeiros apresentam uma distribuição de atividades que antecederam sua inserção no Programa de Saúde da Família concentrada na área básica com um percentual de 79% . Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Estado em 1991 os Enfermeiros conquistaram um novo campo de trabalho na área de saúde pública. A pesquisa destaca no gráfico 9 um percentual de 25% dos enfermeiros com atividade no PACS antes do PSF, 13% para outras atividades em áreas especializadas e 4% ingressaram no PSF logo após o término do curso de graduação.

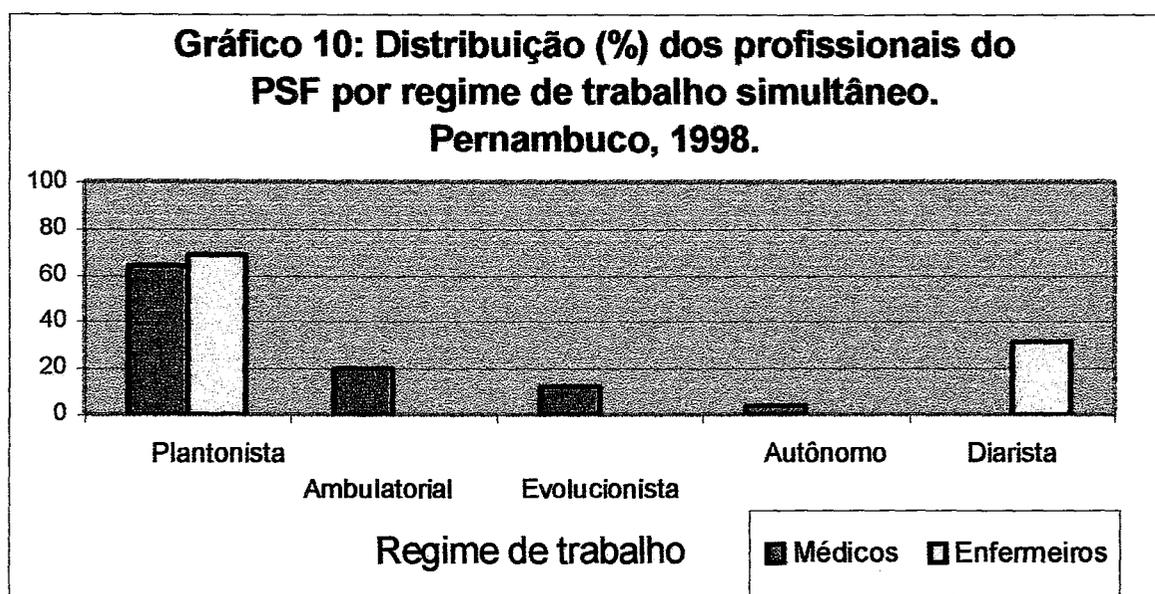
Gráfico 9: Distribuição (%) dos Enfermeiros por área de trabalho antes do ingresso no PSF. Pernambuco, 1998



■ PACS	■ MÉDICO-CIRURGICO	■ PEDIATRIA
■ SAÚDE PÚBLICA	■ UTEISTA	■ OUTRAS
■ DOCÊNCIA	■ NENHUMA	

Fonte: ESP - PE

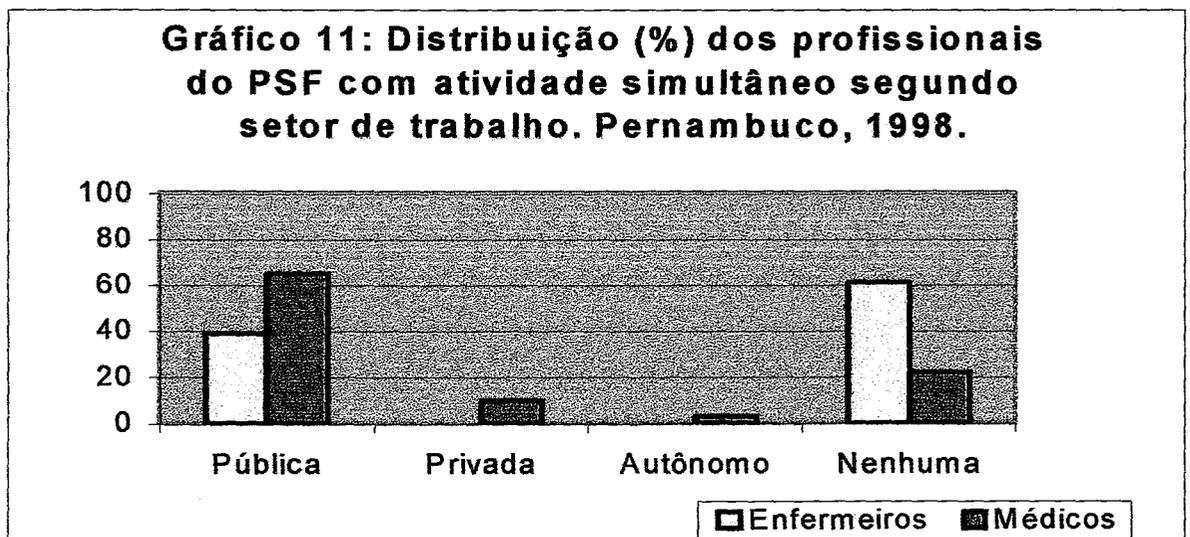
A pesquisa comprovou que os profissionais do Programa de Saúde da Família além de cumprir uma carga horária de trabalho diária integral, cerca de 78% dos médicos e 39% dos enfermeiros exercem atividade simultânea. Essa atividade não poderá ser compatível com horário de trabalho no PSF, para isso os profissionais utilizam alternativas diversas de horário para cumprimento de suas atividades complementares como mostra o gráfico 10. O maior percentual dos médicos e enfermeiros procuram como a alternativa mais viável, o regime de plantão noturno e no final de semana. Todavia percebemos que existem profissionais médicos que trabalham como evolucionistas e em ambulatório no horário intermediário a partir das 17 horas. Os enfermeiros com horário de diarista normalmente exerce função de supervisão e coordenação nas unidades de trabalho também em horário intermediário.



Fonte: ESP - PE

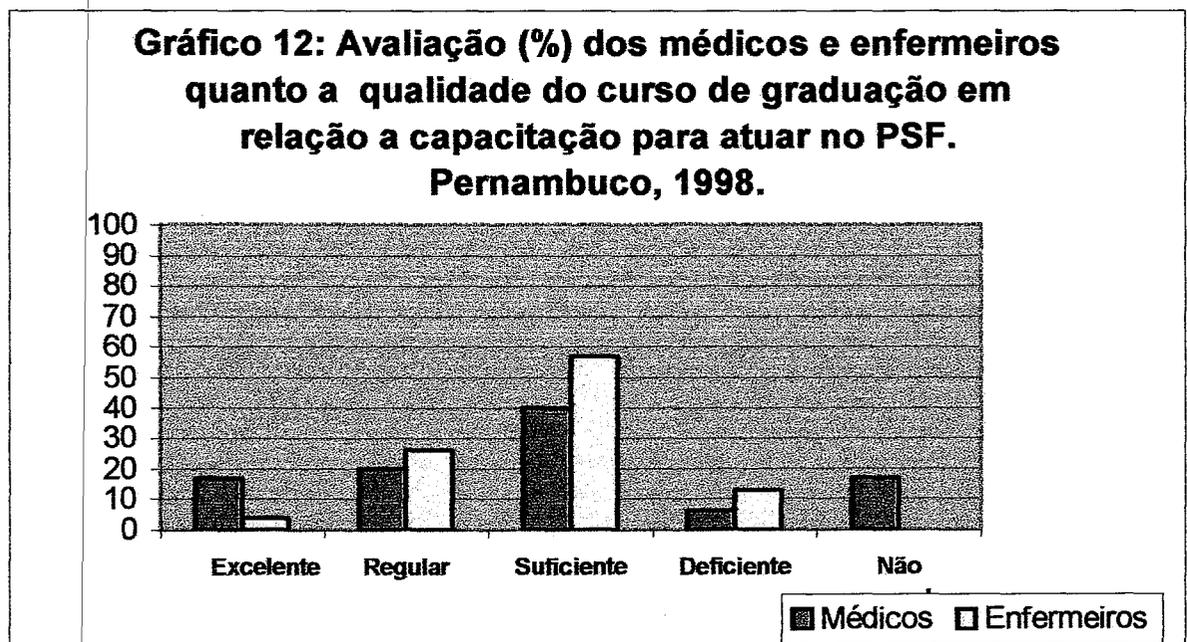
O gráfico 11 demonstra uma distribuição percentual dos profissionais que não mantêm atividades paralela ao PSF e também a forma mantenedora do trabalho paralelo dos que possuem. Podemos observar que 61% dos enfermeiros e apenas 22% dos médicos não desenvolvem atividades labutária fora do PSF .

A rede pública ainda continua sendo um potencial empregador da força de trabalho na área da saúde em nosso Estado. Cerca de 65% dos médicos possui atividade paralela na rede pública, 10% na rede privada e apenas 2% trabalham como autônomo. Valendo salientar que um percentual em torno de 10% desenvolvem atividades nas três área. Na categoria dos enfermeiros o percentual é unânime na rede pública.



Fonte: ESP - PE

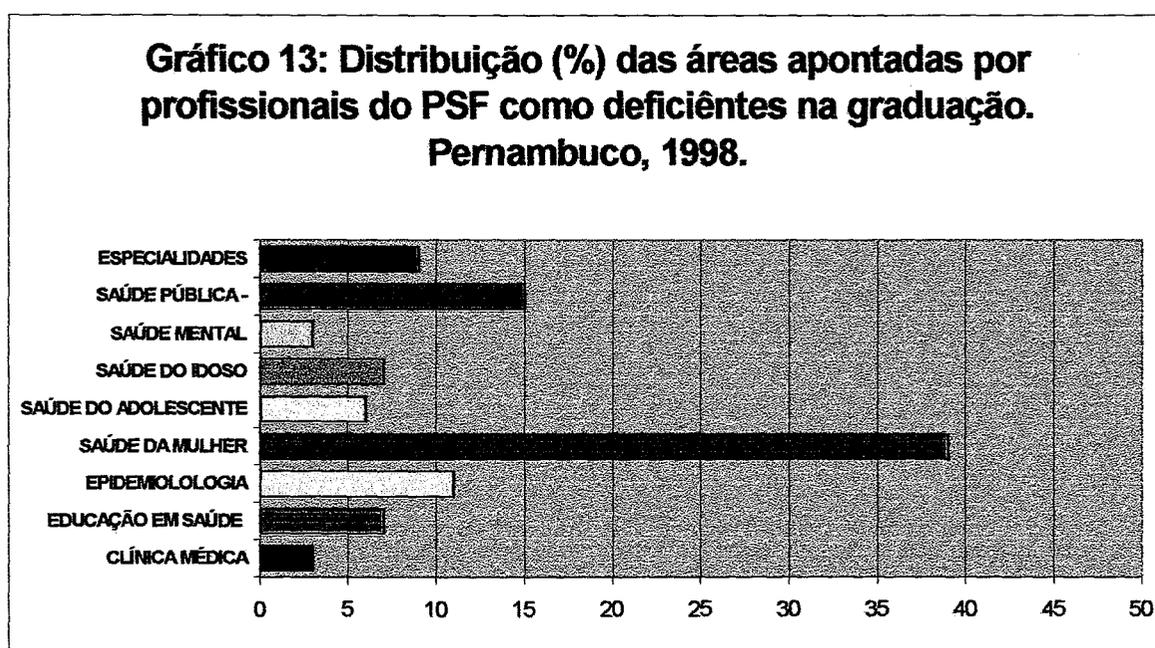
A formação acadêmica dos recursos humanos em saúde, como vimos, passa por um processo de ampla discussão em nosso país. Nesse estudo podemos avaliar o grau de satisfação da qualidade da formação acadêmica profissional dos médicos e enfermeiros para atuação na linha de trabalho do Programa de Saúde da Família do Estado de Pernambuco. No gráfico 12 está representado a opinião dos médicos que é bastante diversificada; 17% consideraram excelente, 20% regular, 6% como deficiente, 40% como suficiente e 17% não opinaram. O curso de graduação para enfermeiros foi considerado a minoria de 4% como excelente, 26% como regular, 57% avaliaram como suficiente e 12% como deficiente para o trabalho no Programa de Saúde da Família.



Fonte: ESP - PE

A equipe da saúde da família possui como atribuição a atenção primária com a finalidade de melhorar o estado de saúde da população mediante ações integrais dirigidas ao indivíduo, à comunidade e ao ambiente, através de uma íntima vinculação com a população. O atendimento integral visa garantir a promoção, prevenção, a atenção médica, a reabilitação, gerenciamento da unidade, vigilância sanitária e desenvolver ações sociais, educativas e assistenciais com a família e a comunidade. Para atingir esse objetivo da estratégia de saúde da família os profissionais médicos e enfermeiros necessitam ter um perfil em relação à capacitação

O ingresso ao Programa de Saúde da Família é precedido de uma capacitação de 40 horas para os profissionais com conteúdo mínimo sobre assistência primária a saúde e princípios fundamentais do programa. Porém essa capacitação não supre as necessidades específicas para o desempenho de suas atividades. No gráfico 13, os médicos e enfermeiros apontaram as áreas de maior deficiência de conhecimentos durante a graduação para a realização do trabalho em saúde da família prioritariamente a área de saúde da mulher, saúde pública e Epidemiologia respectivamente.

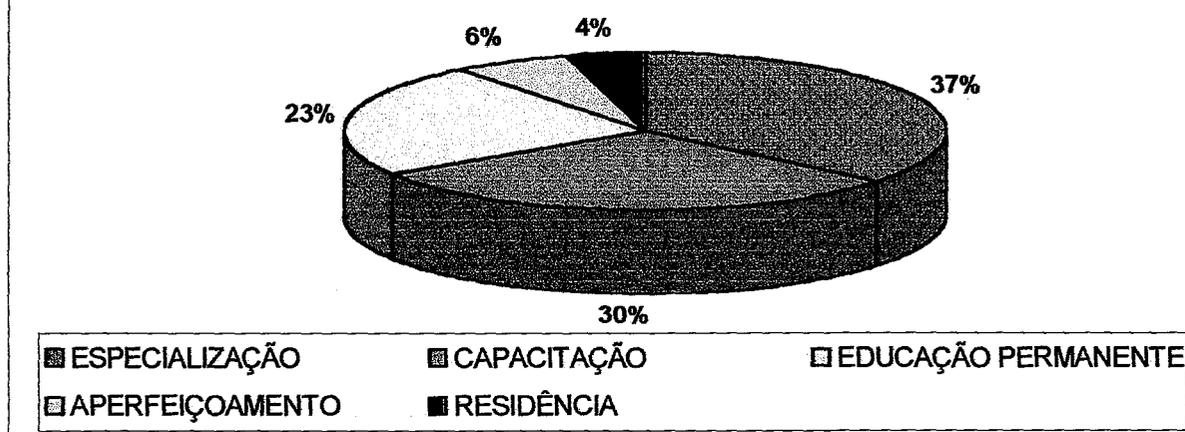


Fonte: ESP - PE

A construção de um perfil do profissional que desenvolva as ações de promoção, prevenção, reabilitação do indivíduo com enfoque multidisciplinar do processo saúde-doença dentro das premissas da filosofia de trabalho do Programa de Saúde da Família, deve contemplar as diversas alternativas de qualificação de recursos humanos em saúde. Na pesquisa procuramos identificar a ordem de prioridades dessas alternativas com os próprios profissionais que estão recebendo treinamentos de diversas formas pedagógicas.

Diante da determinação das áreas com maior deficiência durante a formação acadêmica para o desenvolvimento do trabalho no Programa de Saúde da Família, médicos e enfermeiros sugeriram as formas alternativas de qualificação para este grupo de profissionais. O gráfico 14 demonstra que 37% dos profissionais elegeram curso de especialização em saúde da família como sendo a melhor forma para suprir as deficiências, seguida de 30% para os cursos capacitações em áreas específicas. E 23% acreditam que o processo de educação permanente ainda é o melhor método para se qualificar a equipe de saúde da família por que oferece um mecanismo que garante a continuidade do processo de formação.

Gráfico 14: Ordem de prioridade das formas selecionadas pelos profissionais do PSF para suprir suas deficiências quanto a capacitação para o trabalho em saúde na família. Pernambuco, 1998.

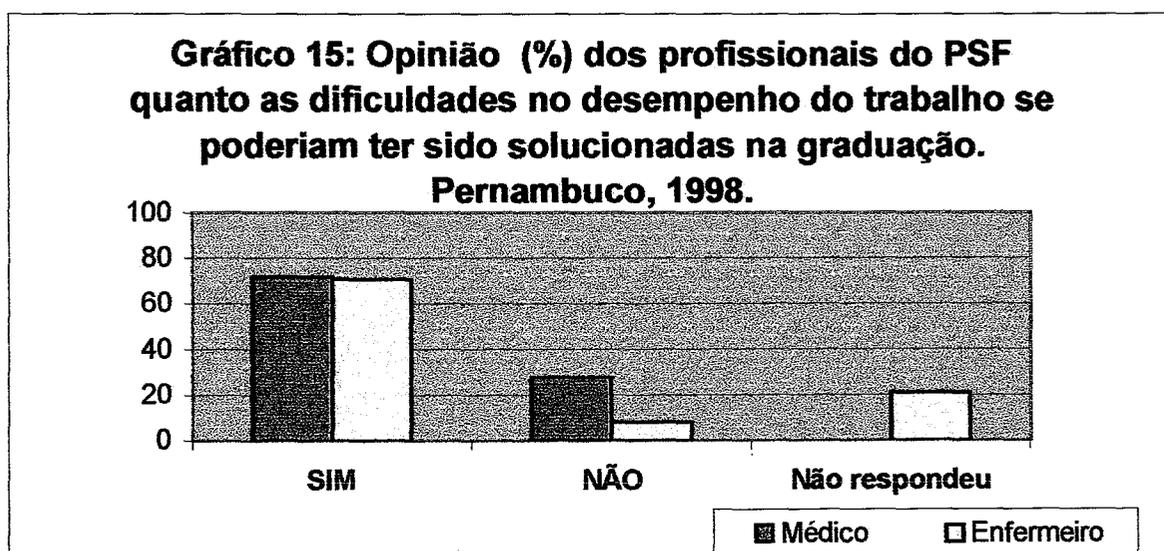


Fonte: ESP - PE

A formação acadêmica dos recursos humanos em saúde, em particular dos médicos a partir da constituição de 1988, vem atravessando um processo de ampla discussão sobre o papel desse profissional frente a conformação do Sistema Único de Saúde segundo os preceitos da Reforma Sanitária. Esse processo de transformação evidenciou-se com a implantação de inovadoras técnicas pedagógicas, de currículo alternativos, experiências extra muros com maior integração das instituições de ensino e unidades de serviços de saúde , experiências de estágio curricular saúde da família e maior incentivo a pesquisa.

Para a categoria dos enfermeiros, a mudança curricular de 1996 possui implicitamente a finalidade de adequar o curso à nova realidade política e social do direito a saúde declarada em nossa carta magna , através da introdução de disciplinas com abordagem da saúde coletiva e políticas públicas de saúde.

A pesquisa demonstrou que as dificuldades que hoje os profissionais médicos e enfermeiros enfrentam no desempenho das suas atividades poderiam ter sido solucionadas durante o curso de graduação.



Fonte: ESP - PE

Na pesquisa, sentimos a necessidade de identificar alguns aspectos críticos sobre formação de Recursos Humanos para a Saúde, como a questão dos paradigmas curriculares vigentes e sua coerência com o contexto atual os processos de formação, capacitação e qualificação. Diante do novo perfil dos serviços e das práticas de saúde públicas, torna-se necessário um profissional também com novas qualificações. Para isso solicitamos que os profissionais, hoje inseridos no PSF, que receberam uma formação segundo um modelo assistencial, elessem algumas formas alternativas capazes de solucionar as dificuldades apontadas por eles no desempenho do seu trabalho, para os estudantes que estão em formação não enfrentem essas mesmas deficiências.

Como podemos verificar no quadro 2, as alternativas na categoria dos médicos estão voltadas para redirecionamento da estrutura curricular com inserção da disciplina de saúde da família e incremento da área de saúde coletiva. Para a categoria dos enfermeiros o contexto das mudanças estão mais concentradas na necessidade de uma ampla abordagem na área de saúde coletiva, aumento da carga prática e melhoria na qualificação dos docentes.

Quadro 2

Opinião dos profissionais quanto as alternativas para solucionar as dificuldades no desempenho do trabalho no PSF durante a graduação.

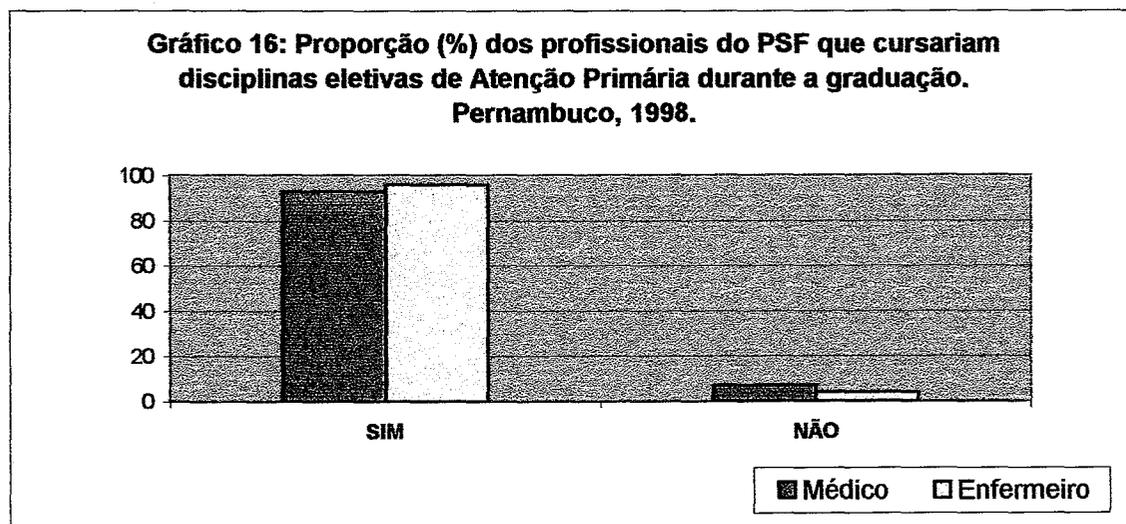
Pernambuco, 1998.

Médicos	Freqüência	Enfermeiros	Freqüência
Inserção da disciplina de Saúde da família	4	Melhor abordagem das políticas de saúde	6
Melhora da estrutura curricular do curso	4	Aumento da carga de prática	3
Maior enfoque no processo saúde doença	3	Melhor qualificação dos docentes	2
Reduzir enfoque das especialização	3	Inserção de disciplina de Saúde da família	2
Maior enfoque em saúde pública	3	Introdução do estágio comunitário	2
Melhorar a disciplina de Medicina Preventiva	2	Ênfase e valorização na mudança curricular	1

Fonte: ESP - PE

Como vimos, os profissionais do PSF possuem um perfil quanto ao tempo de formação bastante diversificada. Evidenciamos tanto recém formados como médicos e enfermeiros com mais de 20 anos de graduação em plena atividade. A pesquisa questionou se no período acadêmico tivesse sido oferecida disciplinas eletivas de Atenção Primária à Saúde, eles cursariam. O índice de afirmações de 95 % confirma o interesse das categorias na alternativa como meta para atingir uma qualificação de recursos humanos para o trabalho em saúde da família ainda durante a graduação. O ínfimo percentual que não acreditam na formação acadêmica como suficiente para capacitar profissionais para a saúde da família acreditam que a melhor capacitação ocorre em serviço.

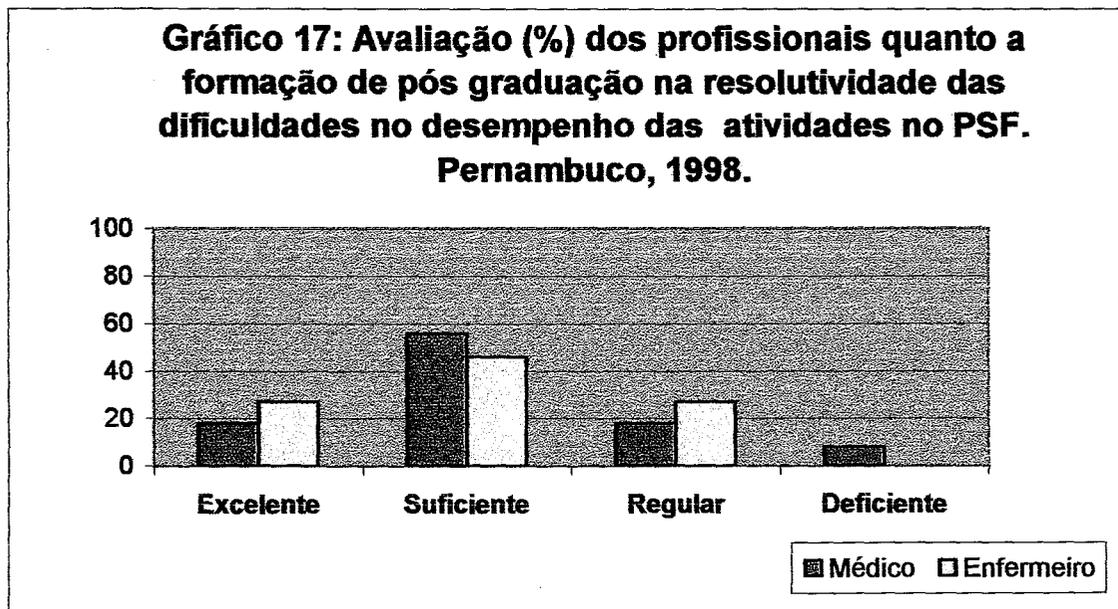
As instituições formadoras de recursos humanos em saúde têm o dever de direcionar sua vocação e seus esforços de forma integrada com as instituições prestadoras de serviços de saúde, para o aperfeiçoamento do Sistema, cumprindo assim um papel de transformador da realidade. Contudo, essa integração deve ocorrer nas atividades assistenciais, gerenciais, de planejamento e gestão, vigilância epidemiológica entre outras, entendendo que a melhoria da qualidade da rede de serviços repercutirá nos resultados da prática do processo de ensino/aprendizagem.



Fonte: ESP - PE

O avanço técnico-científico e social no campo das ciências médicas e áreas afins nesse último século desencadeou um processo de especialização na área da saúde consequentemente uma fragmentação do saber e da assistência integral ao indivíduo. A nossa pesquisa comprovou que 52% dos profissionais inseridos no PSF do Estado receberam formação de pós graduação.

Os profissionais médicos e enfermeiros do PSF possuem formação de pós graduação na área básica 62% e 86% respectivamente. Procuramos quantificar essa especialização quanto a sua contribuição na resolutividade das dificuldades sentidas no desempenho das atividades no PSF. Como mostra o gráfico 17 cerca de 50% dos médicos enfermeiros consideram que sua especialização de pós graduação é suficiente para solucionar os problemas que surgem no desempenho das suas atividades no PSF.



Fonte: ESP - PE

Durante o exercício no Programa de Saúde da Família todos os membros das equipes são priorizados quanto a participação em capacitações, cursos de aperfeiçoamento, treinamentos através do processo de educação continuada com a finalidade de suprir as deficiências inerentes a cada profissional.

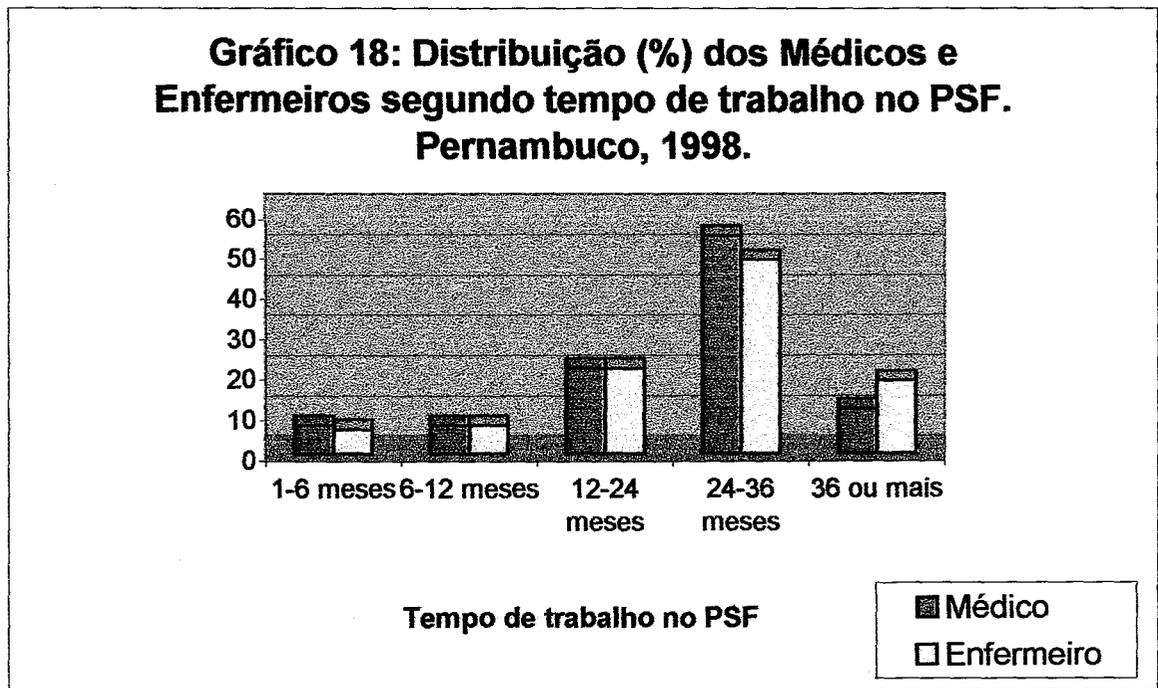
A pesquisa procurou identificar os cursos que cada profissional recebeu enquanto membro das equipes do PSF. Porém devido a dúvidas interpretações dos alunos sobre a denominação de cada treinamento, não foi possível atingir o objetivo. O quadro 3 mostra as áreas em que os profissionais receberam treinamentos por áreas específicas obedecendo critérios de necessidades do serviço e condições epidemiológicas locais. Contudo não contempla as deficiências da formação acadêmica citadas como dificuldades no desempenho das atividades no PSF.

Quadro 3
Demonstrativos dos cursos realizados enquanto
profissionais do PSF

Tratamento e prevenção de doenças e agravos específicos	Tuberculose, Hanseníase, Cólera
Especialidades	Diabetes ,Hepatite, Dermatologia
	Pneumonias, Filariose ,HAS ,Geriatría
Atenção materno infantil	Mortalidade Materna, Puericultura
	Citologia Oncótica, Assistência pré natal, Planejamento Familiar
	Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância - AIDPI
Doenças Imunopreveníveis	
DST/AIDS	
Raiva Humana	
Ofidismo	
Saúde mental	
Saúde do Idoso	
Saúde do Adolescente - PROSAD	
Assistência ao deficiente físico	
Educação em Saúde	

Fonte: ESP - PE

O gráfico 18 demonstra que cerca de mais de 60% dos médicos e 50% dos enfermeiros estão há mais de dois anos atuando no Programa de Saúde da Família. Isso demonstra que existe uma reduzida rotatividade destes profissionais. Esse aspecto é importante no que se refere ao tempo e ao investimento na qualificação que o Estado e os municípios investem nestes profissionais. Os profissionais permanecem um período considerável para implantação, desenvolvimento e avaliação de impacto de ações de Atenção Primária à Saúde no município.



Fonte: ESP - PE

DISCUSSÕES

A pesquisa estudou médicos e enfermeiros inseridos no Programa de Saúde da Família como um exercício de reflexão crítica quanto a formação do perfil do profissional de saúde frente aos processos educacionais vigentes e as reformas dos conteúdos curriculares capazes de atender as necessidades da assistência seguindo os princípios do SUS.

O perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família de Pernambuco foi elaborado a partir de variáveis selecionadas. Na análise quantitativa da variável faixa etária das duas categorias profissionais apresenta uma concentração de 84% dos médicos e 83% dos enfermeiros com menos de 45 anos de idade. Índice compatível com a Pesquisa: Perfil dos Médicos no Brasil . Fiocruz, que apresenta um percentual de 65,8% dos médicos com idade inferior a 45 anos.

A presença de profissionais do sexo feminino é predominante nas duas categorias. As médicas representam 75% e as enfermeiras 98% retratando o interesse das mulheres pela área de saúde da família e enfatizando o crescente aumento da participação feminina na área médica, visto que, na enfermagem devido a origem dessa profissão as mulheres sempre prevaleceram .

Vimos que 65,8% dos profissionais médicos ativos em nosso país possuem menos de 15 anos de formação acadêmica. No Programa de Saúde da Família de Pernambuco cerca de 50% de médicos e 70% enfermeiros possuem menos de 10 anos de formado. Índice compatível com a literatura pesquisada.

Em nosso Estado, há duas instituições de formação de médicos e três de enfermeiros sendo destas que 80% dos enfermeiros e 62% dos médicos do PSF provêm e representativamente 15% e 16% respectivamente de instituições do Estado da Paraíba. Com a graduação, cessa também a responsabilidade da universidade com os alunos ficando uma lacuna referente a necessidade de um processo de continuidade de atualização de seus conhecimentos, visto esses profissionais terão em média 30 anos de trabalho.

A procura aos cursos de especialização a nível de residência em nosso Estado provoca disputas com índices elevados na concorrência principalmente para os enfermeiros, pois como vimos a oferta é restrita. Na pesquisa 48% das respectivas categorias não possuem formação de pós graduação. Portanto, é imprescindível que haja a implementação da discussão das formas alternativas da qualificação dos profissionais já inseridos e os que tenham interesse de ingressar no PSF e reavaliar a qualificação dos profissionais que ingressam neste trabalho logo após a graduação, sem uma formação especializada na área.

O modelo de organização e financiamento de serviços de saúde, em grande parte concebida e sustentado pelo poder público, aponta para a especialização do trabalho voltada para o atendimento de necessidades que não correspondem aos objetivos declarados na Estratégia de Saúde da Família, cuja operacionalização vem se fazendo mediante atuação conjunta com as secretarias estaduais e municipais de saúde. A experiência acumulada com a implantação do programa demonstra que um dos maiores obstáculos ao seu excelente funcionamento e ampliação, tem sido a inadequação dos profissionais, particularmente os médicos para o desempenho de atividades de promoção e assistência à saúde dos grupos familiares (Santana, 1996).

A residência médica no país regulamentada em 1981 possui uma maior oferta nas áreas denominada como básicas incluídas: Pediatria, Medicina interna, Cirurgia geral, Ginecologia-obstetricia e Medicina geral e comunitária equiparada a atual Saúde coletiva. A residência de enfermagem em nosso estado possui um caráter primeiramente rural com sua implantação inicial no interior do estado. Atualmente a oferta é considerada reduzida e diversificada em áreas básicas e especializadas com participação também de instituições privadas e de outros Estados.

A pesquisa demonstra uma predominância dentre os profissionais com formação de pós graduação na área básica representada por 62% dos médicos e 83% dos enfermeiros e que esta especialização contribui de modo significativo na resolutividade das dificuldades enfrentadas no desempenho de suas atividades no Programa de Saúde da Família.

No que se refere a qualificação de recursos humanos para a saúde há necessidade de uma reflexão sobre a responsabilidade dos governos quanto ao

compromisso na elaboração de políticas de educação superior coerentes e flexíveis com as necessidades de saúde regionais. A participação das universidades e de outros organismos relacionados com formação e utilização de pessoal de saúde é imprescindível para o processo de atualização de conhecimentos dirigidos aos profissionais de saúde. A pesquisa mostrou que 63% dos nossos enfermeiros e 62% dos médicos inseridos no PSF provêm das universidades públicas do nosso Estado.

As áreas apontadas na pesquisa como de maior deficiência na formação acadêmica para o desempenho de suas atividades no PSF denota a relevância que deve ser dada a interdisciplinariedade nas áreas como: saúde da mulher, saúde pública, a epidemiologia, Saúde do idoso, educação em saúde, especialidades e outras como instrumentos para eleição dos conteúdos a serem estudados durante o curso de graduação.

A partir dos anos 80 o trabalho em saúde no estado de Pernambuco, como em todo país houve uma expansão na absorção de um contingente de profissionais médicos e enfermeiros para prestação de assistências médica pública em Programas à grupos específicos como mulher e criança. Essa implementação foi impulsionada nos anos 90 com o processo de municipalização da saúde, gerando um incremento na oferta de trabalho para esses profissionais. Para atender as necessidades pessoais e do mercado, os profissionais de saúde principalmente os médicos optaram pelo acúmulo de vários trabalhos simultâneos. Em Pernambuco 53,4% dos médicos possuem 3 ou mais atividades simultâneas.

Em nossa pesquisa evidenciamos que 39% dos enfermeiros e 78% dos médicos desenvolvem atividades simultânea ao PSF com predominância no setor público em regime de plantão, como evolucionista, ambulatório e os enfermeiros como plantonistas e diaristas em horários "intermediários", pois segundo o contrato de trabalho a carga horária corresponde a oito horas diárias.

As bases técnicas exigidas para a atuação dos profissionais no Programa de Saúde da Família, não encontram respaldo no processo de sua preparação, tanto no curso da graduação como na especialização em voga no mercado educacional. Santana, (1996). Apesar da grande quantidade de treinamentos, capacitações e outros cursos de aperfeiçoamento para os médicos e enfermeiros enquanto profissionais do PSF realizados através da Secretaria Estadual de

Saúde e iniciativas municipais, o nosso profissional como vimos apresenta grande deficiência em áreas fundamentais como a Atenção à Saúde da Mulher, Saúde Pública e epidemiologia. O conhecimento dessas áreas é de fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho na Atenção Primária à Saúde e no PSF a período de curto, médio e longo prazo de trabalho, evidenciados pelo gráfico de permanência no PSF .

A qualificação dos profissionais já inseridos e ainda não inseridos para a Saúde da Família obterá melhores resultados com a integração das instituições de ensino e instituições de prestação de serviços de saúde coletiva. Segundo moldes sugerido pela amostra , o curso de especialização em saúde da família corresponde a melhor alternativa de capacitação profissional, seguida de capacitações em área específica utilizando processo de educação continuada como uma forma alternativa capaz de responder a demanda de serviços e garantir a continuidade do processo de operacionalização dos serviços locais de saúde.

RECOMENDAÇÕES

A formação e a capacitação de recursos humanos em saúde exige mudança na condução do enfrentamento requerido para estabelecer vínculos e co-responsabilidades entre o ensino das profissões de saúde e as novas relações intersetoriais com a comunidade, para a reorientação dos modelos assistenciais como a Estratégia de Saúde da Família, baseado nos princípios da equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde conforme os preceitos legais do SUS.

Para tanto faz-se necessário que os atores sociais assumam a tarefa de serem também responsáveis pelo processo de formação e capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Aceitando, de forma clara e inequívoca, o desafio de formar profissionais técnicos para a operacionalização do sistema de saúde, assistência médico - hospitalar, capazes de incorporar e integrar às ações promocionais, preventivas e curativas. Realizando um trabalho clínico com metas da saúde coletiva e definindo as necessárias intervenções de natureza intersetorial visando identificar e reduzir os problemas de saúde epidemiologicamente definidos em uma área adstrita como é finalidade da estratégia da saúde da família.

O perfil do profissional enfermeiro e médico desejado para o Programa de Saúde da Família e outras estratégias semelhantes, é o de sólida formação geral contextualizada histórica e politicamente, que trabalhe em equipe multiprofissional, que saiba utilizar criticamente tecnologias, que tenha flexibilidade para incorporar mudanças tecnológicas, político e administrativas e com desenvolvida consciência social.

Para a conformação deste profissional é imprescindível que haja: integração efetiva e contínua do profissional, sua instituição formadora, as instituições de serviço de saúde médico hospitalar e coletiva e comunidade; flexibilidade e oferta de currículos alternativos com ênfase a multidisciplinariedade e interdisciplinariedade; ampliação dos conteúdos sobre promoção a saúde, prevenção das doenças; proporcionar experiências de trabalho multiprofissional em equipe de modo a permitir a formação geral e especializada em Saúde da Família ou outra área, para os enfermeiros e médicos e outros profissionais de saúde ao longo do processo de formação. Para que assim os profissionais recém formados não enfrentem tantas dificuldades para o desempenho de suas atividades profissionais no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. *Estudos de Saúde Coletiva*. volume 5. Rio de Janeiro. 1988
- Bastos, Lília da Rocha, et al. *Manual para elaboração de projetos e relatórios de pesquisa, teses, dissertações e monografias*. Rio de Janeiro, 1996.
- Carr Saunders, A.M. Professionalization in historical perspective. In: Volmer, H & Mills, D. (eds.). *Professionalization*, Prentice Hall Inc., New Jersey, Englewood Cliffs, 1996.
- Brasil, lei 6.932. *Regulamentação da residência médica*, 1981
- Brasil. XXXV Congresso Brasileiro de Educação Médica: Relatório final da mesa redonda I sobre Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v 22 (supl.): 1-123, jan./abr., 1998.
- Cordeiro, Hésio. *O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial*. In: *Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. *Cadernos saúde da família*; v.1 No 1 64 p.
- Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica & residência médica no Brasil*. São Paulo - HUCITEC/Rede unida 1998.
- García, J.C. Características generales de la educación médica en La América Latina. (série desarrollo de Recursos Humanos, n.o 7). Washington: OPAS/OMS, 1970.
- Garrafa, Volnei. *Saúde X Educação ou Saúde + Educação*. In: *Divulgação Em Saúde para Debate*. CEBES - Paraná - No 12 - julho/1996.
- Kelner, Salomão . Rocha, Leduar A. Costa, Veloso. Coutinho, , Guilherme Oliveira, Guilherme M. Abath, Asdrúbal C. *História da Faculdade de Medicina do Recife 1915-1985*. Ed. Liber, Recife 1985.
- Levcovitz, Eduardo e Garrido, Neide Glória. *Saúde da família: a procura de um modelo anunciado*. In: *Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar*. Brasília, Ministério da Saúde. *Cadernos saúde da família*; v.1 , 1996.

- Machado, Maria Helena (Org.) *Profissões do SUS - Uma abordagem sociológica*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1995.
- Machado, Maria Helena (Coord.). *Os médicos no Brasil: Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.
- Machado, Maria Helena, *As profissões e os SUS – Arenas conflitantes*. In : Saúde para debate Cebes, No. 14, agosto 1996
- Machado, Maria Helena. Et al. Perfil dos médicos no Brasil. Relatório Final, (Coleção Médicos em Números). Fiocruz/CFM/MS-PNUD, Rio de Janeiro, 1996.
- Mendes, Eugênio Vilaça *Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sociais do Sistema Único de Saúde*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1995.
- Ministério da Saúde. *Saúde da família, construindo um novo modelo– ano I – Janeiro- Junho, Brasília, 1996*.
- Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma estratégia para reorganização do modelo assistencial*. Brasília, 1997.
- Ministério da Saúde. *Relatório da X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília . 1998
- Ministério da Saúde. *Portaria No. 1.886 de 18.12.1997*. Brasília. 1997.
- Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde: Relatório de Seminário*. Brasília, 1993.
- Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de recursos Humanos para o SUS. *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde*. Brasília, 1993.
- Nunes, Amélia Cohn e Everardo Duarte. *Contribuições para o Debate sobre Residência em Medicina Preventiva e Social*. In: Estudos de Saúde Coletiva. ABRASCO. Rio de Janeiro , 1988.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização mundial médicos de família (WONCA). *Tornar a prática e a educação médicas mais relevantes para as necessidades das pessoas: A contribuição do médico da família*. In: Conferência OMS – WONCA, Ontário, Canadá, 1994.

- Organização Panamericana da Saúde - OPAS . *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995 .
- O PACS na Bahia: *Avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde*. In Saúde em Debate. Londrina, PR, Junho, 1996.
- Santana, José Paranaguá de. *Recursos Humanos: Desafios Para os Gestores do SUS* in: *Divulgação em Saúde Para Debate: Questões Contemporâneas de Recursos Humanos no SUS*. Cebes, Agosto, 1996.
- Santos, Eliane Franco dos,et al. *Legislação em Enfermagem: Atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem*. Editora Atheneu, São Paulo, 1997.
- Santos, Pedro Miguel dos. *Profissão Médica no Brasil*. In: *Profissões de Saúde : Uma abordagem sociológica*.Rio de Janeiro, 1995
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - Diretoria de Desenvolvimento Social. *Relatório de Gestão 1998 da Diretoria Executiva de Ações Básicas*. Pernambuco, 1998.
- Schraiber, Lilia Blima . *A residência Médica: entre as Técnicas Pedagógicas e as Políticas de Saúde* In: *Estudos de Saúde Coletiva*. ABRASCO. Rio de Janeiro, 1988
- Teixeira, Carmem Fontes, e Paim, Jairnilsom Silva. *Políticas de formação de recursos humanos: Conjuntura atual e perspectivas*. In: *Saúde Para Debate*. Cebes No 12, julho , 1996.

A N E X O S

PESQUISA DE MONOGRAFIA PARA CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA EM
SAÚDE COLETIVA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA
BÁSICA: A experiência do Programa de Saúde da Família

FUNÇÃO: _____

QUESTIONÁRIO

1) QUAIS AS ÁREAS DE TRABALHO ANTES DO INGRESSO NO PSF?

- a) Clínica Médica ()
b) Cirurgia Geral ()
c) Pediatria ()
d) Ginecologia ()
e) Outra () _____

2) QUAL O TEMPO DE TRABALHO NA REFERIDA ÁREA ANTES DO PSF?

- 0 – 6 meses
6 – 12 meses
1 – 2 anos
2 – 4 anos
Mais de 4 anos

3) POSSUI ATIVIDADE PARALELA AO PSF?

- Sim ()
Não ()

3.1) CASO SUA RESPOSTA FOI SIM assinale:

- a) Na rede pública ()
b) Na rede conveniada ()
c) Na rede privada ()
d) Outros () Qual? _____

Quanto ao regime de trabalho:

- a) Plantonista ()
b) Ambulatorial ()
c) Evolucionista ()
d) Outro () Qual? _____

4) QUAL A ÁREA OU UNIDADE DA ATIVIDADE PARALELA? (CASO TENHA).

- Área Básica: a) Clínica Médica ()
b) Cirurgia Geral ()
c) Pediatria ()
d) Ginecologia ()
e) Outra () Qual? _____

5) COMO VOCÊ PONTUARIA SUA GRADUAÇÃO PARA O SEU DESEMPENHO PROFISSIONAL NO PSF?

- A) Excelente () B) Suficiente ()
C) Regular () D) Deficiente ()

6) COM RELAÇÃO A SUA GRADUAÇÃO, QUAIS AS ÁREAS OU ASSUNTOS QUE VOCÊ APRESENTA DIFICULDADES NO DESEMPENHO DE SUAS ATIVIDADES NO PSF?

7) ESSAS DIFICULDADES PODERIAM TER SIDO SOLUCIONADAS NA GRADUAÇÃO?

- SIM () COMO? _____
- NÃO () PORQUE? _____

8) ENUMERE POR ORDEM DE PRIORIDADE A MELHOR FORMA PARA SOLUCIONAR ESSAS DIFICULDADES PARA OS PROFISSIONAIS JÁ INSERIDOS NO PSF?

- A) Curso de Especialização ()
B) Curso de Capacitação ()
C) Curso de Aperfeiçoamento ()
D) Processo de Educação Permanente ()
E) Outro () Qual _____

9) VOCÊ CURSARIA DISCIPLINAS ELETIVAS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA BÁSICA NA GRADUAÇÃO ?

- SIM () NÃO ()

10) CASO TENHA CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO RESPONDA:

Qualifique seu conhecimento especializado quanto a resolutividade das dificuldades no desempenho de suas atividades no PSF.

- A) Excelente () B) Suficiente ()
C) Regular () D) Deficiente ()

11) COMO PROFISSIONAL DO PSF, QUAIS OS CURSOS QUE PARTICIPOU?

Atualização em:

Capacitação em:

Aperfeiçoamento em:

Seminários como atividade de educação continuada de:

Outros :

**DEMONSTRATIVO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO 1998**

INSTITUIÇÃO	DATA NASC.	FORMA TURA	ESPECIALIZAÇÃO	RESIDÊNCIA	TEMPO NO PSI
EESER/PB	11.12.67	1992	Saúde Pública		11 Meses
EESER/PB	17.12.72	1995	-----		2 Anos e 5 m
FUNESO/PE	23.11.58	1992	-----		2 Anos e 8 m
FUNESO/PE	16.07.63	1993	Saúde Urbana		3 Anos
FUNESO/PE	31.03.65	1990	-----		3 Anos
FUNESO/PE	04.06.66	1990	Saúde Publica		4 anos
FUNESO/PE	04.11.66	1994	-----		10 Meses
FUNESO/PE	22.05.68	1992	Saúde pública		2 Anos 6 m
FUNESO/PE	18.06.69	1991	Adm. Hospitalar		1 Ano e 6 m
FUNESO/PE	20.04.71	1993	-----	Mat. Infantil	1 Ano
FUNESO/PE	17.05.73	1996	-----		2 anos
UEPB	30.06.57	1995	-----		2 Anos
UEPB	06.11.66	1995	-----		7 Meses
UEPB	28.08.67	1993	Enf. Ped. e Pueric.		2 Anos e 3 m
UEPB	08.06.71	1995	-----	Med. Cirúrgico	1 Ano
UEPB	22.09.71	1995	-----		1 Ano 3 m
UFPB	26.11.65	1994	-----		2 Anos e 4 m
UFPB	28.12.66	1989	Enf. S. Pública		3 Anos e 2 m
UFPE	21.02.50	1987	Saúde Publica		1 Ano e 7 m
UFPE	01.06.51	1994	Saúde do Idoso		1 Ano
UFPE	05.03.54	1982	Saúde Publica		2 Anos e 8 m
UFPE	09.06.55	1977	-----		2 Anos e 6 m
UFPE	04.04.56	1982	-----	Mat. Infantil	7 Meses
UFPE	10.07.56	1988	-----		4 Anos
UFPE	30.04.60	1982	Enf. Do Trabalho		2 Anos e 7 m
UFPE	02.02.62	1986	-----		3 Anos
UFPE	22.12.62	1989	Saúde Publica		2 Anos e 7 m

UFPE	29.12.64	1989	Adm. Serv. Saúde.		2 Anos e 9 m
UFPE	12.03.65	1989	-----		3 Anos e 6 m
UFPE	07.04.68	1988	-----		3 Anos e 6 m
UFPE	09.03.70	1995	-----		2 Anos e 3 m
UFPE	14.08.73	1996	Saúde Pública		2 Anos e 1 m
UFRN	03.03.68	1995	-----		1 Ano
UNISINOS/RS	30.10.59	1981	Saúde Pública		2 Anos e 8 m
UPE	28.08.48	1971	-----		5 Meses
UPE	08.12.56	1991	-----		2 Anos e 9 m
UPE	30.06.58	1986	-----	Mat. Infantil	2 Anos e 8 m
UPE	30.01.60	1984	Saúde Pública		1 Ano e 6 m
UPE	27.04.61	1983	-----		2 meses
UPE	16.06.61	1995	Saúde Pública		1Ano e 5 m
UPE	08.12.62	1991	Psicologia Hosp.		2 Anos e 4 m
UPE	02.05.64	1990	-----		2 Anos e 6 m
UPE	15.07.65	1990	-----		2 Anos 1 m
UPE	31.07.65	1987	Saúde Pública		2 Anos e 8 m
UPE	19.02.66	1989	-----		2Anos e 1 m
UPE	24.07.66	1989	-----		6 Meses
UPE	25.12.66	1989	-----		1 Ano e 8 m
UPE	14.06.67	1993	-----		2 meses
UPE	17.09.70	1991	Saúde Pública		3 Anos
UPE	05.02.73	1994	Saúde Pública		1 Ano e 4 m
UPE	18.08.73	1997	-----		1Ano
UPE	19.04.75	1993	-----		3 Anos e 2 m
URNE/PB	06.05.61	1983	S.Púb./Enf. Pública		2 Anos e 9 m
URNE/PB	30.09.62	1990	-----		2 Anos e 5 m
URNE/PB	18.03.61	1986	Enf. Obst. Social		2 Anos
USP	06.01.62	1984	Saúde Pública		1 Ano e 11 m

Fonte: Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

Até setembro/98.

**DEMONSTRATIVO DO PERFIL DOS MÉDICOS DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO 1998**

INSTITUIÇÃO	DATA NASC.	FORMA		RESIDÊNCIA	* TEMPO NO PSF
		PURA	ESPECIALIZAÇÃO		
ECM - AL	29.01.70	1994	Saúde Urbana	Tocoginecologia	2 Anos e 1 m
ECM - AL	21.05.70	1996	-----	-----	1 Ano
EMESCAMES	16.12.58	1981	-----	-----	1 Ano e 4 m
PUC/RS	24.03.58	1987	Med. do Trabalho	Med. Prev. Social	4 Anos
PUC/RS	01.05.62	1986	Entomologia	-----	1 Ano e 10 m
UBA/ARG	06.10.61	1989	-----	Pediatria	1 Ano
UFAL	07.05.64	1989	-----	-----	7 Meses
UFAL	14.05/67	1992	-----	-----	1 Ano e 8 m
UFAL	11.09.69	1996	-----	-----	1 Ano e 6 m
UFPA	24.07.59	1984	Homeopatia	-----	2 Anos e 8 m
UFPB	15.10.44	1977	-----	-----	1 Ano
UFPB	12.02.51	1976	-----	Med. Prev. Social	2 Anos e 7 m
UFPB	25.10.52	1980	-----	-----	4 Meses
UFPB	16.10.66	1995	-----	-----	2 Anos
UFPB	07.11.67	1994	-----	Pediatria	3 Meses
UFPB	07.05.68	1992	-----	-----	2 Anos e 9 m
UFPB	09.07.69	1996	-----	-----	2 Anos
UFPB	05.07.70	1996	-----	-----	2 Anos
UFPB	12.09.73	1996	-----	-----	1 Ano e 5 m
UFPE	13.09.46	1972	-----	-----	6 Meses
UFPE	25.08.54	1980	Med. do Trabalho	-----	2 Anos e 7 m
UFPE	11.12.55	1979	-----	-----	2 Anos e 5 m
UFPE	12.12.56	1980	-----	Tocoginecologia	2 Anos e 7 m
UFPE	03.06.57	1982	-----	-----	2 Anos
UFPE	06.07.57	1982	-----	-----	1 Ano
UFPE	22.09.57	1983	-----	-----	3 Anos e 6 m
UFPE	09.06.59	1984	-----	Pediatria	6 Meses
UFPE	31.03.63	1989	Adm. Hosp.	-----	10 Meses