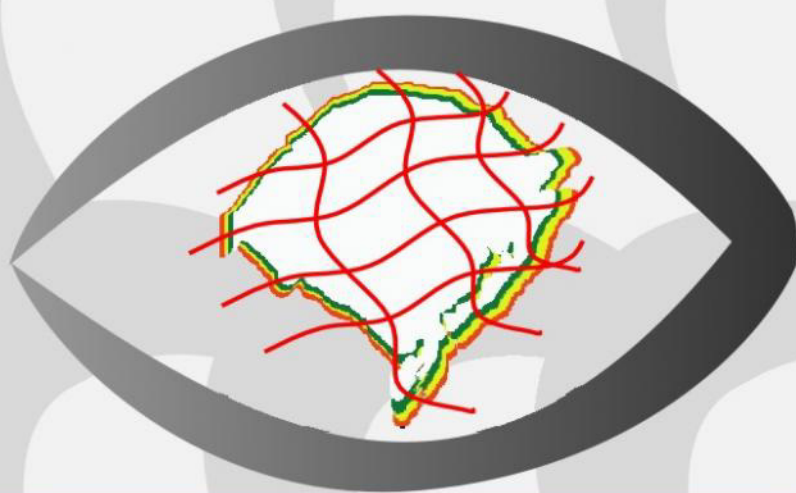


SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SES/RS

PERFIL PROFISSIONAL E A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL



ESTAÇÃO

SES/RS



Rede Observatório Rh
da escola de saúde pública/RS

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SES/RS

PERFIL PROFISSIONAL E A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL



ESTAÇÃO

SES/RS

Rede Observatório Rh
da escola de saúde pública/RS

©2006 Escola de Saúde Pública.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Tiragem: 1.000 exemplares

Ano 2006

Editoração, Fitolito e Impressão: Gráfica Ferreira

Elaboração, distribuição e informações:

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

Órgão da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Rio Grande do Sul

Av. Ipiranga, 6311

CEP 90610-001 Porto Alegre – RS

Tels: (51) 3901-1476 / 3901-1532

Fax: (51) 3901-1476

E-mail: observatoriorh@saude.rs.gov.br

Home page: www.esp.rs.gov.br/observatoriorh

Arte da capa:

Audrey Ashanti Telles Onwawoma

Luiz Gonzaga Gonçalves

Capa:

Desenvolvida a partir de *lay-out* do logotipo da Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Rio Grande do Sul de autoria de Alexandre Gamba Menezes, Décio Ignácio Angnes e Maura Simeão Camboim.

Organizadores

Décio Ignácio Angnes

Maria Isabel Barros Bellini

Assessoria Editorial

Lia Mara Becker Dilélio

Maria Sílvia Robaina de

Sousa Lessa

Silvana Matos Amaro

Colaboradores:

Alexandre Gamba Menezes

Maura Simeão Camboim

Fabiana de Moura e Souza

Impresso no Brasil

FICHA CATALOGRÁFICA

Perfil profissional e a formação em saúde no Rio Grande do Sul / Décio Ignácio Angnes (Org.); Maria Isabel Barros Bellini (Org.). – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, 2006.

189 p.:il.

ISBN 85-60517-00-6

1. Recursos humanos em saúde. 2. Saúde Pública. 3. Serviços de saúde. I. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública - RS. II. Angnes, Décio Ignácio (Org.). III. Bellini, Maria Isabel Barros (Org.).

IV. Título.

NLM W76

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Alexandre Gamba Menezes CRB10/1444

Equipe de Trabalho

Coordenador Geral da Estação de Trabalho ROREHS/ESP/RS :

Maria Isabel Barros Bellini – Doutora em Serviço Social PPG-FSS/PUCRS, Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola de Saúde Pública, Docente da FSS/PUCRS.

Coordenador Administrativo da Estação de Trabalho ROREHS/ESP/RS:

Décio Ignácio Angnes – Bacharel em Ciências Contábeis, Especialista em Administração Hospitalar, Coordenador da Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (RS), Docente da Escola de Saúde Pública - ESP/RS.

Assessoria da Estação de Trabalho ROREHS/ESP/RS:

Ivânia Zanon – Funcionária Pública, Assessora Administrativa da Escola de Saúde Pública – ESP/RS.

Secretaria da Estação de Trabalho ROREHS/ESP/RS :

Maura Simeão Camboim - Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 4º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Autores

Adriana Boeira

Especialista em Saúde Pública e Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem, Enfermeira.

Alexandre Gamba Menezes

Especialista em Saúde Pública, Bacharel em Ciência da Informação e Documentalista, Bibliotecário, Orientador e Professor do Curso de Pós-Graduação de Saúde da Família da Escola de Saúde Pública -ESP/RS.

Aline Alano Del Pino

Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 4º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Aline Godoy Justo

Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 4º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Clarete Teresinha Nespolo de David

Mestre em Sociologia, Especialista em Saúde Pública, Assistente Social.

Décio Ignácio Angnes

Bacharel em Ciências Contábeis, Especialista em Administração Hospitalar, Coordenador da Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (RS), Docente da Escola de Saúde Pública- ESP/RS.

Fabiana Moura

Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 6º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Ilaine Maria Schmitz

Especialista em Saúde Pública, Pedagoga.

João Francisco Viero

Bacharel em Administração de Empresas.

Kelinês Cabral Gomes

Doutora em Serviço Social, Mestre em Serviço Social, Assistente Social, Especialista em Terapia de Família e Casal.

Luiz Carlos Pinto Sobrinho

Bacharel em Ciências Econômicas, Especialista em Administração Hospitalar.

Maria Isabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social PPG-FSS/PUCRS, Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola de Saúde Pública, Docente da FSS/PUCRS.

Maura Simeão Camboim

Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 4º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Pâmela Caldart

Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 8º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Rosemari Dorigon Reinhardt

Mestre em Educação, Especialista em Métodos e Técnicas de Ensino, Pedagoga, Supervisora Escolar.

Sandra Barradas Borba

Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Socióloga.

Sônia Beatriz Cimirro Guterres

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Orientadora e Professora do Curso de Pós-Graduação de Saúde da Família da Escola de Saúde Pública -ESP/RS, Pós-Graduada em Administração Hospitalar.

Talléya Samara Battisti

Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 4º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Vanessa De Azevedo Ribeiro

Bolsista da Faurgs, Acadêmica do 4º semestre do Curso de Serviço Social da FSS/PUC-RS.

Waleska Antunes da Porciúncula Pereira

Mestre em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública, Enfermeira.

Walter Henrique Broock Neto

Médico, Especialista em Administração Hospitalar, Medicina do Trabalho e Gestão de Sistemas de Saúde.

Organizadores

Décio Ignácio Angnes

Bacharel em Ciências Contábeis, Especialista em Administração Hospitalar, Coordenador da Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (RS), Docente da Escola de Saúde Pública- ESP/RS.
decio-angnes@saude.rs.gov.br

Maria Isabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social PPG-FSS/PUCRS, Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola de Saúde Pública, Docente da FSS/PUCRS.
maria.bellini@puhrs.br

Sumário

Apresentação	11
Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ Escola de Saúde Pública/Rio Grande do Sul: conhecimentos construídos e possibilidades de futuro	13
<i>Maria Isabel Barros Bellini, Décio Ignácio Angnes</i>	
Mapeamento das instituições formadoras de recursos humanos na saúde: nível de graduação do estado do Rio Grande do Sul	27
<i>Décio Ignácio Angnes, Rosemari Dorigon Reinhardt, Kelinês Cabral Gomes Alexandre Gamba Menezes, Clarete Teresinha Nespolo de David, Sandra Barradas Borba Ilaine Maria Schmitz, Adriana Boeira, Waleska Antunes da Porciuncula Pereira Maura Simeão Camboim, Tallêya Samara Battisti</i>	
Rede de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) em nível de especialização, mestrado e doutorado ativa	85
<i>Maria Isabel Barros Bellini Pâmela Caldart</i>	
Contra-regras do cenário da saúde: os agentes comunitários de saúde em foco	115
<i>Walter Henrique Broock Neto, Sônia Beatriz Cimirro Guterres João Francisco Viero, Vanessa de Azevedo Ribeiro Aline Alano Del Pino, Aline Godoy Justo</i>	
Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do Rio Grande do Sul	167
<i>Luiz Carlos Pinto Sobrinho, Fabiana Moura</i>	

Apresentação

Com o amadurecimento do SUS, nos últimos 15 anos, apresenta-se com urgência uma análise das disponibilidades e características do perfil dos trabalhadores em saúde no Rio Grande do Sul. A mudança na busca do aperfeiçoamento do modelo assistencial determina não só a qualificação dos profissionais que atendem no sistema há vários anos, como também a necessidade de reforçar uma formação diferenciada junto às Entidades formadoras, no sentido da disponibilização quantitativa e qualitativa certa de profissionais para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, embora estas necessidades sejam latentes e intensas, no Brasil são feitas poucas pesquisas que permitam subsidiar uma análise mais adequada do quadro de profissionais, no que se refere à sua formação, conhecimento adequado das funções que desenvolvem, assim como de qual a correlação adequada entre a disponibilidade dos profissionais e os locais mais carentes de cobertura assistencial.

Neste contexto encontram-se os profissionais que ocupam os cargos diretos no SUS. De pouco adianta um esforço importante de vários profissionais de uma determinada região pela melhoria das condições de saúde, se o gestor responsável pelas condições materiais e técnicas não conseguir identificar ou saber quais as circunstâncias envolvidas e onde intervir. A gestão do SUS não deveria ficar restrita aos secretários municipais e estaduais de saúde e suas estruturas. A qualificação deve ser estendida e compreendida por todos os níveis de profissionais que desempenham suas funções, quer em contato com os usuários, quer nos níveis de atenção direta, quer junto aos intermediários dos processos.

A proposta desta publicação é, entre outras, a de provocar o estímulo na direção da necessidade de sistematização dos processos de análise além de, dentro do possível, permitir que trabalhos deste tipo proliferem, como parte integrante não só na formação dos profissionais de saúde, como também no sentido de se tornarem ferramentas de uso diário nos processos de gestão e de assistência na saúde pública do estado. Nem de longe se procura, neste livro, esgotar todos os ângulos e aspectos envolvidos na questão. No entanto, os trabalhos abordados tiveram, entre outras características, a seriedade e a neutralidade necessárias para servir, com segurança de subsídios, a futuras iniciativas nesta área. Para saber onde e quando se deve intervir, deve-se inicialmente

ter claro quais são as características da população-alvo e qual a repercussão que esta intervenção venha a determinar. A relação custo-benefício, assim como noções de impacto nos indicadores, devem ser sempre os norteadores das decisões na área de formação. Para que isto venha a acontecer, pesquisas sistemáticas e com resultados claros, com problemas bem identificados, irão, sem sombra de dúvida, facilitar os planos de ação de melhoria.

A experiência mostra que não é possível gerenciar o que não se quantifica e qualifica, muito menos traçar um planejamento estratégico adequado que resulte em algum nível de impacto. Os trabalhos apresentados nesta publicação visam, em um primeiro momento, identificar os agentes e atores envolvidos no processo, tanto em nível dos gestores das instituições formadoras, como também do perfil dos Agentes Comunitários em atividade em uma região adstrita. A informação deste tipo, se bem utilizada, pode determinar o agregar de conhecimentos e um novo olhar sobre as questões e necessidades de formação, bem como determinar uma diminuição dos níveis de incerteza inerentes aos processos de gestão e de tomada de decisão.

Mário Roberto da Silveira
Diretor da Escola de Saúde Pública



REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE/
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/RIO GRANDE DO SUL:
CONHECIMENTOS CONSTRUÍDOS E
POSSIBILIDADES DE FUTURO

Maria Isabel Barros Bellini

Décio Ignácio Angnes

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE/ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/RIO GRANDE DO SUL: CONHECIMENTOS CONSTRUÍDOS E POSSIBILIDADES DE FUTURO

Maria Isabel Barros Bellini

Décio Ignácio Angnes

INTRODUÇÃO

O reconhecimento da importância do conhecimento sobre os recursos humanos na área da saúde data inicialmente de 1994, quando foi solicitado à OPS, durante a Cúpula dos Chefes de Estado das Américas, que se debruçasse sobre o tema da força de trabalho no desenvolvimento dos serviços de saúde e a reforma do setor da saúde (RIGOLI, 2003, p.17).

Em 1999, com um número inicial de 9 países, inicia a organização do Observatório e, posteriormente, da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ROREHS, a qual tem sua origem na articulação da Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS com a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e tem dimensão internacional, pois envolve a participação de 21 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Jamaica, Paraguai, República Dominicana, Chile, México, Belize, Colômbia, Equador, Nicarágua, Panamá, Peru, Santa Lúcia, Uruguai e Venezuela.

Tem o objetivo maior de produzir pesquisas, estudos a respeito dos recursos humanos na saúde e de disponibilizar informações e subsidiar ações, e sua abrangência possibilita a avaliação das políticas e programas voltados para os Recursos Humanos da saúde (BRASIL, 2003).

Dessa maneira, a ação da ROREHS contribui para o Controle Social, pois incide nas tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde, devido à socialização de conhecimentos disponíveis na Internet.

¹ *Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – RORHES.*

No Brasil, a ROREHS é composta por Estações de Trabalho, sendo a ESP/RS a Estação do Rio Grande do Sul, implantada em 2005 e já desenvolvendo estudos nesta área. A Escola de Saúde Pública vinculou-se a ROREHS, a partir da *portaria nº 01 de 11 de março de 2004*¹, com a apresentação do seu projeto de pesquisa, precursor desta parceria, cujo título é “Rede de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde em Nível de Especialização, Mestrado e Doutorado” e tem o financiamento da Organização Pan-Americana de Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (OPAS/FIOCRUZ).

No desencadeamento das ações pertinentes à ROREHS, pode-se vislumbrar a convergência dos objetivos da Escola de Saúde Pública, enquanto órgão formador de recursos humanos na área da saúde no Estado, com os objetivos dispostos no artigo primeiro da referida portaria, que trata do desenvolvimento de estudos e metodologias de análise e acompanhamento dos aspectos relacionados à gestão, formação e regulação das diversas facetas da realidade dos Recursos Humanos em Saúde, como forma estratégica de atuação, na realidade.

A vinculação de vários países da América Latina à rede de Observatórios de RH possibilita vislumbrar a dimensão, na realidade, da problemática da saúde no mundo latino.

Segundo Santos Neto (2004, p. 21) a ROREHS/ESP/RS é um projeto continental que atinge vinte e um países e tem como objetivo geral a produção de estudos e pesquisas que ampliem o acesso às informações e análises sobre o setor de recursos humanos em saúde no país, possibilitando a formulação de avaliação das políticas e programas voltados para os recursos humanos (RH) da saúde.

Neste sentido, a ROREHS cumpre importante papel para a efetividade das políticas públicas e do controle social, uma vez que contribui para a circulação de conhecimentos sobre as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde, através da produção e socialização das informações.

A participação da Escola de Saúde Pública-ESP na ROREHS/ESP/RS reitera a sua função desde sua origem, pois, criada em 1962 conforme decreto nº 13.812 de 11 de setembro de 1962, esteve vinculada, em sua trajetória, a importantes órgãos de fomento da pesquisa. Alguns destes são: Organização dos Centros de Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Latino-americana e Caribenha de Educação em Saúde Pública e Associação de Ensino Odontológico, além de ter estabelecido cooperação técnica com a As-

sociação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (Abenfo) e Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigrs) (Rio Grande do Sul, 2001). Mesmo no momento de sua criação, em 1939, esteve vinculada à Secretaria da Educação e Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, é criada já vinculada a um órgão de educação.

A função primeira da ESP/RS é qualificar os profissionais para a saúde pública e realizar atividades de extensão educativa e ação social direta. Conforme o Guia do servidor/colaborador do SUS (2001), a educação em saúde pública contribui para a qualificação e capacitação do ensino, pesquisa e ação educativa nos campos de prática do sistema de saúde. Sendo assim, a ESP/RS proporciona aos alunos ensino, pesquisa, extensão, documentação em saúde coletiva e revisão ética de pesquisa em saúde.

Os setores da ESP/RS foram se constituindo e, a partir de 1972, há o surgimento do Centro de Informação e Documentação em Saúde (CEIDS) e, posteriormente, em 1999, a Residência Integrada em Saúde (RIS), a qual tem o objetivo de formação em nível de especialização de profissionais das diferentes áreas da saúde integrada.

No ano de 2000, são criados o Centro de Referência ao Assessoramento e Educação em Redução de Danos e Pólo de Educação em Saúde Coletiva. Em 2001, cria-se o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEP). Outros setores importantes da ESP/RS, além da direção, são: NURESC - Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (braços da ESP no interior do Estado), Coordenação de Ensino e Pesquisa, Secretaria Acadêmica e Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS).

Em maio de 2004, a ESP/RS passa a contribuir com a ROREHS, mais especificamente quanto ao “monitoramento dos aspectos demográficos, políticos e sociais da força de trabalho no setor da saúde; de acompanhamento e análise das relações de trabalho no setor da saúde; e do desenvolvimento de estudos, metodologias e indicadores de avaliação” (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Na Carta de Intenções, endereçada à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a direção da ESP/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2004) manifesta-se da seguinte forma:

A Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, em resposta à solicitação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde-MS, vem por meio desta manifestar profundo interesse em participar da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ROREHS, instituída pela Portaria nº 26 de 21 de

setembro de 1999. As atividades com as quais a Escola de Saúde Pública cooperará são as citadas no Art. 1º: inciso II, que trata do monitoramento dos aspectos demográficos, políticos e sociais da força de trabalho no setor; inciso III, que trata do acompanhamento e análise das relações de trabalho no setor da saúde; e inciso V, que trata do desenvolvimento de estudos, metodologias e indicadores de avaliação. Desta forma, a Escola de Saúde Pública disponibiliza os produtos dessas atividades ao ROREHS, bem como se compromete a divulgar esses produtos pela internet[...]

A ROREHS/ESP/RS confirma, então, a missão de produzir e difundir conhecimentos na área da saúde no Rio Grande do Sul e subsidiar a elaboração e execução de políticas públicas.

No ano de 2005, a ROREHS/ESP/RS tem a aprovação de cinco projetos de pesquisa. São eles:

- 1) Rede de Recursos Humanos na SES/RS, em nível de especialização, mestrado e doutorado, ativa;
- 2) Mapeamento das instituições formadoras de recursos humanos na saúde, em nível de graduação;
- 3) Identificação do perfil dos responsáveis pela saúde nos municípios do RS;
- 4) Contra-regra no cenário da saúde: os agentes comunitários de saúde em foco,
- 5) Manutenção da Estação ROREHS/ESP/RS.

A possibilidade de realizar pesquisas mobilizou parte dos profissionais da ESP, os quais perceberam a oportunidade de avançar em conhecimento sobre demandas que há muito clamavam por serem investigadas, o que originou um movimento coletivo e horizontal na elaboração de projetos e na busca de respostas. Durante o final de 2004 e meados de 2005, as articulações da direção da ESP/RS com o Ministério da Saúde/SGTES garantiram a execução dos projetos apresentados.

A constituição do espaço da Escola de Saúde Pública como Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos da Saúde impôs a definição dos rumos norteadores das ações a serem implementadas ou continuadas, sendo que a temática que versava sobre Recursos Humanos da Saúde exigiu

um movimento ampliado de investigação, em diferentes níveis e dimensões, incluindo os sujeitos a serem pesquisados: gestores, profissionais em nível de pós-graduação e agentes comunitários de saúde. Destaca-se também a preocupação da ESP/RS em conhecer com profundidade a formação dos recursos humanos na saúde em nível de graduação, avançando na investigação dentro das instituições de ensino superior.

Gil (1987, p. 19), ao perguntar “Por que se faz pesquisa?”, informa que são muitas as respostas, desde “por razões de ordem intelectual e razões de ordem prática”, especificando que as primeiras estão ligadas ao desejo e à satisfação do pesquisador em conhecer um fenômeno e as últimas, ao desejo de conhecer, de “fazer algo de maneira mais eficiente ou eficaz”. Amparados por este autor, é possível afirmarmos que a realização destas pesquisas busca *fortalecer a função das autoridades sanitárias a fim de produzir e difundir conhecimento e instrumentos que conduzissem a melhores políticas* (BRASIL, 2004, p. 25), ou seja, fazer algo, e tem como estofa e mola propulsora a vontade política e o compromisso da direção da ESP/RS em desvendar a realidade de saúde, no estado, e assim participar da construção de práticas calcadas no princípio da integralidade em saúde.

Desta forma, está aí garantida a responsabilidade de, ao conhecer, não apenas satisfazer desejos individuais, mas sim propor alternativas, novas práticas, novos caminhos nas ações em saúde.

As pesquisas capitaneadas pela ROREHS/ESP/RS em 2005/2006 apresentaram na sua execução os mesmos dilemas que a execução de outras pesquisas, alguns dos quais são: descrença por parte dos sujeitos pesquisados de que o resultado da pesquisa venha a ser usado de forma útil, o receio de exposição por parte dos sujeitos pesquisados, o tempo escasso para a realização da pesquisa, a inexperiência de alguns membros da equipe de pesquisadores, lutas internas entre os pesquisadores, a dificuldade de planejamento contemplando a realidade dos sujeitos pesquisados, perseverança, paciência em relação aos resultados, preocupação com o cuidado ético em relação às informações colhidas, enfim uma gama de elementos que foram enfrentados “galhardamente” pelos coordenadores e pelos próprios pesquisadores.

Na pesquisa Identificação do Perfil Profissional dos Responsáveis pela Saúde nos Municípios do Rio Grande do Sul, o que se observou foi a disponibilidade dos sujeitos em participar da pesquisa, fornecendo informações pessoais. Como está expresso no relatório final da pesquisa, trata-se de “uma popula-

ção jovem, a maioria com ensino superior completo, voltado para área do conhecimento em saúde” (MOURA; PINTO, 2006). Esses e outros dados foram fornecidos espontaneamente pelos gestores, o que evidencia uma preocupação da parte deles em qualificar as informações a respeito da realidade da saúde. A pesquisa também aponta um dado que remete à necessidade de criar respostas ao que é desvelado quando informa que *“a capacitação específica em saúde não é muito procurada pelos gestores, que se dedicam a atualizações voltadas para outras áreas, periodicamente”*.

Também é apontado pela pesquisa um dado extremamente relevante, que é a importância do trabalho em equipe; e este aspecto é referenciado como o *“fator preponderante”* para a consecução de um nível de satisfação. Ou seja, ainda que faltem algumas condições, ou muitas condições, a força do trabalho humano voltado para objetivos comuns está presente e é um fator positivo.

Essa atenção aos recursos humanos na saúde tem obrigado, cada vez mais, a um trato diferenciado;

No campo de recursos humanos em saúde, a qualidade do trabalho e os regimes de trabalho; a educação e o treinamento profissional; a escassez e os desequilíbrios na disponibilidade, na composição, na distribuição, na produtividade e na qualidade dos serviços; a governança e as controvérsias trabalhistas no setor saúde são temáticas específicas que devem ser incorporadas nas agendas. (HOCHMAN et al., 2004, p. 48)

A pesquisa Rede de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde no Nível de Especialização, Mestrado e Doutorado Ativa reiterou a importância dos recursos humanos na área da saúde, e do conhecimento a respeito destes e, ao propor a criação de um banco de informações, desafia a *manter-se ativa* para além da realidade imediata, visto que os recursos humanos estão em constante processo de qualificação, aposentadoria ou ingresso no serviço público.

Das pesquisas realizadas, talvez tenha sido a que mais descrédito enfrentou pois, de uma forma até utópica, quis romper com a *“histórica negligência e mesmo ausência de políticas para RH”* (PIERANTONI et al., 2004, p. 52). Frequentes foram as manifestações dos sujeitos entrevistados referindo que *“isso não vai dar em nada”*, ou *“isso não vai aumentar meu salário”*, ou *“não confio no Estado para fornecer informações pessoais minhas que serão tornadas públicas”*, porém outros tantos forneceram dados além dos solicitados,

manifestando uma esperança de que possam ser lembrados para outras atividades ou “*serem buscados para comporem outras ações mais interessantes*”.

A pesquisa Mapeamento das Instituições Formadoras de Recursos Humanos na Saúde - Nível de Graduação exigiu dos pesquisadores “andanças” pelo coração do Rio Grande do Sul e vasculhou os processos de formação dos futuros profissionais da saúde. Com a permissão dos coordenadores e reitores dos cursos, investigou o que incide em uma preocupação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação: a garantia de uma formação que esteja adequada às demandas de saúde da realidade, que participe na consolidação do SUS, e que garanta qualidade às práticas.

Ao atingir o número de 31 Instituições de Ensino Superior, incluindo um total de 182 cursos da área da saúde, terminando por efetivar uma amostra de 178 cursos para análise dos ementários, com a disponibilização, por 115 cursos, das ementas de suas disciplinas, conclui-se sobre o alcance desta pesquisa. As informações produzidas por esta investigação são de extrema importância, ao evidenciar como está sendo efetivada a formação dos recursos humanos em saúde, como está sendo incluída a política de saúde nos ementários, que temas de saúde têm sido privilegiados, como os movimentos de reforma da saúde estão sendo incluídos, que categorias se repetem, etc.

A partir de seus resultados, muito é possível planejar em termos de novas ações a serem propostas pela Estação de Trabalho da ROREHS/ESP/RS, na continuidade do trabalho dos dados achados.

Este parece ser um compromisso ético da ROREHS/ESP/RS, o de dar continuidade ao que foi desvelado e, assim, repete-se novamente a premissa de “fazer algo” para além do conhecer.

E, finalmente, a pesquisa Contra-Regras do Cenário da Saúde: os Agentes Comunitários de Saúde em Foco forneceu um arsenal de informações absolutamente necessárias para planejar ações dirigidas aos ACS. No dicionário, contra-regra significa algo como: o funcionário que cuida dos cenários, que orienta as portas de saída e entrada, que distribui informações, enfim aquele sujeito que, em cuja ausência, o *show* não acontece, ou não acontece como deveria. Nos bastidores, ele garante o sucesso da cena.

O título da pesquisa traduz o respeito e o destaque para essa categoria profissional, que garante a continuidade e qualidade da saúde, são os ACS's, ou melhor, os agentes comunitários da saúde. Nas falas dos sujeitos pesquisados, aparece claramente a confirmação do já conhecido: a visão positiva do trabalho

do ACS pela comunidade, reiterando o vínculo deste com a comunidade. Na mesma medida, também, a valorização da equipe é transmitida na maioria das respostas, o que é, sem dúvida, um dado alentador em um universo de descaso.

A pesquisa aponta um dado de fundamental importância e que deve ser considerado na continuidade das ações da ROREHS/ESP/RS, que é a necessidade de mais cursos/capacitações e mais incentivo/empenho/motivação, apontados por um número significativo de entrevistados. Ou seja, há o desejo de serem mais investidos, de serem mais capacitados e, assim, poderem melhorar a atuação pessoal. Salientam que, apesar de reconhecerem que há investimentos, estes investimentos não dão conta das necessidades dos mesmos e da comunidade.

A Estação ROREHS/ESP/RS, no seu curto período de vida (2 anos), realizou pesquisas de grande porte, principalmente no que refere à produção de conhecimento sobre a realidade da saúde no estado do Rio Grande do Sul. Urgente se faz dar continuidade e respostas aos dados construídos a partir da execução das pesquisas.

Investir na capacitação dos gestores, na capacitação dos ACS, buscar outras formas de valorização dos recursos humanos em nível de pós-graduação e realizar parcerias com as universidades na formação de um profissional com perfil mais adequado à realidade da saúde, são alguns dos desafios que emergem dos resultados destas pesquisas.

CONSIDERAÇÕES

A ESP/RS cumpre aqui sua função de participar na qualificação de profissionais, na medida em que, através da ROREHS/ESP/RS, elabora e assume a coordenação de pesquisas sobre a realidade da saúde. Espera-se que agora, ainda que em momento de transição política, seja possível manter os compromissos assumidos com os sujeitos da pesquisa e com a comunidade do estado em geral, dando continuidade e buscando respostas ao que foi apontado. Somente assim essas pesquisas terão sentido.

A direção da ESP/RS e a coordenação ROREHS/ESP/RS avaliam que, mesmo na condição de iniciante, a ROREHS/ESP/RS cumpriu o que se propôs e muito ainda poderá fazer, se tiver condições para tal.

A equipe de pesquisadores da ROREHS/ESP/RS assumiu como sua a tarefa de desvelar à realidade da saúde, ainda que em pequenas partes, reconhecendo a importância do conhecimento produzido, mas também reconhecendo

do a insuficiência deste se não tiver continuidade e aprofundamento.

A produção aqui apresentada é o produto destas pesquisas e tem como objetivo a socialização do conhecimento produzido, sendo este um dos compromissos da ROREHS/ESP/RS. Tornar público o resultado de suas descobertas é também o compromisso ético dos pesquisadores, visto que o conhecimento não é propriedade de ninguém em especial e sim de todos, afirmando que o conhecimento deve ter uma utilidade social; do contrário, serve apenas para confirmar vaidades e reiterar uma sociedade *self* centrada onde o individualismo viceja e permeia as relações.

Alimentados por esta certeza, reitera-se aqui a expectativa de que o investimento, tanto da equipe como dos sujeitos pesquisados, tenha o devido reconhecimento dos órgãos responsáveis, como o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, e que seja possível dar continuidade a estudos e pesquisas tão valiosos para a consolidação de um sistema de saúde justo e igualitário.

REFERÊNCIAS

ANGNES, Décio et al. **Relatório final da pesquisa mapeamento das instituições formadoras de recursos humanos na saúde: nível de graduação**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2006. Material não publicado.

BELLINI, Maria Isabel et al. **Relatório final da pesquisa rede de recursos humanos em saúde em nível de especialização, mestrado e doutorado ativa**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2006. Material não publicado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Recursos para a Atenção Básica. **Saúde Brasil**, Brasília, DF, n. 96, p. 6, maio 2004a.

_____. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. v. 1

_____. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. v. 2

_____. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão:** diretrizes operacionais. Brasília, DF, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** 2. ed. Brasília, DF, 2005.

BROOCK, Walter et al. **Relatório final da pesquisa contra-regras do cenário da saúde:** os agentes comunitários de saúde em foco. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2006. Material não publicado.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1987.

HOCHMAN, Gilberto et al. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.37-51.

MOURA, Fabiana; PINTO, Luiz Carlos. **Relatório final da pesquisa identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: ESP/RS, 2006. Material não publicado.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. v. 2

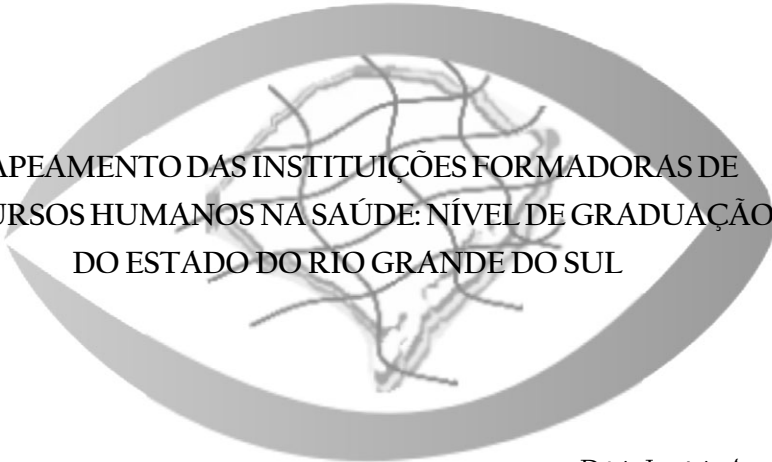
RIGOLI, Félix. Os observatórios de recursos humanos na América Latina. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. v.1

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Rede observatório.** Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh>>. Acesso em 2006.

_____. **Carta de Intenções**. Porto Alegre, 2004.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. 15ª. Coordenadoria Regional de Saúde. **Guia do servidor/colaborador do SUS**. Palmeira das Missões, 2001.

SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. v. 2



MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS DE
RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: NÍVEL DE GRADUAÇÃO
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Décio Ignácio Angnes

Rosemari Dorigon Reinhardt

Kelinês Cabral Gomes

Alexandre Gamba Menezes

Clarete Teresinha Nespolo de David

Sandra Barradas Borba

Ilaine Maria Schmitz

Adriana Boeira

Waleska Antunes da Porciuncula Pereira

Maura Simeão Camboim

Talléya Samara Battisti

MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: NÍVEL DE GRADUAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Décio Ignácio Angnes

Rosemari Dorigon Reinhardt

Kelinês Cabral Gomes

Alexandre Gamba Menezes

Clarete Teresinha Nespolo de David

Sandra Barradas Borba

Ilaine Maria Schmitz

Adriana Boeira

Waleska Antunes da Porciuncula Pereira

Maura Simeão Camboim

Talléya Samara Battisti

INTRODUÇÃO

A partir dos princípios de atuação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - ROREHS/ESP/RS, esta pesquisa teve como proposta o desvelamento de algumas variáveis que embasam a formação de recursos humanos em saúde no Rio Grande do Sul, considerando a expansão ocorrida nos cursos de graduação no setor saúde, nos últimos anos, assim como a demanda crescente por estas ofertas, nas diferentes regiões do Estado.

As informações aqui contidas, com base na missão das entidades formadoras, visam explicitar os parâmetros do perfil dos profissionais da saúde, bem como a adequação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses princípios estão fundamentados pela Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde. O SUS é, então, o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administra-

ção Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público, podendo ser complementado pela iniciativa privada, como preconizado no seu artigo 4º.

O SUS tem como objetivo a assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde; orientados por princípios doutrinários, como a Universalidade, Eqüidade e Integralidade e por princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade e participação social.

Dentre esses princípios, a integralidade contempla uma visão articulada de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, numa perspectiva de contribuir para a construção de práticas formativas, tendo em vista a prestação de assistência integral à saúde. Com base na Integralidade, esta pesquisa alicerçou sua metodologia de investigação e análise, tendo como objetivo do estudo o **mapeamento das instituições formadoras de recursos humanos na saúde em nível de graduação**, procurando decifrar as formas de estruturação e funcionamento de cada curso da saúde, suas concepções e normatizações, para que seja possível conhecer a realidade de recursos humanos da saúde estadual e efetivar a construção de rede colaborativa.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se em trabalhar a proposta do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define em quatorze as profissões, sendo elas: Biomedicina, Medicina, Medicina Veterinária, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Ciências Biológicas e Educação Física, enquanto o Conselho Nacional de Educação (CNE), as define em doze, respectivamente: Biomedicina, Biologia, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional.

O estudo do perfil profissional de todos os cursos de graduação (autorizados/reconhecidos pelos respectivos Conselhos) na área de saúde, diante da complexidade dos projetos de formação, traz consigo o desafio de contribuir para a construção de práticas formativas articuladas à atenção integral à saúde, respeitando as demandas e as particularidades regionais.

A temática de Recursos Humanos da Saúde requer a interface entre teoria e prática, a realimentação das propostas de mudança curricular, o desenho da formação e os demais aspectos relacionados à dinâmica e às tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

Para tanto, considera-se que uma adequada formação deve estar associ-

ada a um perfil profissional inovador, embasado nas teorias contemporâneas de educação e saúde, principalmente nas questões relacionadas à integralidade e à ação colaborativa.

No Brasil, é crescente a preocupação com a formação permanente dos recursos humanos, movimento particularmente identificado com a proposta dos Observatórios de RH da América Latina - de pensar e planejar ações voltadas à formação e mapeamento dos atuais e futuros profissionais de saúde - diante da necessidade de que os sujeitos estejam cada vez mais qualificados para o trabalho no SUS.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sociedade vive um período marcado por evidências de fatos e fenômenos sociais que desnudam uma complexa e dinâmica realidade. O avanço científico e tecnológico, muitas vezes inexplicável e de difícil compreensão, trouxe consigo novos e maiores desafios para o homem. A grande dificuldade tem sido manter-nos atualizados e, ao mesmo tempo, desenvolver marcos conceituais e abordagens que nos permitam compreender o mundo em que vivemos e situar, dentro deste, o setor da saúde em que exercemos nossa atividade.

Nesse contexto, busca-se investigar a realidade em estudo para melhor agir, numa tentativa de religar conhecimentos relevantes que convertam em benefícios à sociedade. No campo da formação de recursos humanos na área da saúde, não poderia ser diferente, vive-se um processo de democratização, de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), de inovação e construção de novas práticas que sinalizam tempos de mudança e de compromisso com a resolutividade dos serviços, o acolhimento dos usuários e dos trabalhadores como agentes da humanização e construção de qualidade de vida.

Neste intuito, as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) cumprem um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. A visualização de um processo de formação capaz de promover habilidades para o trabalho em equipe tem nos preparado para as incertezas que fazem parte da complexa sociedade moderna. Campos (1997) diz que o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, a incertezas, a aleatoriedades, o que exige improvisação, criatividade e iniciativa para lidar com os desafios impostos pela realidade social em que es-

tão inseridos os serviços de saúde. Esta visão de Campos reitera o paradigma da Complexidade, mais precisamente as idéias de Morin (2003).

Segundo Morin (2003, p. 43), complexidade, no seu sentido etimológico, é de origem latina “complectere” que significa trançar, enlaçar. Em francês, complexidade vem do latim “complexus”, que significa entrelaçado, abraçado, contido.

E é no sentido de tecer junto, abraçando muitos aspectos, que esta pesquisa buscou pensar as necessárias mudanças nas instituições formadoras, na produção de conhecimento em saúde e na formação profissional, implicando a construção de novas práticas, novos modos de produzir o conhecimento e a formação de recursos humanos habilitados para o enfrentamento de problemas reais e complexos desde o início de sua formação.

O desafio das instituições formadoras de recursos humanos no setor da saúde está na incorporação de temáticas e modificação dos processos de ensino-aprendizagem, que possibilitem formar profissionais capazes de lidar com as transformações do mundo contemporâneo. Assim desafiadas diante das mudanças, buscam um profissional de perfil competente, habilidoso e com atitudes correspondentes às necessidades do SUS.

Na educação brasileira, a noção de competência foi introduzida a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que destaca:

Três dimensões: a dos saberes, a do saber ser e a do saber fazer. A dimensão dos saberes está relacionada aos conhecimentos transmitidos e adquiridos na educação formal e informal e ao saber teórico-técnico (o que fazer) e metodológico (como fazer), formalizado e prático. O “saber ser” tem a ver com os valores e o perfil pessoal e cultural de cada indivíduo, com a capacidade de se comunicar e agir em grupo e de aprender e de “aprender a aprender”. O “saber fazer”, por sua vez estaria relacionado à habilidade de aplicar, na prática pessoal e profissional, os conhecimentos e outras competências adquiridas (BRASIL, 1996).

Ao instituir o desenvolvimento de competências comuns para profissionais voltados à necessidade da demanda do serviço, abre espaços para significativas inovações e oportunidades, e para a formação superior, pondo em xeque o tipo de formação profissional que ainda vigora, dividido em dois tipos: os generalistas inseridos na saúde pública e os especialistas em tecnologias de ponta.

Articular esses interesses num mesmo processo de formação, com ênfase

se na Integralidade de atenção à saúde, é o grande desafio lançado nos dias de hoje. Segundo Mendes, a aplicação do princípio da integralidade:

Implica em reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/doença conformam uma totalidade que engloba sujeitos do sistema de saúde e suas inter-relações com os ambientes natural e social (MENDES, 1993, p.149).

Pensar o princípio de integralidade na saúde pública vai além da relação saúde/doença, é compreender os sujeitos a partir das suas interações com o meio no qual estão inseridos, assim como suas relações sociais, contemplando uma visão multidimensional.

Portanto, faz-se necessária para a compreensão do tema a definição de alguns conceitos utilizados no decorrer do estudo. O primeiro conceito refere-se à formação.

Formação, conforme apresentado no Encontro Nacional das Escolas de Saúde Pública do Brasil (2001), diz respeito à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não, aparecendo, geralmente, sob esta mesma designação ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada.

Destaca-se também, a concepção de **saúde** de acordo com a conceituação de Witt (2003), não está mais centrada apenas na assistência à doença, mas na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores de risco – através da incorporação das ações programáticas, bem como pelo desenvolvimento de ações setoriais, com bases na proposição do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesta mesma direção, apontam as propostas de organização da saúde conforme os princípios acolhimento, vínculo e integralidade, que indicam a organização de sistemas dispostos em rede, podendo ser potencialmente criadoras de novas possibilidades, da invenção de si e do mundo, instigando, re-inventando territórios de significação da vida. Aqui se apresenta outro conceito importante na construção desta investigação, o de **rede**. Segundo Kastrup (1997, p. 58):

O que aparece nela como único elemento constitutivo é o nó. Pouco importam suas dimensões. Pode-se aumentá-la ou diminuí-la sem que perca suas características de rede, pois ela não é definida por sua forma, por seus limites externos, mas por suas conexões, por seus pontos de convergência e de bifurcação. Por isso, a rede deve ser entendida a partir de uma lógica das conexões, e não por uma lógica das superfícies. Pode-se evocar o exemplo das redes ferroviária, rodoviária, aérea e marítima, e ainda o das redes neuronal, imunológica e informática. São todos exemplos de figuras que não são definidas por seus limites externos, mas por seus agenciamentos internos. Isto quer dizer que nenhuma delas pode ser caracterizada como uma totalidade fechada, dotada de superfície e contorno definidos, mas sim como um todo aberto, sempre capaz de crescer através de seus nós, por todos os lados e em todas as direções.

Desta mesma forma, o conceito de competência possui grande significado para a compreensão do processo que sustenta esta pesquisa. A **competência** é entendida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação na resolução de problemas, no enfrentamento de situações de imprevisibilidade numa dada situação concreta de trabalho e em determinados contextos culturais.

Também podemos associar as Competências de organização de aprendizagem, o que, segundo Morgan (2001), é o desenvolvimento de habilidades e posturas flexíveis que aceitam mudanças capazes de quebrar barreiras, rupturas, sinais e tendências que nos levam a inovar, a criar futuros possíveis, agindo no presente de maneira a torná-los reais. É neste contexto que se insere a discussão sobre a formação de recursos humanos para a área da saúde, respaldada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Em 2001, o texto de orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação visou assegurar a necessária flexibilidade e diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino superior, de forma a atender melhor às necessidades diferenciais de suas clientelas e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem - Plano Nacional de Educação, Lei 10.172/01. Contudo, as orientações propunham que as instituições de ensino superior (IES) definissem, em suas propostas pedagógicas, o perfil do formando (egresso, profissional), as competências, habilidades e atitudes, as habilitações e ênfases, os conteúdos curriculares, a organização do curso, os estágios e atividades complementares, o acompanhamento e a avaliação (BRASIL, 2001, p. 35).

O Parecer CNE/CES nº 67/2003, que trata do Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação corrobora as orientações propostas, afirmando que a formação em nível superior é um processo contínuo, autônomo e permanente, realizado através de sólida formação básica e formação profissional fundamentada na competência teórico-prática, de acordo com o perfil de um formando adaptável às novas e emergentes demandas (BRASIL, 2003).

Para tanto, torna-se necessário preparar o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. Os cursos procuram ter em vista a formação de um profissional em permanente preparação, com progressiva autonomia profissional e intelectual, apto a superar os desafios do exercício profissional, da produção de conhecimento e do domínio de tecnologias. Mas para isto, foi preciso:

Uma espécie de ‘desregulamentação’, de flexibilização e de uma contextualização dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, para que as instituições de ensino superior atendessem, mais rapidamente, e sem as amarras anteriores, à sua dimensão política, isto é, pudessem essas instituições assumir a responsabilidade de se constituírem respostas às efetivas necessidades sociais – demanda social ou necessidade social –, expressões estas que soam com a mesma significação da sua correspondente ‘exigência do meio’ contida no art. 53, inciso IV, da atual LDB 9.394/96 (BRASIL, 2003, p. 7).

Coube, então, a cada Instituição de Ensino Superior (IES) construir suas propostas em resposta às exigências dos segmentos culturais, políticos, econômicos, científicos e tecnológicos.

O estudo em foco considerou não somente as questões relacionadas à diversidade de ofertas de cursos e instituições formadoras no Estado, como também, os caminhos para a construção de referenciais mais consentâneos com as competências propostas pelo Conselho Nacional de Educação nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação.

Desta forma, fazer um mapeamento das instituições formadoras de recursos humanos em saúde, em nível de graduação, possibilitou verificar as mudanças ocorridas no interior de cada instituição, em função das transformações no mundo do trabalho e na saúde, assim como as informações coletadas podem contribuir para o aperfeiçoamento de estratégias de formação e

capacitação de recursos humanos da saúde.

Diante desse cenário de mudanças no mercado de trabalho e nas Instituições de Ensino superior (IES), é que esta pesquisa procurou investigar como as instituições formadoras de profissionais da Saúde do Rio Grande do Sul, por meio dos cursos de graduação, possibilitam a formação de recursos humanos em saúde no Estado, na perspectiva da integralidade do SUS.

OBJETIVOS

Consideram-se objetivos os possíveis resultados que possam ser alcançados no decorrer da investigação. Para esta pesquisa, os objetivos esperados são divididos em gerais e específicos, relacionados abaixo:

Objetivo Geral

- ❖ Mapear as instituições formadoras de recursos humanos de saúde em nível de graduação, no âmbito estadual, com vistas ao desvelamento da formação desses profissionais.

Objetivos Específicos

- ❖ Realizar levantamento das instituições formadoras de recursos humanos da saúde em nível de graduação, no Rio Grande do Sul;
- ❖ Identificar objetivos e estratégias convergentes entre as instituições pesquisadas;
- ❖ Em razão da sua inviabilidade no processo de pesquisa, este objetivo foi suprimido: implementar ações de investigação na realidade de recursos humanos da saúde do Estado.
- ❖ Divulgar ações realizadas na temática em estudo, através de um seminário para dar vistas aos resultados.

HIPOTÉSES

Para o encaminhamento desta pesquisa, foram levantadas duas hipóteses:

- 1) A complexidade das demandas atuais na área da saúde exige um

novo perfil das profissões. Isso requer uma reformulação das concepções sobre recursos humanos em saúde pelos órgãos formadores.

- 2) O aumento do acesso e da procura aos cursos na área da saúde tem potencializado a criação de mais espaços para atendimento desta demanda crescente. Acredita-se que as instituições, ao se expandirem, não estão garantindo uma formação que atenda ao novo perfil profissional exigido pela contemporaneidade e expresso na demanda do SUS.

METODOLOGIA

A seguir, são descritos os procedimentos adotados para a realização desta pesquisa, detalhando os passos e o modo como ela foi realizada.

Natureza da Pesquisa

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa, na qual se empregou um questionário de questões fechadas, aplicado a uma amostra representativa de 31 Instituições de Ensino Superior (IES) sobre um universo de 36 IES existentes no Estado, seguido de uma análise documental dos projetos político-pedagógicos e ementários das IES formadoras de recursos humanos em saúde. Como resultado, buscou-se associar informações quantitativas e qualitativas, na perspectiva de responder ao problema que embasou esta pesquisa.

Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa Mapeamento das Instituições Formadoras de Recursos Humanos na Saúde – Nível de Graduação procurou envolver todas as Instituições Formadoras de Recursos Humanos em Saúde (IES) – Nível de Graduação no Rio Grande do Sul, que totalizam 36 IES com 242 cursos, sendo que cinco das IES abstiveram-se de participar. Participaram da pesquisa 31 IES o que corresponde a 89%, totalizando 182 cursos de graduação na área da saúde.

Dentre as IES pesquisadas, coube a cada coordenador de curso responder o instrumento de pesquisa, após assinatura do **Termo de Consentimento**

Livre e Esclarecido¹, assim como, disponibilizar a documentação necessária.

Para fins de mapeamento, as IES foram classificadas segundo a localização de sua sede na macrorregião sanitária e com a seguinte frequência de distribuição: 12 IES na macrorregião metropolitana, 4 IES na macrorregião Sul, 5 IES na macrorregião Serra, 5 IES na macrorregião Centro, 3 IES na macrorregião dos Vales, 5 IES na macrorregião Missioneira e 2 IES na macrorregião Norte, conforme será apresentado no gráfico 1 no decorrer do presente relatório.

ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Análise dos Dados

Nesta etapa apresentam-se os dados em tabelas e/ou gráficos, seguidos de reflexões teóricas sobre eles, a fim de fazer generalizações e tecer explicações. A corroboração ou refutação das hipóteses, assim como a resposta da questão proposta para a pesquisa, será uma decorrência da análise, apontada nas considerações finais.

A análise dos dados quantitativos se deu a partir da tabulação e interpretação dos dados coletados. Apesar de ser prevista a utilização de um software especializado, dentre os cinco softwares testados no projeto piloto, optou-se pelo uso do Microsoft Excel tendo em vista a usabilidade, a facilidade de acesso e a manipulação dos dados pela equipe de pesquisadores.

Após exaustivo teste realizado pelos pesquisadores responsáveis pela tabulação de dados, verificou-se que os resultados gráficos eram adequados e estavam em conformidade com as hipóteses já levantadas no projeto de pesquisa.

A seguir, serão apresentados os gráficos que dão visibilidade aos resultados do instrumento da pesquisa.

O gráfico 1 diz respeito à questão de nº 1 do instrumento de pesquisa, que visa localizar geograficamente as instituições formadoras de recursos humanos na saúde no estado do Rio Grande do Sul.

¹ O Termo de consentimento livre e esclarecido tem por objetivo permitir que a pessoa que está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa compreenda os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, visando permitir uma decisão autônoma (GOLDIM et al, 2003).

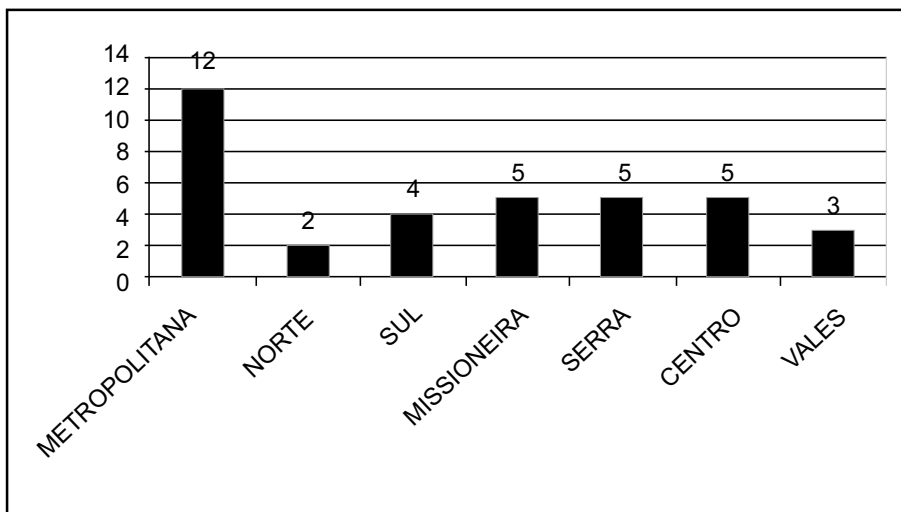


GRÁFICO 1 - Distribuição das instituições formadoras de RH em saúde por macrorregional (sede).

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Como apontado no gráfico 1, a maioria das IES está localizada na macrorregião **Metropolitana** que abrange a **1ª** Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), composta pelos municípios: Alvorada, Ararica, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Glorinha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga e Sapucaia do Sul, a **2ª** CRS, composta pelos municípios de Aramabé, Arroio Dos Ratos, Barão, Barão do triunfo, Barra do Ribeiro, Brochier, Butiá, Camaquã, Cambará do Sul, Capela de Santana, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Montenegro, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São Jerônimo, São José do Hortêncio, São José do Sul, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Taquara, Três Coroas, Triunfo, Tupandi e Vale Verde e a **18ª** CRS, composta pelos municípios de Arroio do Sal, Balneário, Pinhal, Capão da Canoa, Capivari do Sul, Caraá, Dom Pedro de Alcântara, Imbé, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antonio da Patrulha, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas e Xangri-lá. Este total compreende **33%** das IES pesquisadas.

Em segundo lugar, aparecem a macrorregião **Missioneira**, que abrange a **9ª CRS**, englobando os municípios de Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach, a **12ª CRS**, com os municípios de Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre Ijuis, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Itacurubi, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzáles, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Luiz Gonzaga, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões, a **14ª CRS**, com os municípios de Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Mauricio Cardoso, Guria, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Nova Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva, Tuparendi e a **17ª CRS**, que abarca os municípios de Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuipe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul, Sede Nova; a macrorregião **Serra**, que abrange a **5ª CRS**, composta pelos municípios de Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barboza, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Dois Lajeados, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabijú, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre; a macrorregião **Centro Oeste**, que abrange a **4ª CRS**, composta pelos municípios de Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguarí, Jarí, Julio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Toropi, Tupancreretã, Unistalda e Vila

Nova do Sul e a **10ª CRS**, composta pelos municípios de Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Borja, São Gabriel e Uruguaiana .

Cada uma dessas macrorregiões corresponde a **14%** das IES pesquisadas.

Logo em seguida, aparece a macrorregião **Sul**, que abrange a **3º CRS**, com os municípios de Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Tavares, Turuçu e a **7º CRS**, abarcando os municípios de Aceguá, Bagé, Caçapava do Sul, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul correspondendo a **11%** das IES pesquisadas.

A macrorregião dos **Vales** que abrange a **8º CRS**, englobando os municípios de Agudo, Arroio do Tigre, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Nova Cabrais, Paraíso do Sul, Passa Sete, Segredo e Sobradinho, a **13º CRS**, com os municípios de Candelária, Gramado, Xavier, Herveiras, Mato Leão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sul, Venâncio Aires, Vera Cruz e a **16º CRS**, que abarca os municípios de Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Barros Cassal, Bom Retiro do Sul, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vilanova, Fontoura Xavier, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Itapuca, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Tabai, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Correa, Weatfália , correspondem a **8%** das IES pesquisadas.

E por fim, está a macrorregião **Norte**, que abrange a **6º CRS**, com os municípios de Água Santa, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, André da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Camargo, Campos Borges, Capão Bonito do Sul, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciriaco, Coqueiros do Sul, Coxíliã, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Gentil, Ibiçã, Ibirapuitã, Lagoa dos Três Vermelhos, Lagoa Vermelha, Lagoão, Machadinho, Marau, Mato Castelhanõ, Maximiliano de Almeida, Montauri, Mormaço, Muliterno, Não Me Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Passo Fundo, Pontão, Sanaduva, Santa

Cecília do Sul, Santo Antonio do Palma, Santo Antonio do Planalto, Santo Expedito do Sul, São Domingos do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Serafina Corrêa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tio Hugo, Tunas, Tupanci do Sul, Vanini, Victor Graeff, Vila Lângaro e Vila Maria; a **11° CRS**, composta pelos municípios de Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebangó, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãs, São Valentim, Severiano da Almeida, Três Arroios, Viadutos; a **15° CRS**, com os municípios de Barra Funda, Boa Vista das Missões, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras, Trindade do Sul; e a **19° CRS**, que abarca os municípios de Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberto Salzano, Nonoai, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rio dos Índios, Rodeio Bonito, Seberí, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre, Vista Gaúcha, correspondendo a **6%** das IES pesquisadas.

O gráfico 2 corresponde à questão de nº 2 do questionário, referente ao zoneamento dos cursos oferecidos pelas instituições formadoras de recursos humanos na saúde:

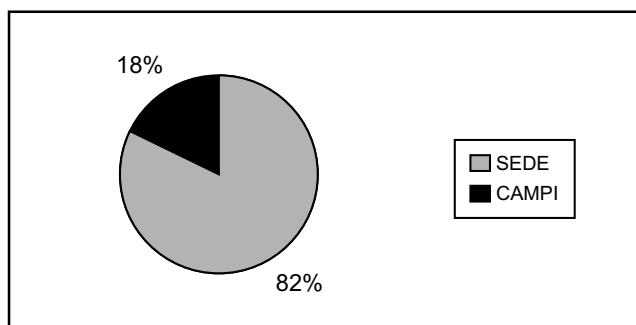


Gráfico 2 - Distribuição dos cursos em sede e campi nas instituições formadoras.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

A observação do gráfico 2 aponta que 82% dos Cursos Oferecidos pelas IES localizam-se nos municípios sede das Instituições e apenas 18% dos cursos são oferecidos em Campi. O que mostra que a localização dos cursos da área da saúde centralizam-se em pólos regionais de ensino, constituídos por importantes municípios do Estado, caracterizados pela difusão de conhecimento e tecnologia, além de serem referencia como cidades Universitárias.

O gráfico 3 corresponde à questão de nº 3 do questionário referente a natureza das instituições formadoras de recursos humanos em saúde:

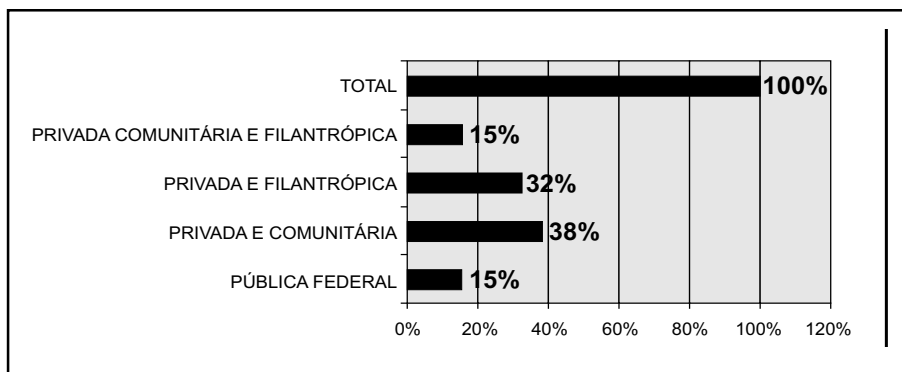


Gráfico 3 - Natureza das Instituições Formadoras.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006

Quanto à natureza, as IES foram classificadas em **Públicas** - Federal ou Estadual – as criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público; e **Privadas**, as mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado; podendo se dividir em: **Comunitárias**, entendidas como as que são instituídas por grupos de pessoas físicas ou por uma ou mais pessoas jurídicas, inclusive cooperativas de professores e alunos que incluam na sua entidade mantenedora representantes da comunidade; **Filantrópicas**, dispostas conforme a lei 8.742/93 – sobre a organização de assistência social, e decreto 3.860/2001 sobre a organização do ensino superior **ou** **Confessionais**, aquelas que são instituídas por grupos de pessoas físicas ou por uma ou mais pessoas jurídicas que atendem a orientação confessional e ideológica específicas (BRASIL, 2003, p. 34).

Conforme apontado no gráfico 3, 38% das IES são de natureza Privada Comunitária; 32%, Privada Filantrópica; 15%, Privada Comunitária e Filantrópica, assim como 15%; Pública Federal; mostrando que as IES privadas contem-

plam a maioria dos cursos na área da saúde. No questionário não estava contemplada a categoria de Instituição **Confessional**, no entanto, apareceu um número significativo de instituições dessa natureza, vindo a totalizar um percentual de 9% IES.

O gráfico 4 diz respeito à questão de número 4, que dispõe sobre os turnos em que os cursos são ministrados e o número de turmas oferecidas por ano.

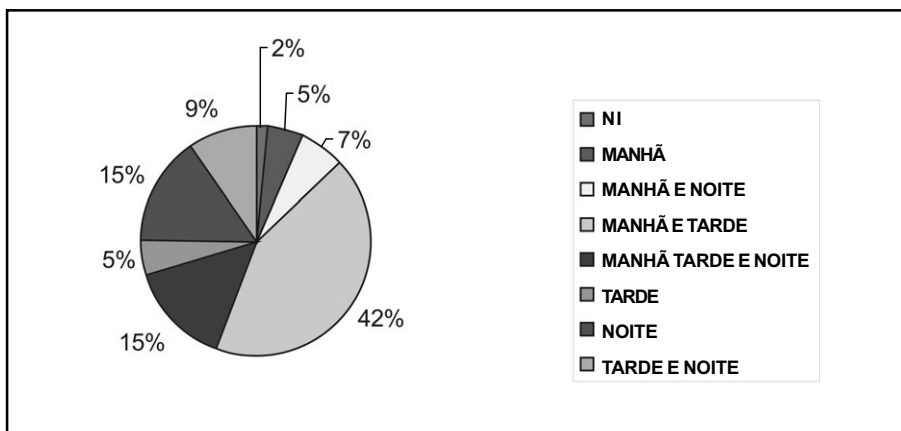


Gráfico 4 - Turnos em que são oferecidos os cursos.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

A maioria dos cursos da área da Saúde, no estado do Rio Grande do Sul, é oferecida nos períodos da manhã e tarde, totalizando um percentual de 42%, o que mostra a necessidade de disponibilidade de tempo e maior dedicação para a formação durante a realização da graduação.

O gráfico 5, que vem compor esta questão, refere-se ao número de turmas oferecidas a cada ano nas IES.

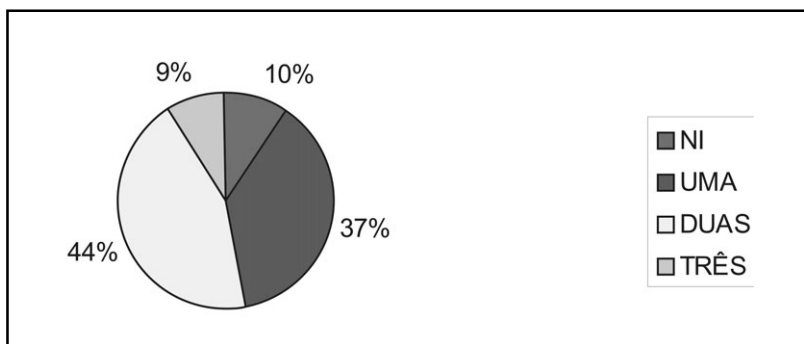


Gráfico 5 - Número de turmas oferecidas por ano nos cursos.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico 5 mostra que, a cada ano, são oferecidas, em média, duas turmas de admissão nos cursos da área da saúde, totalizando 44%. O que também aponta que os candidatos estão com maior possibilidade de ingresso nas Universidades.

Os gráficos 6,7 e 8 correspondem à questão de número 5, que versa sobre o número de alunos que se formaram nos cursos nos anos de 2003, 2004 e 2005, sendo estes: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Veterinária.

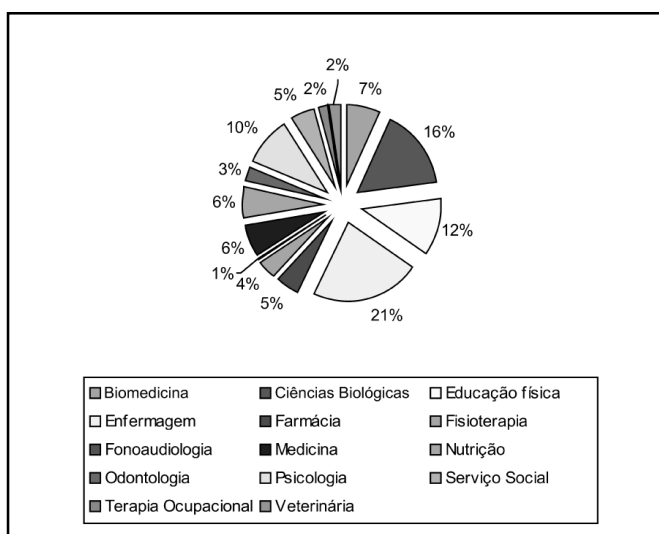


Gráfico 6 – Formandos do Ano de 2003.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico 6 destaca que o maior índice de alunos egressos no ano de 2003 ocorreu no curso de enfermagem, seguido pelos cursos de Ciências Biológicas e Educação Física.

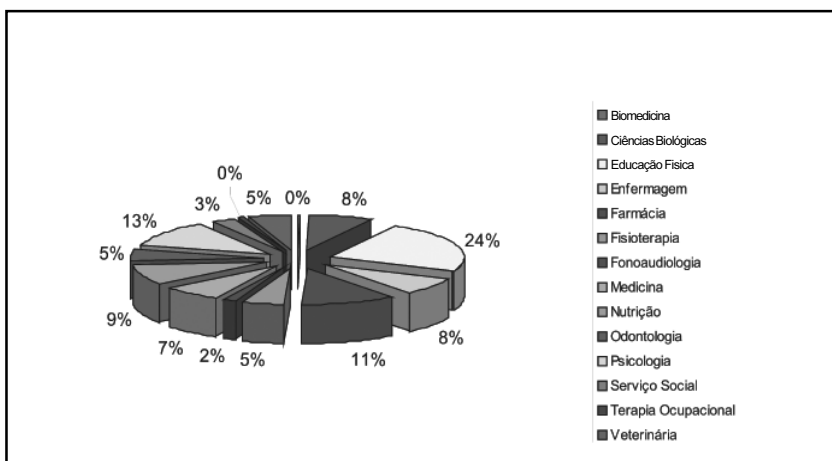


Gráfico 7 – Formandos no Ano de 2004.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico 7 já aponta um crescimento de alunos egressos do curso de Educação Física, seguido pelos cursos de Psicologia e de Farmácia. O que mostra uma alternância no número de egressos por curso, ainda assim alguns cursos mantém uma média de egressos estáveis no decorrer dos anos, como nos casos da Medicina e odontologia.

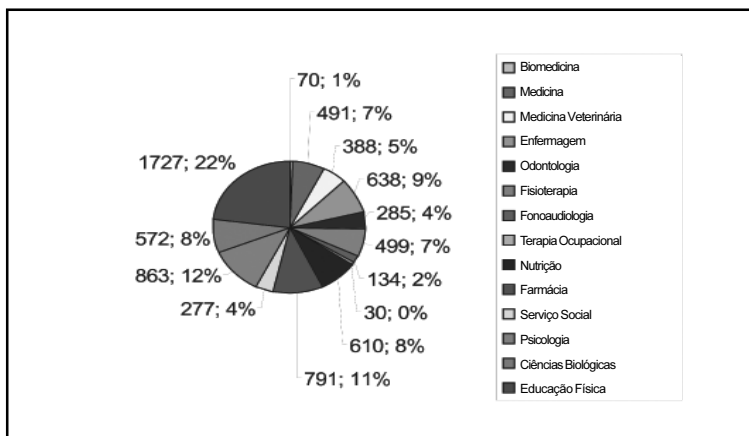


Gráfico 8 – Formandos do Ano de 2005.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006

No ano de 2005, o destaque de alunos egressos foi no curso de Educação Física, seguido pelo de Psicologia e Farmácia, como no ano anterior, o que vem apontar o crescente interesse por uma maior qualidade de vida, baseada no cuidado do corpo e da mente.

O gráfico 9 apresenta o ano de instituição dos cursos nas IES, correspondendo à questão de número 6 do questionário.

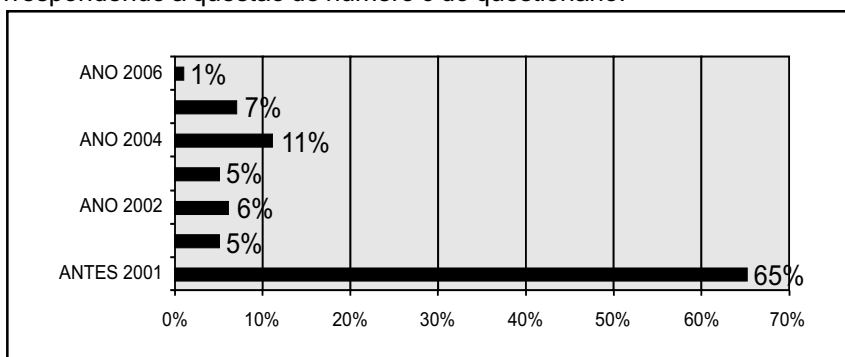


Gráfico 9 – Ano de Instituição dos Cursos na IES.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Este gráfico mostra que o grande *boom* de criação dos cursos da área da saúde foi anterior ao ano de 2001, apontado por um percentual de 65%, o que caracterizou este ano como marco inicial da reforma curricular.

O gráfico 10 abrange a questão de número 7 do instrumento de pesquisa, o qual mostra o ano da reforma curricular realizada pelos cursos da área da saúde.

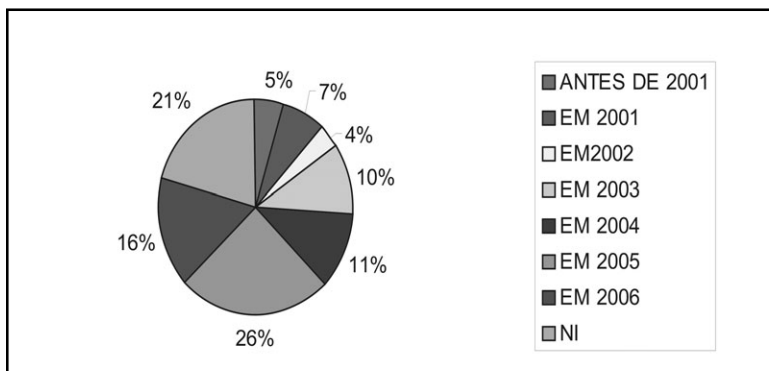


Gráfico 10 – Ano da Reforma Curricular

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Este gráfico aponta que a reforma curricular dos cursos de graduação iniciada, efetivamente, em 1997, teve seu apogeu no ano de 2005, e tinha como idéia base do Ministério da Educação adaptar os currículos às mudanças dos perfis profissionais. Para tanto, os princípios orientadores adotados para a mu-

dança foram: flexibilidade na organização curricular; dinamicidade do currículo; adaptação das demandas ao mercado de trabalho; integração entre graduação e pós-graduação; ênfase na formação geral e definição e desenvolvimento de competências e habilidades gerais. Em suma, o objetivo geral da reforma era tornar a estrutura dos cursos de graduação mais flexível.

O gráfico 11 corresponde à questão de número 8, que trata sobre conteúdos da área da saúde contemplados nas disciplinas dos cursos pesquisados.

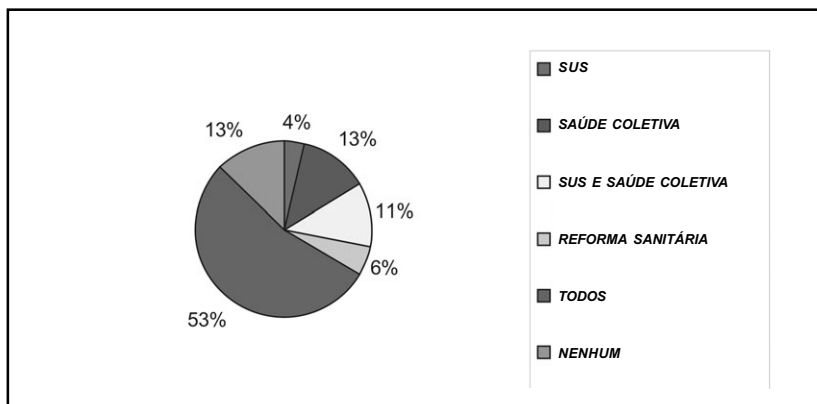


Gráfico 11 – Conteúdos Contemplados nas Disciplinas do Curso.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico onze evidencia que um total de 87% dos cursos possuem disciplinas indispensáveis à formação em saúde, como: SUS, Saúde Coletiva, SUS e Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária. Porém, 13% dos cursos ainda não contemplam nenhuma dessas temáticas na sua grade curricular, o que demonstra o distanciamento do processo histórico e de reforma que a saúde vem sofrendo ao longo dos tempos.

Este gráfico diz respeito à questão de número 8.1 do instrumento de pesquisa, referente à quantidade das disciplinas que possuem como conteúdo o SUS em seus eixos temáticos.

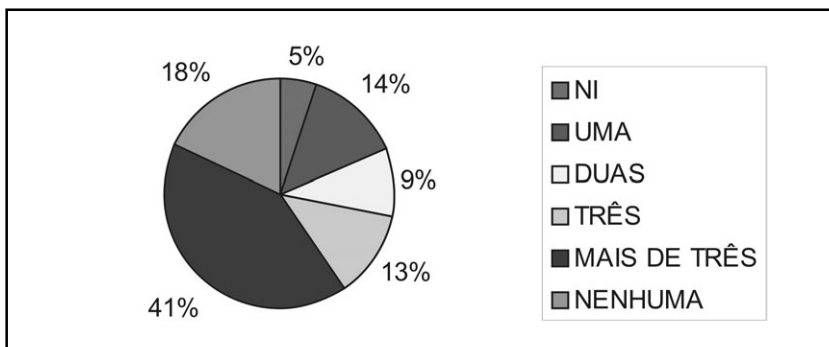


Gráfico 12– Número de disciplinas que possuem a temática do SUS.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico dá vistas à contemplação da temática do SUS como um dos eixos das disciplinas, evidenciando que 41% dos cursos possuem mais de três disciplinas abrangendo esse tema; no entanto 18% dos cursos, não têm nenhuma disciplina a esse respeito, novamente mostrando uma lacuna na reforma curricular, no que diz respeito à formação na área da saúde que não contemplam o SUS como uma das demandas para o trabalho profissional na atualidade.

Observa-se, em relação aos dois gráficos, que o gráfico onze apresenta 13% dos cursos como não contemplando a temática SUS, enquanto que, de acordo com o gráfico 12, 18% dos cursos não possuem nenhuma disciplina nessa área, o que evidencia uma relativa diferença nas informações coletadas.

Dando continuidade a esta seqüência de idéias, o gráfico 13 salienta o número de créditos das disciplinas em relação ao SUS, respondendo a questão de número 8.2 do questionário.

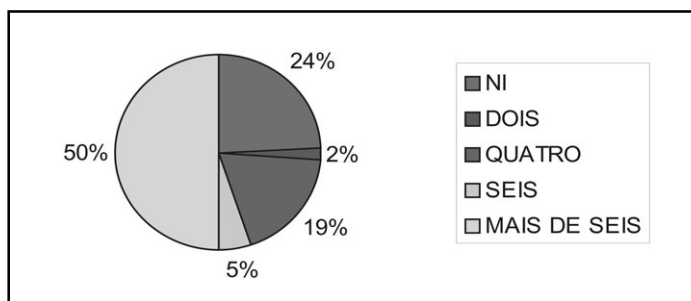


Gráfico 13 – Número de Créditos das disciplinas que contemplam o SUS.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Conforme ilustrado no gráfico 13, 50% dos cursos possuem mais de seis créditos abrangendo esse tema, porém 24% dos cursos não identificam a temática

como relevante na sua grade curricular, mesmo que estejam formando profissionais para atuarem nesta área.

O gráfico 14 refere-se à solicitação para as instituições de disponibilização das ementas das disciplinas que formam o eixo do SUS nos cursos.

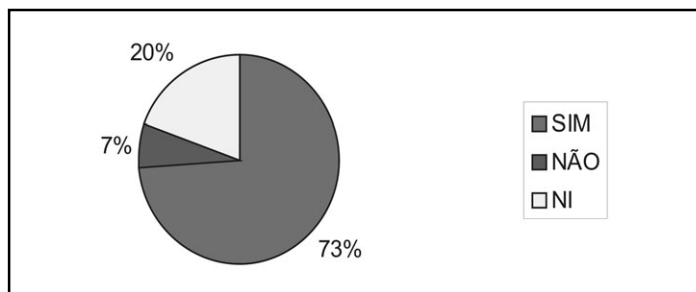


Gráfico 14 – Disponibilização das ementas das disciplinas.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Este gráfico possibilita a visualização da porcentagem de 73% dos ementários disponibilizados pelas IES, o que veio a contribuir para a segunda parte da análise desta pesquisa, que diz respeito à análise documental das ementas e aos Planos Político-Pedagógicos (PPP). Porém, um alto índice de instituições (20%), não repassou as ementas para apreciação dos pesquisadores, sendo caracterizadas no gráfico como não identificadas (NI).

O gráfico 15 responde a questão de número 9 do instrumento de pesquisa, que versa sobre o tipo de instituições que fornecem campo de estágio para os cursos da área da saúde.

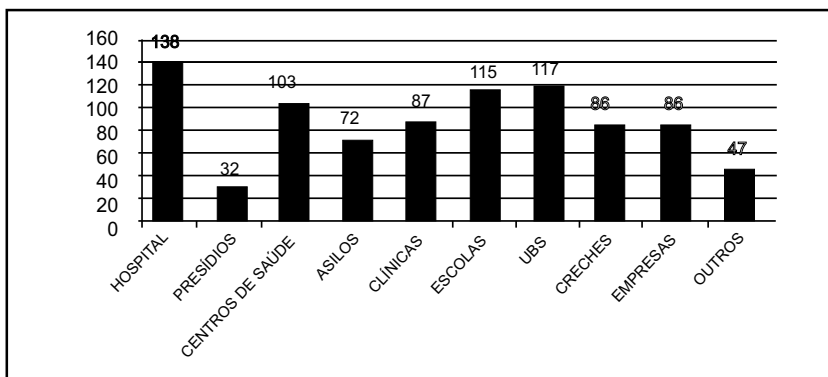


Gráfico 15 - Instituições que fornecem campo de estágio.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Como mostra o gráfico 15, 15% das instituições (total de 138) que fornecem campo de estágio são Hospitais, seguidos de Escolas (total de 115) e UBS (total 117), correspondendo a 13% cada uma; depois, com 12%, aparecem os Centros de Saúde (103); as Clínicas (total de 87), Creches (total de 86) e Empresas (total de 86) contemplando 10% cada uma; com 8%, aparecem os Asilos (total de 72); com 4%, os Presídios (total de 32) e 5% correspondem a outras² instituições (total de 47). O grande número de instituições e a diversidade de locais para o exercício do estágio curricular mostram o interesse das Organizações Governamentais e Não Governamentais de abrirem espaço no seu quadro técnico para profissionais da área da saúde.

O gráfico 16 responde a questão 9.1 do questionário que diz respeito à porcentagem das IES que prevêem estágio obrigatório na rede pública de saúde.

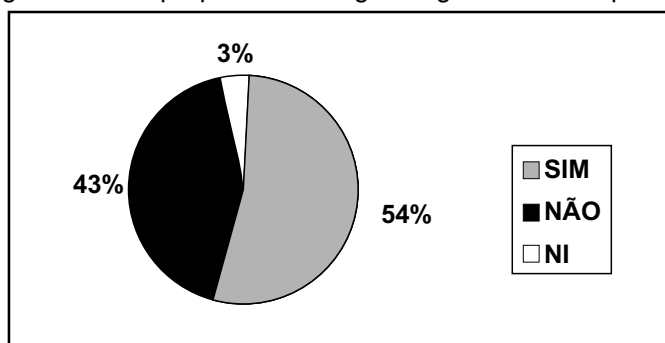


Gráfico 16 – Instituições que prevêem estágio obrigatório na rede pública

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Conforme apontado no gráfico 16, a maioria das IES prevê estágio obrigatório na rede pública, totalizando 54%; o que vem demonstrar que grande parte dos profissionais que ingressaram no mercado de trabalho nos últimos anos possui uma experiência prática voltada para o atendimento na rede pública. Porém, devemos considerar que um percentual significativo de 43% das IES não oferece este tipo de estágio, o que vem retratar um distanciamento do mo-

² Laboratório de pesquisa e de análise, farmácias públicas, comerciais, dispensação e manipulação, indústrias de alimentos, restaurantes universitários, hospitais e clínicas veterinárias, ongs, prefeituras, fórum, judiciário SESI, DML (departamento médico legal), APAE, associação de moradores/clubes de futebol, PSF, UBS, FADERS/SES, clubes e academias, hospital veterinário e clínica veterinária, empresas de alimentação coletiva, CETRES - centro de extensão e atenção a terceira idade, CAPS - centro de atenção psicossocial, indústria de alimentos, indústria de medicamentos, associação de moradores de vilas e bairros, centros de pesquisas/universidades, Defensoria Pública.

delo de saúde vigente em nosso país.

A questão de número 10 do questionário versa sobre o tipo de formalização adotada pelas instituições quanto às parcerias, conforme destacado no gráfico 17.

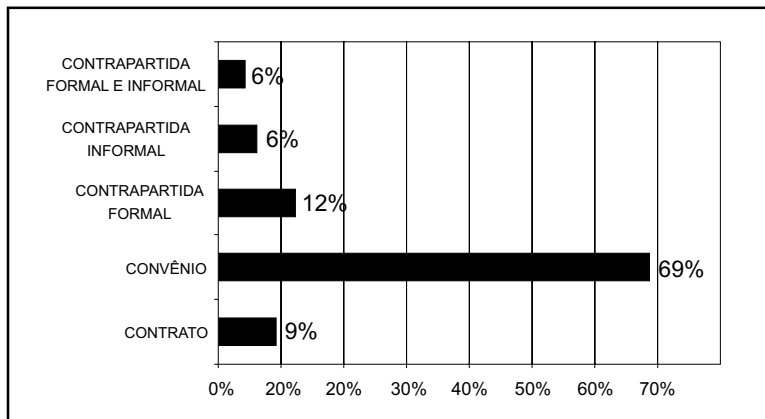


Gráfico 17 –Tipo de formalização adotada quanto às parcerias.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Os **tipos de formalização** encontrados nas IES são feitos, em sua maioria, através de **Convênios (69%)**, que é a atividade normativa do órgão transferidor de recursos, o qual, diretamente ou por outrem, delega competências, verifica e orienta o fiel objeto nominado entre as instituições celebrantes; seguido de contrapartida, que é o documento que disciplina a operacionalização e execução do objeto pactuado, por meio da transferência de recursos financeiros, podendo ser dividida em **Contrapartida Formal (12%)** quando necessitam de seguro; **Contrapartida Informal (6%)** quando apenas pactuam atividades de mútuo benefício; e ainda aparece a mescla de formalização, através da **Contrapartida Formal e Informal (4%)**, que contempla ambos os aspectos citados acima. Também pode se observar a modalidade de formalização por intermédio de **Contrato (9%)**, que é o ajuste que a administração firma com o particular ou com outra entidade para a obtenção de interesse público nas condições desejadas pela própria administração. Identifica-se a partir do gráfico que as IES pesquisadas preferem, significativamente, adotar: a formalização de parcerias através de Convênios firmados entre as partes por meio de um documento, o qual define direitos, deveres e obrigações de ambas os lados.

O gráfico 18 aponta para questão de número 11 do instrumento de pesquisa, que versa sobre quem realiza a supervisão de estágio nas IES. Entende-

se supervisão a partir de Andrauss et al. (1996, p. 18) como:

Um processo de ensino-aprendizagem desenvolvido numa determinada prática profissional, através da troca, do movimento, do supervisor e do supervisionado (experiência – não experiência, nova experiência) que exige habilidade, atitudes, respeito e ações efetivas, num determinado tempo e espaço, a serem construídos.

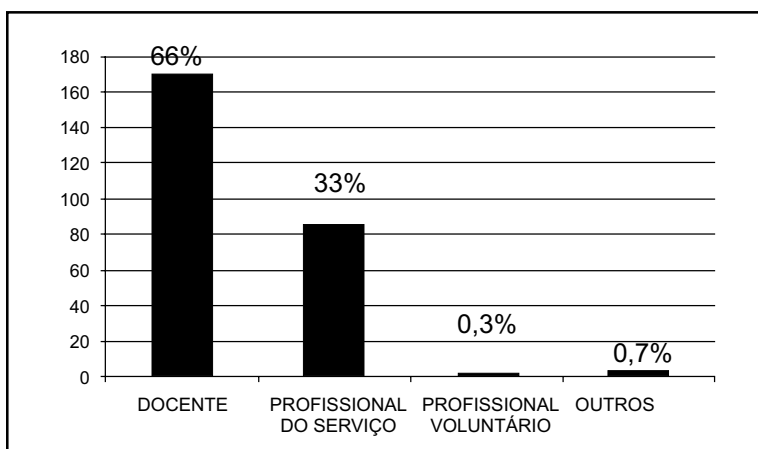


Gráfico 18- Quem realiza a supervisão de estágio.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Como pode ser observado no gráfico acima, a maioria das supervisões é realizada pelos **Docentes (66%)** das IES, o que vem ao encontro do processo de ensino-aprendizagem constituído pelo compartilhar de saberes e vivências, na busca de aprimoramento do conhecimento profissional. Os **Profissionais do Serviço (33%)** também contribuem para a articulação deste exercício teórico-prático-metodológico; assim como, em menores proporções, **Profissionais Voluntários (0,3%)** e **outros (0,7%)**, o que demonstra a preocupação das IES em relação ao exercício prático no acompanhamento dos alunos que se encontram nessa fase de aprendizagem.

O gráfico 19 corresponde à pergunta de número 12, referente à qualificação do corpo docente. Segundo o artigo 52, parágrafo 2 da Lei de Diretrizes e Base (LDB), há uma exigência de que pelo menos um terço do corpo docente deve possuir titulação acadêmica de mestrado ou doutorado.

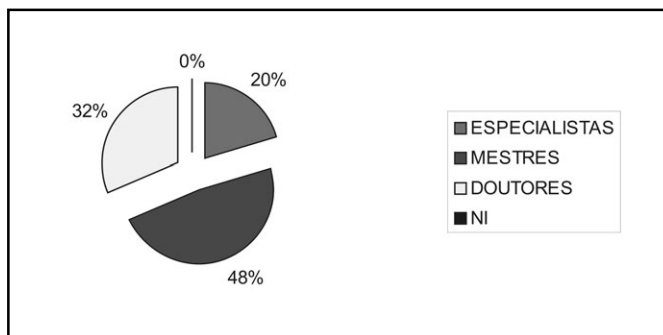


Gráfico 19 - Qualificação do corpo docente.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico aponta que **48%** dos docentes possuem a titulação de **Mestres**; **32%** são **Doutores**; e **20%** **Especialistas**. O que mostra a conformidade das IES com as orientações da LDB.

O gráfico 20 responde a questão de número 13 do questionário, que versa sobre as esferas de parcerias de que as IES dispõem para a formação profissional, tendo em vista que, na atualidade, é preciso utilizar-se de alternativas práticas de organização que possibilitem processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conexão e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação acadêmica.

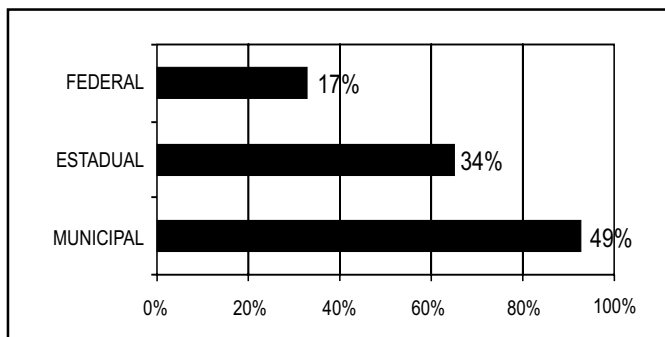


Gráfico 20 - Esferas de parcerias de que os cursos dispõem para a formação.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico aponta um quadro de descentralização das parcerias das IES nas três esferas: Federal, Estadual e Municipal. O maior índice encontra-se na esfera **Municipal**, representada por **49%**; Seguido da esfera **Estadual**, representada por **34%** e, em menor proporção, a esfera **Federal** representada por **17%**. Isso aponta para um dos princípios do SUS, que dá ênfase à

descentralização político-administrativa. Também mostra, o sistema de regionalização e hierarquização na escolha das parcerias de que as IES dispõem para a formação.

O gráfico 21 corresponde à questão de número 14 do instrumento de pesquisa e refere-se ao tipo de parcerias que as IES utilizam. Entende-se por **Parcerias** o trabalho conjunto (concessões) de diferentes pessoas ou organizações, que visam atingir um objetivo comum, com benefício mútuo.

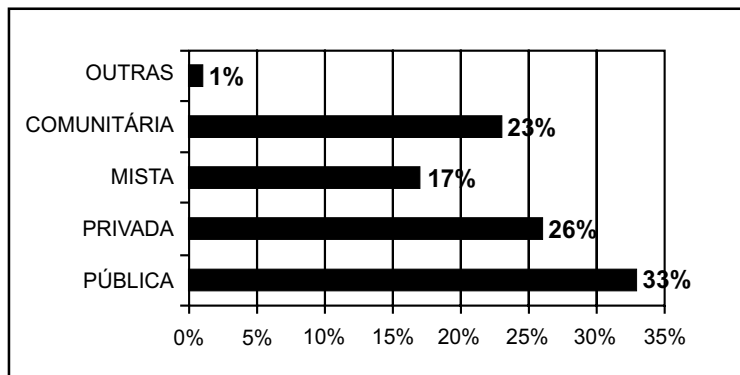


Gráfico 21 - Tipos de parcerias que os cursos utilizam.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico 21 aponta as seguintes formas de parcerias adotadas pelas IES: **33%** são **Parcerias públicas** que permitem a gerência pública e reduzem a necessidade de endividamento do setor público; **26%** são **Parcerias Privadas**, concessões que permitem a gerência privada entre instituições exclusivamente privadas; **23%** são **Parcerias Comunitárias**, concessões que permitem a gerência de instituições nominadas comunitárias e que estabeleçam em suas diretrizes normativas, benefícios mútuos a todas as instituições participantes; **17%** são **Parcerias Mistas**, concessões que permitem a gerência de diferentes esferas, pessoas ou organizações públicas ou privadas e **1%**, **outras**, nas quais se enquadram as ONGs fora da área da saúde. O que evidencia, mais uma vez, a prevalência do setor público na contribuição para a formação de recursos humanos na área da saúde, seja através de esferas e tipos de parcerias, seja através de campos de estágios.

ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental da pesquisa foi realizada por intermédio da **co-word analysis** ou **co-ocorrências das palavras**, que se refere à utilização do comportamento das palavras como um meio para elucidar as estruturas das idéias e outros problemas representados em conjuntos adequados de documentos (WHITTAKER, 1989). Buscou-se, por intermédio das Propostas Político-Pedagógicas (PPP) e/ou planos de cursos e outros documentos, a referência básica para o embasamento da análise desta pesquisa.

Para tanto, e com base no conteúdo das propostas e outros subsídios, foram retirados termos que fundamentavam o objetivo geral da pesquisa, no âmbito estadual, com vistas ao desvelamento da formação desses profissionais, assim como os seus objetivos específicos que viessem a contribuir com esta análise léxica.

Segundo Whittaker (1989), quando diversos termos são utilizados no mesmo artigo ou produção, é porque o autor reconhece ou supõe que existe algum tipo de relação não trivial entre seus referentes. Além do que, se um número significativo de autores reconhece o mesmo tipo de relacionamento, é porque possui algum significado dentro da área da ciência considerada.

Tendo como referência as pontuações de Whittaker, organizou-se um sistema de temas e palavras-chaves que proporcionaram, a partir de um projeto piloto, a sistematização das freqüências dos temas para a construção de léxicos que viessem a dar conta do aglomerado de palavras e temas significativos e que embasam a formação de recursos humanos na área da saúde.

A partir do corpus de conceitos que integravam os planos e as propostas das IES participantes, foram extraídas outras tantas palavras-chave que possuem afinidade de associações conceituais que caracterizam esses termos. Assim, passado o projeto piloto, as palavras foram sendo organizadas de acordo com esses grupos.

O processo de categorização visou à freqüência das palavras-chave. Os temas foram organizados em 3 categorias de palavras, resultantes de análise inicial de 06 IES e 31 Propostas Pedagógicas de cursos de graduação na área da saúde e produziram a seguinte configuração:

- A. Missão da Instituição (MI)
- B. Missão do Curso (MC)
- C. Concepção de Integralidade (CI)

O processo de análise da documentação das IES ocorreu no período de maio a setembro de 2006 e obedeceu à categorização inicial, um esquema produzido a partir das propostas dos cursos que fizeram parte do desenho da análise da pesquisa. Todavia, durante o desenvolvimento do trabalho, surgiram outros conceitos, não incluídos no esquema, fazendo com que se adotasse o critério de enquadrá-los na frequência das palavras-chave, por serem representativos na formação de recursos humanos para atuação no SUS. Para o registro de Propostas Político-Pedagógicas, Planos de Ensino, agendas e outros documentos, decidiu-se denominá-los, genericamente, de propostas. Das 31 IES pesquisadas, apenas 27 enviaram material para análise documental.

Missão da Instituição: A missão está presente em 63% do total das 17 IES, que apresentaram, claramente, a missão da instituição nos seus Planos Político-Pedagógicos. Para a realização da co-word analysis, buscou-se a frequência das palavras, dividindo-as em cinco eixos temáticos de palavras-chaves.

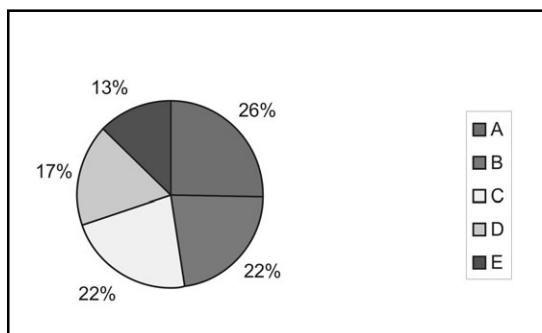


Gráfico 22 - Missão da Instituição
Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Os eixos temáticos abaixo demonstram a frequência das palavras, num total de 63, que se repetiram nesta categoria.

Eixo temático I:

A - Formação integral, continuada, democrática, humana e cristã – 16 (26%)

- ✓ *Formação cultural, profissional, generalista, social, crítica, reflexiva, criativa e empreendedora.*
- ✓ *Qualidade de ensino*

Eixo temático II:

B - Participação, integração e transformação do meio e da sociedade – 14 (22%)

- ✓ *Atuação competente no sistema público e privado de saúde, bem-estar e progresso da sociedade.*
- ✓ *Prevenção, reabilitação, capacitação hospitalar e saúde comunitária.*

Eixo temático III:

C- Pesquisa, ensino e extensão – 14 (22%)

Eixo temático IV:

D- Produção/construção do conhecimento, interdisciplinaridade, ética, mundo do trabalho – 11 (17%)

- ✓ *Difusão, definição, geração, medição e prestação de serviços na área do conhecimento, intercâmbio, investigação da verdade e realidade.*

Eixo temático V:

E - Pessoa, promoção, identidade, socialmente responsável – 8 (13%)

- ✓ *Promoção e qualidade de vida.*

- ✓ Consciência coletiva, atendimento às necessidades do cliente, competência, capacidades e habilidades, valorização e solidariedade.

A análise realizada sobre a Missão da Instituição, mostra que:

- Este tema, apesar de não constar em todas as propostas e nem se constituir numa maioria absoluta, está se tornando um componente importante para identificar o propósito ou a razão de existir da instituição;
- A formação integral, generalista e crítica é assumida pela maioria das IES, situação reafirmada no contexto das propostas. Merece registro, a preocupação das IES confessionais em destacar a formação cristã de seus alunos. A formação de empreendedores tem ganhado espaço, sendo um conceito considerado emergente na Categoria Missão da Instituição;
- A participação e transformação são palavras-chaves mais incidentes no eixo temático. Neste item, as IES afirmam o propósito de que a atuação do profissional seja realizada tanto no sistema público, quanto no privado, com práticas hospitalares e de saúde comunitária;
- O conhecimento é abordado de várias formas: da construção à mediação, esta última concepção em menor número de propostas. Aparecem com algum destaque o intercâmbio e a prestação de serviços, situações que a maioria das instituições realizam com órgãos e entidades governamentais e não-governamentais;
- Pesquisa, ensino e extensão são outras palavras-chaves que têm aparecido com alguma frequência, não apenas na Missão da Instituição, mas também no corpo da proposta.
- Pessoa e identidade são palavras-chaves não significativas na Missão da Instituição, sendo relacionadas com dois importantes conceitos de saúde, respectivamente: promoção e qualidade de vida.

Missão do Curso: Na análise realizada em 140 propostas, apenas 15 contêm a Missão do curso, o que corresponde a 11% do total, com oito palavras-chave extraídas da categorização. A essas palavras foram acrescentados conceitos relacionados aos eixos.

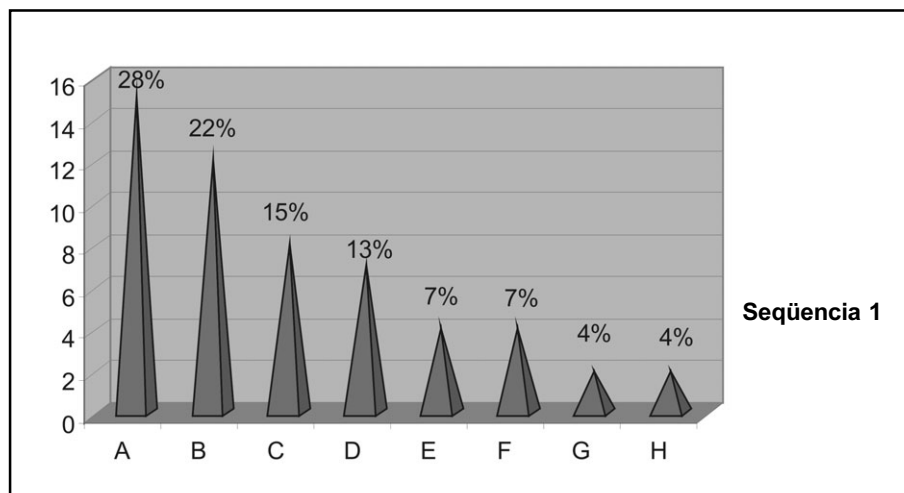


Gráfico 23 - Missão do curso.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

Os eixos temáticos abaixo demonstram a freqüência de 54 palavras, que se repetiram nesta categoria, apresentando a seguinte incidência de respostas:

Eixo temático I:

A- Formação: global, generalista, técnica, científica, política e empreendedora – 15 (28%)

- ✓ *Formação competente, holística e cristã.*
- ✓ *Promoção, prevenção e recuperação da saúde, da pessoa e da comunidade.*

Eixo temático II:

B-Conhecimentos e valores: éticos, bioéticos, humanos e científicos- 12 (22%)

Eixo temático III:

C-Transformação da sociedade: atuação responsável, solidária, cidadã e respeito às diferenças – 8 (15%)

- ✓ *Direitos humanos, compromisso com a superação dos problemas sociais e humanos.*

Eixo temático IV:

D-Consciência crítica, reflexiva e criativa – 7 (13%)

Eixo temático V:

E-Visão interdisciplinar interligada à realidade – 4 (7%)

- ✓ *Visão integral dos serviços à comunidade.*

Eixo temático VI:

F- Pesquisa, ensino e extensão – 4 (7%)

Eixo temático VII:

G-Clínicas: terapêutica, epidemiológica e investigativa – 2 (4%)

Eixo temático VIII:

H- Inteligência ecológica - 2 (4%).

Em relação à Missão do Curso, pode-se constatar que:

- A grande maioria das propostas não contém a Missão do Curso, apesar de que seus pressupostos afirmem sua importância e finalidade;
- Apresenta maior número de eixos do que a MI, todas significativas para a composição do ideário dos cursos;

- A formação está presente na totalidade dos cursos, com ênfase na generalista e técnico-científica. A formação cristã aparece em todas as propostas de cursos das IES de caráter religioso. A formação empreendedora é uma palavra emergente na categorização. Merece destaque a inserção da promoção, prevenção e recuperação da saúde, da pessoa e da comunidade, na missão do curso, porque sinaliza a preocupação com a formação para a saúde individual e coletiva.
- Conhecimentos e valores transversalizam as propostas dos cursos;
- A transformação da sociedade aparece vinculada aos direitos sociais e humanos e aos compromissos de cidadania;
- Consciência crítica, reflexiva e criativa, além da visão interdisciplinar, são pressupostos que permeiam as propostas em geral;
- Ensino, pesquisa e extensão formam um dos eixos que permeia as concepções das propostas, visto que são disposições previstas na LDB sobre a organização do ensino Superior;
- Finalmente, as clínicas e a inteligência ecológica aparecem em menor número, mas imprimem a preocupação com o fazer profissional e a consciência de pensar o todo.

Concepção de Integralidade

Neste tema, considerou-se a análise a partir da concepção de integralidade, que faz parte dos Princípios e Diretrizes do SUS. Tendo em vista esta concepção, ampliou-se o foco analítico, considerando o trabalho em equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, a prevenção, promoção e reabilitação da saúde individual e coletiva, a humanização, a formação integral em saúde, a educação permanente e a educação continuada, bem como o mundo do trabalho.

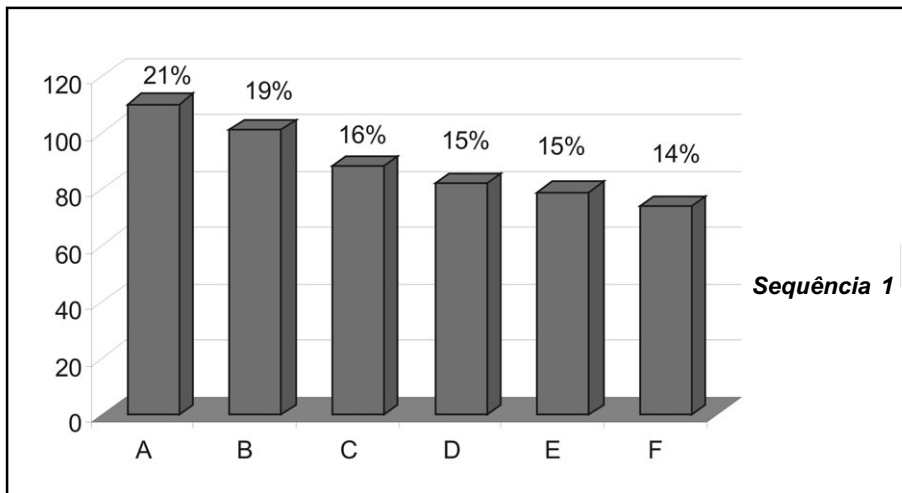


Gráfico 24 - Conceção de Integralidade

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

O gráfico 24 mostra a distribuição da frequência de 534 palavras classificadas em 6 eixos temáticos, como apresentados abaixo:

Eixo temático I:

A - Trabalho em equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar: 110 (21%)

Eixo temático II:

B - Formação integral em saúde: teoria e prática, visão holística, integrada, global, solução de problemas, realidade, comunidade, e sociedade – 101 (19%).

- ✓ *Formação pluralista, generalista, cristã, inclusiva e cidadã.*
- ✓ *Totalidade, universalidade, particularidade, teoria e prática, solução de problemas, homem como universo do saber e da cultura, processo complexo e níveis de complexidade.*
- ✓ *Qualidade e qualidade de vida.*
- ✓ *Relação saúde, educação e cidadania.*

Eixo temático III:

C - Humanização da saúde: dimensão ética e moral, direito à vida e à justiça, acolhimento, respeito mútuo, participação, diálogo, solidariedade e alteridade – 88(16%).

- ✓ *Dimensão social, política, sócio-educativa, cristã.*
- ✓ *Autonomia, responsabilidade, diversidade, dignidade humana, fortalecimento de vínculos, singularidade, subjetividade, interdependência, democracia, cidadania e sigilo.*

Eixo temático IV:

D - Prevenção, promoção e reabilitação da saúde individual e coletiva – 82 (15%).

- ✓ *Prevenção e promoção ambiental.*

Eixo temático V:

E - Educação permanente e educação continuada – 79 (15%).

- ✓ *Aperfeiçoamento atualizado, transitoriedade do saber.*

Eixo temático VI:

F - Mundo e mercado de trabalho: perspectivas, necessidades, integração, inserção, influências na saúde, virtualidade, rede, ciência, tecnologia e sociedade, relação intra e interinstitucional – 74 (14%).

- ✓ *Transformação, desempenho, atuação e enfrentamento.*
- ✓ *Qualificação, exercício, desenvolvimento e intervenção profissional (hospitalar, clínica e comunitária), opções sindicais e corporativas.*
- ✓ *Público e privado, governamental e não-governamental, cenário regional, nacional e internacional.*

Pela análise deste tema, pode-se afirmar que a concepção de integralidade:

- Perpassa o currículo das IES, seja através das palavras-chaves ou de conceitos que implicam a compreensão de conhecimentos e práticas em saúde;
- Constitui-se em tema prioritário da pesquisa, uma vez que transversaliza concepções, competências e objetivos das propostas;
- Pressupõe trabalho em equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar; no entanto, o trabalho em equipe aparece mais associado à multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, do que à transdisciplinaridade;
- Formação integral em saúde é uma das palavras-chave que apresenta um maior número de conceitos associados e compreende não apenas a questão do caráter da formação (integrada, pluralista, holística), mas insere concepções de complexidade, qualidade e qualidade de vida;
- A humanização da saúde surgiu com muita frequência nas propostas, principalmente relacionada a conceitos como: ética, moral, direitos, acolhimento, respeito e outras, acrescidas das dimensões sócio-política, educacional e cristã, subjetividade, diversidade, interdependência, até o sigilo;
- Prevenção, promoção e reabilitação da saúde individual e coletiva fazem parte do SUS e estão expressas com ênfase nas propostas das IES, como reflexo positivo da integralidade e o próprio SUS;
- Educação permanente não aparece com destaque, tendo em vista, que esta concepção de educação é relativamente nova no SUS e, aos poucos, as IES estão incorporando seus conceitos nos currículos. No entanto, a educação continuada é a palavra mais utilizada nas propostas analisadas;

- Mundo e mercado de trabalho são palavras com menor incidência nas propostas. Todavia, os termos relacionados ampliam a sua concepção, pois estão ligados às questões do desempenho e da qualificação profissional, do público e privado, do governamental e não-governamental e dos diferentes cenários de atuação e das opções sindicais e corporativas dos profissionais.

ANÁLISE DOS EMENTÁRIOS

Conteúdos relacionados ao SUS

Dando continuidade a análise documental, utilizou-se da mesma técnica de Co-Word Analysis para os ementários. De 31 IES participantes desta pesquisa, com um total de 182 cursos da área da saúde, destaca-se que, deste total, 4 cursos não foram analisados por optar-se pelo bacharelado em detrimento às licenciaturas. Assim, se obteve uma amostra de 178 cursos para análise dos ementários, sendo que, apenas 115 cursos disponibilizaram as ementas de suas disciplinas.

Para dar vistas à análise dos ementários, construiu-se um sistema de três categorias desdobradas em palavras-chaves sobre temas que contribuíram para o entendimento da problemática da pesquisa, levando em conta o conteúdo das disciplinas que pudessem visualizar o perfil dos profissionais da saúde em formação e sua adequação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O agrupamento das palavra-chave foi realizado conforme a frequência das temáticas, em 3 categorias:

- **Categoria SUS – Saúde Pública/Saúde Coletiva:** destacam-se as palavras-chaves que se relacionam com as concepções e práticas do SUS, formas de organização, gestão e planejamento de ações na área de recursos humanos da saúde, níveis de atenção básica, humanização da saúde, prevenção, promoção e manutenção da qualidade de vida, formação em saúde por meio da educação em saúde, educação popular, estágio e pesquisa no contexto da saúde apontando para uma organização de sistema em redes, potencializando novas possibilidades de invenção de si e do mundo.

• **Categoria Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade e Transdisciplinaridade:** Acompanham este grupo a questão da administração e gestão da saúde nela inseridos, a questão do planejamento e gerenciamento das ações e serviços, exigência do mundo do trabalho, além do marketing e da propaganda – mercado de trabalho e suas novas tecnologias e inovações na informação e na comunicação. A formação profissional exige cada vez mais uma relação inter/multi/transdisciplinar no cotidiano profissional. Questões como a Ética/ Bioética e Biosegurança fazem a diferença no desempenho diante das novas exigências do Mercado de Trabalho do Mundo contemporâneo.

• **Categorias Temáticas Transversais:** quanto a esta categoria, os temas referentes à biodiversidade e ao desenvolvimento sustentável são abordados com maior ênfase nos cursos de Ciências Biológicas; as demais palavras-chaves como violência, família e planejamento, gênero e terapia alternativa são temáticas que não apresentam incidências significativas na análise das ementas, mas são temas que perpassam transversalmente a trajetória dos cursos.

No estudo dos ementários dos cursos de formação na área da saúde das IES do Estado, destacam-se, na **Categoria SUS – Saúde Pública e Saúde Coletiva**, os temas relativos aos Sistemas de Políticas Públicas e Organização da Saúde; Saúde Pública, Saúde Coletiva e Saúde Comunitária; Integralidade, Atenção à Saúde e Qualidade de Vida; Educação em Saúde e Educação Popular.

A ênfase dada a estas temáticas deve estar relacionada à relevância da saúde pública, que constitucionalmente deveria direcionar o setor da educação para a gestão das políticas públicas de interesse social, potencializando a transformação na orientação e organização do ensino superior para que cumpram as diretrizes curriculares e as diretrizes do SUS. Porém, nota-se que apenas menos da metade dos cursos possuem em seus currículos o estágio em saúde coletiva, o que oportunizaria a mudança nas práticas de saúde e da capacidade de operar com novas tecnologias.

Quanto aos Sistemas de Políticas Públicas/Organização da Saúde, estão incluídas todas as políticas relacionadas à atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher, do idoso, da assistência farmacêutica e das questões relacionadas à gestão, ao planejamento e à organização do sistema de saúde.

Tabela 2 - AGRUPAMENTO DAS PALAVRAS CHAVES EM CATEGORIAS

Macrorregiões	CATEGORIAS	1	2	3	4	5	6	7	T	%
1.SUL	Categoria SUS-Saúde Pública									
2.SERRA	Saúde Pública/Coletiva/Comunitária	11	8	12	8	12	4	30	85	74
3.CENTRO	Vigilância Epidem/Sanitária/Ambiental	8	7	9	3	7	5	21	60	52
4.MISSIONEIRA	Sistem. Políticas Públicas/Org da Saúde	13	9	12	9	13	6	30	92	80
5.NORTE	Reforma Sanitária	2	2	1	4	3	0	5	17	15
6.VALES	SUS	8	7	6	5	8	5	15	54	47
7.METROPOLITANA	Estágio em Saúde Coletiva	6	6	7	4	7	3	12	45	39
	Saúde Mental/ Mental Coletiva	5	4	7	5	4	1	15	41	36
	Reforma Psiquiátrica	1	0	1	1	0	0	2	5	4
	Pesquisa no Contexto da Saúde	4	3	3	4	6	2	13	35	30
	Integralid/Atenção à Saúde/Qualidade de Vida	11	10	14	6	11	3	26	81	70
	Humanização da Saúde	4	3	6	1	3	0	9	26	23
	Educação em Saúde/Educação Popular	9	7	14	6	10	3	23	72	63
	Categoria Inter/Multi/Transdisciplinaridade									
	Inter/Multi/Transdisciplinaridade	10	8	11	7	10	4	27	77	67
	Adm/Gestão Saúde/Market/Merc.Trab.	8	8	10	7	10	6	24	73	63
	Educação Permanente	1	2	7	0	0	0	2	12	11
	Novas Tecnol da Inform. e Comunicação	5	7	10	4	5	2	9	42	37
	Ética/Bioética/Biossegurança	14	11	13	8	11	6	33	96	83
	Profissional da Saúde	11	8	11	8	12	5	33	88	77
	Mundo do Trabalho	3	6	6	5	7	3	4	34	30
	Categoria de temáticas transversais									
	Biodiversidade/Desenv. Sustentável	6	3	4	2	4	0	7	26	23
	Redes	0	1	3	1	1	0	4	10	9
	Violência	1	0	2	1	2	0	3	9	8
	Família/Planejamento	7	8	7	2	4	2	8	38	33
	Gênero	2	0	3	2	3	2	2	14	12
	Terapia Alternativa	2	1	0	1	4	1	0	9	8

O conjunto das palavras-chaves relativas à Integralidade/Qualidade de Vida incidu significativamente nos ementários. O conceito de Integralidade da Atenção à Saúde foi apontado como um eixo estruturante na formação dos profissionais da área da saúde.

Na categoria **Inter/Multi e Transdisciplinaridade**, os ementários analisados indicaram que Ética/Bioética/Biosegurança, Profissional de Saúde e Administração/Gestão da Saúde ocupam posição de centralidade entre as disciplinas dos cursos analisados. Estas temáticas são significativas na formação, pois abordam questões fundamentais para o exercício profissional. Apesar do conceito mundo do trabalho aparecer de forma pouco incisiva nos ementários analisados, no cotidiano ganha significado, quando exercido por equipes multiprofissionais de saúde.

Quanto à categoria **Temáticas Transversais**, estas são assim denominadas por não constarem da formação técnica instrumental de todos os cursos da saúde, pois dizem respeito à educação permanente, hoje crescente no ensino profissionalizante. O desenvolvimento sustentável remete a questões como: preservação ambiental e equidade social, desafios necessários para cumprir os princípios e diretrizes do conceito ampliado de saúde, garantidos na Constituição Federal /88 e na legislação da saúde.

Entre as temáticas, a mais incidente foi a que trata da questão da família e a sua complexidade, enquanto espaço afetivo e de produção de violências. Constitui-se enquanto ator da formação profissional de apoio social e de construção de redes. Para Santos (2000) é conhecer-se a si mesmo e ao mundo por meio de uma retórica dialógica e de uma lógica emancipatória. O homem vai se construindo em um processo interativo entre sujeito e sociedade. Nesse sentido, sugere pensar não somente os problemas da humanidade, mas novas maneiras de enfrentar as necessidades e os desafios, hoje postos pelo setor saúde.

A ação social resultante desta permanente interação dos atores chama-se articulação em rede. Tanto os lugares da educação formal quanto os lugares do atendimento terapêutico são territórios privilegiados de produção de vida.

A descentralização, a intersectorialidade e as redes são temáticas discutidas na área da saúde como estratégias de um novo modelo de gestão que envolve redes: de referência e contra-referência, de políticas de saúde, de apoio social, de diversidade étnica, de conselhos de gestão e co-gestão, de controle social da população sobre as ações do estado via conselhos gestores e de

políticas públicas, além das comissões inter-gestoras para pactuação de ações e serviços e das redes de informação, comunicação e informática.

Competências, objetivos e conteúdos: uma relação transversal

Neste tema foram analisadas as principais questões relacionadas às concepções e práticas do SUS e sua abrangência nas competências, objetivos e conteúdos propostos pelos diferentes cursos da área da saúde. A análise levou também em consideração o histórico da instituição, as referências teóricas, a justificativa, e as habilidades, para configurar eixos temáticos e as palavras-chave com maior e menor incidência. Ressalta-se que algumas palavras-chave e/ou conceitos, constantes da concepção de integralidade se repetem no tema competências, objetivos e conteúdos porque são questões que permeiam e transversalizam as Propostas Político- Pedagógicas das IES.

As competências e objetivos mais significativos estão descritos em palavras-chaves, por ordem decrescente de indicações, ou seja: **Concepção de Saúde** com 79%; **Formação em Saúde** com 76%; **Planejamento, Execução e Avaliação em Saúde** com 76%; **Pesquisa, Ensino e Extensão em Saúde** com 66%; **Trabalho em Equipe de Saúde** com 65% e por fim, **Sistemas de Saúde** com 48%.

Os Sistemas de Saúde aparecem com menor incidência nas **competências e objetivos das propostas**, todavia nos ementários é um conteúdo que se destaca com 80% de incidência. A Ética, a Bioética e a Biossegurança detêm 83% de incidência nas ementas dos cursos e também aparecem com destaque na palavra-chave **concepção de saúde** das competências e objetivos.

O **Profissional de Saúde** aparece como conteúdo em 77% das ementas e está inserido na palavra-chave **Trabalho em Equipe de Saúde**, da categoria competências e objetivos, em 65% das propostas das IES. O profissional de saúde é aquele que deve exercer uma relação inter/multi/transdisciplinar na equipe e ter uma prática profissional adequada ao mundo e ao mercado de trabalho, em constante transformação. Em relação ao Mundo do Trabalho, o profissional de saúde aparece de forma menos significativa, em apenas 30% dos ementários das IES.

Nas propostas, a palavra-chave Saúde Pública, Saúde Coletiva e Saúde Comunitária estão inseridas na **concepção de saúde** com incidência de 79%, devido à sua importância a partir da nova legislação sobre o assunto. Nos

ementários este mesmo conteúdo se destaca com 74%, seguido das palavras-chaves Integralidade, Atenção à Saúde e Qualidade de Vida com 70%, relacionados também à **concepção de saúde** na categoria competências e objetivos.

Os conteúdos Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental dos ementários incidem em 52% dos cursos; SUS em 47%; Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental e Saúde Mental Coletiva, em 36% e Reforma Sanitária, em 15%. Nas competências e objetivos, aparecem como palavras-chave do sistema de saúde, com 48% de incidência.

Os conteúdos de Educação em Saúde e Educação Popular apresentam uma incidência de 65% nas ementas e tecem relação a outra categoria de análise das propostas, que é a **concepção de integralidade** e também com Educação Permanente e Educação Continuada, que aparece com 56% naquela análise. A Educação Permanente carrega uma **concepção de integralidade** e um conceito de formação em saúde. Nas propostas, a Educação Permanente é um eixo temático agrupado com a Educação Continuada. Nos ementários, a Educação Permanente está relacionada às práticas de saúde, indo mais além do que uma concepção puramente teórica.

Administração, Gestão, Marketing, com 63% de incidência, são palavras-chave dos conteúdos dos ementários que transversalizam dois eixos temáticos, competências e objetivos, que são: Planejamento, Execução e Avaliação em Saúde, com 76% e Sistemas de Saúde, com baixa incidência de 48%.

Novas Tecnologias da Informação e Comunicação são conteúdos com 37% de incidência nos ementários. No entanto, aparecem com 66% nos eixos temáticos Pesquisa, Ensino e Extensão em Saúde, das competências e objetivos, significando que, apesar da diferença dos índices, a cada dia são introduzidas novas tecnologias com repercussão direta no conteúdo, na forma e nos meios de divulgação da informação produzida nos diversos campos do conhecimento. Nas propostas, este eixo aparece com relativo destaque, enquanto que nos ementários, apresenta um conteúdo emergente relacionado também à Pesquisa no Contexto da Saúde com 30%, e às palavras-chave Biodiversidade e Desenvolvimento Sustentável.

As palavras-chaves Pesquisa, Ensino e Extensão em Saúde têm mais abrangência nas propostas, enquanto a Pesquisa no Contexto da Saúde é específica de uma atividade de campo que nem todas as disciplinas contemplam.

A Humanização em Saúde é uma palavra-chave transversal que perpassa a **concepção de integralidade, as competências, os objetivos e os conteúdos**, com 60% de incidência nas propostas e nas ementas. Este conteúdo

também se relaciona à Integralidade, Atenção à Saúde e Qualidade de Vida.

As palavras-chaves das ementas Redes, Violência, Família e Planejamento, Gênero e Terapia Alternativa - são conteúdos transversais presentes nas palavras-chave das categorias **concepção de integralidade, objetivos e competências**.

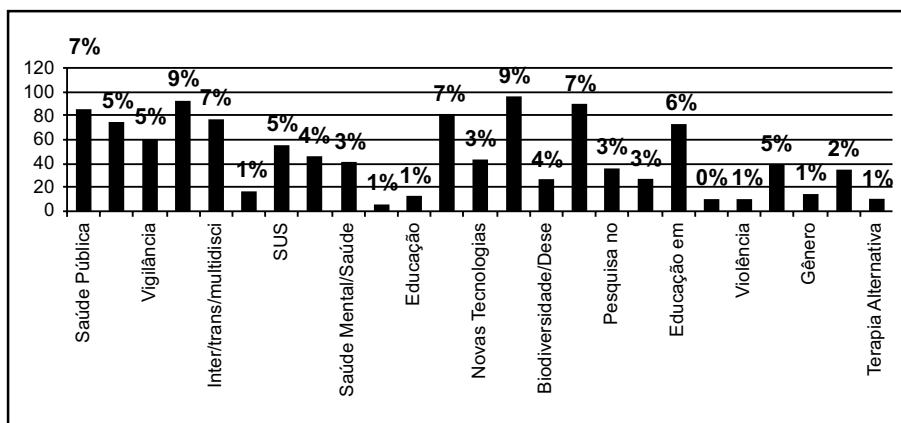


Gráfico 25 - Incidência dos termos nos ementários dos cursos do Estado.

Fonte: Banco de Dados ROREHS/2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o momento de articulação entre os achados da pesquisa com seu propósito inicial, apresentam-se algumas considerações de total relevância para a compreensão do processo de formação de recursos humanos na área da saúde, em nível de graduação, no Estado do Rio Grande do Sul.

A pesquisa Mapeamento das Instituições Formadoras de Recursos Humanos na Área da Saúde mostrou que a maioria das IES é de natureza privada comunitária e está localizadas quase sempre nas sedes das macrorregiões do Estado, estabelecendo suas parcerias através de convênios com o setor público, principalmente com os municípios.

Grande parte das IES teve sua reforma curricular realizada no ano de 2005 e contempla, em seus cursos, temáticas relativas ao SUS. Este dado vem responder o problema da pesquisa, destacando que a formação de recursos humanos na perspectiva da integralidade do SUS é abordada em 50% da IES, as quais, destinam mais de seis créditos em seus ementários a esta temática.

Outro dado relevante é que o grande índice de formandos dos últimos

dois anos é procedente dos cursos de Educação Física.

Quanto aos campos de estágios, há uma preponderância no setor hospitalar, na rede pública, sendo que a supervisão é, quase que exclusivamente, feita pelos docentes das IES, em sua maioria com uma titulação de mestres.

Quanto à análise documental, pode-se referir que 26% das IES contemplam na sua missão a formação integral, continuada, democrática, humana e cristã; e que 28% dos cursos abordam uma formação global, generalista, técnica, científica, política e empreendedora.

A concepção de integralidade aparece como eixo estruturante na formação profissional na área da saúde, onde 21% das IES pesquisadas utilizam-se do trabalho em equipe multi/inter/transdisciplinar para reiterar sua relevância.

Assim, compreende-se a organização do trabalho de forma articulada e integrada no exercício profissional, na reflexão e problematização da realidade, com vistas à mudança nas práticas profissionais e organizacionais dos serviços, a partir das mudanças curriculares, que contemplaram as mudanças no mundo do trabalho.

Neste sentido, a prática de educação permanente amplia o poder e deve promover a democratização institucional e desenvolver relações mais horizontalizadas e colaborativas. Neste sentido, o aprender a aprender se constitui na possibilidade do trabalho em equipe, contemplando os imprevistos existentes nas práticas cotidianas e na construção do cuidado à saúde.

As necessidades geradas por esses processos, no âmbito da formação e capacitação de recursos humanos em saúde, trazem o desafio de tentar compatibilizar os distintos tempos entre os serviços e a academia. Para tanto, a formação interdisciplinar dá sentido ao saber, une disciplinas e concepções diversas, compreende o mundo e suas inter-relações, transcendendo os limites disciplinares.

Surgem com força no mundo trabalho a complexidade, a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade, a intersetorialidade e a bioética. O desafio está na incorporação destas temáticas e na modificação dos processos de ensino-aprendizagem que possibilitem formar um profissional capaz de lidar com essas transformações.

Reconhece-se o desafio de desenvolver mudanças no âmbito das entidades formadoras, considerando às demandas do mercado de trabalho. Isso vem confirmar a primeira hipótese desta pesquisa, que diz respeito à complexidade

das demandas atuais e à exigência de um novo perfil das profissões, a partir de uma reformulação das concepções sobre recursos humanos em saúde utilizada pelas IES.

As instituições formadoras estão sendo desafiadas a provocar mudanças nas suas práticas, no ritmo necessário às demandas dos serviços e buscar deste setor um profissional de perfil competente, habilitado e com atitudes correspondente às necessidades do SUS.

Apesar de haver um número de cursos que ainda estão em processo de reforma curricular, detectou-se uma preocupação das instituições em contemplar o SUS na base epistemológica da reforma curricular. Tendo em vista este dado, refuta-se a segunda hipótese, que não reconhece o cuidado das IES no sentido de garantir uma formação que atenda o novo perfil profissional exigido pela contemporaneidade e expresso na demanda do SUS.

É importante ressaltar a disposição da maioria das IES em participar efetivamente da pesquisa, disponibilizando informes e documentos necessários no prazo solicitado.

As dificuldades encontradas no processo foram de ordem institucional ou mesmo de conhecimento da reforma curricular e do SUS. No primeiro caso, observou-se que alguns coordenadores de curso não possuíam autonomia para responder pela instituição e, no segundo caso, constataram-se respostas contraditórias, evasivas e mesmo desconhecimento das Propostas Pedagógicas e do SUS.

Ao longo da pesquisa, perceberam-se outras demandas e necessidades, que ultrapassam os objetivos propostos, mas que devem ser objeto de novas investigações.

Este estudo não se conclui aqui, visto o movimento constante dos sistemas vivos no intuito de organizar-se/reorganizar-se para dar conta das demandas emergentes da atualidade. Portanto, ao concluir este estudo, procurou-se registrar este movimento que vem marcando a trajetória das IES formadoras de recursos humanos na área da saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, que vêm buscando incessantemente uma adequação entre formação e prática, a fim de proporcionar aos profissionais um perfil apto de atuação, em sintonia com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRAUSS, Rosa Cecília et al. A experiência de um grupo de profissionais discutindo e refletindo sobre supervisão em Serviço Social. **Cadernos de serviço social**, Campinas, v. 6, n. 9, 1996.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 26ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação**. Brasília, DF, 2001

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Gestão 1996/99**: Coletânea de leis: Porto Alegre: Corag, 2000.

GOLDIM, José Roberto et al. O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo v. 49, n. 4, 2003.

KASTRUP, Virgínia. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, André. **Tramas da rede**. Porto Alegre: Sulina, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.) O Processo social de distritalização da saúde. In: _____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 2001.

MORIN, Edgar. **Educar na era planetária**: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

SANTOS, Boaventura. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília, DF, 2004.

WHITTAKER, John. Creativity and conformity in science: titles, keywords and co-word analysis. **Social studies in science**, v. 19, p. 473 – 496, 1989.

APÊNDICE A – Termo de consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Mapeamento das Instituições Formadoras de Recursos Humanos na Saúde – Nível de Graduação”

As informações que seguem estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária nesta pesquisa, cujo objetivo principal é mapear as instituições formadoras de recursos humanos da saúde em nível estadual, com vistas ao desvelamento da formação proposta. Dessa forma, o conhecimento da realidade de cada curso da área da saúde e do perfil de cada profissional da saúde, bem como sua adequação aos movimentos da reforma curricular dos cursos de graduação e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, requer o deciframento de algumas variáveis relativas às formas de estruturação e funcionamento de cada curso da saúde.

Os procedimentos para obtenção de dados nesta pesquisa serão por meio de estudo documental e levantamento de dados, de todas as instituições de ensino superior que possuem cursos para formação de profissionais da área da saúde. Para o ensino de graduação, serão consideradas as quatorze profissões da saúde de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os cursos devem ser reconhecidos/autorizados pelos respectivos órgãos competentes, assim como pela Instituição que os promove.

Os sujeitos serão os coordenadores de cada um dos cursos, cujas entrevistas serão realizadas por meio de instrumento específico, aplicado por um pesquisador, que solicitará, após a aplicação do questionário, outros documentos da instituição, para a efetivação do mapeamento.

É importante ressaltar que os possíveis riscos relacionados aos materiais utilizados para coleta de dados e o sigilo das informações serão nulos, tendo em vista que todos os documentos e instrumentos serão destruídos após o registro dos dados e o pesquisador manterá caráter confidencial das respos-

tas que comprometam a privacidade do sujeito de pesquisa. O resultado da pesquisa somente será divulgado com objetivo científico, mantendo-se em sigilo a identidade do pesquisado.

As informações coletadas serão analisadas em conjunto com as dos demais participantes. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, como também nenhuma compensação financeira. Os custos adicionais serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os benefícios que serão obtidos pela pesquisa referem-se à inclusão da instituição no processo de mapeamento das instituições formadoras de recursos humanos em saúde no Estado, ao convite à participação em eventos para discussão dos resultados da pesquisa e na divulgação de projetos inovadores na área de RH em saúde, pela Rede de Recursos Humanos em Saúde – RORHES da Escola de Saúde Pública.

Eu, _____ fui informado dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Afirmando estar ciente de que não é obrigatória a minha participação nesta pesquisa, caso me sinta constrangido(a) antes e durante a realização da mesma, poderei desistir, uma vez que isto não implicará prejuízos para com a instituição - participação em eventos e nas ações da ESP/RS. Sei que terei garantia de resposta a qualquer pergunta e que o pesquisador manterá em caráter confidencial, todas aquelas que comprometam a minha privacidade, sendo que os materiais utilizados para coleta de dados serão destruídos após o registro dos mesmos. Receberei informações atualizadas durante o estudo, através do Coordenador da Pesquisa, Décio Ignácio Angnes (Endereço: Av. Ipiranga, 6311 – E-mail: **esp-observatoriorh@saude.rs.gov.br** – Telefone: (51)3901-1480 ainda que isto possa afetar a minha vontade de continuar dele participando. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos demais participantes, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Não há despesas pessoais em qualquer fase do estudo nem compensação financeira relacionada à minha participação. Foi-me esclarecido que o resultado da pesquisa somente será divul-

gado com objetivo científico, sendo a minha identidade mantida em sigilo. Informo que quaisquer outras informações adicionais que forem julgadas importantes para a compreensão do desenvolvimento da pesquisa e de minha participação poderão ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro, ainda, que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

_____, ____ de _____ de 2006.

Coordenador: _____
Décio Ignácio Angnes

Pesquisador: _____
Nome e CPF

Sujeito da Pesquisa/Representante Legal: _____
Nome e CPF

APÊNDICE B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS
**PROJETO: MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS DE RE-
CURSOS HUMANOS NA SAÚDE - NÍVEL DE GRADUAÇÃO**

CURSO: _____

1 – Localização geográfica da Instituição Formadora de RH na Saúde

- Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª CRS)
- Sul (3ª e 7ª CRS)
- Serra (5ª CRS)
- Centro Oeste (4ª e 10ª CRS)
- Vales (8ª, 13ª e 16ª CRS)
- Missioneira (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)
- Norte (6ª, 11ª, 15ª e 19ª CRS)

2 – Qual município sedia a Instituição Formadora

- Sede Campi

3 – Natureza da Instituição Formadora

- Pública Estadual Federal
 Privada Comunitária Filantrópica

4 – Em qual(is) turno(s) o curso é ministrado e quantas turmas tem disponibilizado por ano?

- Nº de Turmas; 1 () 2 () 3 ()
Turno: (M) (T) (N)

5 – Quantos alunos formam-se no curso por ano?

2003 2004 2005

6 – Em que ano foi instituído o curso? ()

7 – O Curso já sofreu Reforma Curricular?

Se SIM em que ano? ()

8 – O curso tem disciplinas que contemplem nos seus conteúdos:

- SUS
- Saúde Coletiva
- SUS e Saúde Coletiva
- Reforma Sanitária
- Todos conteúdos acima mencionados
- Nenhuma disciplina voltada para essas temáticas

8.1 Quantas disciplinas tem como conteúdo o SUS em suas temáticas/ eixos?

uma duas três mais de três _____ nenhuma

8.2 Caso afirmativo, quantos créditos?

2 créditos 4 créditos 6 créditos outros _____

8.3 O Curso pode disponibilizar a ementa dessa (s) disciplina (s)?

Sim Não

Por que? _____

9 Que tipo de instituição(ões) fornece(m) campo de estágio para os cursos de saúde que são oferecidos:

- Hospital Asilos Unidades Básicas de Saúde
- Presídios Clínicas Creches Empresas
- Centros de Saúde Escolas Outros/ Quais:

9.1 O Curso provê estágio obrigatório na rede pública de saúde?

Sim Não

10 – Que tipo de formalização o curso adota quanto às parcerias

- Contrato
 - Convênio
 - Contrapartida formal
 - Contrapartida informal
 - Outros / Quais:
-

11 – Quem realiza a supervisão do estágio obrigatório:

- Docente
 - Profissional do serviço
 - Profissionais voluntários
 - Outros/Quais:
-

12 – Qualificação do corpo docente

- Total de Docentes/ Destes:
- Especialistas
- Mestres
- Doutores

13 – Quais as esferas de parcerias de que o curso dispõe para a formação do profissional?

- Municipal
- Estadual
- Federal

14 - Tipos de parcerias que o curso utiliza:

- Pública
- Privada
- Mista
- Comunitária
- Outros?

APÊNDICE C– Roteiro para análise documental

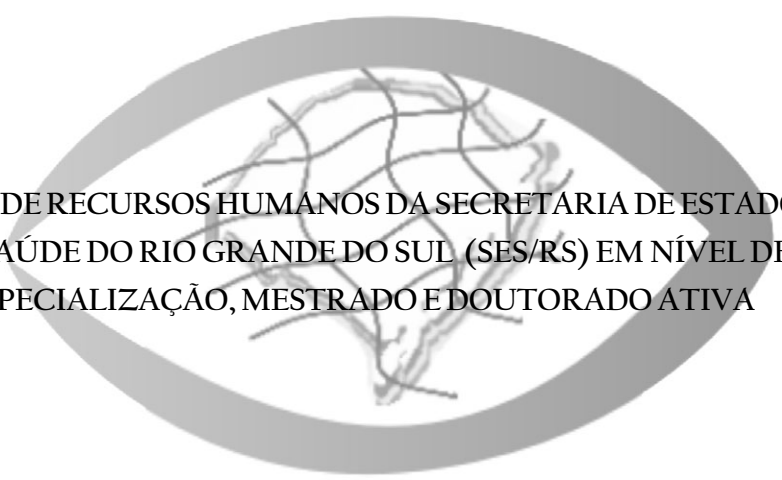
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS - RORHES

PROJETO: MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE - NÍVEL DE GRADUAÇÃO

- 1 Qual a Missão da Instituição Formadora de RH na Saúde?**
- 2 Quem é a Instituição Mantenedora da Instituição Formadora de RH?**
- 3 Como a integralidade transversaliza os cursos na área da saúde?**
- 4 O currículo incorpora os princípios (diretrizes) do SUS em seus cursos na área da saúde?**
- 5 Como a Instituição Formadora de RH na Saúde trabalha a proposta curricular para estimular o trabalho em equipe/interdisciplinaridade?**
- 6 Quais as competências e os objetivos dos cursos na área da saúde**



REDE DE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS) EM NÍVEL DE
ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO ATIVA

*Maria Isabel Barros Bellini
Pâmela Caldart*

REDE DE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS) EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO ATIVA

*Maria Isabel Barros Bellini
Pâmela Caldart*

INTRODUÇÃO

O Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul possui o seu banco de dados, porém o que esta pesquisa propõe é a criação de um banco de informações que destaque as formações em nível de pós-graduação dos servidores da rede, possibilitando a inclusão destes em diferentes ações. Sabe-se do impacto que este tipo de ação provocará nos profissionais, visto que dará visibilidade a investimentos profissionais em qualificação que por muitas vezes permanecem esquecidos e não devidamente valorizadas em seus espaços de trabalho, pois como refere Pierantoni (2003, p. 261):

Nas instituições de serviço público de saúde, as fontes de dados sobre o quadro de funcionários, em nível nacional e local, são os registros de cadastros funcionais e folha de pagamento. Ambos apresentam dados desatualizados e são, em geral, manejados por sistemas centralizados, fora do âmbito dos órgãos de execução. Como instrumentos que essencialmente movimentam os sistemas de administração de pessoal (pagamento mensal, direitos e vantagens, entre outros), não contemplam aspectos qualitativos da composição do pessoal ativo na área da saúde.

Essa demanda tem consonância com um movimento mais amplo, que é o da proposta de Observatórios de Recursos Humanos da América Latina de planejar as ações voltadas à formação de mapeamento dos profissionais de saúde, hoje. E em consonância também com a imposição do SUS e da realidade de saúde de profissionais cada vez mais capacitados para o enfrentamento da diversidade das demandas. Desta forma, a informação fortalece-se e, na medida em que é socializada e transformada em conhecimento, proporciona maior possibilidade de decisão e autonomia.

Neste sentido, é necessário superar o fetichismo da tecnologia, tornando-a útil ao desenvolvimento humano, transformando em ação cotidiana a apro-

ximação da informatização da gestão e o planejamento de ações de qualificação de serviços. A ferramenta tecnológica será, então, uma ferramenta socialmente útil, permitindo a socialização de conhecimentos e informações, que poderão ser acessadas por todos e que aproximarão os sujeitos humanos e suas práticas.

Nesta perspectiva, este projeto, ao conhecer e analisar a formação profissional, mais especificamente na rede de recursos humanos da Secretaria de Estado de Saúde, contribui, a partir do conhecimento dessa realidade, para a potencialização das práticas profissionais, pois conforme Bellini e Silva (2004, p. 4):

[...]as abordagens relacionadas aos processos de atenção à saúde vêm progressivamente ampliando o entendimento sobre as interfaces constituintes do mundo da saúde. Hoje se vislumbram sistemas de atendimentos às necessidades nesta área, que buscam integrar condições concretas aos rebatimentos psico-sociais originários do processo saúde/doença.

Para Paranaguá de Santana (2003, p. 30) “espera-se que a rede contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde”, contribuindo assim no processo de consolidação do SUS e exigindo,

A implementação de ambientes de formação e regulação do trabalho em saúde que levem os profissionais a superar o papel de operadores limitados e quase passivos de rotinas gerenciais e assistenciais anacrônicas às necessidades de saúde. (CARVALHO, 2006, p. 15):

Essas iniciativas vêm no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de setenta, o qual desencadeou o repensar das práticas profissionais na saúde, fomentando o desenvolvimento de outros movimentos que discutiram, e ainda discutem, a multidimensionalidade da saúde e o papel das profissões desta área. Nesta perspectiva, esta pesquisa possibilita uma aproximação permanente com a realidade, conhecendo, identificando, problematizando aspectos referentes aos recursos humanos da rede de saúde para, então, planejar e desenvolver práticas coletivas, pois “causa perplexidade a histórica negligência, e mesmo ausência, de políticas para RH” (PIERANTONI; VARELLA;

FRANÇA, 2004, p. 52).

A pesquisa intitulada “*Rede de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde em nível de especialização, mestrado e doutorado*”, no período de 2004, mapeou os recursos humanos, e na primeira etapa, apontou várias possibilidades e algumas fragilidades, sendo que a tentativa de organizar um banco de informações foi dificultada pelo término dos recursos para continuar a pesquisa.

O atual projeto de pesquisa dá continuidade à coleta dos dados e mantém em atividade esta rede, que deverá ser alimentada sistematicamente.

REDE DE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO ATIVA - 2006

No ano de 2006, este projeto é atualizado, visando dar continuidade à pesquisa de 2004, e inicia, após ser submetido ao Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública – ESP/RS em fevereiro de 2006. No decorrer da pesquisa, houve o afastamento da primeira bolsista e a seleção de uma segunda bolsista, o que ocasionou interrupção na coleta de dados. Abaixo apresenta-se a execução do projeto.

EXECUÇÃO DO PROJETO

Como cuidado ético e, ainda que o Comitê de Ética da ESP/RS tivesse aprovado o projeto, realizou-se consulta ao Departamento Jurídico da ESP/RS a respeito da publicação no *site* da ESP/RS dos dados pessoais dos servidores, tendo como retorno a informação de que os dados pessoais como endereço, RG, CPF, telefones não poderiam ser publicados. Optou-se por publicar no site da ESP/RS apenas o nome, telefone e e-mail do trabalho, lotação e a área em que o profissional tem pós-graduação, sendo que isso foi informado aos participantes da pesquisa. A partir das orientações do setor jurídico, iniciou-se a coleta dos dados, começando pelos funcionários da ESP/RS, em maio/2006.

Para a localização dos profissionais do estado do Rio Grande do Sul, foi feito contato com o Setor de Recursos Humanos do Centro Administrativo de

Porto Alegre e obteve-se uma lista com o nome completo, matrícula, formação, cargo e lotação dos profissionais pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde/RS.

A coleta dos dados ocorreu inicialmente através de contato via telefone para agendamento das entrevistas com os profissionais. Com os profissionais da área da saúde lotados na cidade de Porto Alegre, as entrevistas foram realizadas pessoalmente e o próprio profissional preencheu o questionário para evitar equívoco quanto aos dados pessoais. Para alguns profissionais de Porto Alegre, em virtude da indisponibilidade de horários, foram encaminhados por e-mail o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (APÊNDICE B) e o **Questionário da Pesquisa** (APÊNDICE C). Solicitou-se que retornassem o Termo de Consentimento por fax ou correio e o Questionário por e-mail. Repetiu-se este procedimento com os profissionais do interior do Estado.

No encontro do Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), cujo público era o profissional do interior do estado, apresentou-se o projeto de pesquisa. Houve manifestações que reiteravam a importância deste tipo de conhecimento e muita disposição em participar da pesquisa. Alguns profissionais vinculados a secretarias municipais de saúde do interior solicitaram ajuda para implantar um estudo semelhante em seus locais de trabalho. Foram entregues aos profissionais questionários para que encaminhassem aos seus colegas nas coordenadorias de saúde. Os questionários retornaram após 2 meses, sendo que alguns não tinham assinatura no Termo de Consentimento tendo-se que enviá-los aos respondentes sem possibilidade de inclusão na pesquisa.

Os dados eram organizados na medida em que os questionários retornavam. A coleta dos dados foi iniciada após a 2ª quinzena de maio. É fundamental apontar aqui que vários profissionais recusaram-se a participar da pesquisa. As justificativas para a recusa envolviam desde a proximidade da aposentadoria, a falta de expectativas quanto ao uso desse banco de informações em benefício do trabalhador, o fato de ser ano eleitoral, e por vezes a recusa não tinha explicação alguma. É importante destacar que não existe Plano de Cargos e Carreira para o funcionário público da saúde, e que o movimento neste sentido está se iniciando, desta forma o banco de informações não é entendido como um instrumento de valorização pelo funcionário.

Na lista fornecida pelo Setor de Recursos Humanos, alguns servidores não

tinham pós-graduação, sendo que este foi o critério de organização daquela lista, e 7 servidores estaduais que possuíam especialização, mestrado e/ou doutorado não constavam da lista; estes foram acrescentados na amostragem total.

O resultado obtido, considerado o universo de servidores de saúde com formação em pós-graduação, fornece um mapa da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ROREHS que deverá ser constantemente atualizado, e será dada continuidade à coleta de novos dados, ainda que este período da pesquisa tenha se encerrado.

OBJETIVO GERAL

Manter a Rede de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul no Nível de Especialização, Mestrado e Doutorado Ativa informada, a fim de potencializar a sua utilização na rede de formação da saúde.

O objetivo geral da pesquisa foi parcialmente alterado, de 2004 para 2006. A pesquisa tem a finalidade de organizar um banco de informações que irá contribuir para a formação, capacitação e qualificação dos profissionais da área da saúde. A Rede de Recursos Humanos em Saúde constitui-se de um banco de informações que representa o mapeamento e identificação do profissional, com a finalidade de subsidiar estudos e planejamento em geral, que deverá ser permanentemente atualizado, pois o processo de qualificação profissional não é estanque.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ *Atualizar o banco de informações existente sobre recursos humanos da saúde do estado no nível de especialização, mestrado e doutorado.*

Após aprovação pelo Comitê de Ética da ESP/RS e consulta ao Departamento Jurídico da ESP/RS, foi retomada a articulação com o Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul para a obtenção dos dados atuais dos servidores da saúde nesses níveis.

A atualização do banco de informações consiste em entrevistar os profissionais que foram entrevistados na primeira etapa da pesquisa, a fim de verificar qual a sua qualificação profissional atual em nível de pós-graduação. Após a coleta, os dados são organizados.

- ❖ *Disponibilizar os dados, respeitados os limites éticos, no “Site” da Estação de Trabalho da ESP/RS com vistas à visualização do panorama de qualificação profissional do estado.*

A consecução deste objetivo foi atingida na medida em que os dados coletados estão sendo trabalhados para publicação no site e na publicação em um livro da ROREHS/ESP/RS que está sendo organizado com todas as pesquisas. Amparados pelo parecer jurídico que autorizou a publicação no site e também pelo Termo de Consentimento Informado, que foi anexado aos instrumentos da pesquisa e assinado pelos participantes, serão publicadas as seguintes informações: nome, telefone e e-mail do trabalho, lotação, área/ano e instituição de formação da pós-graduação. Reitera-se que a manutenção destes dados será um processo permanente, visto que o processo de ingresso e afastamento das atividades profissionais e de qualificação profissional é ininterrupto.

- ❖ *Ampliar as possibilidades de utilização das qualificações profissionais dos recursos humanos da saúde do estado.*

A partir da visualização da qualificação de cada profissional, a ESP/RS pretende incluir esses profissionais em suas atividades de ensino como: realização de eventos, aulas, seminários, etc e nas atividades de capacitação que forem organizadas pela Secretaria de Estado da Saúde, potencializando desta forma os investimentos em capacitações realizados pelos servidores. A expectativa dessa potencialização é que estimulou os servidores a participarem desta pesquisa, fornecendo dados pessoais.

CAMINHO METODOLÓGICO

O caminho metodológico seguido na execução deste projeto foi o seguinte: inicialmente capacitação da bolsista – leitura do projeto, leitura do material anteriormente produzido, pesquisa bibliográfica. Isto foi realizado nos meses de fevereiro e março de 2006. Com base na pesquisa virtual realizada, foi constatada a diversidade de sites sobre redes de observatório na área da saúde e em diversas outras áreas (APÊNDICE E). A proposta desses observatórios é de

fomento à coleta de informações, análise e difusão destas para planejamento e gestão das situações vistas.

Visando a execução da pesquisa e a construção de conhecimentos, elegeu-se um caminho metodológico que facilitou principalmente a apropriação teórica sobre as temáticas relacionadas. Desta forma, foi utilizado o **Diagrama da Problemática** anterior (APÊNDICE A), do qual constam os pressupostos teóricos que fundamentaram a pesquisa.

Esta pesquisa tem natureza quantitativa; o universo é composto de 879 servidores, sendo que se definiu como amostra para este estudo 30% destes servidores, ou seja, um número aproximado de 270 servidores. Inicialmente, o objetivo era atingir o total do universo, porém as dificuldades de localização e acesso aos servidores, a recusa de muitos deles e o prazo exíguo para execução impuseram uma redefinição da amostra e foi considerada a amostra de 10%.

Foi atingido pouco mais de 10%, num total de 117 instrumentos respondidos, porém apenas 91 em situação de ser incluído no banco de informações. Também é fundamental reiterar que o banco de informações deverá ser atualizado sistematicamente, portanto os profissionais não incluídos neste momento serão incluídos posteriormente.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado como instrumentos a entrevista estruturada e o questionário.

✓ **Entrevista estruturada**

Ao optar pela entrevista estruturada ou padronizada, tendo em vista Gil (1987, p. 117-120), foi necessário que se elaborasse um formulário que foi aplicado com pessoas já selecionadas. Neste tipo de entrevista não é possível adaptar e/ou acrescentar perguntas, o que possibilita rigor científico, precisão do instrumento de medida e uniformidade do processo (sem alterar o roteiro). A ordem das perguntas e a sua redação não se alteram para todos os entrevistados, afinal segue-se uma lista prefixada de perguntas.

A entrevista estruturada possibilita uma análise quantitativa dos dados, não possibilitando uma análise aprofundada destes. As perguntas do instrumento foram fechadas, em que o entrevistado escolheu um número restrito de respostas; as respostas foram objetivas. Conforme Gil (1987, p. 118), “quando a entrevista é totalmente estruturada, com alternativas de respostas previamente estabelecidas, aproxima-se do questionário”.

✓ Questionário

Para a formulação do questionário, com base em Gil (1987, p. 124-133), é necessário que o pesquisador tenha domínio sobre as informações que pretende buscar, dos objetivos da pesquisa e de cada uma das questões que pretende medir, para assim poder planejar os aspectos que se deseja obter. O questionário consiste num conjunto de perguntas (20 a 30 perguntas). É pré-elaborado, sistemática e seqüencialmente organizado em itens que formam o tema da pesquisa, sendo uma interlocução planejada com o objetivo de obter respostas por escrito que os informantes saibam opinar ou informar. Este instrumento deve ter uma estrutura lógica, ser preciso (aumentando a eficácia e validade) e claro (evitando ambigüidades, dúvidas e incompreensões), estar articulado, utilizar palavras usuais.

As perguntas, que variam de questões simples a complexas, não podem influenciar as respostas. No que diz respeito ao objetivo das perguntas, pode-se classificar em perguntas de: fato (questões concretas, tangíveis), ação (padrões éticos orientam atitudes ou decisões), opinião, índice ou testa (relaciona-se com as experiências subjetivas e com a emoção do informante sobre a temática da pesquisa) e intenção. E, as perguntas podem ser: abertas, fechadas ou dicotômicas, de múltipla escolha, de estimação ou avaliação.

O questionário é respondido por escrito e sem a presença do entrevistador, sendo enviado por correio ou por um portador. Optou-se em enviar por e-mail o questionário da pesquisa aos profissionais que residem em municípios distantes e aos que, por indisponibilidade de carga horária, não tinham a possibilidade de realizar a entrevista pessoalmente. Foi tomada esta decisão em decorrência do número significativo de profissionais a serem entrevistados e em decorrência do curto prazo destinado à coleta dos dados. As informações sobre a pesquisa foram feitas por telefone e encaminhadas por e-mail.

O questionário não ofereceu dificuldade de compreensão, porém foi possível observar que alguns profissionais demonstraram receio quando solicitados a informar RG e CPF nos dados pessoais. Pierantoni (2003, p. 261), ressalta que:

Além da dificuldade de acesso imposta por condições éticas (**sigilo sobre informações pessoais**, que envolvem, entre outras coisas, renda mensal), amorosidade e centralização dos processos administrativos de RH respondem pela **pouca confiança** nos dados de cadastro obtidos nessas fontes.

Do universo de todos os profissionais de nível superior do Rio Grande do Sul, tendo em vista a exigência no Ministério da Saúde, selecionou-se todos os profissionais da área da saúde do estado que possuem pós-graduação. Portanto, este estudo consiste em um universo de 879 servidores públicos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde (SES/RS).

Turato (2003, p. 351) refere que,

[...]nas pesquisas em que seres humanos são os alvos do estudo é impossível, por razões práticas, abordar todos os sujeitos que compõem o grupo de interesse do pesquisador, salvo quando o recorte do objeto de estudo compreenda comunidades numericamente tão restritas, que o pesquisador tem condições temporais de conhecer cada um e condições intelectuais de apreender todos em seu trabalho.

Deste modo, é necessário que o pesquisador delimite uma parte do universo, ou seja, uma amostra¹. Gil (1987, p. 92) observa que **amostra** consiste num subconjunto do universo que possui características comuns. Tendo em vista a pesquisa realizada, entende-se que o tipo de amostragem é por conglomerados, pois identificou-se os profissionais vinculados a SES que estão lotados por Coordenadorias Regionais da Saúde e, em Porto Alegre, também por setores.

Gil (1987, p. 96), exemplifica alguns conglomerados como quarteirões, famílias, organizações, edifícios, fazendas, total da população da cidade. Todavia, o autor ressalta ser uma amostra aleatória, em que a população de determinado conglomerado é escolhida ao acaso. E, nesta pesquisa, pressupôs entrevistar os profissionais que possuem especialização, mestrado e/ou doutorado, havendo uma delimitação da amostra.

Tendo em vista o projeto anterior, que possibilitou a continuidade deste, foram retomadas as seguintes categorias de análise: Recursos Humanos em Saúde, Observatório de Recursos Humanos em Saúde e Redes. Reiteram-se neste relatório estas **categorias**, pois possibilitam a visualização de aspectos relevantes da pesquisa como tema, problema, justificativa, objetivos, metodologia,

¹ Segundo Turato (2003, p. 351) A palavra **amostra** quer dizer uma porção, um pedaço, um fragmento, os quais são apresentados para demonstrar propriedades da natureza ou qualidade de algo. Na linguagem científica das pesquisas com seres humanos, amostra significa uma parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, consistindo assim num subconjunto do universo.

resultados parciais. A fonte utilizada foi o Relatório de 2005, correspondente à primeira fase da pesquisa.

✓ **Recursos Humanos em Saúde**

Percepção de sujeito enquanto protagonista dos processos de organização, planejamento, gestão e práticas em saúde., sendo este um agente profissionalizado e/ou especializado em saúde comprometido com a construção e garantias de um exercício profissional desenvolvido a partir de sua ação profissional, tendo como categorias principais neste processo: universalidade, integralidade e equidade, categorias estas possíveis de se encontrar na Lei 8080. Desta forma, tem-se um profissional capacitado e com competência para intervir na defesa e consolidação do SUS.

✓ **Observatório de Recursos Humanos em Saúde**

Representa uma organização Sócio-Governamental com vistas à produção e difusão de conhecimentos direcionados ao tema: Recursos Humanos em Saúde. O observatório detém-se em acompanhar e desenvolver articulações dos processos complexos que envolvem a formação de Recursos Humanos em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento de espaços e redes sinérgicas de gestão e pesquisa na área de Recursos Humanos em Saúde. Tendo em vista a pesquisa realizada, percebe-se que há diversas áreas que desenvolvem observatório de recursos humanos, que podem ou não estar relacionada à área da saúde. Com relação a esta pesquisa, pretendeu-se criar um banco de dados virtual.

✓ **Redes**

É entendido pelo entrelaçamento de sistemas e/ou conjuntos constituídos por relações horizontais, dinâmicas e interconectadas. Sendo assim, é possível conceituar Redes como vias de comunicação e informação flexíveis, descentralizadas, que atuam na articulação social, instrumentalizando práticas através do espaço virtual (internet).

Na execução da pesquisa foram realizados mais de 300 contatos, pois vários servidores foram contatados por telefone ou e-mail e pessoalmente, mais de 2 vezes. Ainda que vários servidores tenham elogiado a pesquisa, os mesmos comprometiam-se a devolver o instrumento preenchido posteriormente e não faziam. As justificativas versavam sobre a proximidade da aposentadoria, mas principalmente incidiam na descrença do uso para crescimento ou benefi-

cio do servidor.

Também se considera que o fato de ser ano eleitoral; alguns servidores não possuírem pós-graduação apesar de identificados pelo Setor de Recursos Humanos como tal; vários estarem licenciados; outros transferidos de setor e a insuficiência de informação sobre a lotação atual, influenciaram a participação dos servidores e com certeza todo andamento da coleta dos dados.

Identificou-se que os Recursos Humanos da SES/RS em nível de pós-graduação caracterizam-se por profissionais que possuem principalmente especialização, sendo que a especialização em saúde pública coordenada pela ESP/SES foi muito citada.

Tendo em vista que uma quantidade significativa dos profissionais possui Especialização em Saúde Pública, buscou-se analisar sobre esta temática e sua relação com a ESP/RS. A ESP/RS disponibiliza, há aproximadamente 30 anos, o Curso de Especialização em Saúde Pública privilegiando os servidores de nível superior da rede da saúde, vinculados ao SUS ou áreas afins, consentâneo com o preconizado pelo artigo 27 da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990):

Art. 27 - A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal [...]

Com base na análise dos dados, verificou-se que os servidores realizaram a especialização em saúde pública na ESP/RS, e de acordo com o site da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde, o curso:

[...]Objetiva formar sanitaristas nas áreas de gestão, planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde e contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, incentivando a postura de repensar permanentemente o trabalho em saúde e suas propostas de organização; desafiando para o questionamento de modelos e para a busca da efetiva defesa da vida na atenção e na gestão de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2006)

Desta forma, há uma preocupação em proporcionar competências gerais

e específicas em saúde pública, tendo como espinha dorsal a gestão, o planejamento e a vigilância em saúde através da produção de conhecimento científico. Ao observar as temáticas que são abordadas em cada disciplina do curso, percebe-se que respeitam a Constituição de 1988, bem como a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90). Esta lei estabelece os princípios, objetivos, atribuições, competências, diretrizes, organização, gestão, direção, planejamento, Recursos Humanos, financiamento, gestão financeira e orçamento do SUS.

Identificou-se também que os profissionais que não têm titulação em nível de mestrado e/ou doutorado normalmente possuem mais de uma especialização, o que aponta para um investimento progressivo do servidor na sua qualificação profissional.

ORGANIZAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Foram realizados aproximadamente 300 contatos por telefone, e-mail ou pessoalmente, sendo que para alguns profissionais ligou-se mais de uma vez solicitando o posicionamento de aceitação ou negação em participar da pesquisa. Desses, 07 se negaram a participar da pesquisa, 05 optaram por não responder o instrumento, justificando que estão em processo de aposentadoria ou aposentados e 4 não possuem pós-graduação. Conforme contato com o Setor de Recursos Humanos, a lista encaminhada via e-mail informava que estes 4 profissionais teriam especialização, mestrado e/ou doutorado, não sendo confirmado no contato com estes profissionais.

Houve retorno de 03 instrumentos preenchidos, porém sem assinatura no Termo de Consentimento, 02 sem os dados necessários para serem agregados e 03 instrumentos corretamente preenchidos, porém de funcionários cedidos de outras secretarias do estado para a SES, não sendo sujeitos da pesquisa.

Então conclui-se que, dos **117 instrumentos preenchidos** houve **12 recusas dos sujeitos a participar da pesquisa**, **14 instrumentos não foram inseridos na pesquisa pelos motivos acima**, restando **91 instrumentos** inseridos na pesquisa.

As áreas em que os profissionais desenvolveram a especialização, mestrado e/ou doutorado são muito diversas; algumas estão citadas a seguir:

ciência e tecnologia de alimentos, educação, engenharia de produção, engenharia de segurança no trabalho, equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde, saúde comunitária, enfermagem, gestão de equipes e sistemas de saúde, gestão e cidadania, ginecologia e obstetrícia, letras, odontologia com ênfase em saúde bucal coletiva, pedagogia da enfermagem médica, planejamento urbano e regional, psicologia clínica, psicologia social, psicologia social e institucional, administração hospitalar, clínica médica, gestão em saúde, saúde e trabalho, saúde mental coletiva, saúde coletiva, saúde da família, saúde pública, pediatria, química ambiental, serviço social em segurança do trabalho, supervisão em serviço social, sociologia, cálculo de estruturas e outras.

Uma informação que interessa à ESP/SES aparece nos resultados que apontam que 22 profissionais (Quadro 3 - APÊNDICE D) qualificaram-se nos cursos coordenados e executados pela Escola de Saúde Pública/RS, 18 no Curso de Saúde Pública e 04 na Residência Integrada em Saúde, como formação no Hospital Psiquiátrico São Pedro ou no Centro de Saúde-Escola Murialdo. Estes dados confirmam que um percentual de 23% de profissionais que participaram da pesquisa, buscaram na ESP/RS a sua qualificação profissional. Este número pode ser maior, visto que em vários instrumentos os profissionais indicavam a área de formação, mas não a instituição.

Observa-se que 24% têm formação em nível de mestrado (Quadro 2 - APÊNDICE D) e 8% em nível de doutorado (Quadro 1 - APÊNDICE D). Nas formações de mestrado, 5% são em áreas não diretamente ligadas à saúde como: Letras, Sociologia, Planejamento Urbano, Ciências Sociais Aplicadas, Desenvolvimento de Gestão, o que não impede que o objeto de estudo destes profissionais seja na saúde como por exemplo Sociologia da Saúde, etc.. Este seria objeto para uma nova pesquisa. No doutorado encontra-se apenas uma área que não está ligada diretamente à saúde, que é a Educação, porém sabe-se que os profissionais têm cada vez mais buscado capacitar-se em educação em saúde.

O **banco de informações** com os dados sobre a formação em nível de pós-graduação dos servidores coletadas, até o momento, será publicado no site da ESP/SES. Pela dinamicidade da mudança dessas informações e a importância de sua constante atualização (profissionais que estão cursando o doutorado, profissionais que estão iniciando mestrado, profissionais que serão inseridos no quadro via concurso público futuramente) entendeu-se não ser oportuna a publicação dos dados individualizados dos profissionais no livro, apenas o

quadro que dá os qualitativos das áreas de formação.

Os dados coletados estão apresentados em forma de tabela. Em cada tabela, há a quantidade de profissionais que possuem doutorado, mestrado e especialização, bem como a área de ênfase destes profissionais. Tabelas em anexo (Quadros - APÊNDICE D).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Onde encontrar contradição na teoria, reescreva o problema, onde encontrar contradição na prática, experimente novos modos de agir. Experimente seguir outras regras de ação, definindo o problema a partir de outras crenças. Ao cabo desta operação, se o sentimento de impossibilidade permanecer, retome o procedimento. Mais cedo ou mais tarde, o enigma será visto de um prisma onde algo de interessante e humanamente útil poderá ser feito (COSTA, 1991, p.11).

Estas considerações finais podem ser compreendidas como considerações parciais, pois será dada continuidade à coleta, tendo em vista o universo identificado, porém essa continuidade extrapola o prazo desta pesquisa e segue como atividade da Estação ROREHS/ESP/SES, sendo que o banco de informações estará em constante atualização, inclusive porque está prevista a realização de concurso público para suprir o quadro da SES.

No decorrer da pesquisa, vários foram os percalços e dificuldades no processo da coleta de dados: profissionais encontravam-se em licença, haviam trocado de setor, não tinham interesse em participar, estavam em processo de aposentadoria, não possuíam pós-graduação, não percebiam a efetividade deste banco de informações, e vários não eram encontrados no local de trabalho e não era informado o horário mais adequado para localização e contato. Evidenciava-se também, e principalmente, que o período da coleta de dados não foi suficiente para o tamanho da amostra.

Porém, é inquestionável a importância do estudo aqui realizado, na medida em que coloca na vitrine a qualificação dos recursos humanos na saúde propondo um maior protagonismo destes e que “possam se erigir em sujeitos instituintes de mudanças nas práticas dos serviços de saúde, fundadas na atenção integral, humanizada e com qualidade, prestada universalmente e com equidade” (CARVALHO, 2006, p. 15). Rompendo com realidades que emperram “os

esforços de mudança nos paradigmas e inovação nas práticas”, pois “deparam-se sistematicamente com **déficits** de adequação, de competências e de motivação dos profissionais de saúde” colocando-os como:

Reféns de graduações distanciadas das necessidades e da dinâmica do trabalho em saúde, e vítimas da ausência crônica de políticas qualificadoras de seu trabalho cotidiano, esses profissionais muitas vezes são relegados pela sociedade a vilões ou cúmplices dos descaminhos da saúde (CARVALHO, 2006, p. 15).

Desta forma impõem-se um repensar a qualificação dos recursos humanos na saúde, garantindo o direito desses profissionais de “condições de trabalho dignas, remuneração justa e possibilidade de manter-se atualizado em relação aos avanços científicos e tecnológicos que ocorrem no âmbito da profissão” (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2006, p. 18).

Na consolidação destas questões, e apostando na transparência dos processos e na utilidade do conhecimento aqui construído, o produto desta pesquisa está sendo socializado em diferentes espaços. Alguns destes são, o site da ESP/SES, os Salões de Iniciação Científica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, II Seminário Estadual da Política de Humanização da Assistência a Saúde/PUCRS, Semana Acadêmica da Faculdade de Serviço Social/PUCRS e o Seminário da ROREHS/ESP/SES.

REFERÊNCIAS

BELLINI, Maria Isabel Barros; ANGNES, Décio Ignácio; SILVA, Suzane Mendonça. Rede de recursos humanos em saúde: os nós constituintes da integralidade em saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2004. v.2. p. 237-254.

BELLINI, Maria Isabel Barros; SILVA, Suzane Mendonça e. **Entrelaçamentos constituintes da rede em saúde: serviço social, pesquisa e formação profissional no mundo contemporâneo**. Trabalho apresentado no Encontro Nacional de Pesquisa e Ensino em Serviço Social, novembro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde,

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 de set. 1990.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das graduações da saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos, Brasília, DF, 2006.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Dinâmica das graduações da saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Jurandir Freire da. **Psiquiatria burocrática**: duas ou três coisas que sei dela. São Paulo: Escuta, 1991.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos**: capacitação em desenvolvimento de recursos humanos da saúde. Natal: Cadhu, 1999.

PARANAGUÁ DE SANTANA, José. A cooperação técnica com os observatórios de recursos humanos em saúde no Brasil In: Brasil. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. v. 2.

PIERANTONI, Célia Regina; Varella, Thereza Christina; França, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília, DF, 2004. v. 2. p.51-70.

PIERANTONI, Célia Regina. A informação para gestão local de recursos humanos da saúde: o sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no**

Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.261-277

RIGOLI, Félix, Os observatórios de recursos humanos na América Latina. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 17-27

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Rede observatório.** Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh>>. Acesso em 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. 15 Coordenadoria Regional de Saúde.(CRS). Palmeiras das Missões, 2001.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico epistemológica, discussão comparada a aplicação na áreas da saúde. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

APÊNDICE A

Diagrama da Problemática



APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: REDE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO ATIVA

As informações que seguem estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesta pesquisa, cujo objetivo é realizar o mapeamento dos recursos humanos da SES em nível de mestrado e doutorado e especialização. Este mapeamento possibilitará a visualização do panorama de qualificação profissional da Secretaria estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e o melhor aproveitamento das qualificações profissionais.

Os procedimentos a serem utilizados são: 1. Coleta de dados por meio de entrevista estruturada, com roteiro preestabelecido e perguntas fechadas (as entrevistas serão previamente agendadas com os profissionais) e encaminhamento de questionário, após combinado por telefone, quando impossibilitado o contato pessoal. 2. Pesquisa documental realizada junto ao Setor de Recursos Humanos da SES.

Os dados serão analisados e organizados em forma de um banco de informações a ser disponibilizado na Estação de trabalho da ESP. Os dados coletados enfocam a formação realizada após a graduação pelo profissional da saúde, como: cursos de especialização, mestrado ou doutorado realizados, identificando datas, títulos, área de concentração.

Não há despesas pessoais, em qualquer fase do estudo nem compensação financeira relacionadas à participação. A coordenação da pesquisa estará à disposição para qualquer dúvida.

A finalização da pesquisa permitirá a valorização dos recursos humanos das diferentes áreas de formação através da participação em atividades de ensino, pesquisa e capacitações realizadas pela ESP ou outros setores da SES.

Eu,fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Afirmando estar ciente que não é obrigatória minha participação nesta pesquisa. Caso sinta constrangimento antes e ou durante a realização da mesma, poderei desistir, uma vez que isso não implicará prejuízos para com a instituição. Sei que terei garantia de resposta a qualquer pergunta e que o pesquisador manterá em

caráter confidencial todas aquelas informações que comprometam a minha privacidade. Os materiais utilizados para a coleta de dados serão destruídos. Receberei informação atualizada durante o estudo, através da Coordenadora da pesquisa Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Av.Inpiranga, 6311 – e-mail maria.bellini@puccs.br – fone: 39011490) , ainda que isso possa afetar minha vontade em continuar participando. Não há despesas pessoais em qualquer fase do estudo, nem compensação financeira relacionada a minha participação. Foi-me esclarecido que o resultado da pesquisa somente será divulgado com objetivo científico.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Coordenador Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Nome do Pesquisador/bolsista

Sujeito da Pesquisa : nome, CPF

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE PESQUISA

CADASTRO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

I. DADOS PESSOAIS

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: _____
3. Sexo: _____
3. Estado Civil: _____ Naturalidade: _____
4. Endereço: _____
5. telefones: _____
e-mail: _____
6. Cidade: _____ CEP: _____

II.DADOS FUNCIONAIS:

1. Matrícula: _____
2. Lotação _____
3. Data de admissão: _____
4. Cargo atual: _____
5. Função: _____
6. Endereço profissional: _____

7. telefones: _____
8. Carga horária: _____ 9.Regime: _____

III.FORMAÇÃO ACADÊMICA:

1. Graduação: _____
2. Ano de conclusão: _____
3. Especialização/área/ano de conclusão/em curso/Instituição:

4. Mestrado/área/ano de conclusão/em curso/Instituição:

5. Doutorado/área/ano/em curso/Instituição:

6. Cursos de Extensão/área/ano/em curso/instituição:

7. Outros: _____

APÊNDICE D

QUADROS COM DADOS QUANTITATIVOS DAS FORMAÇÕES IDENTIFICADAS.

ÁREA DE ÊNFASE	TOTAL
Educação	01
Psicologia Clínica	01
Saúde Pública	01
Serviço Social	01
Pediatria	01
Cirurgia Médica	01
Engenharia de Produção	01
DOCTORADO	07

Quadro 1 – Nível de doutorado

ÁREA DE ÊNFASE	TOTAL
Clínica Médica	02
Educação	03
Saúde Mental	01
Enfermagem	01
Letras	01
Odontologia com ênfase em Saúde Bucal Coletiva	01
Planejamento Urbano e Regional	01
Psicologia Social ou Psicologia Social e Institucional	04
Medicina Nefrologia	02
Saúde Pública	01
Saúde Coletiva	01
Ciências Sociais Aplicadas	01
Desenvolvimento e Gestão	01
Sociologia	01
Ginecologia	01
MESTRADO	22

Quadro 2 – Nível de mestrado

Tabela 3 NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO	
ÁREA DE ÊNFASE	TOTAL
Administração Hospitalar	01
Engenharia de Segurança no Trabalho	01
Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde	07
Ginecologia e Obstetrícia	01
Pediatria	01
Química Ambiental	01
Saúde da Família	01
Saúde Coletiva	01
Saúde Coletiva- RIS/ESP	05
Saúde Pública	04
Saúde Pública - ESP	18
Psicoterapia	01
Direito Público	01
Licenciatura em Enfermagem	01
Enfermagem UTI	01
Pediatria	01
Medicina do Tráfego	01
Dentista Restauradora	01
Epidemiologia	01
Tecnologia Alimentar	Ciência e Tecnologia de Alimentos
02	Odontologia em Saúde Coletiva
Odontologia Social	02
Pediatria /Neuropediatria	01
Negócios Internacionais	01
Planejamento em Saúde Pública	01
Saúde do Adulto	01
Nutrição Humana e Saúde	01
Psiquiatria	01
Psicanálise	01
Serviço Social em Segurança do Trabalho	01
Administração e Marketing	01
Toxicologia Aplicada	01
ESPECIALIZAÇÃO	63

Quadro 3 – Nível de especialização

APÊNDICE E

SITES

1. www.escoladesaudepublica.rs.gov.br
2. www.grupometa.com/
3. <http://www.bampetro.com/>. BAMPETRO
4. <http://www.observatoriosocial.org.br/portal/>. Instituto Observatório Social
5. www.observatorioafrobrasileiro.org.br. Observatório Afro-Brasileiro
6. <http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/index.jsp?ildPessoaJuridica=1>. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
7. www.social.org.br/cartilhas/cartilha003/cartilha002.htm. Observatório da Cidadania
8. http://www.acaoeducativa.org.br:8080/observatorio/internet2/obs_oquee.jsp. Observatório da educação
9. www.ojc-ce.org.br/ojc.php. Observatório da Justiça e da Cidadania
10. <http://www.observatorio.dca.ufpe.br/>. Observatório da Realidade Organizacional
11. http://portal.saude.gov.br/portal/amazonia/area.cfm?id_area=590. Observatório da Saúde da Amazônia Legal
12. <http://www.fae.ufmg.br/objuventude/>. Observatório da Juventude
13. <http://osi.unesco.org.br/>. O Observatório da Sociedade da Informação
14. <http://www.observatoriodefavelas.org.br/observatorio/index2.asp>. Observatório das Favelas
15. <http://www.ippur.ufrj.br/observatorio/>. Observatório das Metrôpoles
16. http://www.mj.gov.br/Senasp/prevencao/prevencao_observatorio.htm. Observatório Democrático de Práticas de Prevenção à Violência e Criminalidade
17. <http://www.nev.prp.usp.br/observatorio/index.html>. Observatório de Direitos Humanos
18. www.observatorio.setrab.rj.gov.br/ Observatório de emprego e de renda
19. www.unb.br/fs/opsan/. Observatório de Políticas de segurança Alimentar e Nutrição
20. www.oppi.org.br/. Observatório de Políticas Públicas de Inovação
21. <http://www.observapoa.palegre.com.br/default.php>. Observatório de Porto Alegre
22. www.isaude.sp.gov.br/observatorio/inicial.htm. Observatório de Saúde Bucal
23. portal.saude.gov.br/portal/sas/strabalhador/default.cfm. Observatório de Saúde do Trabalhador

24. <http://www.oti.ipt.br/>. Observatório de tecnologia e informação
25. observatorio.ucb.unesco.org.br/. Observatório de violências nas escolas
26. <http://observatorio.softex.br/>. Observatório Digital SOFTEX
27. <http://www.observatorio.sp.gov.br/>. Observatório do Futuro do Trabalho
28. www.quatre.com.br/emprego/materia.asp?cod_mat=28. Observatório do Trabalho (Quatre)
29. http://www.polis.org.br/tematicas.asp?cd_camada1=12&cd_camada2=70. Observatório dos Direitos do Cidadão
30. www.picica.com.br/picica.htm. Observatório dos Sobreviventes (PICICA)
31. www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/home.php?pagina=conteudo.php&Area=Noticia&Num=244. Observatório: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde
32. <http://www.nea.org.br/observatorio/revista/art1.htm>. Observatório Internacional.
33. http://www.bcn-entitats.org/oidp/prova/castella/h_que.php. observatórioInternacional da Democracia Participativa
34. <http://www.uff.br/obsjovem/index.htm>. Observatório Jovem do rio de Janeiro
35. <http://www.lpp-uerj.net/olped/default.asp>. Observatório Latino Americano de Políticas Educacionais
36. <http://www.osm.org.br/index.html>. Observatório Mental e Direitos Humanos
37. <http://www.on.br/>. Observatório Nacional
38. http://www.onsa.pt/index_86.html. Observatório Nacional de Saúde.
39. www.sosmatatlantica.org.br. Observatório Parlamentar da Mata Atlântica
40. <http://observatorio.iuperj.br/index.htm>. Observatório Político Sul-americano
41. www.observaport.org/. Observatório Português dos Sistemas de Saúde
42. www.observatorio.org.br/. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade Metropolitano de Curitiba
43. www.nead.org.br/boletim/boletim.php?boletim=148¬icia=264. Observatório Rural
44. www.fundaj.gov.br/observanordeste/ob01.html. Observatório Social do Nordeste.
45. www.portalafro.com.br/fsm2003/internet/ednaroland.htm. Portal Afro

46. <http://www.portalsocial.ufsc.br/observatorio.htm>. Portal Social
47. www.saoluis.br/SAOLUIS/paginas/responsabilidade.html. Projeto Observatório Social das Relações de Consumo
48. <http://www.saci.org.br/>. Rede SACI
<http://www.on.br/>. Observatório Nacional



CONTRA-REGRAS DO CENÁRIO DA SAÚDE: OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM FOCO

*Walter Henrique Broock Neto
Sônia Beatriz Cimirro Guterres
João Francisco Viero
Vanessa de Azevedo Ribeiro
Aline Alano Del Pino
Aline Godoy Justo*

CONTRA-REGRAS DO CENÁRIO DA SAÚDE: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM FOCO

*Walter Henrique Broock Neto
Sônia Beatriz Cimirro Guterres
João Francisco Viero
Vanessa de Azevedo Ribeiro
Aline Alano Del Pino
Aline Godoy Justo*

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à saúde brasileira se operacionaliza, dentre outras estratégias, através do Programa de Agentes Comunitários da saúde. Estes trabalhadores inserem-se nas equipes de Saúde da Família de modo diferenciado, visto a perspectiva de resgate do atendimento domiciliar no contexto de vida das comunidades adscritas por uma unidade do Programa de Saúde da Família.

Diante desta característica fundamental e basilar para a articulação das rotinas de trabalho do Programa de Saúde da Família, é imperativa a investigação de como interagem as relações de trabalho estabelecidas pelo Agente Comunitário de Saúde com os demais membros da equipe de Saúde da Família a que se articula, e sua inserção na comunidade, enquanto recurso humano da saúde.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde ganha o reconhecimento dos membros da comunidade, que são conscientes do trabalho que os agentes levam a zonas isoladas, onde não chega ninguém de outra instituição. Ao que parece, esta estratégia serve para esconder, de algum modo, o abandono que algumas regiões do País sofrem por parte do Estado. Na dinâmica do serviço comunitário, o trabalho desenvolvido pelos agentes potencializa sua própria evolução pessoal, pois eleva o conceito que tem de si mesmo e, às vezes, muda seus projetos para o futuro. (LOPES-QUINONES, 1999, p. 10, tradução nossa).

Sendo parte integrante do conjunto de trabalhadores que constroem e

reconstroem cotidianamente os pressupostos do Sistema Único de Saúde, evidencia-se desta forma o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de atenção à saúde em implementação.

É necessário o conhecimento das esperanças e dos desejos de uma comunidade. Sem isso, talvez seja difícil ajudar as pessoas. A inserção da comunidade é fundamental para um processo participativo de mudanças, com isto, “Os serviços destinados a ajudar as pessoas serão mais eficazes se elas mesmas participar de sua planificação e estabelecimento” (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983, p. 10, tradução nossa).

Investigar e conhecer as interfaces do trabalho cotidiano desse sujeito é objetivo proposto, considerando que “o agente comunitário de saúde tem papel fundamental, pois por ser um morador da comunidade onde atua, conhece melhor as pessoas e seus problemas” (BRASIL, 2004a, p. 6). Sendo assim, é um agente facilitador da integração dessa comunidade com a equipe de saúde que é responsável por aquele território. Como fruto desse trabalho surgirão informações de ordem qualitativa para apropriação e refinamento de conhecimentos que subsidiem estratégias e planejamento de ações e atribuições desse trabalhador.

Porém, de nada adianta a produção de informações técnicas se estas estiverem dissociadas da sensibilidade na sua aplicação:

A habilidade e as atitudes sociais são elementos de dinâmica, motivação e responsabilidade interpessoais que impulsionam os indivíduos a contribuir com o mundo em que vivem. Estas atitudes têm importância decisiva na aplicação dos conhecimentos técnicos quando os trabalhadores atuam em interação com indivíduos e comunidade (DURANA, 1982, p. 8, tradução nossa).

A possibilidade de intervir na realidade da saúde do Estado concretiza-se na medida em que conhecemos as especificidades do dia-a-dia de trabalho de cada agente, quantificando-o como recurso humano da saúde, possibilitando otimizar espaços propícios de atuação, junto aos sujeitos que são a essência do trabalho dos mesmos.

A inflexão recente da política desenvolvida para a área de recursos humanos em saúde, com especial mudança no pensar “o que fazer e com quem” vem utilizando parcerias com diversas instâncias atuando

tes no processo. Em prática, por um lado, pode agregar o desenvolvimento de uma consciência avaliativa, por outro lado, pode apontar para transformações de métodos e conteúdo que reconfigurem a qualidade da prática profissional em saúde (BRASIL, 2003a. p. 78).

O vínculo profissional do ACS é um assunto que certamente será questionado nesta pesquisa. O desenho que temos hoje é que, embora no Rio Grande do Sul (RS), por força do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) elaborado entre Ministério Público Estadual, Ministério Público do Trabalho, Tribunal de Contas, Federação dos Municípios do RS (FAMURGS), Associações dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) e Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do RS, a situação jurídica do ACS expresse ligeira tranquilidade, há que se buscar uma solução definitiva, sem descaracterizar o foco principal alicerçado na confiança e inter-relacionamento com os membros da comunidade onde atua. Há toda uma preocupação por parte da Secretaria de Saúde no sentido de manter a característica básica do ACS e seu vínculo com a comunidade, sem ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Embora o trabalho dos ACS passe a ser reconhecido como profissão pela Lei Federal nº. 10.507 de 10 de junho de 2002 (UM PASSEIO, 2005; BRASIL, 2002), falta ainda definir algumas regras como formação, função e autonomia, o que não poderá, de forma alguma, ser desconsiderado, é o foro principal – seu vínculo com a comunidade onde atua. “Grande parte de nossa educação provém de nosso meio – o lugar onde vivemos, nossa família e a sociedade. Aprendemos diretamente de nossa própria experiência e indiretamente dos demais” (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1980,p. 288, tradução nossa).

Nesse sentido, faz-se mister alterar a legislação atual. Tramita, no Congresso Nacional, Proposta de Emenda Constitucional (PEC) tendente a alterar o Inciso II do Artigo 37 da Carta Magna, determinando que os ACS sejam contratados através de Processo Seletivo Público, cujas regras, diferentemente do concurso, podem ser definidas de acordo com a necessidade do contratante. Isso daria a possibilidade de exigir que o trabalhador residisse na região, não virasse servidor público e fosse contratado de forma indireta. Sem alterar o conteúdo, a Comissão de Constituição e Justiça aprovou substitutivo que altera as modificações do artigo 37 para o artigo 198 (ACS, 2004).

Em suma, é importante respeitar o artigo 122 da norma que estabelece a Formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Por derradeiro, vale destacar

os números extraordinários obtidos em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstrando que a cada 10% de aumento de cobertura do programa de Agentes Comunitários de Saúde, o índice de mortalidade infantil cai para 4,6% (BRASIL, 2005).

Somente isso justifica atenção, investimentos, e reconhecimento do trabalho dos ACS, como pilares na construção e consolidação de melhores índices de Saúde para a população brasileira.

Importante ressaltar que, a partir de 26 de março de 2006, a nomenclatura Programa Saúde da Família (PSF), foi substituída pela Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com a Portaria 648 de 26 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica. Assim sendo, deixa de ser somente um Programa e passa a ser uma Política de saúde (BRASIL, 2006b).

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

Caracterizar o perfil epidemiológico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de Porto Alegre, no ano de 2006 na data desta pesquisa.

Investigar quais são as relações de trabalho dos ACS's em seu lócus de atuação na realidade de saúde de Porto Alegre.

Objetivos Específicos

- ❖ Caracterizar o perfil epidemiológico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de Porto Alegre, segundo variáveis sociodemográficas.
- ❖ Investigar a inserção do ACS nas rotinas de trabalho de uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto sujeito de articulação da comunidade com a equipe de profissionais.
- ❖ Conhecer a perspectiva de trabalho de um ACS através de sua fala.
- ❖ Investigar o papel do ACS numa equipe de ESF através de sua perspectiva de análise.
- ❖ Dispor informações qualitativas referentes ao protagonismo do ACS no contexto de uma equipe de Saúde de Família (ESF).
- ❖ Contribuir com o estímulo à reflexão sobre as práticas exercidas por este sujeito no cenário da saúde atual.

METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou uma abordagem quantitativa e qualitativa.

DELINEAMENTO

O tipo de delineamento utilizado nesta pesquisa, foi o de série de casos. O mesmo caracteriza-se por ser um estudo descritivo, não controlado, onde a unidade de coleta de dados é o indivíduo. Para este trabalho, utilizamos uma série de casos, composta de 82 Agentes Comunitários de Saúde- ACS's da cidade de Porto Alegre que fizeram parte desta pesquisa (GUTERRES, 2003).

POPULAÇÃO EM ESTUDO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A população em estudo foi a mesma que consta no objetivo geral proposto.

Caracterizar o perfil epidemiológico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de Porto Alegre, no ano de 2006, na data desta pesquisa.

Investigar quais são as relações de trabalho dos ACS's em seu lócus de atuação na realidade de saúde de Porto Alegre.

Para a caracterização do perfil epidemiológico dos ACS's de Porto Alegre, e para investigação das relações de trabalho, foram utilizados dados primários através de entrevistas com questionários semi-estruturados elaborados para esse fim (Apêndice A).

A área de atuação das ESF's é dividida geralmente em 4 micro-áreas, sendo que cada ACS responde por uma dessas micro-áreas. Algumas equipes possuem 5 ou 6 micro-áreas. Para fins de cálculo desta pesquisa, do número total de ACS's em Porto Alegre, considerou-se como parâmetro, 4 ACS's por equipe, mesmo eventualmente tendo equipes com 3 ou mais que 4 ACS's, conforme o número de micro-áreas que possuem.

No caso, para esta pesquisa, foi estabelecido pelos pesquisadores, que seria entrevistado um ACS de cada equipe de ESF de Porto Alegre, abrangendo representantes de toda cidade (em torno de 25% do total de ACS's). Foi realizado um mapeamento dos PSF's do município, de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (Apêndice B). Cabe ressaltar que embora o GHC tenha 12 ESF's, 2 (duas) delas não

possuem ACS's, tendo ficado 10 ESF's participantes desta pesquisa. Os ACS's que desenvolvem suas atividades na PMPA, são em sua quase totalidade terceirizados pela FAURGS, com exceção de 2 ESF's em que os ACS's são vinculados à Associação dos Funcionários do Hospital Moinhos de Vento (AFHMV), desempenhando suas atividades nas equipes de ESF's da PMPA.

A escolha dos ACS's para participação nesta pesquisa foi através de sorteio. Após a realização do mesmo, os ACS's da micro-área 2 (dois) é que foram sorteados. Caso o titular dessa área estivesse em férias ou outra situação, o ACS que o estivesse substituindo seria entrevistado. Em caso de recusa de participação na pesquisa por parte dos ACS's da micro-área 2 (dois), os ACS's pertencentes à micro-área 4 (quatro) seriam entrevistados. Caso não tivesse aceitação de participação na entrevistas, nenhum outro seria entrevistado.

Nas outras situações que não tinham essa divisão de micro-áreas, como no caso da Equipe de Saúde da Família Sem Domicílio, foi realizado sorteio para identificação do respectivo ACS a ser entrevistado.

Cabe ressaltar que não houve recusa de participação na mesma por parte dos ACS's.

Nossa amostra inicial de um ACS por equipe nos daria 89 entrevistas; foram realizadas 82 entrevistas válidas. Nossa perda foi de 7 ACS's pelos motivos citados a seguir: 4 (quatro) foram excluídos pelos pesquisadores, após constatadas informações de que, a pedido das coordenações de 2 ESF's, as entrevistas foram realizadas com 2 ACS's, concomitantemente na mesma sala e horário para otimizar o tempo.

Visto que esta situação fugiu à estratégia preconizada que buscava, através da entrevista individual, garantir sigilo e espontaneidade do entrevistado, as entrevistas realizadas com os mesmos foram excluídas.

Não foram entrevistados 2 (dois) ACS's que estavam em fase inicial de contrato, não tendo ainda tido contato com o trabalho do ACS's e 1 (um) ACS não foi entrevistado até a data de encerramento da coleta de dados. A amostra ficou restrita a 82 (oitenta e dois) ACS's.

As entrevistas não foram gravadas, tendo sendo diretamente transcritas para o questionário (APÊNDICE A).

RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Este trabalho foi desenvolvido pelos pesquisadores e três bolsistas contratados e capacitados para tal objetivo, nas fases de coleta e análise de dados.

FONTE DE FINANCIAMENTO

O Projeto “Contra-Regras do Cenário da Saúde: os agentes comunitários da saúde em foco” teve recursos definidos através do Plano Diretor da Estação – ESP/RS, da Rede do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - RORHES através da carta acordo firmado entre Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FAURGS e a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS).

COLETA DE DADOS

A pesquisa de campo deu-se no ano de 2006, desde sua elaboração até o período de outubro de 2006.

Tivemos um atraso de 4 (quatro) meses para o início da coleta de dados dentro do que havia sido previsto, visto a demora na liberação da mesma por parte dos locais a autorizarem, sendo o Comitê de Ética do GHC 2 (dois) meses até a liberação e, na Prefeitura de Porto Alegre, 4 (quatro) meses aguardando liberação da coordenação da Atenção Básica para posteriormente ser enviado para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal da saúde (SMS).

Para a caracterização do perfil epidemiológico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de Porto Alegre, e para investigação das relações de trabalho, os indivíduos selecionados para fazerem parte deste estudo foram entrevistados com o auxílio de questionários semi-estruturados, elaborados para este fim.

Os ACS's entrevistados, foram antecipadamente contatados e agendado data e horário para sua realização, com a devida autorização de sua chefia imediata. O contato com suas chefias deu-se através de participação dos pesquisadores em uma reunião da coordenação de PSF's, tendo estes coordenadores posteriormente contatado cada chefia imediata dos PSF's.

Cada entrevista levou em torno de 90 minutos, onde foram registradas diretamente no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis, indicadores e categorias utilizadas neste trabalho para a caracterização do perfil epidemiológico e sócio-demográfico dos ACS's de Porto Alegre, estão apresentados no quadro 1, (APÊNDICE C).

ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto, tendo sendo entrevistados 6 (seis) ACS's das micro-áreas 1 (um) e/ou 3 (três), de acordo com sorteio das ESF's de Porto Alegre.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 1998) e teve autorização dos Comitês de Ética da Secretaria de Estado de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), tendo sido considerado pelos mesmos, como de interesse para as respectivas instituições.

Os ACS's, somente participaram deste estudo, após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Cada um dos entrevistados ficou com uma cópia do termo para contato com os pesquisadores, caso assim o desejassem, para o esclarecimento de dúvidas ou desistência da participação no estudo (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; POLIT; HUNGLER, 1995; PRUDENTE, 2000).

Os resultados deste trabalho serão encaminhados na forma de relatório, ao Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-PMPA), FAURGS, AFHMV e demais órgãos governamentais que atuam com ESF's, além de divulgação em eventos de saúde e publicação de artigos científicos, respeitando os preceitos éticos de sigilo dos entrevistados.

PROCESSAMENTO E CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS

Os sujeitos deste estudo foram entrevistados com o auxílio dos questionários referidos no item 3.4 (APÊNDICE A). Após as entrevistas, as perguntas

fechadas foram codificadas, tabuladas e digitadas em bancos de dados que foram construídos especialmente para esse fim com o uso de planilhas no Excel.

O controle de qualidade foi realizado, inicialmente, com a impressão de todos os dados para conferência da digitação com os registrados nos instrumentos de coleta de dados. Após corrigidos os problemas de digitação, foi realizada a análise de coerência e consistência dos dados.

As respostas às perguntas abertas foram digitadas em um arquivo do Word 2003 para a realização da análise de conteúdo. Uma vez definidas as categorias a serem trabalhadas, elas foram descritas, codificadas e digitadas nos bancos de dados do Excel.

ANÁLISE DOS DADOS

Conforme mencionado anteriormente, foi utilizada uma abordagem quantitativa e qualitativa.

Neste trabalho, a análise de conteúdo teve como objetivo, a preservação da essência das respostas. Esta pesquisa envolveu profissionais da saúde (Agentes Comunitários de Saúde- ACS's) que trabalham em equipes multiprofissionais das Estratégias Saúde da Família- (ESF's) de Porto Alegre-RS no ano de 2006.

Quando num estudo qualitativo, o mesmo deve descrever, compreender e explicar a realidade que se está buscando pesquisar (MINAYO; SANCHEZ, 1993). Esse foi um dos objetivos deste estudo, pois, trabalhando com a questão das visitas dos ACS's nos domicílios e as demais atividades por eles executadas no seu exercício profissional, buscou-se conhecer como os ACS's vêem seu papel nesse contexto da saúde.

Análise Quantitativa

As variáveis de interesse foram estudadas em relação a sua distribuição absoluta e percentual, quando pertinente, com o auxílio da estatística descritiva, sendo apresentadas na forma de gráficos e/ou descritas no texto.

Análise Qualitativa

A análise de conteúdo é uma técnica que apresenta as características de objetividade, sistematização e inferência, aplicadas à análise de materiais escritos ou verbais, usada para mensurar as variáveis. Essa técnica foi utilizada para o tratamento do material fornecido nas perguntas abertas dos questionários dos ACS's.

Entre as diferentes possibilidades de análise do material qualitativo, foi utilizada a análise temática. Isso significou pelos pesquisadores, buscar encontrar os “núcleos de sentido” que estão presentes nas palavras, frases ditas pelos entrevistados ou resumos (MINAYO, 1992).

Segundo Bardin (1979), o tema é a unidade de significação que flui naturalmente de um texto.

Para este trabalho, selecionamos várias categorias temáticas que despontaram através da análise do material das entrevistas realizadas com os ACS's.

As mesmas encontram-se nos resultados e análise dos dados.

CRONOGRAMA

PLANO DE PESQUISA		
ANO	Período	Atividades
2005	Outubro	Apresentação do projeto para a entidade parceira. Seleção da Equipe de Pesquisadores.
	Novembro	Capacitação para equipe de pesquisadores para pesquisa qualitativa e quantitativa Aproximação Teórica ao objeto de investigação
	Dezembro	Capacitação para equipe de pesquisadores para pesquisa qualitativa e quantitativa Apresentação do projeto de pesquisa para os representantes municipais de saúde
2006	Janeiro	Seleção da amostra de unidades de PSF envolvidas
	Fevereiro	Seleção dos bolsistas da pesquisa
	Março	Encaminhamento do projeto para SMS (PMPA)
	Abril	(Atenção Básica)
	Maio	Capacitação dos bolsistas para aproximação ao objeto de investigação
	Junho a agosto	Início da coleta de dados
	Setembro	Aguardando liberação do projeto pela SMS (PMPA)
	Outubro	(Atenção Básica)
	Novembro	Projeto Piloto no Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa, cuja amostra é altamente significativa, revelam o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de Porto Alegre, expressando, em toda sua amplitude, a interatividade do trabalho, nos aspectos de relação com a comunidade, necessidade de qualificação continuada através da educação permanente, rotinas e relações de trabalho, bem como perspectivas atuais e futuras.

Para melhor análise e compreensão das respostas obtidas, os temas foram segmentados em VII blocos de perguntas, a seguir relacionadas:

I - Identificação

II - Relações com a comunidade

III - Educação permanente (Treinamentos/ Cursos)

IV - Rotina de trabalho (Papel)

V - Relações de trabalho

VI - Perspectivas atuais

VII - Perspectivas futuras

Vale destacar, por oportuno, que em vários quesitos as respostas fornecidas pelos entrevistados foram mais de uma, resultando em número superior de respostas, entretanto, o percentual adotado como critério ficou restrito ao total de ACS's (82).

Análise dos dados do Bloco I (Identificação)

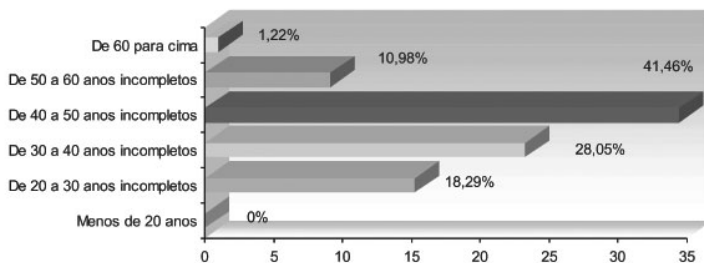
Este bloco aborda os aspectos relacionados ao perfil dos ACS's especificamente quanto a: sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de trabalho como ACS e órgão contratador (vínculo profissional) ao qual pertence.

Sexo

Encontramos apenas 11 ACS's (13,4%) do sexo masculino, e a quase totalidade do sexo feminino, 71 ACS's (86,6%).

Observou-se que as mulheres são a grande maioria nesta profissão, sendo que os homens, embora aceitos como ACS's, ainda estão em pequeno número.

FAIXA ETÁRIA



FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006.

Quanto à faixa etária, a que mais concentrou ACS's foi aquela pertencente ao intervalo compreendido entre os 40 aos 50 anos incompletos, com um total de 34 ACS's, revelando que a maioria dos ACS's são pessoas em idade adulta madura. Outro grupo de ACS's, contando com 23 pesquisados, localizou-se na faixa etária correspondente aos 30 a 40 anos incompletos. Temos que 15 ACS's situam-se entre 20 a 30 anos incompletos. Na faixa etária dos 50 aos 60 anos incompletos, encontramos um total de 9 ACS's. A partir dos 60 anos, foi possível detectar apenas 1 agente, ao passo que na faixa referente a profissionais com idade inferior a 20 anos, nenhum ACS foi percebido.

Convém esclarecer que não existe um limite de idade para que o cidadão possa pertencer ao quadro de ACS. Não obstante, a idade mínima para ocupar esta função é de 18 anos.

ESCOLARIDADE

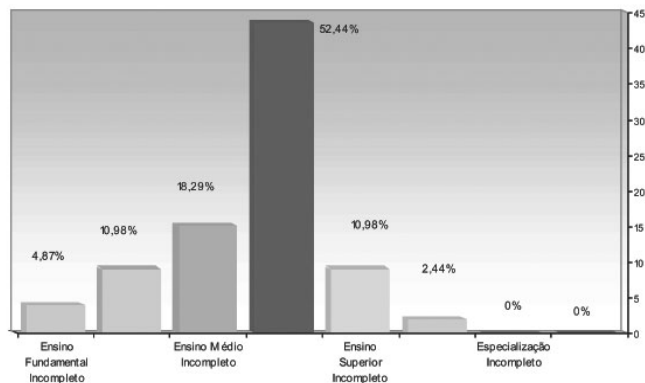


Gráfico 2 - Escolaridade dos ACS's de Porto Alegre-RS no ano de 2006.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006.

No que tange à escolaridade dos ACS's da cidade de Porto Alegre no ano de 2006, pode-se constatar que 43 deles concluíram o Ensino Médio; 15 outros não completaram tal nível de escolaridade. Que 9 ACS revelaram ter completado o Ensino Fundamental; outros 9 indivíduos referiram não ter completado o Ensino Superior. Temos ainda, que 4 ACS's anotaram não ter completado o Ensino Fundamental; 2 indivíduos declararam ter concluído o Ensino Superior. Também foi possível observar que não foram encontrados ACS's que tenham ultrapassado o Ensino Superior Completo ou realizado algum tipo de especialização, de forma completa ou incompleta.

Isto posto, é possível inferir que mais de 50% dos ACS's possuem o Ensino Médio Completo, o antigo 2º grau. Atualmente, para que se possa ingressar na profissão de ACS, é obrigatório que o pretendente tenha concluído o Ensino Médio como determina a Lei 10.507, de 10/07/2002 (BRASIL, 2002b). No período que precede à referida Lei, exigia-se apenas que o indivíduo soubesse ler e escrever. Nesta amostra, temos que 28 ACS's estão abaixo do atualmente exigido pela Lei supra citada, embora isso não inviabilize suas atividades, visto que os mesmos iniciaram o seu trabalho como ACS, antes da vigência da mesma.

TEMPO DE TRABALHO

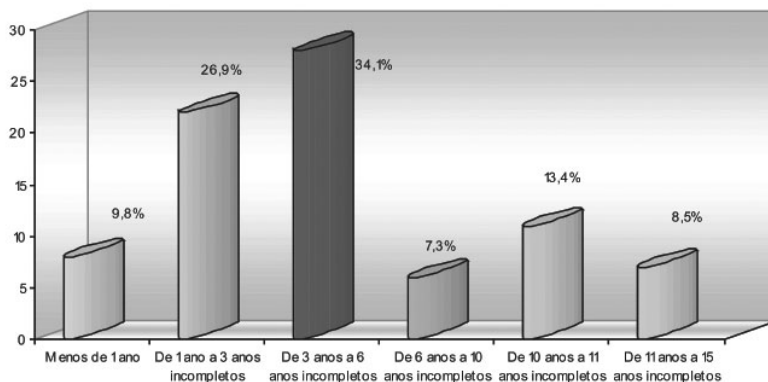


Gráfico 3 - Tempo de Trabalho dos ACS's de Porto Alegre - RS no ano de 2006.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006.

No que diz respeito ao tempo de trabalho dos ACS's de Porto Alegre, foi possível perceber que o período de tempo trabalhado como ACS, o que mais concentrou os entrevistados foi de 3 a 6 anos incompletos; que 22 ACS's desen-

volveram essas atividades em um período compreendido entre 1 a 3 anos incompletos; outros 11 entrevistados executaram suas atividades por um período de 10 a 11 anos incompletos. Dos 82 ACS's, 8 deles trabalharam em período inferior a 1 ano, enquanto 7 destes indivíduos exerceram tarefas entre o período de 11 a 15 anos incompletos. Os últimos 6 indivíduos que completam a amostra, incorporam o grupo de ACS's cujo período trabalhado é situado entre 6 a 10 anos incompletos. Esses dados nos levam a concluir que a experiência dos mesmos como ACS's já ultrapassou a fase de adaptação, permitindo-lhes já terem traçado uma trajetória em sua profissão.

LOCAL DE TRABALHO

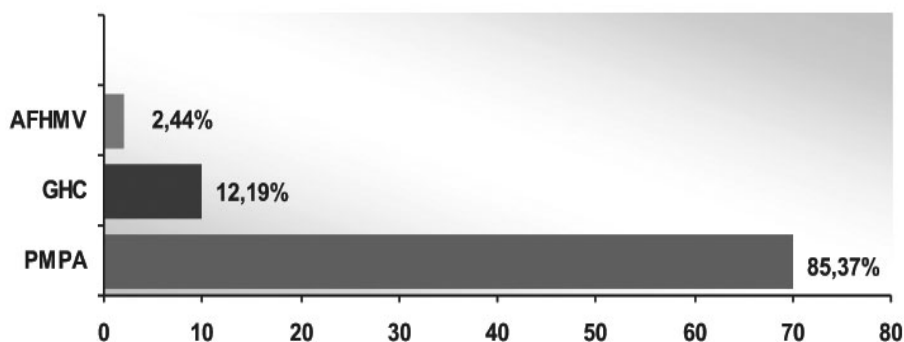


Gráfico 4 - Local de Trabalho dos ACS's de Porto Alegre - RS no ano de 2006.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006.

Com referência ao órgão de trabalho aos quais pertencem os 82 ACS's participantes desta pesquisa, temos como resultados obtidos, que 70 deles foram inseridos no trabalho de ACS através de um processo de terceirização, mediante contratação junto à Fundação de Apoio a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), desvinculando estes profissionais do quadro dos funcionários da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Outro órgão de trabalho que se faz representar nesta pesquisa é o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com a participação de 10 ACS's, sendo que 8 deles pertencem ao quadro de funcionários deste hospital e os outros dois são contratados pela FAURGS.

Por fim, temos que a Associação dos Funcionários do Hospital Moinhos de Vento (AFHMV), contribui com 2 ACS's entrevistados, sendo que os mesmos exercem suas atividades nas ESF's da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), através de um convênio entre os mesmos.

Análise dos dados do Bloco II (Relações com a Comunidade)

O primeiro quesito do bloco II trata da relação dos ACS's com a comunidade.

A unanimidade dos entrevistados respondeu ótima e boa a sua relação com a comunidade, com percentuais respectivos de 12,08% e 87,92%. Outras respostas como regular ou ruim não foram citadas, dando a compreender que existe um inter-relacionamento afetivo entre o agente e a comunidade em que ele atua. A resposta do ACS 85 ratifica os resultados encontrados: "É muito boa, fantástica: no começo teve um pouco de resistência agora querem que a gente entre na casa deles e tome até café".

Observamos que a grande maioria dos ACS's refere ter uma boa relação com a comunidade. Poucos são os ACS's que referiram o contrário.

A interação dos ACS's com a Comunidade é fundamental para o pleno desenvolvimento das suas atividades (BRASIL, 2003b). Algumas resistências iniciais são observadas e relatadas pelos ACS's.

Passado essa fase de conhecimento mútuo, é esperado que a confiança no trabalho dos ACS's seja alcançada e, a partir daí o desenvolvimento do trabalho dá-se da forma esperada. É necessária a participação da comunidade no seu processo de saúde. Os ACS's e os demais profissionais das ESF's podem orientar/tratar, mas, se a população não está aberta para tal, o processo torna-se mais difícil e às vezes inexitoso.

Nos aspectos referentes a se a comunidade assimila as orientações repassadas pelos ACS's, as variáveis encontradas foram: sim, não e parcialmente. Destas, 36 ACS (43,90%) responderam que sim, 2 ACS's (2,43%) que não e 44 ACS's (53,65%) entrevistados revelaram que houve parcial assimilação das orientações repassadas.

Os 2 que destacaram que não houve assimilação descreveram como motivo, nas suas concepções, que isso poderia ser creditado à drogadição e por conveniência, conforme as respostas do ACS 14: "Não, só quando é conveniente para o usuário"; e o ACS 55 – "Não assimilam, pois a grande parte dos usuários são drogados".

A parcial assimilação foi a categoria que mais concentrou respostas. As orientações de saúde e em geral, são uma das atividades dos ACS's, que vão desde orientação sobre vacinas, pré-natal, funcionamento e rotinas das ESF's, bem como orientações dos mais diversos assuntos.

Sobre se são procurados para esclarecerem situações de saúde, 100%

responderam que sim. Inclusive foi citado ainda por 17 ACS's (20,73%) que são procurados também fora do horário de trabalho e 16 ACS's (19,51%) citaram que além de questões de saúde, são procurados na Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou quando saem para visitas domiciliares (VD's), para esclarecimento de outras dúvidas como: horário de funcionamento do posto, dos atendimentos médicos, marcação de consultas, questões intra-familiares, questões religiosas, políticas, esgoto, lixo, atestados, hospitalizações, informações sobre INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), entre outros.

Na questão referente a se a comunidade demonstra confiança no trabalho dos ACS's, temos as variáveis sim e parcialmente. Responderam sim 76 ACS's (92,68%) e parcialmente 6 ACS's (7,31%).

Na categoria "sim", temos uma fala que ilustra bem a confiança da comunidade nos ACS's: ACS 42: "Demonstram. Com o tempo eles foram construindo uma relação de confiança, carinho, doação e amor. Sem ter feito jura de ética, precisamos ter bastante ética com os pacientes". No parcialmente, temos como exemplo: ACS 43: "A grande maioria demonstra confiança, alguns não dão bola para as informações que passamos".

As orientações sobre situações em geral de saúde e/ou cuidados específicos são algumas das atribuições dos ACS's, e são um dos principais propulsores de saúde e qualidade de vida.

A Atenção Básica de Saúde deve ser a porta de entrada da comunidade aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Quanto mais orientados e cientes dos riscos que as doenças podem causar, menos chances de virem a necessitar de um nível secundário de saúde (hospitalizações).

Cabe a cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) estar atenta às necessidades e dificuldades de suas comunidades, pois com um trabalho em conjunto, da equipe e aceitação da comunidade, a saúde da população tende a melhorar. Os ACS's têm um importante papel, pois são eles que fazem o elo de contato da comunidade com a equipe da ESF. O fato dos ACS's morarem na comunidade é um dos facilitadores para que sua aceitação seja vista com bons olhos pelos integrantes dessas comunidades.

O vínculo estabelecido é um dos fatores que interferem positiva ou negativamente na confiança gerada. Cabe aos ACS's, embora moradores da comunidade, saber lidar com essa dualidade de serem moradores e também profissionais de saúde, conhecedores da realidade da comunidade onde realizam suas atividades como ACS.

Questionados sobre se a comunidade traz situações para serem discutidas na equipe de trabalho, temos que apenas 2 ACS's relataram que não (2,43%), e a grande maioria 80 ACS's (97,56%), relataram que sim.

Dos que responderam não, temos como exemplo a seguinte fala:

ACS 72: “Com a equipe não, comigo bastante”. Dos que citaram sim, temos a fala do ACS 37: “Sempre trazemos situações para discutir com a equipe. Nada é resolvido individualmente e sim em equipe”.

As reuniões de equipe, geralmente realizadas uma vez por semana, são um importante momento para trocas de informações referentes a situações no que tange a equipe e/ou comunidade. Os ACS's, conhecedores dos moradores de suas micro-áreas, trazem informações importantes sobre a saúde dos mesmos e situações outras que possam interferir direta ou indiretamente sobre a saúde da sua comunidade. Através do repasse de informações, os profissionais podem elaborar estratégias para um melhor resultado aos objetivos que pretendem alcançar.

Referente à utilização de espaços sociais para a divulgação de atividades, temos que 81 ACS's (98,78%) informam que utilizam algum espaço social da comunidade, como escolas, creches, bares, comércio em geral, igrejas, clube de mães, pastoral da criança, salão de festas, associação de moradores, praça, entre outros.

Embora 5 ACS's (6,09%) tenham anotado a palavra “não” no início de sua fala, logo após citaram locais sociais onde realizam suas atividades. Sendo assim, foram categorizadas como “sim” as suas respostas. Os bares foram considerados como “sim”, visto que vários ACS's utilizam-se desses espaços comerciais para a divulgação verbal de suas atividades e como local de fixação de cartazes informativos, uma vez que também, esses locais situam-se como ponto de encontro dos moradores pertencentes à comunidade. O que referiu “não”: ACS 1- “Não temos usado, mais sala de espera, boca a boca”.

Não foi considerado como espaço social, visto ser um espaço pertencente à UBS e não um local externo de acesso à comunidade, embora circulem pessoas diariamente.

A participação da comunidade nas atividades é fundamental para o êxito das mesmas, e, todos os meios de divulgação disponíveis são utilizados pelos ACS's. Cada profissional conhecedor de sua realidade sabe quais os locais que pode utilizar para atingir um maior público. Quanto mais apoio e divulgação os ACS's conseguem, maiores os resultados esperados.

Em relação a aceitação das famílias em receberem visitas domiciliares (VD's), 57 ACS's (69,51%) responderam que são bem aceitos pela comunidade, embora tenham enfrentado certa resistência no início do desenvolvimento de suas atividades, mas que esta resistência se estendeu até que os ACS's se tornassem conhecidos na comunidade, que passou a confiar no seu trabalho. Esta variável pode ser ilustrada por esta frase: ACS 10: "Como a maioria nos conhece, a maioria já nos convida para entrar, não abrem só as portas da casa como a vida delas também, na verdade o agente acaba fazendo o papel de terapeuta, psicólogo".

Temos também que 24 ACS's (29,26%) destacaram que a maioria aceita, apresentando restrições dos demais. Destacamos a seguinte fala: ACS 3: "Assim, de um modo geral a maioria recebe bem, mas tem umas exceções que tem medo porque não nos conhecem".

Ainda foi possível identificar como sendo difícil, por 1 único ACS (1,21%), a aceitação das famílias em receber visitas domiciliares. ACS 23: "É sempre difícil, porque tu tá invadindo o espaço, às vezes não oportuno";

As VD's são uma das principais atividades executadas pelos ACS's. Através delas são coletadas informações necessárias para a equipe realizar o diagnóstico da comunidade, frente à situação de saúde, condições de moradia, saneamento e outros.

Outra questão abordada nesta pesquisa, foi a pergunta sobre como o ACS se articula com a comunidade para o desenvolvimento de campanhas de saúde ou outras atividades. As variáveis desta questão incluem: 60 ACS's (73,17%) realizam suas atividades através da divulgação boca a boca nas VD's em geral; que 31 ACS's (37,80%) se utilizam de folders, panfletos e prospectos; outros 19 ACS's (23,17%) divulgam maiores informações por meio de cartazes; um grupo de 7 ACS's (8,53%) apresenta como estratégia de trabalho a reunião em postos de saúde e formação de grupos comunitários; um segundo contingente de 7 ACS's (8,53%) faz alianças com proprietários de estabelecimentos comerciais para realização de suas atividades; 6 ACS's (7,31%) fazem parcerias com creches e/ou escolas. Que um grupo de 5 ACS's (6,09%), individualmente, estendem relações com associações de moradores e, com isso, abrangendo um grande contingente de moradores para divulgação e execução de suas tarefas. Encontramos 4 ACS's (4,87%) que referiram realizar planejamentos em equipe, enquanto outros 4 ACS's (4,87%) formam parcerias com lideranças comunitárias. Um grupo de 2 ACS's (2,43%) se articula com o Conselho

Local de Saúde, através de reuniões, para trabalhar com campanhas de saúde ou outras ações; enquanto outros 2 ACS's (2,43%) realizam buscas ativas dos moradores faltosos.

Individualmente, 9 ACS's (10,97%) empregam estratégias diferentes para executar suas atividades, sendo que um deles fez orientações prévias (campanhas de vacina); um outro desenvolveu suas ações em salas de espera, um outro ACS (1,21%) realizou reuniões, outro trabalha com parcerias, 1 ACS (1,21%) executou seus trabalhos em biblioteca; um outro ACS fez uso da Igreja para desenvolver suas tarefas; um ACS se utilizou da rádio comunitária para divulgar suas ações e um ACS declarou ter sentido dificuldade de participação da comunidade.

Isto posto, observa-se que os ACS's se utilizam dos meios disponíveis nas suas comunidades para um melhor e mais abrangente desenvolvimento de suas atividades laborais.

Análise dos dados do Bloco III (Educação Permanente: Treinamentos/cursos)

Outro questionamento feito aos entrevistados, foi referente à educação permanente, se ela auxilia ou interfere no seu trabalho.

Obtivemos a seguinte estratificação: importante para melhorar a aprendizagem, 41 ACS's (50%); não tem tido capacitações, 20 ACS's (24,39%); ajudam no trabalho, 10 ACS's (12,19%); são repetitivas, 4 ACS's (4,87%); deixam a desejar, 3 ACS's (3,65%); atrapalham, 2 ACS's (2,43%), mudam comportamento, 2 ACS's (2,43%).

Diante dessa realidade, quais sugestões poderiam melhorar o nível da educação continuada?

Obtivemos as seguintes categorias: aumentar as capacitações, (48 ACS's, 58,53%); continuar como está, 12 ACS's (14,63%); diversificar os assuntos, 10 ACS's (12,19%); consultar profissionais sobre os assuntos ministrados, 4 ACS's (4,87%) e ofertar curso Técnico de ACS, 4 ACS's (4,87%); não possui sugestões, 3 ACS's (3,65%) e 1 (1,21%), a resposta fugiu a pergunta.

A educação permanente é um importante instrumento educacional para melhorar o aperfeiçoamento profissional. Através dos treinamentos/ capacitações os ACS's esclarecem suas dúvidas, atualizam seus conhecimentos, descobrem novos assuntos, novas formas de trabalhar e abordar situações de saúde

e outras necessárias para sua atividade profissional.

Quase 25% dos ACS's referiram não estarem tendo capacitações, o que é um fator preocupante, pois, eles necessitam das mesmas, visto a comunidade os solicitar. Constantemente para suprirem suas dúvidas sobre questões de saúde e outras em geral.

O fato de não terem capacitações pode dar-se por falta de profissionais para ministrarem, ou pelo número insuficiente de vagas para a demanda.

O aumento das capacitações foi sugerido por quase 60%, o que demonstra o interesse e necessidade das mesmas para um melhor desempenho de suas atividades.

Com referência aos cursos/capacitações que os ACS's gostariam que lhes fossem oferecidos, temos que os mais citados/solicitados, foram na área da saúde mental, por 12 ACS (14,63%); 11 ACS's (13,41%) responderam que gostariam de ampliar a sua capacitação em diabetes, hipertensão e vacinação. Capacitações sobre a saúde da mulher e do idoso foram sugeridas por 10 ACS's (12,19%) respectivamente. Do total de 82 entrevistados, 9 (10,97%) deles gostariam de participar de capacitações voltadas aos primeiros socorros e também 9 (10,97%), sobre gestantes. Citadas respectivamente por 8 ACS's (9,75%), os mesmos gostariam de participar de capacitações voltadas a AIDS, cursos de informática e todas as doenças. Ainda, que 7 ACS (8,53%) gostariam de saber mais sobre adolescentes e pré-adolescentes. Temos também que 6 ACS's (7,31%) desejavam uma capacitação relacionada a área de saúde em geral. Cinco ACS's (6,09%) expressaram o desejo de se capacitar/especializar em cursos pessoais, DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis), e dependência química. Outros 4 ACS's (4,87%) solicitaram capacitações, respectivamente nas categorias relacionadas a violência doméstica, violência sexual, relações humanas, planejamento familiar, pré-natal e crianças.

Com 3,65%, referente a 3 ACS's, foram citadas respectivamente, maiores informações sobre alimentação, curso Técnico para ACS, sobre hepatite, métodos contraceptivos, algo relacionados à assistência social e não sabe/ não respondeu.

A seguir, cada capacitação foi sugerida por 2 ACS's (2,43%): hanseníase, orientação sexual, como abordar pessoas, ambiente, higiene, cuidados com bebês e acamados e ética profissional.

Também foi possível averiguar que, individualmente foram citadas as seguintes categorias: patologias; curso de humanização; anemia falciforme;

Citomegalovírus; desnutrição; rotinas de trabalho; alcoolismo; pré-nenê; pré-crescer; mutirão de consultas; Alzheimer; puericultura; Mal de Parkinson; pacientes terminais; redução de danos; homossexualismo; doenças epidemiológicas; Vigilância Sanitária; doenças infecto-contagiosas; Zoonoses; grupos com psicólogos; Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); acompanhante terapêutico; pacientes crônicos; higiene bucal; aleitamento materno e cuidados com os próprios ACS's.

Partindo destas respostas, é possível destacar que a maioria dos cursos que os ACS's desejam realizar já são oferecidos na rede, embora estes não contemplem todos os ACS's, visto que as vagas oferecidas são em número inferior a demanda, sendo que geralmente alguns destes agentes participam de alguma forma dos cursos. E, embora tenham interesses e necessidade de participarem de outras capacitações, visto a necessidade de trabalho, não conseguem fazê-los. Essa demanda muitas vezes é suprimida através de treinamentos em serviço que são ministrados/ aplicados por enfermeiros das ESF's. Não obstante, devido à sobrecarga de trabalho de alguns enfermeiros, alguns deles não conseguem realizar essa atividade, geralmente semanal, estabelecendo-se um prejuízo na continuidade do treinamento dos ACS's.

Apesar de 8 ACS's (9,75%) terem expressado o desejo de realizar capacitação em informática, esta atividade não é uma rotina das ESF's, pois embora alguns deles executem tarefas nos computadores, esta prática não se apresenta como rotina no serviço ao qual estão ligados.

No tocante a curso Técnico para ACS's, 3 ACS's (3,65%), o solicitaram como importante para o seu crescimento profissional.

Importante destacar que este é um curso que está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde (MS), apenas o módulo I será feito inicialmente e para ter o mesmo concluído serão necessários três módulos.

Os ACS's geralmente demonstram grande interesse em aperfeiçoamento profissional, o que foi constatado nesta pesquisa frente as sugestões fornecidas para serem capacitados. Quanto mais treinamentos recebem, melhor informados ficam, podendo prestar orientações e informações mais atualizadas e completas à comunidade.

Análise dos dados do Bloco IV (ROTINA DE TRABALHO)

Questionados sobre sua rotina de trabalho, quais as atividades que desenvolvem no dia-a-dia, os ACS's responderam com uma série de atividades

que realizam.

Em relação a esta questão, esclarecemos que todas as atividades citadas nas respostas dos entrevistados fazem parte da rotina diária do trabalho destes ACS's.

Entre as respostas obtidas, temos que 82 ACS's (100%) realizam, rotineiramente, visitas domiciliares; que 13 ACS's (15,85%) destacaram os trabalhos administrativos; 12 (14,63%) deles referiram atuar na recepção dos postos; outros 11 (13,41%) incorporam à sua rotina a marcação de consultas; 10 ACS's (12,19%) atuam junto a grupos de promoção à saúde; que outros 10 ACS's (12,19%) trabalham na busca de crianças faltosas às vacinas; que 8 ACS's (9,75%) atuam na entrega de consultas; 7 (8,53%) anotaram suas atuações em cadastramento. Também se observou que 6 ACS's (7,31%) atuam na realização de visitas domiciliares (VD's) aos acamados; que outros 6 (7,31%) apontaram a realização de acompanhamento de diabéticos, hipertensos e etc.; um grupo de 5 ACS's (6,09%) citou o desenvolvimento de atividades voltadas às orientações em geral.

Cinco grupos, compostos por 4 ACS's (4,87%) cada, citaram que, na rotina de suas atividades, estão incluídas as ações na área de informática para os serviços burocráticos, atividades desenvolvidas em grupos, preenchimento do Cartão do SUS, passagem de casos para enfermeiros/médicos e VD's para acompanhamentos de crianças.

Outros cinco grupos, formados por 3 ACS's (3,65%) cada, revelaram trabalhar, rotineiramente, com programas de crianças hospitalizadas que voltam para casa, reuniões, fazem conferência das declarações de nascidos vivos, atuam nas salas de espera e trabalham na entrega de contra-referências.

Encontramos 2 ACS's (2,43%) em cada categoria a seguir: desenvolvimento de atividades em escolas; abertura de prontuários; busca de gestantes faltosas; busca de crianças de risco faltosas; recadastramento.

Citadas apenas por 1 ACS (1,21%), em cada categoria, temos: palestras diversas; organização de murais; estudo de casos; orientações sobre CP (preventivo de câncer de colo de útero); programa de notas; acolhimento; busca de egressos; estímulo ao aleitamento materno; programa da criança; atenção a gestantes; pesquisa de assuntos para grupos; trabalho de higiene; seguir uma Programação. Um deles não respondeu porque seu local de trabalho ainda não havia sido inaugurado.

Todos os ACS's citaram a Visita Domiciliar (VD) como sendo uma rotina. (AMARO, 2003; BRASIL, 1994). Nas atividades dos ACS's, as VD's são a sua principal atividade, pois são através delas que o contato com a comunidade é feito. Através dos dados obtidos o Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB) é preenchido, com os dados sobre o número de pessoas que moram nos domicílios e condições de moradia, são detectados os casos de doenças, causas de hospitalizações, mortes e doenças que mais afetam a comunidade tanto de crianças como de adultos (BRASIL, 2004b; SILVA, 2005).

Quais as outras atividades que os ACS's participam, na equipe, mas que não são diárias, foi outra pergunta realizada.

Há uma diversidade de atividades realizadas pelos ACS's, embora não diárias que fazem parte de seu trabalho, pois eles lidam com diversas situações da comunidade, não só relacionadas a saúde, como em geral.

Dentre as citadas encontramos, referida por 48 ACS's (58,53%), divulgação de campanhas; grupo de promoção à saúde (28 ACS's, 34,14%); recepção (20 ACS's, 24,39%); atividades com a comunidade (15 ACS's, 18,29%); central de marcações de consultas (11 ACS's, 13,41%); organização do posto (10 ACS's, 12,19%); reunião de colegiados/ externas (9 ACS's, 10,97%); temos que as atividades de verificação de datas de vacina/ cartão da criança; reunião de equipe; trabalhos administrativos, foram citadas igualmente por 8 ACS's (9,75%). Orientações sobre o Citopatológico, foram referidas por 6 ACS's (7,31%). Atividades ligadas ao setor de zoonoses, assim como cadastramento; cartão do SUS; capacitações em geral, foram igualmente citadas por 5 ACS's (6,09%). Com 4 citações dos ACS's (4,87%), temos: reuniões de grupos com a comunidade; SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica); campanha da dengue. Atividades outras referidas por 3 ACS's (3,65%), foram: abertura de prontuários; pesagem de crianças. Encontramos citadas por 2 ACS's (2,43%) as atividades de reunião de estudo de casos e o encontro de adolescentes.

As respostas a seguir foram citadas individualmente por 1 ACS (1,21%): relação de gestante por ano; atividades em áreas de risco; acompanhar pacientes na emergência; busca de medicação; encaminhamentos; Campanha com o DMLU (Departamento Municipal de Limpeza Urbana); visita aos acamados; atividades de saúde na biblioteca comunitária; atividades de saúde com teatro.

Todas as atividades citadas fazem parte das atividades desenvolvidas pelos ACS's, embora não obrigatoriamente diárias e sim conforme a necessida-

de observada na sua micro-área de atuação e/ ou necessidade da ESF como um todo.

É comum nas ESF's, a utilização de rodízios para a execução de algumas atividades como: marcação de consultas através da Central de marcação de consultas especializadas; atendimento ao público na recepção; participação em reuniões externas, participação de capacitações em geral.

Foi solicitado que os ACS's citassem 3 atividades que mais gostam de fazer. As Visitas Domiciliares (VD's) foram as mais citadas, por 57 ACS's (69,51%) e, trabalhar com grupos em geral por 51 ACS's (62,19%). Trabalhar com gestantes/ bebês, 18 ACS's (21,95%); campanhas, 12 ACS's (14,63%); recepção/ trabalhos administrativos, 11 ACS's (13,41%); orientações, 10 ACS's (12,19%); atividades com a comunidade, 9 ACS's (10,97%); atividade com crianças, 7 ACS's (8,53%). Pesagem de crianças foram citadas por 5 ACS's (6,09%). Com 4 ACS's em cada (4,87%), foram citadas: marcação de consultas; contato/relacionamento com a comunidade; conferência de Declaração de Nascidos Vivos (DN); atividades relacionadas a idosos.

Referidas por 3 ACS's (3,65%), temos as visitas a crianças hospitalizadas que voltam para casa; capacitações. Atividades relacionadas a puerperas e Zoonoses foram referidas por 2 ACS's (2,43%).

As respostas a seguir foram citadas por 1 ACS cada (1,21%): recadastramento; abertura de prontuários; Cartão SUS; teatro.

As visitas domiciliares e trabalhar com grupos, foram notadamente as mais referidas pelos ACS's, embora as demais também sejam de sua competência, as visitas domiciliares são de suma importância para o desenvolvimento do trabalho dos ACS's, pois são através delas que se estabelece o vínculo, detectam-se os problemas da comunidade, suas necessidades, divulgam-se atividades, campanhas, passam-se orientações, entre outros (AMARO, 2003).

Trabalhar com grupos, é outra tarefa desenvolvida não só pelos ACS's, mas por todos os membros da equipe. Os grupos geralmente são feitos de acordo com a necessidade encontrada na comunidade. Temos como exemplo, os pacientes com diabetes. Através de atividades grupais, é possível repassar orientações, esclarecer dúvidas, realizar troca de experiências, estimular o convívio social e o auto-cuidado. Assim podemos citar outros grupos, como por exemplo, de gestantes, hipertensos, adolescentes.

Os entrevistados foram solicitados a citar 3 atividades que não gostam de

fazer. Em relação a esta questão, 39 ACS's (47,56%), responderam que não tem restrições quanto às atividades que desenvolvem. Nas atividades citadas que não gostam de fazer, temos: serviços burocráticos, 16 ACS's, (19,51%); realizar VD's a faltosos, 5 ACS's (6,09%); participar de reuniões de equipe, 4 ACS's (4,87%); 3 que não gostam de fazer VD's em dias de chuva; por sua vez, 2 ACS's (2,43%) referiram não gostar de participar de atividades referentes a vacinações de cães; 2 (2,43%) não gostam de falar em público na sala de espera; fazer atas de reuniões; outros 2 (2,43%) não responderam a esta questão.

Unitariamente obtivemos as seguintes categorias: ser pombo correio; tempo determinado para fazer VD's; de dizer não; cobrar fazer vacinas, resolver conflitos dos vizinhos e/ou familiares; de orientar pacientes que negam sua doença; reuniões da Comissão Local e Intersetorial de Saúde (CLIS); reuniões com comunidade, porque não participam; quando algum paciente de sua micro-área vai a óbito; transferir datas de consultas; visita a familiares pós-óbito; orientações pré-natal; campanha da tuberculose; sempre ter que abrir o posto. Citamos uma frase para ilustrar esta questão: ACS 62: "Tentar auxiliar uma família que precisa, mas não quer ajuda. Agendar consulta pra paciente que falta sem justificar, pacientes injustos e fazer o que não são nossas tarefas".

Chama a atenção que quase 50% dos entrevistados refere não ter nenhuma atividade que não goste de fazer, embora tenham sob sua responsabilidade várias atividades que fazem parte de suas atribuições.

Referente a sentir-se ou não gratificado no seu trabalho, pela comunidade, equipe e família, mais de 60% dos entrevistados, 51 ACS's (62,19%), referem sentir-se gratificados com seu trabalho, o que demonstra que há uma boa aceitação da comunidade, equipe e familiares dos ACS's na sua profissão. Sentem-se gratificados, mas com algumas objeções, 18 ACS's (21,95%); mais ou menos (às vezes) foi citado por 7 ACS's (8,53%), e 6 deles referiram não sentirem-se gratificados (7,31%).

Questionados sobre como priorizam as Visitas Domiciliares – VD's, segundo 58 ACS's (70,73%), as mesmas são priorizadas para pacientes com diabetes, hipertensão, gestantes, tuberculose e hanseníase. Temos que 19 ACS's (23,17%) referiram que priorizam pela gravidade dos casos, como exemplo, idosos, crianças de até 2 anos, acamados e situações de urgências. Visita todos, não prioriza, 3 ACS's (3,65%); 1 ACS's (1,21%) referiu que embora tente priorizar,

ocorrem interferências e 1 ACS's (1,21%) cuja resposta fugiu a pergunta.

Dentre os que foram citados como priorizados, (diabetes, hipertensão, gestantes, tuberculose e hanseníase), cabe ressaltar que os mesmos são programas preconizados pela NOAS 2001 e 2002 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002) e pelo Pacto de Saúde (BRASIL, 2006).

O que você entende por SIAB foi outra pergunta feita. Para melhor esclarecimento, o SIAB é a sigla do Sistema de Informações da Atenção Básica. É um sistema de informações que é utilizado pelas ESF's e os Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS), onde retratam a realidade das comunidades. Através dos dados do SIAB, a equipe pode planejar suas ações de saúde, pois tem os dados necessários que mostram o perfil e as patologias de sua população adscrita, assim como as condições de saúde e saneamento, número de gestantes, crianças menores de 5 anos, esquema vacinal, motivos de hospitalizações e demais informações que são de suma importância para um bom planejamento. Através dos relatórios dos SIAB's, temos os dados da população de cada cidade coberta pelas ESF's, sendo os mesmos encaminhados após para a Secretaria de Estado de Saúde (SES), onde são tabulados e feito o mapeamento estadual, e, em última instância vão para o nível federal, onde após feito o processamento e limpeza do banco de dados é gerado o documento chamado "Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB indicadores ano (de referência)" onde temos os dados anuais das ESF's (BRASIL,2004b, SILVA, 2005).

As respostas foram agrupadas segundo as categorias: produção/ controle/ trabalho, 30 ACS's (36,58%); como fechamento de informações, 16 ACS's (19,51%); é um relatório, 11 ACS's (13,41%); são números e, é um sistema de informações sobre saúde da população, foram citados por 8 ACS's, (9,75%); necessário para o desenvolvimento do trabalho, 5 ACS's (6,09%); que atrapalha, 3 ACS's (3,65%); 1 ACS (1,21%) não respondeu a esta pergunta.

Embora o preenchimento correto do SIAB seja de fundamental importância, e os demais usos do mesmo, nem todos os ACS's são orientados do por quê de seu preenchimento e qual a sua importância, sendo então considerado muitas vezes como apenas uma tarefa administrativa ou apenas como mais uma atividade que atrapalha.

Análise dos dados do Bloco V (Relações de trabalho: papel)

Este bloco trata sobre as relações de trabalho dos ACS's. No questionamento sobre qual o papel do ACS na equipe, obtivemos as seguintes

categorias que os ACS's consideram ser seu papel: ser um elo de ligação entre a equipe e a comunidade, foi a categoria fornecida por 32 ACS's (39,02%). Divulgar acontecimentos da comunidade, 18 ACS's (21,95%); é importante, 15 ACS's (18,29%); fundamental, 10 ACS's (12,19%); o que faz o primeiro contato, 6 ACS's (7,31%); papel facilitador, 6 ACS's (7,31%); ajudar, 3 ACS's (3,65%); mediador, igualmente por 3 ACS's (3,65%). Unitariamente (1,21%) obtivemos as categorias: troca de experiências; base de todo trabalho; necessário; representar a comunidade; participativo; aproximação.

O fato do ACS morar na sua área de atuação, não obrigatoriamente na sua micro-área, geralmente faz com que o ACS seja bem aceito pela comunidade, pois ele faz parte da mesma e, também faz parte da equipe de saúde da Família, o que o torna como eles próprio disseram, um "elo de ligação". A Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem como parte obrigatória para ingresso como ACS's ser morador da área de atuação da mesma. Esse fator é uma das alavancas que movem a adesão da comunidade a atuação dos ACS's e consequentemente a aceitação das equipes das ESF's (LOPES, 2002).

Sobre o papel dos ACS's perante a comunidade, como eles consideram que a comunidade os vê, qual sua função, obtivemos as categorias: orientar e prevenir, 31 ACS's (37,80%); como um elo de ligação, 24 ACS's (29,26%); importante, 10 ACS's (12,19%); facilitador, 10 ACS's (12,19%); com a função de ajudar, 7 ACS's (8,53%); fundamental, 4 ACS's (4,87%), organizar grupos, 1 ACS (1,21%).

Os ACS's embora tenham oportunizado diversas categorias com suas respostas, em geral, todos referiram uma visão positiva da comunidade perante o seu trabalho. O que demonstra mais uma vez, que existe um vínculo do mesmo com a comunidade.

A relação de trabalho do ACS se é valorizada ou não pela equipe, foi outro item questionado. Obtivemos de 65 ACS's, (79,26%), a resposta que sim. As demais categorias obtidas foram: mais ou menos, 9 ACS's (10,97%); não, 6 ACS's (7,31%) e, pouco valorizada, 2 ACS's (2,43%).

Frente a o que poderiam melhorar na sua atuação profissional, encontramos as seguintes categorias: mais cursos/capacitações, 21 ACS's (25,60%); ter mais incentivo/ empenho/ motivação, 11 ACS's (13,41%); nada, 10 ACS's (12,19%); ser mais paciente, 8 ACS's (9,75%); ter mais tempo, 7 ACS's (8,53%); não sabe/não respondeu, 5 ACS's (6,09%); ter um suporte psicológico, 4 ACS's (4,87%); fazer/montar grupos, 4 ACS's (4,87%); mais respeito/ valorização, 4

ACS's (4,87%); ter mais material, 3 ACS's (3,65%); saber impor limites, 3 ACS's (3,65%); perder a timidez, 2 ACS's (2,43%).

Ter mais capacitações e cursos foi o mais citado pelos entrevistados, como sendo um fator que pode melhorar sua atuação pessoal. Embora sejam previstas capacitações para os mesmos, são insuficientes frente as necessidades dos mesmos, pois a comunidade os solicita para as mais diversas informações e orientações não só de saúde mas como em geral.

O que poderia melhorar na sua atuação na equipe, nesta pergunta encontramos várias categorias a seguir: 29 ACS's responderam que não tem nada a melhorar (35,36%); melhorar relacionamento; mais comunicação foram referidos igualmente por 11 ACS's (13,41%). Cada categoria a seguir foi referida por 6 ACS's (7,31%); ter mais capacitações/ ampliar conhecimentos; ter um melhor empenho; não sabe/não respondeu. As categorias: ter mais paciência; respeito (3 ACS's, 3,65%); fugiu à pergunta, 2 ACS's (2,43%); ter mais união, 2 ACS's (2,43%); unitariamente temos (1,21%), ter mais tempo; ter mais profissionais; distribuir mais as funções.

Observa-se que novamente ter mais cursos/ capacitações é referido pelos ACS's como uma maneira de melhorar seu desempenho profissional, não só no referente à comunidade, mas também em relação à equipe que trabalha.

Referente a quais as melhorias que podem ser obtidas nas relações internas e externas do seu trabalho, as categorias encontradas foram separadas entre as internas e as externas. Para as melhorias internas, obtivemos as categorias: nada (11 ACS's,13,41%); melhor comunicação (11 ACS's,13,41%); ter mais capacitações (9 ACS's,10,97%); respeito/ valorização (8 ACS's, 9,75%); maior espaço físico (7 ACS's,8,53%); melhor união (7 ACS's,8,53%). Obtivemos 6 respostas (7,31%) não sabe/não tem. Ter mais medicações foram citadas por 6 ACS's (7,31%). Contratação de profissionais, foi citada por 5 ACS's (6,09%), assim como ter materiais para divulgação. Ter mais paciência, foi referida por 3 ACS's (3,65%). Igualmente citadas por 2 ACS's (2,43%), obtivemos as categorias: ter uniforme; ter acompanhamento psicológico; ter transporte social; ter um melhor relacionamento.

Nas melhorias externas, obtivemos as categorias: nada, 5 ACS's (6,09%); maior respeito com o agente, 5 ACS's (6,09%). As categorias: ter mais tempo; aumentar os grupos; a Secretaria de Saúde cumprir com suas palavras, ter mais parcerias com líderes comunitários, foram citadas por 3 ACS's (3,65%). Reeducação da comunidade, 2 ACS's (2,43%). Obtivemos unitariamente (1,21%),

as categorias: ter área de lazer; asfaltamento das ruas; diminuição do número de famílias por agente.

Nas relações internas e externas, novamente “nada”, foi o mais citado pelos entrevistados.

Nas melhorias sugeridas, várias categorias foram encontradas. Na opinião dos ACS's essas melhorias internas e externas, facilitariam o trabalho deles e um melhor acesso à saúde da comunidade.

Sobre a constituição da equipe se está adequada às necessidades da comunidade, 51 dos entrevistados (62,19%) referiu que não, 30 ACS's (36,58 %) referiram que sim e 1 ACS (1,21%) não posicionou-se pois o posto onde ele trabalha ainda não foi inaugurado, não tendo portanto essa resposta.

Dos que responderam que não, foi solicitado a sugestão de qual a composição ideal da equipe, as respostas tiveram várias composições, sendo que a ampliação do número atual para um número maior de profissionais foi bastante citada, a ampliação dos horários de funcionamento e a inclusão de outras categorias profissionais. Os profissionais que mais foram citados pelos ACS's como sendo necessários ter uma ampliação/inclusão, para uma melhor composição das equipes foram os médicos, (41 ACS's, 50%), dentistas (23 ACS's, 28,04%); enfermeiros (22 ACS's, 26,82 %), ACS's (19 ACS's, 23,17%), Técnicos de enfermagem (13 ACS's, 15,85%). Os demais profissionais a seguir foram citados por menos de 10 ACS's (12,19%): Auxiliar de enfermagem: citados por 7 ACS's (8,53%), Assistente Social: 5 (6,09%), Ginecologista: 5 (6,09%), Administrativo: 5 (6,09%), Psicóloga: 5 (6,09%), Pediatra: 4 (4,87%). Unitariamente foram citados: Fisioterapeuta: 1 (1,21%), Terapeuta ocupacional: 1 (1,21%), Nutricionista: 1 (1,21%), Médicos específicos: 1 (1,21%), Estudantes/estagiários: 1 (1,21%), Segurança: 1 (1,21%).

Selecionamos uma fala que ilustra a categoria “não”, referente à que a constituição da equipe não está adequada às necessidades da comunidade.

ACS 35: “O posto deveria ser duplo ou que o posto funcionasse mais tempo. A população é carente, por ter na sua maioria trabalhadores mulheres e quando elas chegam em casa tarde que vão ver o estado dos filhos”.

A entrada de novos profissionais nas equipes das ESF's é uma das sugestões do Ministério da Saúde (MS), sendo que cada gestor municipal dentro da sua capacidade de contratação pode ou não ampliar as ESF's com outros profissionais que não só médico/ enfermeiro/ Técnico ou Auxiliar de enfermagem/ ACS's/ Odontologia/ ACD (Auxiliar de Consultório Dentário) ou THD (Téc-

nico de Higiene Dental). Assim como, ampliar o número de profissionais das categorias já existentes de acordo com o aumento da população adscrita.

Atualmente, é preconizado pela Portaria 648/2006 que cada ACS seja responsável por, no máximo, 750 pessoas.

Bloco VI – Perspectivas atuais

Relacionado à realidade atual dos ACS's, foi solicitada a opinião dos mesmos sobre sua situação profissional, seu papel na equipe, vínculo empregatício e sua remuneração.

Ter uma maior valorização profissional foi citado por 40 ACS's (48,78%) e 27 deles consideram importante sua atuação profissional (32,92%), as demais respostas são referentes a necessidade de uma maior capacitação (8 ACS's- 9,75%); sentem que é péssima sua situação profissional (4 ACS's- 4,87%), ter uma melhor remuneração foi citado por 3 ACS's (3,65%), temos que 3 entrevistados (3,65%) não responderam a esta pergunta e 1 ACS's (1,21%) referiu sentir-se desmotivado frente a sua situação profissional.

Sobre seu papel na equipe, 36 dos entrevistados (43,90%), referiu que considera muito importante e/ou importante; bom 22 ACS's (26,82%), desenvolver um papel complementar foi citado por 13 ACS's (15,85%). Temos ainda citado, ser um relator de casos (4 ACS's-4,87%), que a equipe reconhece seu papel mas não respeita (3 ACS's- 3,65%), 2 ACS's consideraram razoável seu papel na equipe e 2 ACS's (2,43%) não responderam a essa questão.

Questionados sobre seu vínculo empregatício, 30 ACS's (36,58%) consideraram bom. Inseguro foi citado por 28 ACS's (35,14%), 10 ACS's (12,19%) desejam ter vínculo com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Ótimo vínculo foi respondido por 5 ACS's (6,09%), horrível por 4 ACS's (4,87%), 3 entrevistados não responderam (3,65%) e 2 ACS's (2,43%) cuja respostas foram vagas, não deixando clara sua posição.

Referente à categoria dos ACS's que desejam vínculo empregatício com a PMPA convém ressaltar que, para ingresso na PMPA, somente através de concurso público e somente nas categorias profissionais oferecidas.

O cargo de ACS não faz parte dos ofertados pela PMPA até o momento. O vínculo dos ACS's atualmente, é realizado através de convênio com a FAURGS.

Referente a sua remuneração, 33 ACS's (40,24%) referiram que poderia melhorar, 22 dos entrevistados consideram boa (26,82%), baixa remuneração foi

referida por 14 ACS's (17,07%), razoável por 8 ACS's (9,75%), horrível foi citada por 3 ACS's (3,65%), 2 (2,43%) não responderam e 2 (2,43%) tiveram sua resposta prejudicada, pois o que responderam não foi referente a remuneração.

Não foram questionados valores, não entrou em questão a especificação do valor do salário que recebem, apenas se o que recebem hoje é adequado na opinião dos mesmos. Temos que os salários dos ACS's são variáveis, conforme o vínculo empregatício que fazem parte.

Bloco VII – Perspectivas futuras

Este bloco foi elaborado pelos pesquisadores para identificar na visão dos ACS's, quais são suas perspectivas futuras, o que considera ideal, frente às situações do papel do ACS, educação permanente, vínculo empregatício e remuneração. Por último foi realizada uma pergunta sobre o que ele considerava importante e que não foi perguntado no questionário.

Referente ao papel do ACS, para um futuro ideal, os ACS's tiveram as seguintes categorias de respostas: ser mais valorizado e reconhecido, 22 ACS's (26,82%), terem mais capacitações, 19 ACS's (23,17%), trabalhar mais na prevenção, educação e orientação, 8 ACS's (9,75%); ter maior autonomia (verificar sinais vitais, hemoglicoteste, promover festas na comunidade, etc.), foram citadas por 11 ACS's (13,41%). Trabalhar mais com a comunidade, 10 ACS's (12,19%); ter curso Técnico de ACS, 4 ACS's (4,87%); mediar/ intermediar a relação do Posto com a comunidade, 2 ACS's (2,43%); trabalhar em micro-área diferente da que mora, 4 ACS's (4,87%); ter mais Agentes, 2 ACS (2,43%).

Cuidados com saúde diretamente, como verificação de hemoglicoteste, administração de injeções, pressão arterial, embora aparentemente procedimentos simples, não são parte da competência profissional dos ACS's e sim da equipe de enfermagem e/ou médicos. Mesmo alguns sabendo executar, os ACS's não têm permissão para tais procedimentos. Embora tenham treinamentos sobre hipertensão e diabetes, são orientações, não como executar os procedimentos.

Referente ao curso Técnico em ACS, o Ministério da Saúde está em fase de liberação do módulo I do mesmo, sendo que o total, para ter a certificação, são 3 módulos. O mesmo ainda não está disponível em Porto Alegre.

Sobre a educação permanente, ter mais capacitações em geral foi citado por 51 ACS's (62,19%). Os demais tiveram respostas variadas como: 6 ACS's (7,31%) especificaram as capacitações que desejam ter. Das capacitações

especificadas foram citados assuntos como: Saúde Mental, Primeiros Socorros, Verificar Sinais Vitais, Saúde da Mulher, Nutrição, Higienização, Drogas, Gravidez, Diabéticos.

Capacitações com datas estipuladas (anuais, mensais, semanais), foram sugeridas por 6 ACS's (7,31%). Ter o curso Técnico de ACS foi citado por 3 ACS's (3,65%), foram citadas por 2 ACS's (2,43%) respectivamente, as seguintes sugestões: o ideal seria terem uma bolsa de estudos; capacitação ao entrarem no PSF com a participação da Gerência Distrital; capacitações sobre as doenças mais latentes na comunidade.

Obtivemos que 10 ACS's (12,19%), demonstraram o desejo de terem capacitações mais atualizadas, que venham de encontro às suas necessidades e da comunidade.

Ficou demonstrado, nas respostas obtidas, que as capacitações são fundamentais para um melhor desempenho de suas atividades, a preocupação em ter mais capacitações nos mostra que mesmo tendo, são insuficientes frente à demanda dos ACS's, os quais são constantemente cobrados pela comunidade frente aos problemas que lhes apresentam.

O vínculo empregatício, para um futuro ideal, foi considerado por 41 ACS's (50%) como sendo passar a ser funcionário da Prefeitura e não mais regime CLT; 16 (19,51%) referiram que é bom seu vínculo; 13 deles (15,85%); querem definições sobre seu empregador, se são da Faurgs ou da PMPA e qual dessas instâncias devem obedecer; 5 ACS's (6,09%), responderam unitariamente suas sugestões: ter plano de saúde; sindicato mais atuante; melhorar mais o vínculo empregatício; melhores condições de trabalho; Faurgs ser o empregador. Não souberam responder ou fugiram da resposta, 7 ACS's (8,53%).

Sobre sua remuneração nas perspectivas futuras apenas 1 ACS (1,21%) considerou que está bom, os demais (81 ACS's, 98,78%), consideram que devem ganhar mais.

O desejo de melhores salários é uma solicitação dos ACS's como melhoria na sua atividade profissional, pois desempenham atividades de 40 h semanais e necessitam de todo um preparo para o desenvolvimento de suas atividades.

Referente à última pergunta, o que os ACS's consideram importante e que não foi abordado no questionário, temos que 40 deles (48,78%) consideram como completo o questionário, nada tendo a considerar. Dos que deram sugestões sobre o que consideram importante e que não foi perguntado, temos que 8 ACS's (9,75%) deram respostas outras, não referentes ao que não foi perguntado. Dos demais, 6 ACS's (7,31%) referiram respectivamente: atendimento psi-

cológico e atenção à saúde do ACS. Temos que as respostas a seguir foram sugeridas respectivamente por 2 ACS's (2,43%), abordar as relações inter-setoriais; valorização do ACS; relação do PSF com a Gerência Distrital. Unitariamente foram dadas as seguintes sugestões (1,21%), falta de medicações e suas conseqüências; rotinas de trabalho; estrutura familiar do ACS; desigualdades sociais; condições de trabalho / EPI; quais os riscos que o ACS corre em uma VD; saber se o ACS esta contente com a atual coordenação do posto; sobre crianças e pré-natal; integração dos ACS's com os outros PSF's; relação da equipe com a chefia; sindicato; relação entre os ACS's; relação dos ACS's com a Prefeitura; funcionamento dos programas Pré-nenê e Pré-crescer.

Temos que, embora fugindo ao que foi perguntado sobre o questionário, apareceram as seguintes colocações unitárias relacionadas ao trabalho dos ACS's: ter segurança para diminuir a rotatividade; aplicar pesquisas com dois moradores da área de atuação do ACS entrevistado; ter mais tempo de reunião com a equipe; fazer perguntas mais específicas e o ACS não morar na área de atuação (1,21%).

Quase 50% dos ACS's sentiram-se contemplados com as perguntas feitas no questionário, não citando outros aspectos que considerassem importante abordar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Referente ao perfil dos ACS's de Porto Alegre, no ano de 2006, considerando nosso resultado da amostra, encontramos na sua maioria profissionais do sexo feminino (86,6%), o que nos leva a considerar que as mulheres ocupam um lugar de destaque nesta profissão. Embora não seja restrita a entrada de profissionais do sexo masculino, eles ainda são minorias nesta nova profissão.

A faixa etária que mais concentrou os ACS's é a de 40 a 50 anos incompletos com mais de 40% (41,46%). Considerando o tempo de serviço que mais concentrou ACS's que foi de 3 a 6 anos incompletos (34,1%) e a escolaridade Ensino Médio Completo (52,44%), tendo como trabalho concentrado na PMPA com 85,37% através da contratação pela FAURGS.

Este perfil, que mais se destacou, nos mostra mulheres numa faixa etária adulta madura, que entraram nesse mercado de trabalho já há um tempo suficiente para desenvolverem suas atividades sabendo quais suas atribuições, res-

ponsabilidades, o que nos leva a crer que não estando numa fase inicial, podem desempenhar com melhores resultados e conhecimentos adquiridos sua profissão, trabalhando junto com as equipes para um melhor atendimento a população adscrita.

A escolaridade, ensino médio completo, propicia aos mesmos, a possibilidade de realização de cursos técnicos, em especial referente a profissão de ACS's; o Técnico de ACS que está em fase de negociação com o Ministério da Saúde.

O fato de o maior número de equipes de ESF estar concentrado na PMPA, evidentemente concentra o maior número de ACS's.

Nos aspectos relativos ao relacionamento e entrosamento com a comunidade, 100% dos inquiridos responderam ser ótimo e bom. Filtra-se ainda dos questionários respondidos que 43,90% dos assistidos assimilaram as informações repassadas pelos agentes comunitários. Encontrado que 92,68% dos ACS's entendem que a comunidade demonstra confiança no trabalho que executam, a totalidade afirma ser procurada pelos moradores não apenas para questões de saúde mas também para um leque extenso de informações sobre os mais diversos assuntos, Fica claro, pelas declarações apuradas na pesquisa que os ACS's firmam-se como referencial para a comunidade.

Tanto é verdade que 97,56% confirmaram através de suas declarações que a comunidade traz as dificuldades para serem discutidas na equipe de trabalho.

Vale destacar que os ACS's, pela expressiva maioria de 98,78% utilizam-se dos espaços da comunidade para divulgação de suas atividades mas que as visitas domiciliares (VD's), a conversa direta com os familiares, ainda é o meio mais eficiente de divulgação.

A boa aceitação das VD's pelas famílias foi referida por 59,50%, como também citado que essa constitui-se na principal atividade dos ACS's, pois através das VD's são coletadas informações necessárias para o diagnóstico da comunidade.

Em vista disso, praticamente todo o processo de articulação com a comunidade é realizado diretamente através do contato propiciado pelas Visitas Domiciliares.

Como a consolidação do sistema de saúde é um processo em permanente construção, os entrevistados confirmaram a importância da educação

permanente, pois através delas, são constantemente atualizados os conhecimentos. Mesmo assim, 58,53% afirmaram ser necessário aumentar o número de capacitações. Quanto aos temas, não existe unanimidade, eis que as citações constituem um universo de amplo espectro que vão desde primeiros socorros até relações humanas.

Para 100% dos entrevistados, a rotina de trabalho centra-se nas visitas domiciliares embora outras atividades tenham sido citadas dentre as quais, as atividades administrativas.

Dentre as atividades mais prazerosas, despontam as visitas domiciliares, enumeradas por 69,51% bem como o trabalho com grupos, em geral, cujo índice de 62,19% bem dimensiona a satisfação na realização da tarefa.

Ao serem quesitados sobre as atividades que menos gostam, 47,56% dos entrevistados responderam que não possuem objeções as tarefas que realizam. Mesmo assim, 19,51% referiram não gostar de visitar as famílias faltosas a consultas, exames.

Vale destacar, mesmo com a objetividade da pergunta que 62,19% sentem-se gratificados pelo se trabalho.

Questionados sobre as relações de trabalho, isto é, o papel que desempenham, 39,02% encontram-se na categoria “elo de ligação com a comunidade”. No mesmo rumo, o grupo refere que sua atividade é valorizada pela equipe, cujas respostas obtiveram um percentual significativo de 79,26%.

Na preocupação com a melhoria da atuação profissional, voltaram a referir a qualificação como o aspecto mais importante. Há ainda que considerar-se que 48,78% tem expectativa de uma maior valorização profissional, como partícipes que são de uma atividade extremamente importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre essas preocupações despontam o vínculo empregatício, onde a insegurança foi referida por 35,14%, embora 36,58% considerem bom.

No futuro, almejam maior valorização, 26,82%; mais capacitações, 23,17% e um vínculo menos precário, deixando a contratação via CLT, para um processo de ingresso como servidor estatutário.

REFERÊNCIAS

ACS: entre a estratégia do sistema e o direito do trabalhador. **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 12, out. 2004 .

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar**: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 1994.

_____. Portaria nº 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília: DF, 2001.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02: Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília, 2002a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003a.

_____. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: DF, 2003b.

_____. Mais recursos para a atenção básica. **Saúde Brasil**, Brasília, DF, n. 96, p. 6, maio 2004a.

_____. **Sistema de informação de atenção básica**: SIAB: indicadores 2004. Brasília, DF, 2004b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2005.

_____. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**: diretrizes operacionais. Brasília, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. de 2006b, n. 61, 2006b.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002b. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>. Acesso em: out. 2006.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP. Consentimento livre e esclarecido. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 37, jul. 1998.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1997. Cap. 4, p. 97-110.

DURANA, Inês. **Estratégias de enseñanza**: aprendizaje en la atención primaria de salud. Washington, DC: OPAS, 1982.

GUTERRES, Sônia. **Assistência domiciliar terapêutica (ADT)**: a experiência de Porto Alegre na ótica dos usuários, cuidadores e profissionais. 2003. 214 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Canoas, 2003.

LOPES, Brasileira Cordeiro; CHAGAS, Denise Maria Novaes Maia; TORRES, Zelma Francisca. Regulação profissional do Agente Comunitário de Saúde: na-

tureza do trabalho, qualificação e vínculo. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 2, n. 6, p. 28-31, dez. 2002.

LOPES-QUINONES, Inés dei Pilar. **Agentes comunitários del sector salud: perfil y proceso de capacitación en Colômbia**. Washington, DC: OPS, 1999. (Série HCT/AIEPI-20.E).

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa quantitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. **Pautas para capacitar em nutrición a trabajadores comunitarios de salud**. Washington, DC, 1983.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **El trabajador primario de salud: guia de trabajo, pautas para la capacitacion, pautas para la adaptación**. Genebra, 1980.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

PRUDENTE, M. G. **Bioética: conceitos fundamentais**. Porto Alegre, 2000.

SILVA, Seura Elisabeth da. **Avaliação dos indicadores de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) Vila Natal - Canoas/RS de acordo com o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) da região Sul do ano de 2004**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização Lato Sensu em saúde Pública) - Escola de Saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

UM PASSEIO pelo CBEEn: congresso discute regulamentação das profissões e globalização. **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 5, dez. 2005.

APÊNDICE A - Questionário

**PESQUISA
I-IDENTIFICAÇÃO**

1) Sexo [1] Masc [2] Fem

2) Data de Nascimento: ____/____/____

3) Escolaridade

[1] Ens. Fund. Incompleto [2] En. Ens. Fund. completo

[3] Ens. Médio incompleto [4] Ens. Médio completo

[5] Ens. Sup. incompleto [6] Ens. Sup. completo

[7] Especializ. incompleto [8] Especializ. completo

4) Há quantos anos você trabalha como ACS?

5) Qual o órgão ao qual você pertence

[1] PMPA

[2] GHC

[3] AFHMOV

II- RELAÇÕES COM A COMUNIDADE

6) Como é sua relação com a comunidade?

7) Ela assimila o que você orienta?

<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Data nasc.		
<input type="text"/>	Escol.	<input type="text"/>	Exp.	<input type="text"/>	Vinc.

8) Procuram você para esclarecer dúvidas sobre questões de saúde?

9) Demonstram confiança no trabalho do ACS?

10) Trazem situações da comunidade para discussão com sua equipe de trabalho?

11) Você utiliza os espaços sociais (Igreja, Salão de Festas, Quadras esportivas e outros) para melhor divulgação das atividades (campanhas de saúde, por exemplo)?

12) Nas visitas domiciliares (VDS) como você vê a aceitação das famílias quanto ao ingresso em suas casas, orientações de saúde e exposição dos problemas de saúde?

13) Como você se articula com a comunidade para desenvolver campanhas de saúde / outras atividades?

III- EDUCAÇÃO CONTINUADA

14) Na sua avaliação, atualmente, como a Educação continuada auxilia/ interfere no seu trabalho?

15) Quais suas sugestões para melhorar o nível da Educação continuada para os ACSs?

III- EDUCAÇÃO CONTINUADA

14) Na sua avaliação, atualmente, como a Educação continuada auxilia/ interfere no seu trabalho?

15) Quais suas sugestões para melhorar o nível da Educação continuada para os ACSs?

16) Que cursos /capacitações você gostaria que fossem oferecidos?

IV- ROTINA DE TRABALHO

17) Qual é sua rotina de trabalho (atividades) no dia-a-dia?

18) Quais as outras atividades que você participa, na equipe, mas que não são diárias, isto é, campanhas, etc...?

19) Das atividades desenvolvidas, cite 3 (três) que mais gosta de fazer?

20) Agora, cite 3 (três) que você não gosta de fazer?

21) Você sente-se gratificado no seu trabalho? (Pela comunidade, pela equipe, pela família). Você esta atingindo a realização pessoal?

22) Como você prioriza as visitas domiciliares?

23) O que você entende por SIAB?

V- RELACÕES DE TRABALHO (PAPEL)

24) Na sua opinião, qual o papel do ACS na equipe?

25) E na comunidade?

26) Como você sente sua relação de trabalho na equipe?
É valorizado ou não?

27) Na sua opinião, o que pode ser melhorado na sua atuação pessoal?

28) E na sua atuação da equipe?

29) Quais as melhorias que podem ser obtidas nas relações internas e externas

do seu trabalho?

30) A Constituição da atual equipe, na sua opinião é adequada as necessidades da comunidade?

31) Caso negativa, qual a composição ideal (médicos, enfermeiros, ...) Dê sua sugestão:

VI- PERSPECTIVAS

32) Diante da realidade atual, dê sua opinião sobre a situação profissional do ACS:

33) Seu papel na equipe:

34) Seu vínculo empregatício:

35) Sua remuneração:

VII - Quais as perspectivas futuras que você considera ideal frente a:

36) Papel do ACS:

37) Educação continuada:

38) Vínculo empregatício:

39) Remuneração :

40) O que você considera importante e que não lhe foi perguntado?

**APÊNDICE B - Distribuição das equipes de Estratégia
Saúde da Família (ESF's) em Porto Alegre-RS no ano de 2006**

PERTENCE A ÓRGÃO	LOCAL POA	Nº DE PSF's
Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	ESF's do Grupo Hospitalar Conceição	10
PREFEITURA PORTO ALEGRE	ESF's das Gerências Distritais (GD's):	79
	GD Centro	4
	GD Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas	4
	GD Norte/ Eixo Baltazar	11
	GD Leste/ Nordeste	17
	GD Glória/ Cruzeiro/Cristal	17
	GD Sul/ Centro Sul	7
	GD Lomba do Pinheiro/ Partenon	12
	GD Restinga/ Extremo Sul	7
	TOTAL	

APÊNDICE C - Variáveis, Indicadores e Categorias utilizadas para caracterizar o perfil epidemiológico nos aspectos sócio-demográficos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de Porto Alegre, no ano de 2006

VARIÁVEIS	INDICADOR	CATEGORIAS
Sexo	o sexo dos ACS	masculino; feminino
Faixa Etária	faixa etária dos ACS	Menos de 20; de 20 a 30 anos incompletos; de 30 a 40 incompletos; de 40 a 50 anos incompletos; de 50 a 60 anos incompletos; acima de 60 anos.
Escolaridade	escolaridade concluída dos ACS	ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; especialização incompleto; especialização completo
Tempo de trabalho	anos de trabalho como ACS	Menos de 1 ano; de 1 a 3 anos incompletos; de 3 a 6 anos incompletos; de 6 a 10 anos incompletos; de 1º a 11 anos incompletos; de 11 a 15 incompletos.
Órgão que pertence	órgão empregador	PMPA; GHC; AFHMV

Quadro 1 – Variáveis, indicadores e categorias utilizadas para caracterizar o perfil epidemiológico e sócio-demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de Porto Alegre-RS no ano de 2006.

APÊNDICE D - Modelo de termo de consentimento do Agente Comunitário de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo intitulado: **CONTRA-REGRAS DO CENÁRIO DA SAÚDE: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE EM FOCO**, tem por objetivos, caracterizar o perfil sócio-demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Porto Alegre, no ano de 2006 na data desta pesquisa. Investigar quais são as relações de trabalho dos ACS em seu lócus de atuação na realidade de saúde de Porto Alegre. É realizado pela ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA- ESP/RS, tendo como Pesquisadores Responsáveis: Walter Broock, Sônia Guterres e João Francisco Viero, os telefones para contato são (51) 3901 1475, (51) 3901 1494 e/ou (51) 9967 55 41.

Os telefones dos Comitês de Ética do GHC é o 2257 2000 e da Secretaria Municipal de Saúde-SMS-POA é o: 3289 2785

As contribuições deste estudo são trazer informações sobre o papel do ACS na Equipe de Saúde da Família, sua inserção nesse contexto através de sua visão como profissional da saúde.

Não há cobertura financeira para participação neste estudo.

O ACS poderá desistir de participar a qualquer momento deste estudo, sem que isso traga prejuízo de qualquer natureza.

Todas as informações obtidas neste estudo, podem ser publicadas com finalidade científica, mantendo-se o sigilo pessoal, ou seja, os nomes das pessoas envolvidas não serão divulgados em qualquer momento.

Os dados coletados serão guardados sigilosamente pela Escola de Saúde Pública-ESP/RS. O resultado desta pesquisa será enviado para a Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) e Organização Mundial de saúde (OMS).

Declaro ter lido as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte voluntariamente no presente estudo.

Nome do Agente Comunitário de Saúde:

PSF que pertence: _____

Assinatura do Agente Comunitário de saúde

Data da autorização: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável
Sônia Beatriz Cimirro Guterres



IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS
RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS
DO RIO GRANDE DO SUL

Luiz Carlos Pinto Sobrinho

Fabiana Moura

IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

Luiz Carlos Pinto Sobrinho

Fabiana Moura

INTRODUÇÃO

O projeto de pesquisa nasceu da necessidade de oportunizar à sociedade o conhecimento intimamente ligado à formação profissional dos recursos humanos em saúde e também em saber quem são seus gestores, sobretudo no que tange informações qualificadas em saúde coletiva.

Para tanto executou-se esta pesquisa, a qual problematiza as dificuldades de visualização da relação sucesso/insucesso no âmbito da saúde pública e também se aos níveis de satisfação e/ou conhecimento técnico se dão pela ausência de recursos financeiros ou falta de planejamento em sua aplicabilidade.

OBJETIVO

O objetivo geral para esta pesquisa foi “Identificar o perfil da formação profissional de gestores das Secretarias Municipais da Saúde do Rio Grande do Sul na gestão 2004/2008” visando criar subsídios para desenvolvimento de capacitações específicas, voltadas à implantação de políticas públicas e implementação de recursos econômicos e sociais nos municípios.

METODOLOGIA

A metodologia aplicada para o envio do que denominamos “kit de pesquisa”, foi composto por Carta de Apresentação, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário (APÊNDICE A).

A “Carta de Apresentação” esclarecia aos Secretários Municipais de Saúde - SMS a justificativa para este estudo, quem somos, os objetivos da pesquisa, quem a fomenta e nossos contatos, formando assim um canal de comunicação/

informação. No “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” salienta-se a importância de sua assinatura para compor os princípios éticos norteadores.

Por fim, o “Questionário” enviado foi contendo perguntas divididas em 5 eixos gerais, tais como: Identificação, escolaridade, profissão, vínculo empregatício, formação técnica e especializada. E por mais 3 eixos específicos: Cargo de Secretário Municipal de Saúde, Saúde Coletiva e Produto do trabalho. Dentre cada eixo, as perguntas se multiplicaram em média em mais 3 perguntas fechadas totalizando assim 24 itens a serem respondidos.

A forma de envio dos “kits de pesquisa” foi através de múltiplos recursos comunicação: 163 contatos por transmissão de dados através de equipamento de Fax, 357 envios por correio eletrônico, 118 Cartas Registradas, 49 Sedex¹ e ainda, realizadas pessoalmente em 2 eventos da Escola de Gestão Pública em maio e setembro, respectivamente, destinados aos Secretários, bem como em 11 viagens pelo interior do Rio Grande do Sul. Totalizando 728 contatos ou 1,46 contato por município no período de 6 meses. O tempo médio de retorno para contatos foi de 40 dias.

A amostra utilizada para esta pesquisa foi de 30% dos SMS/RS conforme rigor científico em Gil (1987, p. 101), normalmente utilizado para cálculo de populações finitas e promover de forma imparcial, segura e científica a eficiência e eficácia deste projeto.

Para melhor organização e visualização do grande número de municípios que compõem o Rio Grande do Sul, os municípios foram divididos em número de habitantes² e denominados da seguinte forma:

- Grupo de Análise 1: para municípios até 15 mil habitantes;
- Grupo de Análise 2: para municípios com 15.001 até 50 mil habitantes;
- Grupo de Análise 3: para municípios com número de habitantes superior a 50.001.

A análise dos dados iniciou-se com a tabulação das informações executada através do programa Excel (Microsoft), bem como os gráficos gerados. A

¹Produto registrado pela Empresa de Correios e Telégrafos

²Conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006)

análise é quantitativa descritiva conforme Gil (1987).

Os achados nortearam um artigo com conteúdo crítico reflexivo em consonância com análise dialética, que permite a leitura de dados quantitativos descritivamente e até mesmo, qualitativamente.

GESTÃO EM SAÚDE, *compreensão geral de atribuições e competências.*

A gestão em saúde é um dos temas que tem convergido o olhar dos profissionais, gestores e da população em geral. A partir das mudanças preconizadas pelo movimento da Reforma Sanitária e que desembocaram na construção do Sistema Único de Saúde -SUS¹ as transformações reivindicadas enfocavam principalmente na qualidade da gestão dos serviços.

O Sistema Único de Saúde - SUS (Lei 8.080/90), é uma política social que foi concebida juntamente com a Constituição Federal de 1988 e rompe com o antigo conceito de saúde (acesso restrito, ausência de doença = saúde, causa/cura). O SUS possui alguns princípios doutrinários que o regem, tais como: universalização da saúde, equidade e integralidade. Ainda possui princípios organizativos, que servem para garantir os princípios doutrinários, são eles:

1. Regionalização/hierarquização:

- Níveis de complexidade, que organizam a saúde por níveis: do mais simples ao mais complexo;
- Áreas geográficas.

2. Descentralização: descentraliza o poder do Ministério da Saúde.

3. Participação popular: conselhos municipais, estaduais e federais de saúde. Esses conselhos são paritários, ou seja, metade dos conselheiros são usuários e a outra metade são gestores, trabalhadores, serviços privados.

Isso aponta para atribuições que são específicas ao gestor municipal de saúde:

¹SUS –Sistema Único de Saúde foi instituído na Constituição Federal de 1988.

Planejar, organizar, controlar, avaliar as ações do município, organizando o SUS no âmbito municipal; Viabilizar o desenvolvimento de ações de Saúde através de unidade estatais (próprias, estaduais e federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas), com prioridade para entidades filantrópicas; Participar na constituição do SUS, avançando na assunção de responsabilidades, de forma integrada e harmônica com os demais sistemas municipais. (BRASIL, 2005, p. 114)

A competência profissional para este cargo aponta que ao compromisso pleno com a saúde coletiva. As ações na gestão em saúde são de caráter individual (gestor), equipe de trabalho (multi e interdisciplinar) e coletivo (sociedade e controle social) e devem dar resultados efetivos aos princípios do SUS.

RUMO AO NORTE, *categorias que direcionaram a análise.*

A pesquisa realizada apontou várias vertentes onde poderiam encaminhar os rumos das descobertas. Para organizar nossas idéias elegeu-se as categorias de análise que se aproximavam de responder ao questionamento gerador da pesquisa como os seguintes:

- Identificação e escolaridade;
- Formação Profissional;
- Vínculo empregatício;
- Cargo de Secretário Municipal de Saúde.

IDENTIFICAÇÃO & ESCOLARIDADE

Considera-se que, frente ao dinamismo contemporâneo e a inserção da mulher nos postos de trabalho e no mundo da política, no que tange os Secretários Municipais de Saúde - RS não há distinção de gênero para ocupação do cargo.

Há pouca diferença identificada em relação aos gêneros feminino e masculino. Nos 3 grupos analisados, são apenas 2 pontos percentuais para mais ou para menos de diferença em cada grupo analisado. Ou seja, homens e mulheres são escolhidos sem que haja diferença ou tendência de gênero.

Percebe-se que entre os 3 grupos de análise há incidência de população jovem, a maioria de 61,07% com idades iguais ou menores que 45 anos. Porém, em municípios maiores que compõem o grupo de análise 3, o movimento é inverso. Apontam-se 76,19% com idade superior a 45 anos.

O nível de escolaridade dos Secretários Municipais de Saúde que responderam aponta para um estado que possui 61% de seus gestores graduados academicamente. Diante disso, conclui-se que foram expostos ao conhecimento científico, avaliações e reflexões macro societário e específico em sua área de ciência.

A escolaridade não segue um padrão seqüencial, gradual e permanente. Cada grupo de análise apresenta uma particularidade. O nível técnico, ou nível médio profissionalizante, foi realizado por 19%. É pertinente a atenção aos que não responderam a esta pergunta, pois comportam 16% da população pesquisada. Apenas 4% tem sua formação mínima menor que 8 anos de ensino bancário.

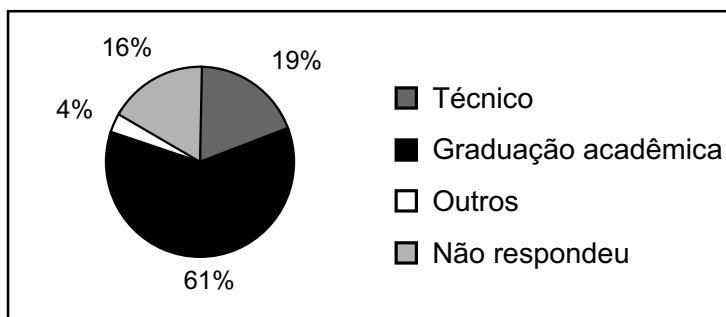


Gráfico 1 - Nível de escolaridade dos Secretários Municipais de Saúde do RS – outubro de 2006.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006

Apresenta-se para os diferentes grupos de análise um perfil que evidencia os municípios de grande porte (mais de 50 mil habitantes) onde seus Secretários Municipais de Saúde que responderam a pesquisa, 4,76% possuem ensino médio completo, 4,76% graduação acadêmica incompleta como escolaridade mínima, e 90,48 % com ensino em nível técnico científico completo. Ainda 80% destes que possuem ensino superior completo, também possuem especialização, mestrado ou doutorado.

O ensino médio como escolaridade máxima é mais presente em municípios de pequeno porte representado por 51,76%. O ensino técnico científico corresponde a 48,24%.

Em avaliação fragmentada nos 3 grupos de análise, partindo do grupo 1, entre os secretários que responderam a pesquisa, 62,12% possuem graduação acadêmica, e destes, 43,33% concluíram o curso em até 5 anos. O curso foi concluído por 55,17% há mais de 10 anos.

O grupo de análise 2 compõe o número mais expressivo de SMS gradu-

ados. São quase 70% que já concluíram o curso e destes, 20% também já concluiu especialização, mestrado, e/ou doutorado, a menor porcentagem dentre os 3 grupos. Entre aqueles que possuem graduação acadêmica, o curso foi concluído em até 5 anos por 62,07%. Outros 37,93% se utilizaram mais tempo para conclusão. Dos secretários que responderam 78,57% concluíram o curso há mais de 10 anos e apenas 21,43 terminaram há menos de 10 anos.

No grupo 3, todos os Secretários Municipais de Saúde que responderam a pesquisa possuem graduação acadêmica e 83,33% concluíram o curso há mais de 10 anos.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação profissional técnico-científico está voltada em geral para a área da saúde de acordo com o Conselho Nacional de Saúde - CNS, tais como:

Tabela 1 - Frequência absoluta de cursos em nível superior da área da saúde citada na pesquisa "Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do RS"

GRUPOS CURSOS	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
ENFERMAGEM	0	0	2
FARMÁCIA	1	1	1
FISIOTERAPIA	2	1	0
FONOAUDIOLOGIA	0	1	0
MEDICINA	0	3	9
MEDICINA VETERINÁRIA	0	4	0
NUTRIÇÃO	0	0	1
ODONTOLOGIA	2	2	1
PSICOLOGIA	1	1	0
SERVIÇO SOCIAL	2	2	1

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006

Dos 3 grupos de análise, percebe-se um aumento gradativo na quantidade percentual de Secretários Municipais de Saúde com formação profissional específica na área da saúde.

Conforme gráfico 2, observa-se que os valores são aumentados basicamente na mesma proporção:

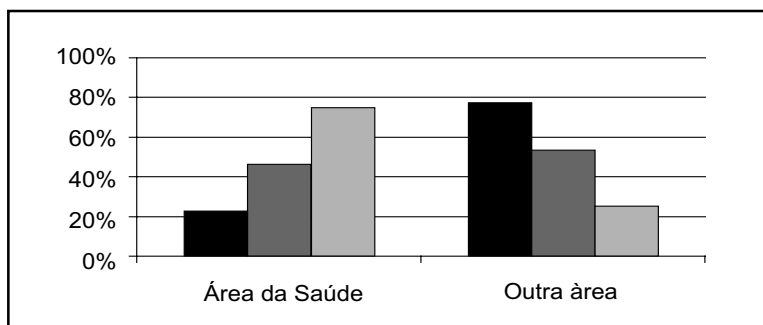


Gráfico 2 - Área do Conhecimento dos Secretários Municipais da Saúde-RS outubro de 2006.
FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006

Ou seja, no grupo 1, são apenas 23,53% de SMS com conhecimento técnico científico. No grupo 2, este valor tem mais que o dobro, passando para 53,49% para o mesmo item e no grupo 3 segue aumentando na mesma proporção para 75%. E ainda, apresenta-se inversamente proporcional para o saber técnico em outra área do conhecimento.

Sendo que diante acentuada velocidade de uma realidade contraditória posta pelo mundo do trabalho gerada pela Globalização, e pela Terceira Revolução Industrial, entendemos a necessidade de atualização em formação profissional, segundo Cattani (2000, p. 94):

Formação profissional, na acepção mais ampla, designa todos os processos educativos, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas e nas empresas.

Assim, entende-se que a formação profissional na área da saúde, torna-se importante para oportunizar a criação de mecanismos sistemáticos que possibilitem a qualificação e aprimoramento de ações intencionais dos gestores no âmbito da saúde coletiva.

O período de conclusão de curso demorou até 3 anos para 20,8%, entre 4 e 5 anos para 36,24% dos SMS, mais de 6 anos representado por 14,09%. Alguns ainda estão em período de formação profissional, correspondendo a

3,36%. E um acentuado número de 25,5% não respondeu a esta pergunta.

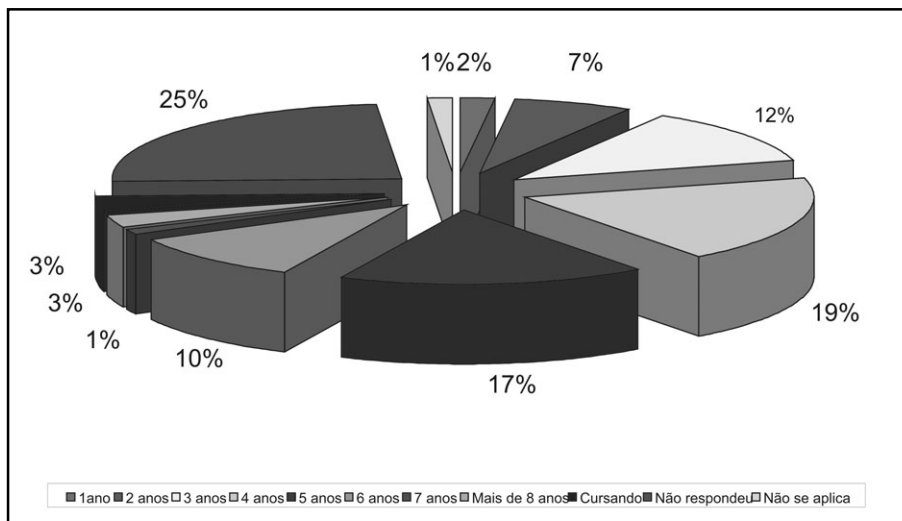


Gráfico 3 – Identificação do tempo para formação do Secretário Municipal de Saúde/RS – outubro 2006.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006

A qualidade gestora para responder as indagações quanto à formação profissional dos Secretários Municipais de Saúde, no direcionamento e aplicação dos recursos financeiros nas políticas de saúde dos municípios, se apresentaram a articulação da relação identidade/trabalho. Ou seja, o reconhecimento de seu pertencimento, satisfação e inclusão com algum grupo/profissão.

Ao serem questionados sobre seu envolvimento focado no trabalho em que estão realizando atualmente, obteve-se um conjunto de 61,74% de secretários que possuem dedicação exclusiva, sobretudo no grupo 1, onde 70% deles estão envolvidos somente na relação gestor/saúde coletiva. E da totalidade dos SMS/RS, 34,90% dividem seu tempo entre outras atividades.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO

O vínculo empregatício está presente no grupo 1 de forma equilibrada, com 52% dos SMS vinculados a alguma relação trabalhista (instituição pública ou privada) em relação a 48% que não possuem ligação. O grupo 2 aponta para um crescimento dessa diferença. O vínculo aparece em 69,05% dos secretários que responderam a pesquisa em relação aos 30,95% que não o possuem. Es-

ses valores são similares no grupo 3.

Tabela 2 - Vínculo empregatício e ligação trabalhista citada pelos secretários municipais de saúde-RS / outubro de 2006.

Possui vínculo empregatício	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Sim	52%	69,05%	70%
Não	48%	30,95%	30%
Qual tipo de vínculo?	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
CC	40%	55,81%	47,37%
Outros	60%	44,19%	52,63%

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006.

Esse aumento não configura a mesma relação gradual para os Secretários Municipais de Saúde que possuem Cargo de Confiança. Percebe-se, para o grupo 1, que 40% dos SMS são Cargo de Confiança. No grupo 2 esse valor cresce para 55,81% e volta a baixar no grupo 3 para 47,37%.

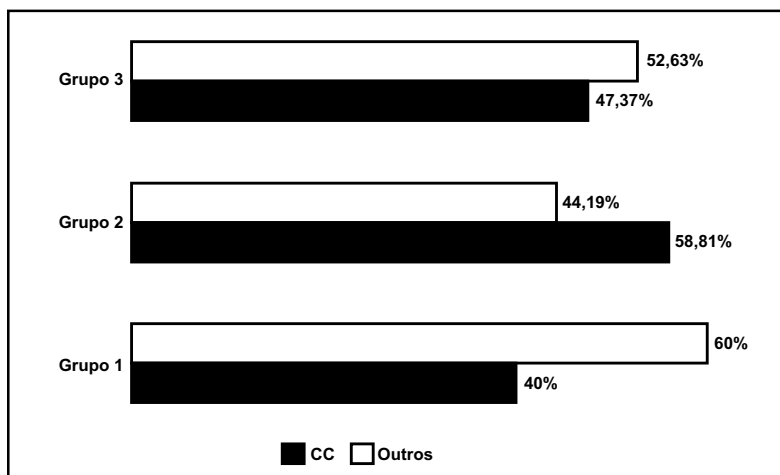


Gráfico 4 – Identificação do tipo de vínculo empregatício do Secretário Municipal de Saúde/RS.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006

No que se refere ao tempo de experiência em suas funções profissionais, temos um perfil geral de SMS com mais de 10 anos de atuação em suas áreas específicas, ênfase aos grupos 1 e 3, onde esses valores são mais expressivos.

É nesse contexto de contradições, que compreendendo os limites pode-se também visualizar possibilidades de instituímos práticas formativas. Os processos formativos de todas as áreas devem atentar a essas metamorfoses, não para a elas se curvar, mas para elas conviver criticamente e a elas responder.

CARGO DE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

A qualificação profissional de quem tem o 'poder' de decisão de forma efetiva nas ações diretas na saúde pública, não foram fatores que lhe garantiram o exercício profissional conjugado ao cargo público. No que tange aos múltiplos fatores mais frequentes em relação a escolha destas pessoas ao cargo público, percebe-se que dois itens foram altamente relevantes para determinar o convite ao Cargo de Secretário Municipal de Saúde.

A indicação política e o bom relacionamento com a comunidade aparecem, sobretudo para o Grupo 1 onde constituem cidades de menor número de habitantes (15 mil). Ao grupo 3, onde as cidades são pólos regionais, os fatores determinantes dividem-se em todas as categorias indicadas, sendo que a indicação política apresenta um aumento em relação às demais.

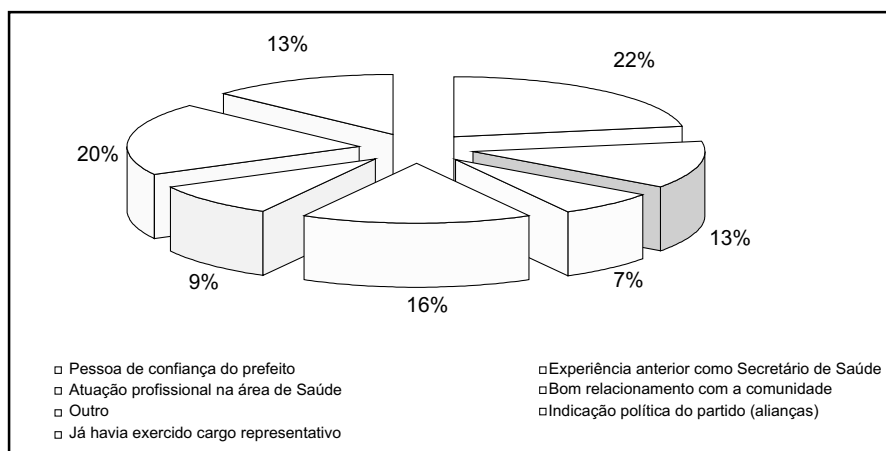


Gráfico 5 - Identificação dos fatores que determinam o convite da população desta pesquisa ao cargo de Secretário Municipal de Saúde – outubro 2006.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006.

Para os 3 grupos de análise, 26,17% dos SMS/RS estão no cargo no período compreendido até 12 meses, 63,09% dos secretários estão no cargo entre 1 e 2 anos. Outros 6,71% estão a mais tempo (entre 2 e 4 anos). E outros 4,03% não responderam. São residentes, em sua absoluta maioria, 90,6% no mesmo município em que são SMS.

Os Secretários Municipais de Saúde apontaram que 67,11% não possuem experiência no cargo, sendo esta sua primeira gestão. E 29,53% já foram gestores municipal de saúde em outras gestões e destes 13,64% contempla experiência inclusive em âmbito estadual.

A capacitação de profissionais é um exercício de construção de novas relações inter-subjetivas, e transformações e inserções no mundo interno e externo. Desta forma entende-se que o fato de pouco menos da metade, 47,89% dos sujeitos que responderam nossa pesquisa terem preocupado-se em se preparar especificamente ao cargo de Secretário Municipal de Saúde no período que estão gestores, torna-se um fator alarmante, no que tange as diretrizes do SUS. Porém, 77,27% deles buscaram por capacitação e atualização em outras áreas no período compreendido em no máximo 6 meses/ano.

No período maior que 1 ano, não fizeram capacitação alguma e nem a fazem, compondo um grupo de 22,73%. Com ênfase ao grupo de análise 2 onde 94,88% estão em permanente aprimoramento, seguindo por 92,41% no grupo de análise 1 e por fim, os municípios de grande porte, onde há 82,35% dos gestores voltados à renovação intelectual e à prática dirigida. O período da atual gestão constitui menos de 2 anos e sugere-se aqui, uma inter-relação ao tempo de permanência no cargo apontado acima e gera-se a informação de que esse grupo fez apenas 2 capacitações, se relacionados ao período parcial de gestão (2 anos) com o tempo total de gestão(4 anos).

A busca por continuidade da qualificação profissional adquirida através do curso de graduação evolui conforme as tendências da contemporaneidade do mundo do trabalho, onde, segundo Mendes (2003) os pré-requisitos para o trabalhador incidem num perfil *“polivalente, com educação continuada e qualificação diferenciada”*, de forma que estejam sempre criando estratégias de aprimorar o conhecimento, mesmo com participação em seminários, palestras, congressos e refinando opiniões e oxigenando idéias, a fim de oportunizar ao profissional na área da saúde um contexto dinâmico que envolve a máquina pública.

Acentuado número de gestores, 91,3%, são conhecedores da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90, ou seja, o Sistema Único de Saúde. E para desenvolver melhor suas atribuições, enquanto gestores, sugerem cursos voltados para as seguintes áreas do conhecimento, segundo tabela a seguir:

Tabela 3 - Sugestões de cursos/capacitações destinadas aos gestores em saúde no RS/ outubro de 2006

Grupos Área	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Variáveis na área de Administração e Gestão	77,88%	76,47%	80,44%
Políticas Públicas de Saúde ou assemelhados	22,12%	23,53%	19,56%

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006

Para tanto, torna-se necessário estabelecer parcerias e articulação entre os diferentes níveis da esfera pública que envolvem a saúde coletiva, formas sistemáticas de assegurar condições sociais e dignas que contemplem o direito a uma saúde irrestrita.

Todo o empenho dedicado ao cargo gera o produto do trabalho do gestor, mas para nossa pesquisa, entre aqueles que responderam, eles mesmos apontaram que não lhes basta qualificação profissional pessoal, citada por apenas 21,92%, mas que a equipe do trabalho é de suma importância para 57,08%, bem como o bom gerenciamento financeiro, indicado por 21%.

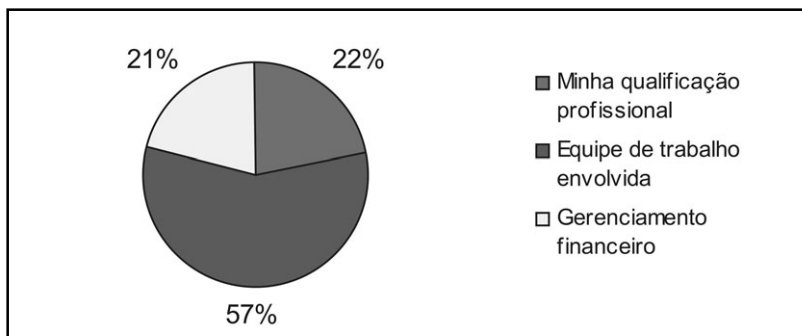


Gráfico 6 - Fatores contributivos aos níveis de satisfação em saúde municipal na perspectiva do Secretário Municipal de Saúde do RS.

FONTE: Banco de Dados ROREHS/ESP RS/2006.

Gera-se, assim, um alto índice de satisfação. São 73% dos SMS que entendem que a saúde em seu município é satisfatória. E 27% consideram os níveis de saúde nos municípios em que exercem o cargo de Secretário Municipal de Saúde, tendo sido apontado por apenas 3 gestores que esse grau de insatisfação deve-se à ausência de recursos financeiros suficientes à demanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das aproximações com os Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, percebe-se que em geral temos uma população jovem, a maioria com ensino superior completo e voltada para área do conhecimento em saúde. A formação profissional científica em outras áreas do conhecimento é voltada, em geral, para a área administrativa, tendo concluído o curso em até 4 anos. Em geral, são profissionais que atuam ou já atuaram em sua área e têm em média 20 anos de experiência.

Os municípios de menor porte comportam os SMS/RS sem nenhum tipo de formação específica, compondo profissões dos mais variados segmentos, tais como: balconista de farmácia, motorista, fotógrafo, agricultor, desenhista, policial, corretor de imóveis, vigilante, representante comercial entre outros. Percebeu-se também que não há clareza na definição distinta entre cargo e profissão, de acordo com as seguintes respostas para esta mesma pergunta: assistente de plenário, secretário de saúde, funcionário público.

O número de Cargo de Confiança é semelhante ao de pessoas vinculadas profissionalmente ao serviço público, mas atualmente têm, em geral, dedicação exclusiva à atividade que estão exercendo. A maioria nunca esteve em exercício de atividade pública como gestor.

A capacitação específica em saúde não é muito procurada pelos gestores que se dedicam a atualizações voltadas para outras áreas, periodicamente. Indicam que o nível satisfatório da saúde em seus municípios se deve a um fator preponderante: equipe de trabalho envolvida.

Esse relatório tem vistas a contribuir com o processo de qualificação em termos de formação, capacitação e atualização focada em recursos humanos em saúde. As sugestões trazidas pelos Secretários Municipais de Saúde à Escola de Saúde Pública - RS, enquanto entidade formadora voltada ao ensino, pesquisa e planejamento foram basicamente na lógica da gestão e administração de recursos financeiros públicos e legislação, bem como elaboração e planejamento de projetos.

Ou seja, compreendem que a atuação do gestor em saúde pública inexperiente no cargo deve estar voltada à sua aproximação, com noções de administração pública em consonância com a rede de relacionamento que compõe as esferas federal, estadual e municipal.

Portanto, o resultado final desta pesquisa é subsídio à análise crítica reflexiva da situação conjuntural pública. A consonância dos achados com o plano diretor da Escola de Saúde Pública – ESP-RS, inserida na lógica da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, tem a intenção de apoiar futuras capacitações da ESP-RS, bem como apontar para a sociedade civil o perfil dos gestores em saúde nos municípios do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. v. 1

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF, 2005.

_____. **LEI 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 de Set. 1990.

CATTANI, Antonio David. **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 23 de out. 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

IANNI, Octávio. **A sociedade global**. 11. ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 out. 2006.

MENDES, Jussara, Maria Rosa. **O acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

APÊNDICE A KIT DE PESQUISA

1 CARTA DE APRESENTAÇÃO



Porto Alegre, _____ de 2006

Caro Senhor Secretário de Saúde:

Conforme contato telefônico anteriormente realizado pela bolsista Fabiana Moura Rodrigues, segue Carta Convite:

O presente projeto versa sobre a necessidade de subsidiar um maior conhecimento quantitativo e qualitativo a respeito dos responsáveis pela implantação de políticas públicas e implementação de recursos econômicos e sociais nos municípios.

Esta pesquisa está vinculada a Estação de Trabalho da ESP/RS que faz parte da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS), uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS/OMS com cooperação técnica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, sendo um projeto continental que atinge 16 países.

Em consonância com os objetivos do RORHES este projeto de pesquisa pretende desenvolver conhecimento a respeito da gestão em saúde no RS e assim contribuir para gerar ações efetivas em benefício da população.

Sendo assim, através da Coordenação da Professora Doutora Maria Ysabel Barros Bellini e orientação do Sr. Luiz Carlos Pinto Sobrinho, coordenador administrativo da ESP/RS, estamos realizando a pesquisa "IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL", com o objetivo de identificar o perfil da formação profissional dos gestores das Secretarias da Saúde do Rio Grande do Sul na gestão 2004/2008 considerando suas capacitações planejadas para e anteriores ao cargo, a fim de planejar ações de qualificação promovidas pela Escola de Saúde Pública ESP/RS a partir da realidade investigada e contribuir para construção de práticas fundamentadas na perspectiva da

integralidade em saúde.

Neste sentido, convidamos Vossa Senhoria colaborar como sujeito da pesquisa, respondendo ao questionário em anexo. No caso de Vossa Senhoria aceitar contribuir com nosso projeto de pesquisa, solicitamos que reenvie o questionário respondido.

Segue também, um termo de consentimento que assegurará os princípios éticos que nos norteiam para que possamos utilizar os dados enviados com resguardo de confidencia de identificação dos informantes.

Caso necessite de maiores esclarecimentos sobre o assunto, favor contatar com Sr. Luiz Carlos Pinto Sobrinho nos telefones 3901-1464/3901-1462 ou pelo e-mail luiz-sobrinho@saude.rs.gov.br

Cordialmente,

Fabiana Moura Rodrigues

Bolsista

Luiz Carlos Pinto Sobrinho

Pesquisador Responsável

2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Estamos solicitando a sua participação na pesquisa “IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL” que está sendo realizada pela ESP/RS (Escola de Saúde Pública do RS). O objetivo deste estudo é identificar o perfil da formação do profissional que tem assumido as secretarias da saúde nos municípios do Rio Grande do Sul. Será necessária a disponibilidade de algum tempo para realização da entrevista. A entrevista irá durar aproximadamente 45 min. Os entrevistados responderão a um questionário de vinte perguntas fechadas, caso não quiserem responder terão liberdade para não participarem.

As informações coletadas servirão de base para proporcionar capacitações voltadas ao Sistema Único de Saúde para os gestores Municipais e contribuir para construção de práticas fundamentadas na perspectiva da Integralidade em saúde.

Foi estabelecido que as entrevistas ficarão sob sigilo dos pesquisadores e que os participantes não serão identificados.

Eu, _____ fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da minha forma de participação e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim eu desejar. Entendi que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que tenho liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa. Caso tiver alguma dúvida sobre este estudo, sobre meus direitos de participante, ou sentir-me prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com Sr. Luiz Carlos Pinto Sobrinho nos telefones 3901-1464/3901-1462 para eventuais esclarecimentos.

Este formulário foi lido por mim em ___/___/___ (data) pelo pesquisador, abaixo assinado.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Nome do entrevistado

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

3 QUESTIONÁRIO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA RS

REDE DE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE "IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL"

Atenção:

Siga as instruções abaixo:

Este instrumento de pesquisa contém 26 perguntas, em sua maioria fechadas, ou seja, com opções de respostas específicas. Procure responder com a maior veracidade possível. Surgindo a necessidade de incluir alguma resposta que não tenha sido apresentada como opção, utilize o local adequado para este fim no item 9.

O tempo previsto para conclusão do preenchimento completo deste instrumento é de 15 minutos. Em caso de dúvidas, entre imediatamente em contato com a equipe da Escola de Saúde Pública/RS responsável por esta pesquisa através dos telefones (51) 3901-1464 e Fax: (51) 3901-1465 e no e-mail luiz-sobrinho@saude.rs.gov.br.

Renovamos nosso agradecimento em contribuir com nossa pesquisa.

Atenciosamente,

Luiz Carlos Sobrinho

Instrumento de pesquisa

CIDADE: _____

CRS: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Nome (iniciais):

1.2 Sexo () masculino () feminino

1.3 Ano de nascimento:

2. ESCOLARIDADE (marque um “x” na opção correspondente)

- a) () Ensino Fundamental incompleto
- b) () Ensino Fundamental completo
- c) () Ensino Médio incompleto
- d) () Ensino Médio completo
- e) () Ensino Superior incompleto
- f) () Ensino Superior completo
- g) () Ensino Supletivo incompleto
- h) () Ensino Superior completo
- i) () Especialização incompleta
- j) () Especialização completa
- k) () Mestrado incompleto
- l) () Mestrado completo
- m) () Doutorado incompleto
- n) () Doutorado completo
- o) () Outro **Especifique:**

3. VIDA PROFISSIONAL

3.1 Qual a sua profissão?

3.2 Há quanto tempo é profissional nesta área (em anos)?

3.4 Já atuou ou atua em sua profissão?
() Sim () Não

4. VINCULO EMPREGATÍCIO (marque um “x” na alternativa correspondente)

- 4.1 Possui vínculo empregatício?
() Sim () Não
- 4.2 Indique seu vínculo empregatício:
- a) () Funcionário público
 - b) () Celetista
 - c) () Cargo em comissão
 - d) () Outro **Especifique:**

5. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

- 5.1 Indique o nível de seu curso profissionalizante:
- () Técnico
 - () Graduação acadêmica
 - () Outro

Especifique: _____

Responda os itens 5.2 e 5.3 de acordo com o nível de seu curso profissionalizante indicado na questão anterior (5.1).

- 5.2 Em quanto tempo concluiu o curso (em anos)?
- 5.3 Há quanto tempo concluiu o curso (em anos)?

6. ENQUANTO SECRETÁRIO (a) DA SAÚDE

- 6.1 Quais os **MOTIVOS QUE DETERMINARAM O CONVITE** para o cargo de Secretário (a) de Saúde. *Marque com “x” quantas opções forem necessárias.*
- a) () Pessoa de confiança do prefeito
 - b) () Já havia exercido cargo representativo
 - c) () Experiência anterior como SECRETÁRIO (a) de Saúde
 - d) () Atuação profissional na área da saúde

- e) Indicação política do partido (alianças)
- f) Bom relacionamento com comunidade
- g) Outro **Especifique:**

6.2 Há quanto tempo exerce o cargo de Secretário (a) Municipal da Saúde nesta gestão? ____anos ____meses

6.3 Reside no município onde é Secretário (a) da Saúde?
 Não Sim ____anos ____meses

6.4 Já foi Secretário (a) da Saúde em outras gestões?
 Não Sim

Especifique:

6.5 Já foi gestor de qualquer outra Secretaria? Não Sim

6.6 Em qual nível? Municipal Estadual
Em que ano?

6.7 Há quanto tempo é Secretário (a) da Saúde?
____anos ____meses

6.8 Além de ser Secretário (a) da Saúde, acumula alguma outra função pública ou outra atividade profissional?
 Não Sim

7. CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA

7.1 Ao ser convidado ao cargo, fez alguma capacitação específica em saúde?
 Sim Não

Especifique: _____

7.2 Com que frequência faz cursos de atualização/capacitação específica?

- 1 vez por mês
- 2 vezes por mês
- a cada 3 meses
- a cada 6 meses
- 1 vez ao ano
- não faz/fez
- não respondeu

7.3 Conhece a lei 8080/90?

(Lei Orgânica da Saúde) Sim Não

7.4 Que tipo de curso você entende como necessário para qualificação de sua atuação como gestor? (indique no máximo 3)

*
*
*

8. PRODUTO DO TRABALHO

8.1 Qual seu grau de satisfação em relação ao estado da saúde em seu município? insatisfeito satisfeito

8.2 De que forma a sua ação contribuí efetivamente para a qualidade da saúde em seu município?

- minha qualificação profissional;
- equipe de trabalho envolvida;
- gerenciamento financeiro;
- não respondeu
- outro

Especifique:

- 9 Este espaço servirá para auxiliar na veracidade ou especificidade de alguma resposta acima quando **nenhuma** das opções contemple a sua necessidade.

Indique o número da questão

Escreva a sua resposta:

10. Exprese sua opinião e/ou sugestão a respeito desta pesquisa.

Diagramação, Fiolitos e Impressão:



GRÁFICA
FERREIRA

Rua Eduardo Chartier, 391 - (51) 3343.6153
Higienópolis - POA/RS