

Relatório

ESTUDOS COMPARADOS



Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil, e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México.

CEAM

Centro de Estudos Avançados
Multidisciplinares



Núcleo de Estudos de Saúde Pública

© 2010 Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP/UnB).

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

1.ª edição – 2010

“DA POLÍTICA INSTITUCIONAL AOS PROCESSOS DO CUIDAR: ESTUDOS COMPARADOS SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EQUIPES DO PSF NO BRASIL E SEUS SIMILARES EM CUBA, CANADÁ, ESPANHA E MÉXICO.”

Coordenação de Pesquisa:

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
Profa Dra. Maria Fátima de Sousa

Pesquisadores:

Profa Dra. Clélia Maria de Souza Ferreira Parreira
Prof Dr. Oviromar Flores

Colaboradores pontuais

Profa Dra. Diana Lúcia Moura Pinho
Profa Dra. Elizabeth Carmen Duarte

Pesquisadora Colaboradora:

Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça

Auxiliar de Pesquisa:

Mestranda Juliana Cardoso Álvares

Apoio Técnico-Administrativo:

Graduanda Expedita Machado de Souza

Revisão

Prof Dr. Edgar Merchan-Hamann
Profa Dra. Maria Fátima de Sousa

Registro em Audio

Profa Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Canadá, Espanha e México

Prof Dr. Edgar Merchan-Hamann
Cuba

Fotos

Profa Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Canadá, Espanha e México

Prof Dr. Edgar Merchan-Hamann
Cuba

Arte, capa e diagramação

Especialista Julio César Cabral

Reitor

Prof Dr. José Geraldo de Sousa Júnior

Vice-reitor

Prof Dr. Josão Batista de Sousa

Decana de Pesquisa e Pós-Graduação

Profa Dra. Denise Bomtempo Birche de Carvalho

CEAM-Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

Profa Dra. Ana Maria Nogales

NESP-Núcleo de Estudos de Saúde Pública

Profa Dra. Maria Fátima de Sousa

Sumário

1. Apresentação _____

2. Introdução _____

3. Marco conceitual _____

4. Metodologia _____

4.1. Método, técnica e instrumentos de coleta de dados _____

4.2 . Relatórios de pesquisa de campo em Espanha, Cuba, Canadá e Cidade do México _____

4.3. Relatórios de análise dos 10 casos brasileiros _____

5. Análise das experiências – pontos de convergências e diferenciação _____

6. Elementos para reflexões _____

7. Participações na pesquisa _____

8. Currículo dos pesquisadores _____

9. Referências Bibliográficas _____

Apêndices _____

Anexos _____



Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



1 - Apresentação

Este documento trata da pesquisa de Estudos Comparados em Saúde da Família, resgatando a trajetória que parte da formulação de políticas setoriais e que culmina na efetivação das práticas de promoção da saúde nos serviços de atenção básica. As primeiras seções descrevem a pesquisa nos seus fundamentos conceituais, objetivos, métodos, a análise dos achados e os pontos de reflexão. Na segunda parte, encontram-se nos apêndices, os relatórios das viagens realizadas para coleta de dados, nos quais são fornecidos detalhes sobre as entrevistas e observações de campo e seus respectivos instrumentos de coleta de dados, termos de consentimento e cartas de apresentação da instituição e dos pesquisadores. Nos anexos, são publicadas à íntegra, as apresentações disponibilizadas pelos pesquisadores que participaram do Seminário Internacional de Sistematização e Análise de Dados. Encontra-se ainda em anexo, um CD com imagens dos espaços institucionais e dos ambientes das cidades visitadas. Almejamos que a leitura deste material estimule os debates sobre a política de atenção básica, que permita estabelecer comparações e, ao mesmo tempo forneça as bases para diálogos construtivos, às práticas de promoção da saúde;





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



2 - Introdução

A presente investigação insere-se no âmbito da Unidade de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF), do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), com a participação de docentes dos Departamentos de Saúde Coletiva e Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, da Faculdade de Ceilândia e da Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília.

Caracteriza-se como um estudo de casos múltiplos para analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), no caso brasileiro, e por estratégias similares em outros países - Canadá, Cuba, Espanha e México - na direção da consolidação do modelo de atenção à saúde. Especificamente: (a) verificar as experiências exitosas nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF no Brasil; (b) identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro, e por estratégias similares em Cuba, Canadá, Espanha e México; e (c) caracterizar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no Brasil, no Canadá, Cuba, Espanha e México a partir de seus valores e princípios orientadores.

O desenho da pesquisa foi realizado de forma conjunta pelos professores-pesquisadores com a finalidade de assegurar: a construção de consenso no entorno dos valores, princípios, categorias, subcategorias analíticas e indicadores (meios de verificação da aplicabilidade da política e elementos de gestão nos processos de cuidar) definindo

assim o marco conceitual que justificou os objetivos e metas do estudo; a sustentação da pesquisa como um estudo de múltiplos casos, ancorada na profundidade das categorias e subcategorias analíticas, buscando as relações explicativas que caracterizam a gestão e a organização das práticas de promoção da saúde; e o diálogo crítico sobre os instrumentos e técnicas junto aos pesquisadores de outras Instituições de Ensino e Pesquisa, como forma de articulação e troca de experiências no sentido de aperfeiçoar os procedimentos de coletas de dados.

O método do estudo foi de natureza qualitativa, descritivo, na forma de múltiplos casos, acerca das experiências de promoção da saúde nas práticas das equipes do PSF no Brasil e seus similares nos países acima mencionados, respeitadas diferenças nos seus contextos históricos, sociais, políticos, culturais e sanitários. Sobretudo, compreendendo os semelhantes e diferentes níveis de desenvolvimento democrático e de conquistas dos direitos de cidadania daqueles países. Com isso, as diversas formas de entendimentos, concepções e representações acerca dos valores, princípios e formas organizativas, desde a formulação da política, passando pelos mecanismos de organização e gestão até os cuidados, tendo na promoção da saúde, a base das práticas das equipes, apresentam-se de diferentes maneiras, neste e naqueles países.





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



3 - Marco Conceitual

Para elaboração desse estudo foram considerados os desafios atuais das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, estratégia que vem sendo adotada no Brasil, por 16 anos, com a finalidade de re-organização a Atenção Básica à Saúde e de contribuir na mudança do modelo assistencial no âmbito do SUS, materializando assim seus objetivos: (a) possibilitar o acesso universal e, em consonância, com o princípio da equidade; (b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos ; (c) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; (d) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; (e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e (f) estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006).

Com base nos desafios de realizarmos análises explicativas de como as políticas de promoção da saúde estão presentes nas práticas das Equipes do PSF, e vem se constituindo em um novo paradigma para o conceito ampliado de saúde, considerando-se o contexto social, político, econômico e institucional do caso brasileiro e de estratégias similares no Canadá, Cuba, Espanha e México.

E para tanto, consideramos que as políticas de promoção da saúde no Brasil têm sido vistas como indissociáveis da reflexão, sistemática e continuada do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos desafios contemporâneos desse sistema para todos os níveis de gestão que o integram (federal, estadual e municipal) é a urgência de se traduzir os avanços obtidos

no campo da descentralização, da gestão e do financiamento em mudanças efetivas no modelo de atenção à saúde. O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como indutores da reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões inerente às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde” no Brasil, e de suas relações entre os níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se na universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS. Nesta perspectiva é importante identificar as ricas experiências espalhadas por todo o Brasil e fazer dessas, ponto de encontro de lições aprendidas e trocas de possibilidades para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Da mesma forma, estudos sobre a promoção da saúde nos colocam diante da possibilidade de uma melhor apreensão sobre outras formas de produzir modos de viver mais saudáveis e de favorecer a construção de novas realidades dirigidas às práticas de promoção da saúde desenvolvidas em diferentes territórios pelas equipes do PSF no Brasil, assim como de modelos similares em outros países objeto dessa pesquisa. De uma maneira geral, a promoção da saúde tem sido considerada como sendo capaz de favorecer indivíduos e coletividades na busca de maior equidade e bem-estar, de possibilitar a união de esforços de distintos atores sociais e produtivos na produção de



saúde, de possibilitar a construção teórica e novas práticas que têm melhorado a atuação no âmbito da atenção à saúde e, ainda, de reorientar os serviços na promoção da saúde coletiva. (RESTREPO e MÁLAGA, 2001)

A despeito dos consensos e das críticas ao construto promoção da saúde, uma das lacunas que emergem na atualidade para a produção do conhecimento em torno dessa temática, está a construção de indicadores que considerem a intersetorialidade, os conhecimentos acumulados pela epidemiologia e os avanços em estudos sobre políticas públicas. É neste cenário que se coloca a relevância do presente estudo na busca de apreender as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF nos complexos contextos políticos, sócios, culturais e ambientais dos seus territórios de atuação, e em outros países onde a família seja o alicerce e a promoção da saúde se configure como a possibilidade de resgatar o sentido ampliado de saúde como qualidade de vida (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004).

Nesse sentido, a proposta de estudar como a promoção da saúde se expressa no âmbito da atenção básica em tão distintos países procura identificar - sem a intenção de hierarquizar ou classificar seus resultados - os igualmente distintos modos dos sistemas de saúde investirem no fortalecimento ou na criação de serviços, ações e estratégias de intervenção capazes de alterar os cenários de iniquidades em saúde e de estabelecerem uma nova agenda nacional na direção da promoção da saúde de suas populações.



4 - Metodologia

A pesquisa lançou mão da metodologia de estudo de caso por considerar sua abordagem ideal a esta investigação, uma vez que nos permitiu descrever as experiências visitadas nos países de Canadá, Cuba, Espanha e México, resguardando os pontos de convergências (valores e princípios) e as diferenças (formas de organização e gestão do cuidado) acerca das práticas de promoção da saúde realizada por equipes de PSF, no caso brasileiro, respeitando os distintos contextos das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde (com várias denominações) naqueles países.

Ademais o método de estudo de caso nos assegurou a não comparação *stricto sensu*, todavia nos permitiu a descrição em profundidade das idéias geradoras / indutoras na formulação das políticas, nas estratégias adotadas para afetividades de suas ações (organização, gestão e cuidado) relacionadas à promoção da saúde.

Nessa direção, concordamos com Greenwood, quando afirma:

“a principal virtude do método do estudo de caso é que permite uma compreensão profunda do fenômeno com um todo, tal como se dá no caso estudado. Ao não se ver distraído por uma multiplicidade de unidades de observação e ao estar restrito a um certo número de fatores que devem ser observados, o pesquisador pode centrar sua atenção em um pequeno número de casos e explorar com grande detalhe todas e cada uma das facetas dos casos que prometam brindar-lhe certa luz sobre o fenômeno. Este grau

de amplitude e profundidade não se pode obter com nenhum dos outros métodos empíricos”. (GRENWOOD, 1973, apud MUNIZ, 1998).

A justificativa pela opção do tipo de estudo está ancorada na abordagem de Yin (2001), que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em casos múltiplos.

3.1- Método, Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados

A escolha do método (estudo de múltiplos casos) considerou que cada país ou experiências específicas dentro dos países constituirá unidades de análise. Logo, sem prejuízo de suas semelhanças e diferenças. O estudo foi realizado em cinco países – Brasil, Canadá, Cuba, Espanha, México. Os critérios utilizados para a inclusão das experiências foram: no Brasil, selecionadas 11 experiências exitosas (boas práticas) premiadas na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família promovida pelo Ministério da Saúde em 2005. No Canadá, Cuba, Espanha e México, as experiências formuladas pelo aparelho do Estado; desenvolvidas no âmbito dos serviços públicos na atenção básica; e aquelas desenvolvidas por equipes multiprofissionais.

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2007 a janeiro de 2008, e foi desenvolvida em três etapas. Na primeira identificaram-se as experiências exitosas (boas práticas) a partir dos documentos da II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Na segunda etapa realizou-se a análise das experiências exitosas, onde se buscou identificar as



unidades de análise (casos), a fim de observar in loco as práticas (ações/projetos estratégicos) - formas de gestão e organização sustentadas pelos seus valores e princípios orientadores. Na terceira etapa selecionou-se, a partir de questões orientadoras as experiências dos outros quatro países a serem “comparadas” (convergências e diferenças), após a consolidação na forma de casos.

No conjunto dos cinco casos (universo da pesquisa), no caso brasileiro, foram considerados os municípios que, dentro das experiências de sucesso selecionadas na Mostra de Saúde da Família de 2004, foram contempladas em virtude do destaque que deram à promoção da saúde conforme as informações fornecidas pelos municípios na oportunidade da seleção do concurso. Nestes casos foram utilizadas as experiências: Janelas de Oportunidades, desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo - SP; A prática de caminhada em idosas: Efeitos biopsicossociais, executado pela Secretaria Municipal de Santo André - SP; Equipe de Saúde da Família para população em situação de rua, organizado pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte - MG; O idoso: na fronteira da exclusão, projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal da cidade de Dourados-MS; O ciclo de vida das famílias como ferramenta importante para o trabalho em Saúde da Família, projeto executado pelo Município de Rondonópolis - MT; Correntes de Leitura, projeto desenvolvido pelo município de Benevides - PA; Educação Popular em Saúde: uma das estratégias de controle da Hanseníase no PSF em Recife - PE, projeto que vem sendo realizado no Distrito Sanitário IV de Recife - PE; O processo de trabalho em saúde da família: espaço possível para o desenvolvimento da educação ambiental não formal, estudo desenvolvido na cidade de

Rio Grande - RS; O Agente Comunitário de Saúde: construindo a inclusão social a partir da intersetorialidade, projeto desenvolvido pela Prefeitura de Parnamirim - RN; Em busca de um melhor atendimento da comunidade com o PSF, projeto executado pela Prefeitura de Araguaçu - TO e Práticas interdisciplinares no PSF: fisioterapia, nutrição e Psicologia, projeto desenvolvido em Guarapuava - PR.

No caso dos quatro países foram entrevistados os sujeitos estratégicos relacionados, direta ou indiretamente, na formulação da política, da organização, gestão e cuidados (práticas das equipes na atenção primária), além de sujeitos responsáveis pela formação de pessoal e pela regulação do exercício profissional.

Pela natureza e método da pesquisa não se fez necessário estruturar “amostra” no sentido estatístico, uma vez que os sujeitos entrevistados foram interlocutores de diversas esferas e com diferentes graus de responsabilidade na implementação da política, gestão e de práticas de promoção da saúde no âmbito da atenção básica sem uma preocupação de representatividade estatística. Foram valorizadas a singularidade das experiências estudadas em cada país, as suas próprias formas de organização, a sua coerência e completude. Nesse sentido, se constituíram casos em si mesmos e foram tomados como unidades de análise.

Além das entrevistas, as informações que compõem o banco de dados da presente pesquisa foram provenientes das observações diretas in loco, documentos oficiais, referências bibliográficas, e posteriormente complementadas com as exposições que os sujeitos estratégicos de cada país realizaram no I Seminário Internacional de Estudos



Comparados em Atenção Primária à Saúde/ Estratégia Saúde da Família (Brasília, 8-10 de dezembro, 2008).

3.2 - Relatórios de Pesquisa de Campo no Canadá, Cuba, Espanha e México

Nos casos do Canadá, Cuba, Espanha e México, observou-se que as ações de promoção à saúde estão inseridas no contexto de suas políticas. Evidencia-se que o caráter mobilizatório da população desses países e a organização do próprio sistema de saúde, tomam sentidos distintos na consolidação das suas práticas de saúde. Observa-se que algumas estratégias guardam similitude entre esses países, traduzidas na organização e gestão da oferta de serviços de saúde onde a atenção básica assume uma posição estratégica. Constata-se que a atenção primária/básica reafirma os seus valores e princípios ao responder por cerca de 85%, em média, das necessidades de saúde da população de forma resolutiva.

3.3 - Relatórios de Análise dos 11 Casos Brasileiros.

Os 11 casos analisados no Brasil foram:

1. Janelas de Oportunidades-desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, por meio da área temática da Saúde da Pessoa com Deficiência (COGEST) em parceria com a Pastoral da Criança, o Centro de Recuperação e Educação Nutricional; Escola de Enfermagem da USP e Associação Comunitária Monte Azul. Trata-se de uma iniciativa para as práticas do Desenvolvimento Infantil, com enfoque nas conquistas e ampliação de oportunidades das crianças e suas famílias. O método foi a realização de oficinas de trabalho destinadas a produção de material didático (cartilhas) a

serem utilizadas nas capacitações das equipes da Estratégia Saúde da Família, objetivando o cuidado das crianças em fase de crescimento e desenvolvimento, em parcerias com as famílias.

2. A prática de caminhada em idosas: Efeitos biopsicossociais - executado pela Secretaria Municipal de Santo André, tendo os Agentes Comunitários de Saúde PACS, da Unidade de Saúde Vila Palmares e os demais Profissionais responsáveis pelos “Grupos de orientações” (Indivíduos/comunidades - 12 idosas participantes do grupo). A proposta é apresentada como uma pesquisa sobre os benefícios de um projeto de caminhada para idosas e não como uma experiência institucionalizada.

3. Equipe de saúde da família para população em situação de rua - organizado pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte, através da Coordenação Municipal de Políticas Sociais, e dos Profissionais do PSF do “Centro de Saúde Carlos Chagas, dirigido aos Indivíduos/comunidades “pessoas em situação de rua”. O foco do trabalho é na atenção integral da saúde desses indivíduos sendo tangencial a área de promoção da saúde. Os autores, no entanto, apenas mencionam a preocupação quanto à inserção dessa população em programas sociais e desenvolvimento de cidadania.

4. O idoso: na fronteira da exclusão - projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal da cidade de Dourados-MS. Iniciativa das Equipes de Saúde da Família do Jardim Cuiabazinho de Dourados. Um trabalho junto aos Indivíduos/famílias/comunidades de “idosos com cuidado domiciliar-ambiente familiar.”

5. O ciclo de vida das famílias como ferramenta importante para o trabalho



em Saúde da Família - projeto executado pelo município de Rondonópolis-MT. Apresentam-se inicialmente quatro teorias: (a) a teoria de sistemas da família; (b) a teoria do Estresse na Família (Wong); (c) a teoria do desenvolvimento da família (Duvall); e, (d) a teoria dos ciclos de vida da família (Wright & Leahey). Posteriormente é realizado, mediante a análise das fichas de SF de seis micro-áreas (804 famílias) adscritas à Unidade de Saúde da Família de Santa Clara em Rondonópolis – Mato Grosso, efetuando-se uma classificação das famílias.

6. Correntes de Leitura - é um projeto desenvolvido pelo município de Benevides, no Pará. Trata-se de uma iniciativa surgida a partir de oficinas previamente realizadas Bairro das Flores, daquela cidade, cujo foco é a informação e conscientização de adolescentes em relação às práticas de sexo seguro. Descreve-se a intervenção, na qual os ACS participam ativamente junto à comunidade na execução de oficinas de leitura.

7. Educação Popular em Saúde: uma das estratégias de controle da Hanseníase no PSF em Recife-PE - este projeto vem sendo realizado no Distrito Sanitário IV de Recife – Pernambuco. Trata-se de uma intervenção que visa ampliar e fortalecer as ações de educação em saúde sobre hanseníases realizadas pelos ACS junto às famílias. Almeja-se, mediante a conscientização e melhora no nível de informação, aumentar a detecção precoce de hanseníase, diminuir o abandono do tratamento, e melhorar o acompanhamento e monitoramento dos casos. Mediante múltiplos recursos pedagógicos, teatro, expressão corporal, exposição de cartazes, leitura de textos e realização de oficinas, relata-se o impacto na melhora de captação de casos.

8. O processo de trabalho em saúde da família: espaço possível para o desenvolvimento da educação ambiental não formal - trata-se de uma pesquisa, pós-graduação em nível de mestrado, realizada na cidade de Rio Grande-RS, no período de dezembro de 2002 a janeiro de 2003, no âmbito da 3ª Coordenadoria Regional da Saúde, e feita com 15 sujeitos. O estudo buscou analisar o processo de trabalho em saúde das equipes que atuam no Programa Saúde da Família numa abordagem sócio-ambiental; identificar possibilidades e aproximações no processo de trabalho em Saúde da Família para a implementação da Educação Ambiental Não-Formal na Atenção Básica e identificar nas ações dos agentes do trabalho em saúde da família, a relação das dimensões saúde e ambiente na promoção à saúde, pela possibilidade de promover a organização e desenvolvimento social.

9. O Agente Comunitário de Saúde: construindo a inclusão social A partir da intersetorialidade - projeto desenvolvido pela Prefeitura de Parnamirim, por meio de uma ação da Secretaria de Saúde, com a participação da coordenadoria do PSF do Município de Parnamirim, na grande Natal/RN. A proposta surge a partir da problemática da não inclusão social de portadores de deficiência no município, especialmente de crianças e adolescentes, o que resultou em uma questão de interesse de diferentes segmentos e instituições (Promotoria Pública, Conselho de Direito da Criança e Adolescente, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação e Secretaria de Assistência Social).

10. Em busca de um melhor atendimento da comunidade com o PSF - foi desenvolvido pela Prefeitura de Araguaçu, em Tocantins-TO. A proposta destacou os serviços e as ações desenvolvidas tendo como base ao



PSF. Dentre os programas/ações destacados estão: a) Disseminando Cultura; b) Saúde & Lazer; c) Projeto Saúde Alegria; d) Ensinando a Prevenir; e) Atendendo às Necessidades; f) Contribuindo para o Desenvolvimento Social. Logo, são firmadas diversas parcerias, dentre as quais está aquela com a Pastoral da Criança, a Secretaria Municipal de Assistência Social, o Banco do Brasil, que tem contribuído para o desenvolvimento do Programa da Melhor Idade e o SESC, com que se promovem eventos desportivos, como a 1ª Maratona de Sensibilização do Estado do Tocantins.

11. Práticas interdisciplinares no PSF de Guarapuava-PR fisioterapia, nutrição e Psicologia - trata-se de uma iniciativa que se dispõe a trabalhar nas equipes do PSF um projeto assistencial, este destacando os problemas comuns vivenciados pelos profissionais no que se refere às ações de fisioterapia, nutrição e psicologia. Com isso estruturam as seguintes ações a serem desenvolvidas de forma multiprofissional, entre elas: palestras nas escolas, participação nas reuniões da equipe de PSF, suporte para a equipe de PSF, grupos de apoio em riscos de depressão, hipertensos, e grupos de acompanhamento a gestantes, adolescentes, e idosos. Ações de nutrição a exemplo da avaliação nutricional, orientação nutricional em grupos específicos de hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos. E ações de fisioterapia com destaque para o atendimento domiciliar, ambulatorial, ginástica laboral para os Agentes Comunitários de Saúde – ACS e para as equipes de saúde bucal quanto a Disfunções de Articulação Temporo-Mandibular (ATM). Estas ações foram desenvolvidas procurando estabelecer o sentido da unidade na diversidade e promover a superação da visão restrita da prática uniprofissional.

No caso brasileiro, em relação às práticas de promoção da saúde apreendidas a partir da análise das 11 experiências exitosas, resguardando-se as singularidades dos contextos, pode-se dizer que, nos casos, observa-se a tentativa dos municípios em desenvolverem ações de promoção da saúde. Entretanto, a maioria das ações está focalizada na prevenção de risco de adoecimento. Poucas ações caminham em direção à expansão do campo da promoção da saúde, à construção de uma agenda intersetorial e à efetividade das ações de promoção da saúde. No entanto, evidenciaram-se duas iniciativas neste sentido, uma da inclusão social de pessoas com deficiências e outra com os moradores de rua.



Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



5 - Análise das experiências – Pontos de Convergência e Diferenciação

Analisados os dados oriundos das entrevistas, observações locais e discursos dos pesquisadores participantes do I Seminário Internacional de Estudos Comparados no Brasil, Canadá, Cuba, Espanha e México, foi possível sistematizar alguns pontos de convergência e diferenciação, vinculados a política, sistema, modelos e práticas de promoção da saúde na atenção básica/primária desses países. Pontos esses que se destacam, sobretudo, nos valores, princípios e base organizativa desse nível de atenção nos sistema de saúde dessas nações, a saber:

- Todos os países apresentam em seus arcabouços legais/constitucionais o direito à saúde e afirmam perseguir esse valor, ofertando as ações e serviços de saúde, em seus sistemas, de caráter público e universal;
- Compartilham dos princípios e bases organizativas da integralidade, equidade, descentralização e participação social, como elementos estruturantes do sistema;
- A descentralização das ações e serviços básicos de saúde nesses países se constitui em princípio orientador da organização desse nível do sistema. Entretanto percebe-se que o Brasil sinaliza em suas leis infraconstitucional (Portarias, Normas) elementos mais estruturantes da atenção básica/primária como porta de entrada do sistema, e com a preocupação de fortalecer as ações intersetoriais e no desenvolvimento de parcerias interna e externa as ações de governo;

- As estratégias adotadas para as práticas de promoção da saúde nesse nível do sistema, ainda se concentram em atividades/procedimentos de cunho preventivo e prescrito de cuidados com riscos individuais à saúde. Uma concepção ampla de promoção da saúde, ainda se coloca como desafio atual; e
- Os processos de integração entre os órgãos formadores e de serviço, em todos os países, constitui uma intenção. Portanto, as atividades de formação, capacitação e educação permanente, de forma integrada ainda constituem um desafio aos gerentes e gestores do sistema de saúde daqueles e deste país. .

Quando analisados os elementos de convergência e diferença entre os sistemas de saúde, políticas, modelos e práticas de promoção da saúde, no âmbito da atenção básica, percebe-se que os sujeitos entrevistados preocupam-se ainda mais com o fortalecimento da acessibilidade às ações e serviços de saúde de prevenção de riscos individuais e curativos do que com as ações de promoção da saúde, enquanto conceito de qualidade de vida, no referencial teórico assumido por este estudo.

O que segue é uma demonstração desses pontos de aproximações e distanciamentos, resguardadas as diferenças e singularidades de contextos, sujeitos e orientações político-ideológicas de cada país.



TIPOS DE SISTEMAS DE SAÚDE E ELEMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE

PAÍS	ELEMENTOS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE					ELEMENTOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE		
	SISTEMA DE SAÚDE	FORMA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	INTEGRAÇÃO DE NÍVEIS DE ATENÇÃO	AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA POLÍTICA	HIERARQUIZAÇÃO DA REDE	BASE TERRITORIAL	ÓRGÃO REGULADOR REGIONAL OU LOCAL	INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO COM PRESTADORES
CANADÁ	Público de acesso universal com prestadores privados	Projetos financiados mediante editais devem contar com participação da comunidade.	Sistema de referência bem definido a partir da atenção básica	Ênfase recente na "accountability" definida mediante metas de contratos. Indicadores conforme planejamento.	Papel da atenção básica e de níveis de complexidade progressiva bem definidos	Atenção básica claramente definida a partir de regiões sanitárias	"Ministérios da Saúde ou Provincial Health authority" nas províncias federais. Nível local: District Health boards.	Avaliação de contratos. Recente tendência ao estabelecimento de salários. Desde os anos 90, descentralização de distritos em 9 províncias (necessidade de avaliação no nível provincial)
CUBA	Público de acesso universal com prestação pública	Participação imbricada no sistema. Contato estreito das assembleias e comitês locais com órgãos executivos	Sistema bem definido a partir da atenção básica com rede de policlínicos como instância intermediária	Apresentação de relatórios	Papel da atenção básica e de níveis de complexidade progressiva bem definidos	Sistema piramidal bem definido a partir de distritos sanitários	Distritos, municípios e secretarias de saúde das províncias.	Metas das políticas definidas em Plano Plurianual.
ESPAÑA	Público de acesso universal com prestadores privados	Os "consells de salut" contam com participação de usuários na Catalunha	Sistema de referência definido (vide hierarquização)	Sistema de avaliação dos resultados da "compra" de serviços de saúde. Avaliação dos contratos, dos planos de saúde e da satisfação dos "clientes". Indicadores de desempenho: percepção de segurança do serviço, tempo de espera de consulta.	Grupos de Áreas Básicas de Salud - ABS, cobrem de 7.000 a 50.000 habitantes; elas estão adscritas a um hospital nível 1 que cobre até 200.000 habitantes. Hospitais nível 2 cobrem até 500.000 habitantes e hospitais nível 3 até 2 milhões de habitantes.	"ABS" bem definidas (um médico de família para 2.000 - 2.500 habitantes; um pediatra para 1.000 crianças; um odontólogo para cada 11.000 hab.) e regiões sanitárias.	O serviço catalão de saúde é máxima instância na região autônoma. Há secretarias municipais (dependem das diputações municipais)	Avaliação de contratos de prestação de serviços. Há uma definição da "carreira de serviços" a serem comprados tanto pelos centros de atenção primária como pelos hospitais.
MÉXICO	Público de acesso universal com prestação pública. Prestação paralela particular	Estimulado mediante a eleição popular paralela do "delegado" local de saúde.	Sistema de referência definido a partir dos Núcleos Básicos (NB).	Relatórios oficiais	Papel da atenção básica (Núcleos básicos; um NB para 3.000 pessoas) e equipes itinerantes de saúde e de níveis de complexidade progressiva bem definidos	Distritos sanitários definidos	Há distritos e regiões administrativas dos municípios	Metas nas políticas definidas



TIPOS DE SISTEMAS DE SAÚDE E ELEMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE								
PAÍS	ELEMENTOS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA		ELEMENTOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE					
	ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA DE SAÚDE / POLÍTICA DE PROMOÇÃO	COMPOSIÇÃO DE EQUIPES PROFISSIONAIS	FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	AVALIAÇÃO / MONITORAMENTO NA ATENÇÃO 1ª	INTEGRAÇÃO COM DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR / SOCIAL	IMPLEMENTAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	PRINCIPAIS AÇÕES E CAMPOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
CANADÁ	PS altamente valorizada. Ministério da Promoção da Saúde em Ontário	Equipe multiprofissional com papel destacado para enfermeira clínica	Profunda integração com aparelho formador dos membros de equipes	Quando expressos nos contratos de prestação, avalia-se mediante cumprimento de metas estabelecidas	Sistema de referência bem articulado	Instrumentos gerais e específicos (por contrato) bem definidos	Órgão próprio (no caso de Ontário) e Ministérios da Saúde das províncias. Nível local tem autonomia.	Estímulo a criação de hábitos e ambientes favoráveis à saúde
CUBA	PS valorizada profundamente enraizada em instâncias da comunidade	Equipe multiprofissional com papel destacado para o "médico de família" e enfermeiro. Articulação com Policlínicos.	Profunda integração com aparelho formador dos membros de equipes	Instrumentos verticais avaliam os relatórios técnicos	Sistema de referência bem articulado	Órgãos executivos locais como os CDR e as associações de massa (Federação de Mulheres Cubanas) têm participação direta	PS está implícita e não tem órgão próprio. Múltiplos órgãos contribuem em diversos âmbitos (escolas, vizinhança, clubes de idosos).	Prioridade dada à alimentação (problema desde 1990). Programas especiais para gestantes, idosos e crianças.
ESPANHA	Status: valorizado porém definido de maneira vaga (prestação de promoção, prevenção e recuperação da saúde).	Equipe multiprofissional com papel destacado para o "médico de família" e médico pediatra.	As Instituições Formadoras de Recursos Humanos para o sistema, tem Pouca articulação com os serviços de saúde. Há sociedade profissionais responsáveis pela capacitação dos trabalhadores por iniciativa das corporações.	Quando expressos nos contratos de prestação, avalia-se mediante cumprimento de metas estabelecidas num "Plan de Salud" elaborado pelo Serviço de Saúde da Comunidade Autónoma. Indicadores (número de vistas por ano / habitante)	Sistema de referência bem articulado	A participação é tímida. Porém está contemplada a participação de representantes da comunidade nos "Consells de Salut" na Catalunha.	Foco na população atendida (incorporar atividades de promoção e de detecção). Prevista na "carta de serviços de salud pública" ou "portafolio". Há mescla com ações preventivas.	Estímulo à mudança de hábitos na população atendida. Ações indiretas nas comunidades. Luta anti-tabaco virou prioridade.
MÉXICO	PS recentemente reformulada no nível federal. Maior status Foco em populações marginalizadas	Equipe multiprofissional dos Núcleos Básicos composta por médico, enfermeiro e "promotor de saúde".	Integração com aparelho formador dependendo do estado e município. Iniciativas locais (Distrito Federal). com formação profissional em promoção da saúde.	Instrumentos verticais avaliam os relatórios técnicos	Sistema de referência com problemas de articulação.	Autoridade de saúde eleita popularmente. Conselhos com participação aberta.	Nova proposta de promoção induzida no nível federal pelo Ministério (Secretaria de Salud) no nível federal.	Preocupação recente com os hábitos alimentares e exercício.



Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



6 - Elementos para reflexões

A partir dos resultados obtidos nos é possível afirmar a necessidade de ampliar e qualificar o debate acerca dos avanços e desafios identificados nos países pesquisados e inaugurar um debate coletivo com vista a um desenho de estratégias para a construção de uma agenda política no âmbito nacional, voltada para a formação das equipes de saúde na incorporação de práticas de Promoção da Saúde. Da mesma forma, tais resultados nos convidam a buscar apoio e nos desafiam a verificar a sustentabilidade das experiências que vêm sendo desenvolvidas no contexto dos municípios brasileiros, por um lado. Por outro, se faz necessário aprofundar as questões mencionadas e destacadas na oportunidade da realização do Seminário Internacional onde os países reafirmaram seus valores, princípios e base organizativa do sistema, política, modelo e práticas da promoção da saúde no âmbito da atenção básica. Entretanto, indicam que resguardados os elementos de diferenciação mencionados acima, esta pesquisa levanta uma série de questionamentos que merecem, segundo seus dados/informações, uma análise mais profunda, o que exige a continuidade do estudo. Desta feita, amplia-se seu universo no sentido da formação de uma rede de pesquisadores que tomem esta questão de pesquisa como uma problemática pós 20 anos de construção do SUS no Brasil e 30 anos da declaração de Alma-Ata e demais cartas-compromisso no intuito de assumir em seus países (Estado e Governo) a atenção básica/primária como primazia dos sistemas de saúde.

A prática da promoção da saúde com a possibilidade de assegurar efetiva qualidade de vida contínua constituindo um desafio

que depende não apenas da visão expressa nos documentos oficiais, mas do contexto sócio-político que embasa a formulação de uma política e sua efetivação na prática cotidiana dos serviços de saúde. Questões contextuais e contradições inerentes aos processos políticos nacionais, regionais e locais constituem permanentes objetos de reflexão. Por exemplo, a descentralização de ações dá-se de maneira diversa em contextos de autonomia regional muito diferentes. Para citar dois casos, no Canadá e na Espanha, a autonomia quase total das províncias e das Regiões Autônomas, respectivamente, expressam de modo mais direto e coerente o sentir da comunidade e a tradução da política em ações concretas nos níveis regional e local. Isto contrasta com o México, que mesmo sendo um país federal, sofre a tendência à limitação do acesso com base num seguro universal com um “pacote de serviços” restrito. No caso de Cuba, a centralização excessiva pode ser contrarestada pela articulação de segmentos organizados da comunidade no nível periférico do sistema.

Um outro problema a ser debatido é a distância entre a formulação da política e a capacidade de efetivação. Neste sentido, a infra-estrutura existente e a organização do serviço público, que depende de investimentos prévios, pode ser limitante ou potencializador dependendo da história recente nos diversos contextos estudados. Nesse sentido, tanto as regiões autônomas da Espanha como as províncias federadas do Canadá mantêm suas iniciativas e capacidade de resposta em contextos econômicos e sociais relativamente estáveis. Cuba enfrenta as dificuldades de financiamento do setor além da disposição de recursos humanos da saúde, sobretudo



de médicos, para as ações de solidariedade internacional. Apesar do recente interesse na formulação de uma política de promoção e de revisitar as bases que sustentam a atenção básica, México enfrenta sucessivos governos em que o investimento no setor saúde é considerado uma carga para o setor público.

A mencionada distância entre a formulação da política e a efetivação das práticas de promoção na atenção básica depende também da integração com o aparelho formador e, nesse quesito, há diferenças gritantes. Tal integração depende-se não apenas de tradições acadêmicas e da agregação dos segmentos corporativos (médicos, enfermeiros e de outros profissionais), mas de um estímulo efetivo à integração com os serviços. Assim, os segmentos corporativos (sociedades profissionais) imprimem um papel relevante na Espanha. As escolas e a corporação de enfermagem encontram-se bem articuladas no Canadá. Em Cuba percebe-se uma sintonia entre as necessidades e o aparelho formador. No México, escolas em instâncias locais têm um papel importante, ficando a incógnita sobre o real alcance dessa formação no nível loco-regional no âmbito dos serviços.

A forma de inserção do controle social no sentido que traz o Brasil, se apresenta de modo diferente nos diversos contextos estudados. Há, por um lado, forte centralização e integração a uma política unívoca em Cuba. No México, o papel de uma tradição de participação comunitária deve ser avaliado no sentido do grau de controle efetivo face a um contexto neo-liberal. No Canadá e Espanha, há instrumentos de controle relativamente estáveis e cuja efetivação é plausível e culturalmente incorporada.

Finalmente, resta-nos refletir sobre a própria concepção da promoção da saúde

estipulada nas políticas dos países estudados. Neste sentido, mesmo com graus diversos de articulação intersetorial, a maior parte das ações contempladas são de cunho preventivo e de controle de riscos. Isto reafirma a necessidade de continuarmos pesquisando outras variáveis e contextos que possam ampliar a compreensão dos complexos fenômenos que implicam nos desafios contemporâneos da efetivação das políticas de promoção da saúde no âmbito da atenção básica.



7 - Participações na pesquisa

7.1 Coordenadores da Pesquisa

Edgar Merchan-Hamann (coordenação da pesquisa) - Aportou ao projeto conhecimentos de epidemiologia social e no desenho dos métodos e técnica da pesquisa. Contribuiu na elaboração da agenda de pesquisa de campo e nas articulações com as instituições parceiras. Realizou visitas de campo no Canadá/Toronto, em Cuba/Havana, e na cidade do México. Participou das sessões de leitura e análise dos casos brasileiros. Co-organizou o I Seminário Internacional de Estudos Comparados em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família para discussão das bases conceituais e operacionais dos Sistemas de Saúde visitados. E co-elaborou, apresentou e discutiu os relatórios das respectivas visitas de campo. Contribuiu na concepção da estrutura do relatório final da pesquisa e realizou a revisão final do mesmo.

Maria Fátima de Sousa (coordenação da pesquisa) - Aportou ao projeto conhecimentos e práticas sobre de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Organizou as oficinas de concepção do projeto, seus métodos e técnicas de coleta de dados. Elaborou as agendas de trabalho de campo e estabeleceu contatos com os sujeitos estratégicos em todos os países. Realizou visitas no Canadá (Toronto), na Espanha (Barcelona) e na Cidade do México. Co-elaborou e discutiu os relatórios das viagens desses países. Participou das sessões de leitura e análise dos casos brasileiros. Desenhou o formato, organizou e participou do I Seminário Internacional de Estudos Comparados em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família. Estruturou a estrutura do relatório final da pesquisa, co-elaborou e realizou a revisão final do mesmo.

7.2 Pesquisadores

Clélia Parreira - Adicionou à pesquisa reflexões sobre metodologias de estudo de casos e alternativas de comparação, bem como conhecimentos aplicados à promoção da saúde focados nas políticas públicas integradas. Realizou visita de campo na Espanha, no período de 3 a 7 de setembro de 2007, com agenda previamente programada em Barcelona. Apresentou e discutiu o relatório de viagem. Participou das sessões de leitura e análise dos casos brasileiros; participou do I Seminário Internacional de Estudos Comparados em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família. Contribuiu na concepção e elaboração do relatório final da pesquisa.

Diana Lúcia Moura Pinho - Participou das sessões de estudos na construção do desenho de pesquisa e instrumentos. Visitou a Cidade do México para coleta de dados.

Elisabeth Carmen Duarte - Participou das oficinas à elaboração do protocolo da pesquisa (conteúdo e método). Fez o trabalho de campo em Cuba/Havana. Co-elaborou o relatório e participou da apresentação e discussões do roteiro de viagem àquele país. Participou das sessões de leitura e análise dos casos brasileiros.

Oviromar Flores - Participou das oficinas de elaboração do protocolo da pesquisa, da concepção dos métodos e técnicas de coleta de dados. Participou das sessões de leitura e análise dos casos brasileiros. Visitou Havana/Cuba e Canadá. Apresentou e discutiu os relatórios da pesquisa de campo desses países.



7.3 Pesquisadora colaboradora

Ana Valéria M. Mendonça⁽¹⁾ - Aportou ao projeto conhecimentos e práticas inerentes aos métodos e técnicas de pesquisa qualitativa aplicadas ao uso de registros fotográficos, sonoros e audiovisuais, mediados por tecnologias para edição e degravação de originais de acordo com as atividades desenvolvidas em todas as entrevistas realizadas no Canadá, Espanha e México. Participou do I Seminário Internacional de Estudos Comparados em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família, onde também se responsabilizou pela memória audiovisual do referido evento. Participou da revisão final do relatório da pesquisa.

7.4 Auxiliar de Pesquisa

Juliana Álvares - Organizou as sessões de trabalho. Elaborou a memórias das reuniões, encontros e oficinas realizadas durante a pesquisa. Apoiou nos processos de agendamento do trabalho de campo junto aos pesquisadores e instituições parceiras. Contribuiu na atividade de acervo da pesquisa (fotos, áudios e documentos impressos). Participou do I Seminário Internacional de Estudos Comparados em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família e organizou as sessões de leitura dos casos brasileiros. Participou da revisão final do relatório da pesquisa.

7.5 Apoio Técnico-Administrativo

Expedita Machado de Souza - Organizou todas as viagens de campo. Contribuiu no agendamento do trabalho. Apoiou os pesquisadores antes e durante seus traslados. Contribuiu na elaboração do relatório técnico administrativo da pesquisa, acompanhando

(1) A pesquisadora viajou sem ônus para a pesquisa.

as metas e prazos de execução. Apoiou a realização do I Seminário Internacional de Estudos Comparados em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família.



8 - Currículo dos pesquisadores

8.1 Coordenadores da Pesquisa

Edgar Merchan-Hamann - Possui graduação em Medicina pela Universidad Javeriana de Colombia (1983), mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (1989), mestrado em Master In Public Health Epidemiology pela University of California Los Angeles (1991) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1996). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Atuando principalmente nos seguintes temas: HIV-AIDS, risco, vulnerabilidade, adolescente.

Maria Fátima de Sousa - É professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde, junto ao Departamento de Saúde Coletiva. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB (2007), mestre em Ciências Sociais pela UFPB (1994), Residência em Medicina Preventiva e Social pela UFPB (1990), habilitada em Saúde Pública (UFPB-1986) e graduada em Enfermagem (UFPB-1986). Responde pela coordenação da Unidade de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF), do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), da Universidade de Brasília. De 1991 a 2001, assumiu a gerência nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e assessorou o Programa de Saúde da Família – PSF, Ministério da Saúde – Brasília/DF, atuando na montagem da rede de apoio a implantação dessas estratégias junto às secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e seus órgãos colegiados (CONASS e CONASEMS), as Instituições de Ensino Superior e entidades de classe na saúde. No período de 2001 a 2003 prestou assessoria

no processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo, tendo participado do processo de formulação e implementação dessa estratégia naquela cidade. De 2003 aos dias atuais atuou na estruturação da UEPSF/NESP/UnB, participando de projetos de pesquisa apoiados pelos Ministérios da Saúde e Ciência e Tecnologia.

8.2 Pesquisadores

Clélia Parreira - Possui graduação em Pedagogia, mestrado em Educação e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília. De 1991 a 2004 foi consultora do Ministério da Saúde, com atuação na Coordenação de Informação, Educação e Comunicação (IEC), no Departamento de Educação em Saúde (PES), na Coordenação de Promoção da Saúde (PS) e no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Desde 2000 tem sido colaboradora no Curso de Especialização em Educação em Saúde, no Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde. Desde 2004 tem sido Professora e Pesquisadora Internacional da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO/Sede Acadêmica Brasil), onde já foi Assistente da Direção, Coordenadora Docente e responsável pelos projetos no campo da saúde. Atualmente é professora adjunta na Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília e coordenadora do Curso em Gestão de Saúde Coletiva.

8.3 Colaboradores pontuais

Diana Lúcia Moura Pinho - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade



Católica do Salvador (1976), mestrado em Educação pela Universidade de Brasília (1994) e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2002), na área de Ergonomia. Tem experiência na área de Enfermagem, atua principalmente nos seguintes temas: enfermagem, ergonomia, cuidados de enfermagem, educação e análise de situações de trabalho, metodologia da pesquisa. Atualmente é professora adjunta da Universidade de Brasília, atuando na graduação e pós-graduação em Ciências da Saúde e diretora da Faculdade de Ceilândia.

Elisabeth Carmen Duarte - Possui graduação em Biologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1983), especialização em Entomologia Médica pela Universidade Federal do Pará (1989), especialização em Epidemiologia pela Universidade Federal de Mato Grosso (1988), especialização em Malariologia e Saneamento Ambiental pela Universidad de Carabobo (1988), mestrado em Epidemiologia e Bioestatística pela McGill University (1994), doutorado em Epidemiologia e Bioestatística pela McGill University (2000), curso técnico-profissionalizante pela University of Puerto Rico (1991), curso técnico-profissionalizante pela Fundação Nacional de Saúde - Coordenadoria Regional de Mt (1987), curso técnico-profissionalizante pela University of Puerto Rico (1991), curso técnico-profissionalizante pela University of Puerto Rico (1991), curso técnico-profissionalizante pela Universidade Federal de Goiás (2004) e curso técnico-profissionalizante em National school-based survey - Youth Risk Behavior pela Center for disease control - USA (2003). Atualmente é professora adjunta I da Universidade de Brasília, consultora do Ministério da Saúde e consultora da Universidade de Campinas. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em

Epidemiologia. Atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, Malária, Coorte aberta.

Oviromar Flores - Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1975), licenciado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1975), especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (1980), em Psicodrama pelo Centro de Psicoterapia e Psicodrama (1996), em Cooperativismo pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1978), em Política e Administração em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas - RJ (1984), mestrado em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (1989) e doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Professor Adjunto da Universidade de Brasília, atualmente é Vice- Diretor da Faculdade de Ceilândia.

8.4 Pesquisadora Colaboradora

Ana Valéria M. Mendonça - Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Ciência da Informação pela UnB, mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e especialista em Administração da Comunicação. Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo e em Relações Públicas. Atua nas áreas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) em Saúde, realizando pesquisas nas áreas de Saúde, Sociedade e Cidadania, Informação e Comunicação na Atenção Básica, Ensino a Distância (EAD) e Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde Coletiva. É também coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação e



Comunicação em Saúde Coletiva (CNPq-Brasil), do Laboratório de Informação e Comunicação em Saúde Coletiva (LICoSC) e da Unidade de Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP).

8.5 Auxiliar de Pesquisa

Juliana Cardoso Álvares - Possui graduação em Psicologia pela UniCEUB (2004), especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. É auxiliar de pesquisa junto as Unidades de Estudos e Pesquisa da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família e da Unidade de Tecnologia de Informação Educação e Comunicação em Saúde, do NESP-UnB. Tem experiência em saúde mental como estagiária pelo Instituto de Saúde Mental (2003). Atualmente é mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

8.6 Apoio Técnico-Administrativo

Expedita Machado de Souza - Graduanda do curso de Administração pela Faculdade Cenecista de Brasília – FACEB. Tem experiências em gerenciamento de projetos na área da saúde, e atua como auxiliar de pesquisa nos projetos do NESP desde novembro de 2004.





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



9 - Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. 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). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Lex: Diário Oficial da União, 29 de mar de 2006.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(3):401-412, 2002.

CARVALHO, S.R. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. [online], vol. 9, no. 3, 2004. p. 745-749.

CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. de (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

GRENWOOD, E. Metodología de la investigación social. Buenos Aires: Paidós, 1973, In: MUNIZ, R.M. *Relaciones Intergubernamentales y política de médio ambiente en Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental*. Madrid: Universidad Complutense, 1998 (Tese de Doutorado em

Ciência Política e Administração).

LEFEVRE, F. e LEFEVRE, A.M.C. *O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EducS, 2003.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do Conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 2007.

RESTREPO, E.H.; MÁLAGA, H. *Promoción de la salud: Como construir vida saludable*. Colômbia: Editorial Medica Panamericana, 2001.

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

SOUSA, M.F. *Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica*. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

_____. *Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?* *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (supl.1): 1325-1335, 2009.

YIN, R. K. *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre. Bookman, 2001.



Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndices

APÊNDICE 1 - Carta de Apresentação dos Pesquisadores em Português

APÊNDICE 2 - Carta de Apresentação dos Pesquisadores em Espanhol

APÊNDICE 3 - Carta de Apresentação dos Pesquisadores em Inglês

APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido em Português

APÊNDICE 5 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido em Espanhol

APÊNDICE 6 - Roteiro de Coleta de Dados

APÊNDICE 7 - Relatório de Pesquisa de Campo – Canadá

APÊNDICE 8 - Relatório de Pesquisa de Campo – Cuba

APÊNDICE 9 - Relatório de Pesquisa de Campo – Espanha

APÊNDICE 10 - Relatório de Pesquisa de Campo – México





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 1 - Carta de apresentação dos pesquisadores em português



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

Ao (s)

Prezado Senhor,

Tenho a grata satisfação de apresentar os Professores /Pesquisadores vinculados ao Núcleo de Estudos em Saúde- Pública - NESP do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM da Universidade de Brasília, capital do Brasil.

Estes professores compõem o grupo de pesquisa do Projeto intitulado: “Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México”.

Informo que o projeto de pesquisa pretende cumprir os seguintes objetivos:

Geral

Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro e por estratégias similares em outros países no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais.

Específicos

- a) Verificar as experiências exitosas nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF no Brasil;
- b) Identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro e por estratégias similares em Cuba, Canadá, Espanha e México;
- c) Sistematizar e analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no Brasil e nos países acima mencionados a partir de seus valores e princípios orientadores.

Na condição de Coordenador do NESP e do referido projeto agradeço antecipadamente o apoio que as autoridades políticos e técnicos responsáveis pela formulação, implantação/ implementação de políticas de Promoção da Saúde, no âmbito da Atenção Básica/Primária de Saúde desse país, possam dar aos pesquisadores. O apoio que solicito vai ao sentido de construirmos uma agenda de visita ao V. país junto a essas autoridades políticas/sanitárias, no período dea..... de 2007 .

Para maior conhecimento do projeto, encaminho o protocolo da pesquisa, no aguardo do V. retorno.





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 2 - Carta de apresentação dos pesquisadores em espanhol



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

Señor(a)

Apreciado(a) Señor(a)

Tengo la grata satisfacción de presentar los profesores(as) e investigadores(as) , vinculados(as) al Núcleo de Estudios de Salud Pública NESP del Centro de Estudios Avanzados Multidisciplinares - CEAM de la Universidad de Brasilia, capital del Brasil.

Estos profesionales componen el grupo de investigación del proyecto intitulado “De la Política institucional a los Procesos del Cuidar: estudios comparados sobre las prácticas de promoción de la salud en los equipos del programa de Salud de la Familia – PSF del Brasil y sus similares en Cuba, Canadá, España y México”.

Informo que el proyecto de investigación pretende cumplir los siguientes objetivos:

Objetivo General: analizar las prácticas de promoción de la salud desarrolladas por los equipos del PSF en el caso brasileño y por estrategias semejantes en otros países, con el propósito de señalar caminos para la superación de los actuales desafíos.

Objetivos específicos:

- a) verificar las experiencias exitosas en las prácticas de promoción de la salud desarrolladas por los equipos del PSF en el Brasil;
- b) identificar las prácticas de promoción de la salud desarrolladas por los equipos del PSF en el caso del Brasil, y por estrategias similares en Cuba, Canadá, España y México;
- c) sistematizar y analizar las prácticas de promoción de salud desarrolladas en el Brasil y en los países anteriormente mencionadas a partir de sus valores y principios orientadores.

En la condición de Coordinador del NESP y del referido proyecto agradezco el apoyo que las autoridades políticas y técnicas responsables por la formulación, implantación / implementación de políticas de Promoción de la Salud, en el ámbito de la Atención Básica/Atención Primaria de Salud de cada país, puedan dar a esos investigadores. El apoyo que solicito tiene el objetivo de elaborar una agenda de visita a su país que los reúna con las autoridades políticas /sanitarias en el período de ... a

Para mayor conocimiento del proyecto, encamino el protocolo de la investigación y aguardo su respuesta.





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 3 - Carta de apresentação dos pesquisadores em inglês



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

To the (s)

I have the pleasure to introduce the professors/researchers connected to the Public Health Care Study Group (Núcleo de Estudos em Saúde Pública-NESP) from the Advanced Multidisciplinary Study Center of Brasília University, capital of Brazil (Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM da Universidade de Brasília)

These Professors form a think tank for the project entitled “From the Institutional Politics to the Care Processes: comparative studies about actions of promoting health in the PSF staffs in Brazil and similar, such as Cuba, Canada, Spain, Mexico.

I inform that the research project aims to fulfill the following goals:

General

To analyze the actions of promoting health care developed by the PSF staffs, in the Brazilian example and by alike strategies in other countries in order to underline the paths to overcome the current challenges.

Specifics

- a) To check the successful experiences in actions of promoting health care developed by PSF staffs in Brazil
- b) To identify the actions of promoting health care staffs, in the Brazilian example and by alike strategies in Cuba, Canada, Spain and Mexico
- c) To organize and analyze the actions of promoting health care developed in Brazil and in the previous mentioned countries from their values and guiding principles.

As the Coordinator of Nesp e the mentioned project I appreciate very much the support that the political authorities and responsible technicians of formulation, implementation of health care promotion Politics, in the basic and primary health care of this country, may give to the researches. The support that I ask is destined to build a visit agenda to your country together with de politics/health assistance in the period of ... to.... 2007

To your knowledge of the project, I pass along the research protocol and I wait your answer.





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido em português



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) está sendo convidado(a) para participar, na condição de entrevistado(a), da pesquisa: “Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes do Programa Saúde da Família no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México”. O estudo vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília-DF Brasil, por intermédio da Unidade de Estudos e Pesquisa em Atenção Básica/Primária, estratégia política Saúde da Família.

O objetivo do estudo é Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro e por estratégias similares em outros países, no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais.

A sua seleção se deve ao importante papel desempenhado na formulação, implementação e/ou avaliação de estratégias políticas de atenção básica/primária em âmbito nacional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista/informações aos pesquisadores responsáveis pelo projeto, com duração prevista de 30 minutos por meio presencial ou virtual, de acordo com a sua disponibilidade.

Destaque-se que os resultados das análises finais sobre esse estudo são de propriedade intelectual do NESP, visto que serão consideradas informações provenientes de diversas fontes. Serão omitidos, preservados todos os nomes e formas de identificação dos entrevistados e evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado. Em situações específicas, se for necessária à referência a uma dada entrevista como fonte de informação, esta será, preferencialmente, identificada por código dos entrevistados.

Dessa forma o Senhor(a) tem liberdade de aceitar ou não em participar nessa pesquisa. Ressaltamos que sua participação como entrevistado(a) trará uma imensa contribuição para a compreensão do tema em estudo.

Pesquisadores



Endereço: SCLN 406 Bloco “A” salas 225
Asa Norte – Brasília/DF
CEP: 70847-510
Telefones: (0xx) 61-3340-6863
Tele fax: (0xx) 61-3349-9884
E-mail: usfnesp@unb.br, nesp@unb.br

Declaro que li, entendi e concordo com os objetivos e condições de minha participação na pesquisa, assinando este Termo de Consentimento, da seguinte forma:

- Entrevista gravada;
- Entrevista Escrita e
- Entrevista fotografada e filmada.

[Nome legível do(a) entrevistado(a) com assinatura]
answer.



Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido em espanhol



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

Término de Consentimiento

Usted está siendo invitado(a) para participar, en la condición de entrevistado(a), de la investigación: “De la Política Institucional a los Procesos del Cuidar: Estudios comparados sobre las prácticas de promoción de la salud en los Equipos del Programa Salud de la Familia en el Brasil y sus similares en Cuba, Canadá, España y México”. El estudio viene siendo desarrollado por el Núcleo de Estudios de Salud Pública (NESP) de la Universidad de Brasilia-DF Brasil, por intermedio de la Unidad de Estudios y Pesquisa en Atención Básica/Primaria, estrategia política Salud de la Familia .

El objetivo del estudio es: analizar las prácticas de promoción de la salud desarrolladas por los equipos del PSF, en el caso brasileño y por estrategias similares en otros países, con el propósito de señalar caminos para la superación de los desafíos actuales.

Su selección se debe al importante papel desempeñado en la formulación, implementación y/o evaluación de estrategias políticas de atención básica/primaria en ámbito nacional. Su participación en esta pesquisa consistirá en conceder una entrevista e proporcionar informaciones a los investigadores responsables por el proyecto, con duración prevista de 30 minutos por medio presencial o virtual, de acuerdo con la disponibilidad.

Destáquese que los resultados de los análisis finales sobre ese estudio son de propiedad intelectual del NESP puesto que serán consideradas las informaciones provenientes de diversas fuentes. Se omitirán y se preservarán todos los nombres y formas de identificación de los entrevistados, y serán evitadas citas directas de conversaciones en el trabajo final que será elaborado. En situaciones específicas, si es necesaria la referencia a una dada entrevista como fuente de información, esta será, preferentemente, identificada por el código de los entrevistados.

De esta forma Ud. tendrá la libertad de aceptar o no su participación en esta investigación. Resaltamos que su participación como entrevistado(a) traerá una inmensa contribución para la comprensión del tema en estudio.



Investigadores

Dirección: SCLN 406 Bloco “A” salas 225

Asa Norte – Brasília/DF

CEP: 70847-510

Telefones: (0xx) 61-3340-6863

Tele fax: (0xx) 61-3349-9884

E-mail: usfnesp@unb.br, nesp@unb.br

Declaro que leí, entendí y concuerdo con los objetivos y condiciones de mi participación en la investigación, firmo este Término de Consentimiento, de la siguiente forma:

- Entrevista grabada;
- Entrevista Escrita y
- Entrevista fotografiada y filmada.

[Nombre legible del(a) entrevistado(a) con firma]



Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido em espanhol



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

ROTEIRO DE COLETA (Modelo Relatório)

10 experiências – Premiadas na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família⁽¹⁾

Questões básicas da pesquisa:

- A promoção da saúde é hoje parte integrante da agenda política dos países investigados?
 - Como os países individualmente conduzem diferentes iniciativas de estratégias de prática de promoção da saúde?
 - A estratégia/política de Saúde da Família ou equivalente contribui para o fortalecimento das práticas de Promoção da Saúde?
 - Quem são os atores envolvidos na formulação, implementação destas estratégias/políticas?
 - Quais políticas e estratégias de expansão da atenção básica estimulam as práticas de promoção da saúde no âmbito do Programa Saúde da Família ou equivalente?
 - Qual a natureza do suporte da comunidade/estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde?
 - A proposta contribui para a universalidade da atenção à saúde?
 - Quais as características e formas de gestão?
 - Qual o papel do gestor na política nacional de promoção da saúde e da atenção básica?
 - Quais as instâncias de pactuação do sistema?
 - Quais os princípios organizativos da proposta/estratégia?
 - Como a gestão e organização se articulam com a política e o cuidado (atenção à saúde)?

Questões para aprofundamento:

- As concepções da redução das desigualdades / iniquidades são interdependentes nestas políticas/estratégias? têm sido um eixo norteador para integração dessas políticas ?

(1) Realizado a II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família-Junho de 2004.

- Como se estabelece a articulação entre as diferentes esferas da gestão e outros atores sociais para a formulação e implementação dessas políticas?
- Quais as principais estratégias previstas para integração dessas políticas?
- Quais são os principais problemas e possibilidades relacionados à integração dessas estratégias?
 - A regulação dessas políticas pelo gestor tem sido pelo marco normativo? E/ou pela indução financeira e de apoio técnico?
 - Que fatores das relações intergovernamentais interferem na condução dessas políticas?
 - Em que medida as comissões intergestores contribuem para a implantação e ou implementação dessas políticas?
 - Qual tem sido o papel e participação dos Conselhos de Saúde na formulação e ou implantação dessas políticas?

Descrição do contexto da proposta:

Descrever o cenário político técnico para implantar o projeto (atores, evidências);
 Descrever a ambiência da implantação do projeto;
 Identificar se a experiência é inédita e/ou consequência de outras políticas
 Verificar os atores envolvidos na formulação e implementação do projeto

1. Âmbito da formulação do projeto (POLÍTICA)

Universalidade -

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Equidade -

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Intersetorialidade -

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Sustentabilidade - (formação/capacitação/financeira e gerencial)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Avaliação e monitoramento

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

2. Âmbito da ação efetiva da política (CUIDADO - atenção)

Integralidade – (atenção integral à saúde voltada ao indivíduo no seu contexto familiar e social);

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Acesso, acolhimento e vínculo (entre profissionais das equipes de Saúde da Família e população da micro-área);

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Autonomia -



1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Co-responsabilidade -

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

3. Âmbito da gestão (características da gestão)

Participação social (mecanismos de participação – mobilizatório, decisório)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Autonomia (grau de autonomia – financeira, comando unico)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Pactuação do Sistema (instâncias – comissões e conselhos)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

4. Âmbito da organização (características)

Estratégias de descentralização (regionalização)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Hierarquização da rede

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Força e processo de trabalho (forma de vínculo, composição, formação, integração, trabalho em equipe)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

SÍNTESE:

Quais os elementos de convergência e divergência entre os casos que possibilitem uma maior compreensão das práticas de promoção da saúde no PSF? Qual a utilidade dos casos para articular (dar visibilidade aos) os valores:

- Justiça Social;
- Solidariedade;
- Cidadania;
- Dignidade.

Que lições as experiências internacionais podem trazer para a definição de estratégias junto à política nacional da AB/PSF, no que se refere às práticas das equipes nas ações da política de promoção da saúde?





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México





CANADÁ





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 7 – Relatório de pesquisa de campo – Canadá



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS

ASPECTOS GERAIS DA VIAGEM DE ESTUDO DA POLÍTICA INSTITUCIONAL AOS PROCESSOS DO CUIDAR: ESTUDOS COMPARADOS SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EQUIPES DO PSF NO BRASIL E SEUS SIMILARES EM CUBA, CANADÁ, ESPANHA E MÉXICO

Data da visita: De 15 a 22 de dezembro de 2007

País visitado: Canadá - Toronto

Pesquisadores: Maria Fátima de Sousa, Edgar Merchan-Hamann e Oviromar Flores

Entrevistados e Respectivas Instituições

- Dr Yves Talbot – Associate Professor in the Department of Family and Community Medicine and Health Administration at the University of Toronto
- Dra. Kim Fraser – Director of Health Services (Davenport-Perth Neighbourhood Centre)
- Dra. Catherine Oliver – Family Physician (Davenport-Perth Neighbourhood Centre)
- Dr. Jack Lee – Senior Strategic Advisor to the Ontario Ministry of Health Promotion
- Dr. Art Salmon - Ontario Ministry of Health Promotion
- Dr. Jayson Doll - Ontario Ministry of Health Promotion
- Dr. Raymond Dempster - Ontario Ministry of Health Promotion
- Dra. Anne Marie Crustolo (manager of Programs) – Hamilton Family Health Team
- Dr. Ken Burgess (Lead Physician) – Hamilton Family Health Team
- Dra. Vena Persaud – Senior Manager – Program Design & Development – Primary Health Care & Family Health Teams
- Dra. Luisa Barton - Faculty (Liaison) and Regional Coordinator Ryerson, York, and Toronto Universities

Contatos Iniciais

Os contatos iniciais para a realização do estudo no Canadá foram feitos por meio do envio de mensagens eletrônicas com solicitação de apoio à execução dos trabalhos, que foram remetidas, juntamente com um resumo executivo da pesquisa do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) e com a devida apresentação das pesquisadoras responsáveis pelo estudo no país, e para o Departamento da Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que contribuiu para a conformação da agenda realizada.

Resultado desse primeiro passo foi identificar os técnicos canadenses que ficariam com a responsabilidade de indicar os interlocutores mais estratégicos na prestação das informações e na explicitação dos aspectos relacionados às questões propostas pelo estudo, já que responderiam, em cada uma das instituições nas quais são dirigentes, pela implementação da política de atenção primária no Canadá e, mais especificamente, na comunidade de Toronto (Província de



Ontário).

A agenda de trabalho no Canadá foi construída pelo Dr. Yves Talbot, com o apoio de Fernanda Aguiar Almeida, ambos da Universidade de Toronto, que identificou as instituições-chave para a discussão sobre ações de promoção da saúde no âmbito da atenção primária, conforme agenda no Anexo 1.

Primeiras Impressões

As entrevistas foram conduzidas de forma espontânea, o que permitiu que os respondentes fossem indagados tanto sobre os fatos quanto sobre a sua opinião a respeito dos mesmos. Dessa forma, o entrevistado passou da categoria de respondente para a de informante-chave. Isto foi fundamental para o sucesso desse estudo de caso porque essas pessoas não apenas forneceram suas percepções e interpretações do sistema de saúde canadense e da atenção primária naquele país, como também puderam sugerir fontes nas quais se poderiam buscar maiores informações. A entrevista foi do tipo “centrada”, na qual os entrevistados puderam descrever livremente sua experiência pessoal a respeito da promoção da saúde no âmbito da atenção básica.

Marco Legal do Sistema de Saúde no Canadá

A Constituição de 1867 delimitava as competências entre o governo federal e as províncias, da seguinte forma:

“Nos termos da Lei constitucional de 1867, cabe às províncias abrir, manter e administrar hospitais, manicômios e instituições beneficentes, ao passo que o governo federal cuidava dos hospitais da marinha e das medidas de quarentena”. (apresentação do Prof. Dr Yves Talbot).

Ao longo do último século, e diante do aperfeiçoamento dos componentes dos sistemas de saúde, foram delimitadas com maior precisão as competências das Províncias. A estas cabe:

- Determinar quantos leitos serão disponibilizados no seu território;
- Determinar que categorias profissionais serão contratadas;
- Determinar como o sistema atenderá a comunidade;
- Aprovar os orçamentos dos hospitais;
- Negociar as tabelas de honorários com as associações de médicos;
- Administrar o próprio regime público de seguro-saúde no seu território .

Interface com a Academia – Serviço na formação em Saúde da Família no Canadá

Formação médica

Foi realizado um resgate da história da relação entre as instâncias acadêmicas e a estruturação do serviço de saúde do Canadá especificamente na implantação e implementação do modelo atual de assistência à saúde. Parte-se da década de 50, quando foi fundada a Sociedade de Medicina Familiar do Canadá (1954). Na época, 60% dos médicos eram generalistas dedicados à prática familiar e tal percentual era o mesmo nos Estados Unidos. Hoje em dia, nos Estados Unidos essa proporção é de 15%. Em 1957 se definiram as bases da Educação Médica Continuada, mas ainda demoraria 12 anos para realizar o primeiro exame de certificação.

Na década de 60 houve alguns desenvolvimentos relevantes. Criou-se um meio de



comunicação e difusão de experiências, a Revista de Medicina Familiar. Simultaneamente começou um processo de discussão entre as universidades, a Sociedade de Medicina Familiar e as instâncias governamentais da saúde para o estabelecimento de currículos de formação apontando para a criação de Residências em Saúde da Família. Desse modo, o primeiro departamento de Medicina Familiar foi fundado em 1969, ano em que foi realizado o primeiro exame de certificação. Nesse mesmo ano foi implantado o Programa Nacional de formação sendo estipulado um apoio orçamentário (Fundo Protetor) especificamente destinado à estruturação dos departamentos. Nos primeiros quatro anos de existência dos departamentos, a formação em saúde da família estava ligada às áreas de Pediatria, Clínica Médica e Medicina Comunitária. Vale a pena anotar que os delineamentos da formação em Medicina de Família no Reino Unido já existiam desde 1948 sendo enfatizada a formação desde a graduação. No caso canadense, em contraste, a prática educativa em saúde da família começou a ser pensada no nível de Residência (especialidade).

Ao longo da década de 70, a certificação era realizada pela Sociedade Canadense de Saúde da Família, existindo dois níveis de capacitação: um certificado de prática (que vigorou até 2002), que envolvia a demonstração de experiência prática durante cinco anos e 50 horas de educação continuada no tema; o segundo nível era a Residência com duração de dois anos envolvendo treinamento contínuo.

Na década de 80 foram realizados ajustes e os programas passaram por um processo de acreditação contemplando o desenvolvimento de currículos mediante protocolos de treinamento no âmbito da Residência. Em 1983, a partir do Relatório Wilson, foi estabelecido que a duração ótima da Residência era de dois anos. Isso foi revisto posteriormente em 1986 (Relatório Cox) em que haveria a necessidade de começar com a formação em Saúde Familiar desde a graduação aumentando o total de tempo necessário para a formação em mais dois anos.

Em 1994, 40% dos graduandos em Medicina faziam a residência em Medicina Familiar. A licença passou a ser outorgada pela Sociedade de Medicina de cada província (Colégio Provincial).

Os quatro princípios que orientam a formação médica em Saúde da Família são:

- Qualificação dos clínicos na prática de saúde da família;
- Recursos sociais para a comunidade mediante garantia da assistência;
- Base comunitária;
- A qualidade da relação médico-paciente é considerada um preceito central.

Atualmente, a Universidade de Ontário conta com 230 residentes matriculados no programa de Residência em Saúde da Família sendo a maior instituição formadora na área de Saúde da Família no Canadá. Há 650 professores, 150 deles com dedicação exclusiva. Há também 35 estudantes de pós-graduação *stricto sensu* (níveis de mestrado e doutorado) em Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde (Health Planning, Management and Evaluation) cujo foco é Saúde da Família. Há também mestrado e doutorado em Educação em Saúde com o mesmo foco. Além disso, a universidade oferece 45 estágios práticos de ensino da prática de Saúde da Família em áreas remotas localizadas ao norte do país.



Atualmente existem duas modalidades de residência; a tradicional, baseada em blocos de quatro meses de duração, em que, no primeiro ano, os residentes são expostos a um treinamento em saúde da família (primeiros dois blocos – 8 meses) e depois, práticas de Clínica Médica, Obstetrícia, Pronto-Socorro, Pediatria e o último período eletivo. Há um programa alternativo em que se passam três meios-dias por semana durante dois anos e mais dois anos de acompanhamento na prática da comunidade.

A formação da Residência Médica em Saúde da Família inclui, nos dois primeiros anos, a avaliação crítica de pacientes fundamentada em conhecimentos de clínica e de epidemiologia clínica, treinamento em procedimentos clínicos, aconselhamento, bem como acompanhamento pré-natal e pós-parto. Inclui também o rastreamento (screening) de doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial, e a realização de exames de detecção precoce de carcinomas de próstata, mama, de colo uterino, gástrico e intestinal. No terceiro ano, áreas mais especializadas são aprofundadas tais como, obstetrícia, saúde do idoso, psiquiatria, pronto-socorro. Chamam a atenção áreas que nas residências em países em desenvolvimento seriam raramente abordadas ou mesmo negligenciadas, como medicina do esporte, cuidados paliativos, saúde global e internacional.

O treinamento acima mencionado para médicos em Saúde Familiar tem interfaces com outra Residência em Medicina Comunitária que exige como pré-requisito os dois primeiros anos em Saúde Familiar ou, na versão mais recente, os conteúdos em Saúde da Família que já está incluído no ensino de graduação e que enfatizam a compreensão de aspectos clínicos e dos determinantes da saúde/doença. Nesse programa há treinamento em outros campos, tais como, o desenvolvimento de habilidades de comunicação, conhecimentos de advocacia em saúde (health advocacy) junto a outras instâncias, conteúdos raramente abordados nos programas do nosso meio. A diferença deste programa é que no terceiro e quarto anos, a maior parte dos conteúdos são opcionais. Enfatiza-se muito na pesquisa à qual são dedicados 40% da formação. Desde 1995, a pesquisa em saúde da família tem tido um grande desenvolvimento. Desde 2006, uma nova subcategoria de “pesquisador” emerge no âmbito dessa Residência em Saúde Comunitária. Neste caso, 80% da formação é dedicada a pesquisa clínica e operacional. Publicam-se, em média, 100 artigos por ano em revistas de referência.

Mesmo assim, há assimetrias na disponibilidade de médicos formados em saúde da família. Esse problema é especialmente crítico na assistência a comunidades rurais distantes ou em conglomerados urbanos empobrecidos bem como em grupos minoritários, ameríndios e inuits (esquimós).

Abordam-se também as bases da participação social. Neste sentido, assumem-se os princípios gerais do sistema (Liberdade, Segurança, Efetividade e Equidade). Há grandes preocupações com a sustentabilidade do sistema de proteção social, principalmente em relação aos altos custos decorrentes das doenças crônicas prevalentes em uma população idosa, e à escassa coesão social em áreas em que a maioria dos habitantes é descendente de imigrantes relativamente recentes. Destaca-se aqui que a formação em gestão do sistema de saúde é paralela à formação do médico em saúde da família e em saúde comunitária sendo notável que as Secretarias e Saúde das províncias, chamadas Ministérios de Saúde, na maioria dos casos não são gerenciadas por médicos. De modo análogo, os diretores de hospitais, na maioria dos casos, não são médicos.



Na formação em saúde da família, o médico é ciente de seu papel como parte de uma equipe e das interfaces com as competências das outras profissões. Também se enfatiza a visão de que a estratégia faz parte de uma política mais ampla em que os canais de comunicação entre os atores institucionais envolvidos devem funcionar: entre os Setores Saúde e Educação, entre o governo e a instância acadêmica, com as associações profissionais, agentes estatais e com a população. Enfatiza-se também a interface da prática clínica com a assistência farmacêutica e a farmácia comunitária, a assistência odontológica e o cuidado domiciliar. Por isso nunca a prática é vinculada estritamente ao hospital tradicional. Conta-se com profissionais de Fisioterapia e Serviço Social de modo permanente.

Formação em Enfermagem

A formação geral de profissionais em enfermagem é realizada em três níveis. O primeiro e mais básico é chamado de practical nurse e equivale, grosso modo, a auxiliar de enfermagem. O segundo, registered nurse, pode ser equivalente a nossa licenciatura em Enfermagem. O terceiro, chamado de nurse practitioner (NP) equivale a um grau em que a enfermeira pode realizar alguns atos de assistência com base em processos de educação e treinamentos mais complexos. Esse título foi reconhecido oficialmente recentemente (declarado protected title) em Ontário e é regulamentado no Colégio profissional de Enfermeiras (College of Nurses). Desde 1998, foi criada uma especialização em atenção primária (NP-Primary Health Care) antes inclusive da existência de uma legislação específica na área. Mais recentemente foram desenvolvidas três novas especialidades: NP-Pediatria, NP-Adulto e NP-Anestesia.

Basicamente, e isso é aplicável à atenção básica, a NP realiza três atos de assistência de modo independente e autônomo, porém não desligado da atividade dos outros profissionais: (a) diagnóstico de doenças e condições (infecções urinárias, itite média, doenças sexualmente transmissíveis, doenças cutâneas comuns, e consulta de crescimento e desenvolvimento das crianças); (b) prescrição de certos tratamentos e medicamentos (antibióticos, pílulas contraceptivas e antifúngicos); (c) pedidos de certos testes diagnósticos (eletrocardiograma, raios X, estendidos para diagnóstico celular - Papanicolao, ultrassom). O escopo de prática está bem definido e fora disso, i.e., para um nível de complexidade maior, é necessária a assessoria de um médico.

Os programas de NP foram estabelecidos inicialmente em 1965 na Universidade do Colorado, nos Estados Unidos. Dois anos mais tarde foi estabelecido o primeiro programa de NP no Canadá, na província oriental de Nova Scotia, formando enfermeiras que trabalhariam em áreas distantes do norte e a entidade formadora foi a Universidade de Dalhousie. Em 1971 começou o primeiro programa na província de Ontário. Porém, essa iniciativa teve curta duração porque havia excesso de médicos, falta de mecanismos de remuneração certos e de legislação que amparasse a prática, obrigando ao fechamento do último programa de NP na universidade de Mc Master, nessa província. Dez anos mais tarde, o Ministério da Saúde de Ontário e a NDP anunciaram uma recriação do programa de NP e em 1995 foi iniciado o programa de Primary Health Care Nurse Practitioner (PHC-NP), com o perfil de uma enfermeira que proporciona cuidados acessíveis, integrais e efetivos a clientes de todas as idades. Essa profissional contaria com conhecimento avançado e habilidades para tomada de decisões em diagnóstico e manuseio de determinados problemas. O reconhecimento (accreditation) como PHC-NP depende da



formação em instituição registrada e a aprovação em uma prova (Provincial exam – CNO). Em fevereiro de 1998, a legislação foi promulgada permitindo o que, na época era chamado de NP de âmbito ampliado ou de serviços expandidos (NP extended class ou expanded services). As PHC-NP agem em centros comunitários de saúde (CHC), FHT, hospitais, serviços de emergência, e em um tipo de posto de saúde em regiões remotas (nursing stations) onde não há médico. Ao todo há 10 universidades que formam NP, dos quais apenas 25 a 30% são homens.

O funcionamento da Atenção Primária

A chamada “atenção primária” e entendida como o cuidado de primeiro nível do sistema de saúde canadense é definida com o primeiro ponto de contato entre o paciente / cliente e o sistema. Na visão canadense, a atenção primária é o “navegador” do sistema e garante não apenas a provisão de serviços clínicos próximos do domicílio, mas também a acessibilidade e a continuidade da atenção. A atenção primária inclui serviços de prevenção de doenças, promoção da saúde, detecção / diagnóstico de doença / enfermidade, reabilitação e aconselhamento.

Concebido e identificado como “Médico de Família” (Family Physician), o nível primário está integrado com o secundário (cuidado proporcionado por especialistas) e com o terciário (cuidado altamente especializado usualmente apenas disponível em hospitais), e com três tipos de cuidado especial não necessariamente disponibilizado em hospitais: cuidado a longo prazo (long-term care), cuidado em domicílio (home care) e cuidados paliativos). Em todos eles a referência e a contra-referência encontram-se assegurada. As metas da atenção primária giram em torno da disponibilização de serviços próximos do domicílio, nas 24 horas do dia e proporcionados por uma equipe multidisciplinar. O trânsito pelo sistema (chamado de navegação) parte da atenção primária e é coordenado por ela. Focaliza a promoção e prevenção, bem como o manuseio clínico das doenças crônicas, e baseia-se na realidade epidemiológica local. Pressupõe-se também o apoio ativo às práticas e responsabilidades de auto-cuidado.

No final do ano 2007 havia na província de Ontário, cerca de sete mil médicos exercendo sua profissão mediante algum dos seguintes modelos de atenção primária:

- Redes de Saúde da Família (Family Health Networks -FHNs)
- Organizações de Saúde da Família (Family Health Organizations -FHOs)
- Modelo Abrangente de assistência (Comprehensive Care Model - CCM)
- Grupos de Saúde da Família (Family Health Groups - FHGs)
- Convênio em Grupo dos Médicos da Região Rural do Norte (Rural Northern Physician Group Agreement - RNPGA)
- Centros de Saúde Comunitários (Community Health Centres - CHCs).

Há outros modelos especializados que buscam proporcionar respostas às demandas de grupos específicos cuja assistência pressupõe intervenções especiais: Centro de Saúde de Grupo, os convênios das primeiras nações (grupos étnicos Weeneebayko/ Ahtuskaywin), associações de cuidados paliativos, e convênios com abrigos de pessoas que moram na rua.

Dos modelos acima citados o mais abrangente é o dos Grupos de Saúde da Família que conta com 4.400 médicos e atende cinco milhões de filiados. O segundo em importância é o de Redes de Saúde da Família que conta com 1.154 médicos e atende cerca de um milhão e



médio de pessoas. O terceiro, as Organizações de Saúde da Família conta com cerca de 500 médicos e atende 772.000 pessoas. O seguinte é o de Modelo Abrangente de Cuidado que conta com cerca de 350 médicos e atende cerca de 430.000 filiados. Os Centros de Saúde Comunitários, penúltimo em abrangência, têm em torno de 180 médicos e serve um quarto de milhão de habitantes. Contudo, há planos governamentais provinciais para a expansão deste tipo de iniciativa com base em estudos de efetividade e eficiência. Prevê-se, para outubro de 2009, a existência de 76 centros e 27 satélites que proporcionarão cobertura a meio milhão de habitantes.

Os modelos acima citados variam não apenas na sua forma de organização e operacionalização dos serviços que prestam, mas também no modo de financiamento. Há preocupações com as pequenas unidades formadas por equipes mínimas no sentido de ganharem repasses de verba muito pequena que fariam com que fizessem tudo por aumentar o número de procedimentos ou demandas que realmente não correspondam à realidade das comunidades. Por isso, em termos de financiamento e resultados, estudos de custo benefício indicam a necessidade de investir em outras formas de organização em que haja salários fixos ou pelo menos mais adequados a cargas de trabalho específicas.

O modelo canadense contrasta com o brasileiro de várias maneiras. Em primeiro lugar, pela existência de um modo único de definição de participação do setor privado na provisão de serviços de saúde, i.e., independentemente da forma organização e dos serviços prestados por particulares, haverá sempre delineamentos oficiais e o financiamento será público. Outro aspecto em que diferem é a articulação das instâncias comunitárias, tanto com o setor público, que traçam diretrizes, regula e financia, como com o setor privado que organiza, executa e presta contas.

Outra diferença é a adequação de propostas para cobrir as necessidades de grupos específicos. Mais de 90% da população das províncias canadenses estão concentradas em uma faixa estreita de 100 a 200 km a partir das costas dos dois oceanos ou das ribeiras dos grandes lagos. O território restante é muito frio e a população espalhada de modo que há pouco estímulo à prática da medicina e das outras profissões incluídas nas equipes multiprofissionais de saúde. Outra constatação é a situação das populações nativas, aqui chamadas de “primeiras nações”, que são divididas em dois grupos: os ameríndios ou indígenas que chegaram ao continente e passaram por ele há mais de 50.000 anos; e os Inuit, mais conhecidos como esquimós, cuja presença data de uns milhares de anos antes da chegada de ingleses e franceses. A discriminação racial e o fato de terem sido dizimados de maneira desigual por doenças e violências, além da distância de centros urbanos que impediu sua assimilação ou aculturação, são fatores que se traduzem em exclusão e indicadores de saúde de pior desempenho quando comparados à do restante da população que é considerada uma das mais cosmopolitas do mundo, pelo menos em Toronto. Estas necessidades específicas, teoricamente poderia ser melhor resolvida pelos setores privados mais flexíveis e adaptáveis às necessidades das clientelas mas isso não acontece. Um programa de estímulo, capacitação de população local / nativa e, quando necessário, alocação de profissionais em áreas distantes e em comunidades nativas encontra-se em sintonia com as determinações do Ministério da Saúde. No Canadá, a idéia do lucro gerado pela prestação de serviços encontra-se fora de cogitação.



As equipes da Saúde da Família no Canadá

A estratégia de atenção primária na província de Ontário está ligada à estruturação de equipes de saúde da família, chamados no Canadá de Family Health Teams (FHT). Até Dezembro de 2007, o governo provincial tinha atingido a meta de criação de 150 FHTs para expandir e melhorar o acesso a um cuidado primário amplo a todos os habitantes de Ontário e as equipes estão espalhadas pela província. Porém, as necessidades de melhora de cobertura fazem com que a metade dos FHTs esteja localizada em locais remotos e com serviços deficitários tanto rurais como urbanos, principalmente nas áreas do Norte do país às quais fazíamos referência anteriormente.

As equipes variam na sua estrutura, tamanho, forma de administração e na abrangência de suas ações a depender do grau de integração das comunidades. Estima-se que essas 150 equipes melhorarão o acesso de 2,7 milhões de habitantes de Ontário, residindo em 112 comunidades. Segundo o Dr. Jack Lee, do Ministério da Promoção da Saúde, o foco passa a ser a população, aponta para os determinantes de saúde, depende de parcerias com as comunidades e proporciona um cuidado “longitudinal” e não mais episódico.

As equipes, FHTs, correspondem a um grupo multidisciplinar e multiprofissional de provedores de saúde que coordenam a provisão de cuidados à saúde expandidos. Há nos FHTs: médicos, enfermeiros e enfermeiros clínicos (Nurse practitioners), nutricionistas, trabalhadores da saúde mental (psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras), assistentes sociais, farmacêuticos, educadores e outros atores sociais (militantes de movimentos da comunidade, membros de times esportivos, etc, dependendo da necessidade e disponibilidade locais). Em determinadas circunstâncias, dependendo das demandas da comunidade e dos serviços que os FHTs estão em capacidade de proporcionar, os mesmos podem contar com médicos especialistas.

Almeja-se que haja uma administração / gestão baseada em dados / indicadores e que haja a capacidade de selecionar os indicadores relevantes para cada realidade local. Pressupõe-se que as melhores práticas estão baseadas em conhecimentos. Para apoiar a capacitação na gestão, análise de dados e provisão de serviços, a província conta com 23 Centros de Recursos para Promoção da Saúde, onde é ministrada a capacitação. Tais centros encontram-se ligados à Associação de Saúde Pública de Ontário. Alguns temas específicos têm muita demanda, além dos mais conhecidos: álcool e drogas, tabagismo, dietas, etc. Os centros têm funcionado durante os últimos 12 anos e atualmente passam por uma re-avaliação. As equipes não contam com a figura do Agente Comunitário de Saúde no sentido em que tem sido idealizado no Brasil. Porém, em determinados contextos, a incorporação de pessoas da comunidade com determinadas atribuições e um grau de aperfeiçoamento pode ser possível.

Os princípios que orientam a prática dos FHTs são: (a) flexibilidade e escolha (não são padronizados), (b) parcerias com a comunidade, (c) construção somando-se a modelos existentes e aprendendo com o sucesso e não necessariamente para substituir o que já existe, (d) função em equipe, (e) foco nas necessidades da população, (f) prática baseada na evidência e sujeita a ponderações e redirecionamentos, (g) transparência e comunicação aberta, (h) mudança mediante incentivo a soluções integrativas e criativas.

As funções das FHTs são: (a) avaliação diagnóstica e início do tratamento, (b) cuidados primários reprodutivos, de saúde mental e atenção paliativa, (c) apoio aos hospitais da região



com cuidados domiciliares e instalações para cuidados intermediários de longa duração, (d) coordenação para referência a outras instâncias, (e) educação do paciente e prevenção incluindo organização de programas de promoção e de prevenção da doença, tratamento de doenças crônicas, (f) acesso à consulta pré-natal, e referência para cuidado obstétrico, pós-natal e atendimento hospitalar do parto.

O FHT conta com um componente de avaliação que está sendo implementada em duas fases: a primeira avalia o processo de implementação, os papéis dos principais atores mantenedores e sua duração aproximada são de um ano. A segunda fase focaliza até que ponto os objetivos da estratégia das FHTs têm sido atingidos e associa o impacto em dois níveis: no nível do sistema e de resultados com os pacientes. Contempla-se o início da segunda fase simultaneamente com a primeira, e devem durar cinco anos. Para o futuro imediato, outros 50 THFs devem ser implementados – os mesmos já foram propostos - e há mais de 1.400 médicos envolvidos nas equipes com outros 630 profissionais.

A criação de um Ministério (provincial) de Promoção da Saúde

Ao entrevistar o Dr. Jack Lee, assessor sênior do Ministério da Promoção da Saúde de Ontário, foi explicitado que existe um papel da promoção da saúde no nível da assistência primária. Para Lee, esse papel vem a satisfazer alguns dos princípios expressos no Canadian Health Act de 1984: o sistema deveria ser administrado publicamente (no nível das províncias), ser abrangente (cobrindo todos os níveis de complexidade), ser universal (cobrindo todos os residentes); ser acessível em todos os locais para os cidadãos “accessible” e em todos os lugares “portable”. Neste sentido, e devido à forma de organização da federação canadense, Ontário, a maior província canadense com 13 milhões de habitantes é, para Lee, diferente. Nas outras províncias, as autoridades provinciais não se preocupam o suficiente com atenção primária nem com a saúde pública. As equipes executivas de gestores da saúde são fragmentadas e o financiamento do setor saúde é compartilhado: 75% correspondem às províncias e 25% aos municípios. Por isso, em Ontário, foi decidido concretizar a promoção da saúde de um modo especial. De acordo com Lee, partiu-se de algumas definições de Promoção da Saúde:

“Promoção da Saúde é que todo mundo, i.e., a população, as comunidades e os governos, trabalhe junto para construir uma vida de boa saúde para todos. Promoção da Saúde é a arte e ciência de dar oportunidade aos indivíduos para que tomem decisões saudáveis e para que desfrutem de vidas saudáveis e ativas. Promoção da Saúde é também ação coletiva robusta o suficiente para criar lares, escolas, ambientes de trabalho e comunidades mais saudáveis.”

Nesse sentido, em 2005 foi tomada a decisão de criar um Ministério da Promoção da Saúde (MPS) na província de Ontário para “contribuir ao enfrentamento da crescente carga pessoal, social e econômica, representada pelas doenças preveníveis bem como dos ferimentos acidentais” nessa província. O MPS tem as atribuições de melhorar, coordenar e traçar estratégias e iniciativas que apoiem a saúde, a vida ativa e o bem-estar. Igualmente, o MPS busca melhorar a saúde de indivíduos e comunidades mediante uma abordagem de saúde populacional que reconheça que devemos promover a saúde de todos os habitantes de Ontário, incluindo aqueles que se encontram em maior risco. O MPS também reconhece que a redução de barreiras para a saúde de toda a população deve-se focar de modo abrangente os fatores determinantes (pessoais, sociais e econômicos) da saúde.



Conforme o depoimento do Dr. Lee, 10% da demanda em termos de doença advém de fatores genéticos, 15% é tratada no nível terciário e mais de 60% depende de fatores sócio-econômicos. Conforme o depoimento do Dr. Lee, o MPS tem uma maior oportunidade de reduzir as barreiras de acesso à saúde e melhorar de fato o estado de saúde dos habitantes “onde eles moram, trabalham, estudam e se divertem”. Os determinantes de saúde sobre os quais pode ser realizada uma intervenção significativa são: renda e status sócio-econômico, redes de apoio social, educação, emprego e condições de trabalho, ambiente físico, assuntos de gênero, práticas individuais relacionadas com a saúde e estratégias de enfrentamento de problemas, desenvolvimento saudável da criança, cultura e ambientes sociais. O único fator que o Dr. Lee deixa fora desse âmbito de intervenção corresponde à estrutura genética e biológica. Desse modo, chega-se à conclusão de que a boa saúde depende de uma responsabilidade compartilhada. Coletivamente, o desafio é considerado imenso, mas as metas podem ser atingidas de modo realista.

Dentro do governo provincial, o MPS começou a estabelecer parcerias com outros ministérios no sentido de criar uma cultura da saúde e o bem-estar. Imediatamente depois da criação do MPS, foi estabelecido um Comitê Interministerial da Vida Saudável, cujas obrigações foram: rever os programas e serviços cujo objetivo seja promover uma vida saudável em um amplo espectro de âmbitos; utilizar recursos mediante a partilha de recursos em parceria, e apoiar algumas iniciativas complementares. De acordo com Lee, o MPS convidou literalmente “todo mundo”, indivíduos, famílias, comunidades, organizações, o setor privado, “a se juntarem nessa viagem com destino a uma melhor saúde”.

O modo de trabalho do MPS inclui uma série de estratégias transversais (cross cutting strategies) cuja missão é ligar, integrar, estabelecendo parcerias. Trata-se de 11 estratégias:

1. Redução da mortalidade evitável que depende do tabagismo;
2. Prevenção do início do hábito do fumo nos jovens;
3. Assistência aos fumantes para abandonarem o hábito;
4. Proteção ao público dos efeitos danosos da inalação passiva do fumo;
5. Apoio a uma iniciativa integrada para atividade física e alimentação adequada;
6. Apoio a oportunidades para participar de esportes e praticá-los;
7. Proporcionar ao público ambientes seguros para a prática de atividade física mediante a melhora da infra-estrutura de lazer e esporte;
8. Redução da carga pessoal, social e econômica das doenças preveníveis;
9. Redução da frequência e gravidade de ferimentos acidentais preveníveis;
10. Promoção da saúde mental e bem-estar de todos os habitantes de Ontário;
11. Melhora da saúde geral mediante o apoio ao sistema público de saúde da província.

As primeiras quatro estratégias correspondem à prioridade denominada: “Ontário livre de Tabaco”. As três seguintes (5^a, 6^a e 7^a), correspondem à prioridade denominada “Promoção de bem-estar mediante atividade física, esporte e nutrição”, as três seguintes (8^a, 9^a e 10^a), correspondem à prioridade “Prevenção de Doenças e de Lesões”. A última (a 11^a) corresponde à prioridade “Apoio à Saúde Pública”. A implementação dessas prioridades permitirá obter como resultados a prevenção de doença e lesões acidentais, a promoção de bem-estar e, finalmente uma província de Ontário mais saudável.



Nessas quatro prioridades, um número de ações tem sido realizado. A prioridade chamada de “Ontário livre de Tabaco” inclui: (a) ações legislativas (Smoke-free Ontario Act, lei de 31 de maio de 2006); (b) ações comunitárias: as Alianças de ação juvenil (instituição de estágio e voluntariado em que jovens estudantes de escola secundária e colégios trabalham em unidades de saúde como educadores-pares), o Instituto de Treinamento em Advocacia Juvenil (para treinamento de jovens e aconselhadores de jovens), o projeto What you do matters (“o que você faz importa”, direcionado a comunidades indígenas), além da Aboriginal Tobacco Strategy (Estratégia de Tabaco direcionada à população indígena); (c) pesquisa: Stop Cessation Study (um inquérito); (d) informação: para cessação do hábito (Smokers Hotline) e o projeto Stupid.ca (visos veiculados pela Internet para prevenção do uso de tabaco),

A segunda prioridade, “Promoção de bem-estar mediante atividade física, esporte e nutrição”, compreende outras ações. Há um programa de acreditação escolar (Healthy schools Recognition Program) bem como projetos de intervenção e incentivo: Northern Fruit and Vegetable Pilot (integrando escolas e produtores rurais), It’s not gonna kill you (programa de informação na TV e Internet direcionados a adolescentes mediante pequenos comerciais), Eat Right Ontario (hotline de aconselhamento disponível também como “fale conosco” na Internet), Healthy Eating and Active Living Conference (uma conferência internacional com a participação de experts canadenses e estrangeiros em nutrição, saúde pública, atividade física e recreação), Active 2010 Ontario’s Sport and Recreation Strategy (que inclui um fundo de incentivos, parceria com as organizações de esporte provinciais e Multi-esporte), Sport for more (fundo de incentivo a grupos subrepresentados nas estatísticas do esporte, tais como pessoas com incapacidades, mulheres, minorias étnicas, adultos idosos), Ontario Trails Strategies (fomento a caminhadas no campo por trilhas seguras, mapeadas e acreditadas), Quest for Gold (uma loteria cujos fundos sevem para incentivar atletas amadores a atingirem níveis de desempenho de modo a habilitá-los para competências nacionais e internacionais).

Ainda em relação à segunda prioridade, é interessante aprofundar no projeto Active 2010 – Community Physical Activity Planning. O governo via MPS, proporciona incentivo e estimula as organizações que podem pertencer ao âmbito da saúde ou não, para solicitarem esse apoio mediante a elaboração de um Plano de Ação. Para o MPS, a chave do sucesso se fundamenta em cinco pontos: a) a parceria com a comunidade (o estímulo à atividade física pode ser o desejo de outras entidades organizadas da comunidade, especialmente nas áreas de recreação, educação, saúde que podem ser vistos como recursos adicionais); b) Conexão do Plano de Ação com outros planos já elaborados por outras entidades da comunidade (o governo municipal pode ter seus próprios planos em relação à atividade física, recreação, esporte, outras entidades como a Associação Cristã de Moços(as) podem ter planos que venham a somar); c) Objetivos claros e realizáveis com resultados esperados bem definidos (que devem ser discutidos e negociados com os parceiros, os quais devem fazer parte de um comitê); d) Avaliação do andamento do projeto (mediante monitoramento dos resultados na comunidade); e) Perspectiva a longo prazo (checar quais os estágios ou fases são factíveis de implementação em curto, médio e longo prazo e possíveis desdobramentos). Enfatizamos que os dois primeiros estão relacionados com a comunidade. Os projetos devem responder a necessidades sentidas da comunidade.

Para a implementação do Active 2010 – Community Physical Activity Planning contempla três fases de planejamento. A primeira fase, fase de partida (getting started), inclui seis passos:



1) a definição dos componentes da gerência do plano – comitê gestor; 2) a obtenção do perfil da comunidade quanto às suas características e à atividade física; 3) avaliação de experiências semelhante (learning from others); 4) colocação de missão, metas e objetivos; 5) identificação de oportunidades e dificuldades; 6) conversa com a comunidade. Na segunda fase, de preparação

Integração da Atenção Primária em Saúde com a Saúde Pública

FUNÇÕES	METAS DE SAÚDE PARA A POPULA					
	Promoção da saúde		Prevenção de doenças e lesões acidentais		Detecção e manuseio de doenças	
	Saúde Pública	Atenção Primária	Saúde Pública	Atenção Primária	Saúde Pública	Atenção Primária
Vigilância comunitária						
Avaliação em saúde						
Proteção da saúde						
Promoção comunitária / prevenção						
Promoção individual / prevenção						
Atenção à saúde da comunidade						

Fonte: Adaptado de “Enhanced Collaboration in Tary Health Care and Public Health in Canada”. Lee, J., 2007.

do plano (preparing the plan), inclui a elaboração do plano de atividade física propriamente dita (a intervenção), a descrição da estratégia do programa que deve detalhar estratégias de marketing social e a estratégia de comunicação bem como uma definição da política e da infraestrutura necessária. A terceira fase, de avaliação (measuring success) deve seguir três passos: 1) identificação de alvos para avaliar o sucesso; 2) mensuração dos resultados e do desempenho; 3) avaliação e redirecionamento do plano.

Sob a esfera da Terceira prioridade, “Prevenção de Doenças e de Lesões”, incluem-se as seguintes ações de intervenção: Ontario Heart Health Program (conta com 36 comunidades adscritas e 2.300 parcerias), Ontario Health Promotion Resource System (capacitação a profissionais de Saúde), Provincial Injury Prevention Strategy, Problem gambling / Responsible Gambling Strategy, Mental Health Promotion Strategy. Pode ser percebido que além das áreas tradicionalmente consideradas sob o escopo da prevenção, incluem-se outras como a prevenção de quedas acidentais que dependem da infra-estrutura da cidade e ainda o problema do jogo (jogos de azar, compulsão pelas apostas) e a dependência a ele associada. Um desses programas tem distribuído 1.000 capacetes para ciclistas a crianças e adolescentes.



Finalmente, a prioridade denominada “Apoio à Saúde Pública”, inclui ações como o estabelecimento de programas de saúde pública obrigatórios, a prevenção de doenças crônicas, a saúde da criança, a saúde reprodutiva, a prevenção de lesões e a prevenção de abuso de substâncias.

O MPS mantém 17 programas que eles consideram obrigatórios dos quais quatro são compartilhados e efetuados em conjunto com o Ministério da Saúde.

Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde.

A visita ao MPS e a entrevista com o Dr. Lee proporcionaram informação adicional em relação à visão que os canadenses têm em relação à promoção da saúde e a gestão da saúde. Segundo Lee, há duas áreas no sistema de saúde canadense com atribuições próprias: a Saúde Pública e a Atenção Primária. Porém, as duas compartilham metas em termos da saúde da população. As funções da “saúde pública” se relacionam com objetivos a ser alcançados no nível populacional: a avaliação do estado de saúde da população, a vigilância em saúde, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e lesões, e a proteção à saúde. Na visão canadense, conforme consenso dos Primeiros Ministros do Canadá, as funções principais da “atenção primária à saúde” são: promoção da saúde, prevenção de doenças e de lesões acidentais e manuseio das doenças crônicas. Isso além do cuidado e tratamento de doenças agudas, episódicas e não urgentes atribuições já tradicionais da atenção primária.

Quando colocados em uma estrutura matricial (quadro a seguir), em relação aos objetivos / metas da Promoção da Saúde (colunas à esquerda), percebe-se que seis dessas funções têm metas em um dos dois âmbitos (saúde pública e/ou atenção primária): a vigilância, a avaliação do estado de saúde, a proteção à saúde e a prevenção / promoção no nível comunitário correspondem a funções de “saúde pública” e não à “atenção primária”. Já a promoção e prevenção no nível individual correspondem aos dois âmbitos (“saúde pública e atenção primária”). A função chamada de “Atenção à Saúde da Comunidade” (“Community Health Care”) encontra-se ligada mais à atenção primária. Todas elas respondem a objetivos e metas de Promoção de Saúde no nível da população. Essas mesmas funções, todas exceto a última (de cuidado à saúde da comunidade), encontram-se também nos objetivos de Prevenção de Doenças e Lesões Acidentais efetuadas pela “saúde pública”. Apenas três delas, promoção / prevenção na comunidade, promoção / prevenção no nível individual, e o cuidado à saúde da comunidade, são atribuições da “atenção primária”. Duas delas, no entanto, são compartilhadas pela saúde pública e pela atenção primária. Finalmente, nos objetivos de detecção e manuseio de doenças e enfermidades, as quatro primeiras (vigilância, avaliação do estado de saúde da comunidade, proteção à saúde, e promoção / prevenção no nível comunitário) correspondem à saúde pública. Já os objetivos todos exceto a proteção à saúde são objetivos que se relacionam com atenção primária. O MPS identifica quatro objetivos, vigilância, avaliação de estado de saúde, prevenção / promoção no nível comunitário e promoção / prevenção no nível individual, como âmbitos privilegiados de integração entre “saúde pública e atenção primária”.

A análise crítica desta visita ao MPS permitiu enxergar que alguns dos princípios do SUS têm sido contemplados a priori (descentralização, universalidade, integralidade) e outro (controle social) faz parte da formas como são elaboradas as propostas. Talvez a forma de efetivação da participação da comunidade não seja a mesma. Porém, há uma consulta e uma participação



ativa na licitação de projetos que devem ser apoiados pelo MPS e, principalmente, a partir de necessidades sentidas pela comunidade e respaldadas por dados que demonstrem a evidência dessa necessidade. Como ponto favorável detecta-se que há previsão de avaliação do processo em que se formulam e executam as intervenções. Outro ponto favorável é o fato de contemplar de modo orgânico e sistematicamente inserido nos Planos de Ação, a comunicação como ferramenta de ligação com os públicos-alvo e instrumento de educação em saúde. Como ponto limitador encontramos que, provavelmente devido ao fato da política pressupor como superados outros problemas que respondem por determinados princípios – como a cidadania, há uma ênfase em hábitos e práticas que condicionam as doenças mais prevalentes nas comunidades dessa província. Em outras palavras, percebe-se que o foco principal das ações do MPS é os hábitos individuais cuja implementação ou mudança se fazem no nível comunitário com o apoio da instância governamental. A licitação, contudo, é concebida para a execução dessas intervenções por parte de particulares.



CUBA





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 8 - Relatório de pesquisa de campo - Cuba



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS

Aspectos gerais da viagem de estudo

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL AOS PROCESSOS DO CUIDAR: ESTUDOS COMPARADOS SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EQUIPES DO PSF NO BRASIL E SEUS SIMILARES EM CUBA, CANADÁ, ESPANHA E MÉXICO

Data da visita: 06 a 13 de Outubro de 2007

País visitado: Havana - Cuba

Pesquisadores: Edgar Merchan-Hamann, Elisabeth Duarte e Oviromar Flores

I - DELINEAMENTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA

A experiência cubana de atenção básica se fundamenta em um esquema piramidal de



Fonte: Dra. Sandra Cutiño L.

hierarquia pré-estabelecida em que a base é ocupada pela unidade de saúde denominada de “consultório do médico de família”, sendo atendido por um(a) profissional da medicina e um(a) de enfermagem, sendo possível a incorporação de outros profissionais. Recentemente, contempla-se na cidade de Havana a oficialização da figura do “auxiliar de enfermagem” como um elemento ativo da equipe baseada no consultório. Sobrevive ainda a figura do(a) “brigadista”, que corresponde a uma pessoa moradora da comunidade adscrita a um consultório. Os perfis destes dois profissionais, cujas características e atribuições mostram analogias com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil serão detalhados mais adiante.

Vários consultórios – o número depende da densidade de população local-- se reúnem em “grupos básicos de trabalho” que por sua vez se encontram adscritos a uma unidade de saúde secundária chamada de “policlínico”, que cobre uma “área de saúde” que pode ser equivalente a um distrito sanitário. Um conjunto de áreas de saúde conformam o sistema no município, onde uma instância equivalente à secretaria de saúde (Direção Municipal de Saúde) regula e gerencia a atenção à saúde no respectivo município.

Os policlínicos constituem unidades em que as especialidades médicas e os serviços de diagnóstico de relativa complexidade se encontram muito próximos da atenção básica. Neles, além de um staff multiprofissional que atende demandas diversas, encontram-se a figura de um(a) profissional de enfermagem dedicado(a) à promoção de saúde, em estreita articulação com os grupos básicos de trabalho.

Hierarquicamente do lado dos policlínicos, encontram-se os “lares maternos”. Estas instituições correspondem a unidades de cuidado preventivo especializado em que condições específicas de risco são resolvidas ou corrigidas antes de chegar a constituir o chamado “alto risco obstétrico”. Suas características serão detalhadas abaixo. Existem também Lares e Idosos (Hogares de Ancianos), Lares de Deficientes (Hogares de Impedidos) e Casas de Avôs (Casas de Abuelos), como partes integrantes do sistema de saúde e interligadas ao restante do mesmo. Também existem, de modo regionalizado, as clínicas odontológicas (Clínicas Estomatológicas), cujas áreas de cobertura correspondem grosso modo às dos policlínicos.

O nível imediatamente superior corresponde à direção provincial de Saúde, análoga à secretaria estadual, fazendo-se a ressalva de que a forma de governo em Cuba não é federativa. Detalharemos posteriormente alguns pontos de articulação com outras instâncias tais como as legislativas (assembléias municipais e provinciais de poder popular), com as quais o sistema se encontra integrado mediante delegados de saúde. Há também uma articulação com o aparelho formador que se encontra intimamente comunicado com o sistema por estar sediado no próprio serviço de saúde. Finalmente, há uma referência estipulada para cada nível a partir do município, sendo alguns hospitais de referência especializados (pediatria, maternidade, cardiologia). O órgão regulador e diretor da saúde é o Ministério da Saúde Pública. A visita a algumas instâncias do sistema cubano nos permitiu verificar in loco as condições de atendimento no sistema.

O sucesso do sistema cubano pode ser atestado por vários indicadores em que houve melhora significativa após a Revolução Cubana (1959) com reduções dos coeficientes de mortalidade materna a níveis de 38,0 x 100.000, mortalidade infantil de cerca de 5,0 x 1000 nascidos vivos, e proporção de recém-nascidos com baixo peso de 5,5%. Além disso, credita-se ao sistema de



saúde a erradicação da poliomielite em 1962, e a eliminação de várias doenças tais como malária (1967), tétano neonatal (1972), difteria (1979), meningoencefalite pós-parotidite e síndrome de rubéola congênita (1989), sarampo (1993), parotidite e rubéola (1995) e coqueluche (1997). Alguns agravos não são considerados mais “problema de saúde pública” por ocorrerem de modo esporádico tendo atingido níveis muito baixos de incidência ($< 0,1 \times 100.000$ habitantes): tétanos no adulto (desde 1992), infecções por *Haemophylus influenzae* tipo B e Hepatite viral B em menores de 20 anos (desde 2001).

O Programa de Médico e Enfermeiro de Família constitui uma evolução de estratégias que foram implantadas em momentos históricos do processo revolucionário. Em 1960, mesmo com o exílio voluntário de milhares de médicos cubanos, a cobertura de saúde no campo foi incrementada com a criação do Serviço Médico Rural. Em 1964 foram criadas as primeiras unidades de atenção secundária com cobertura nacional: os Policlínicos Integrais. Na década seguinte (1974) as características dessas unidades foram modificadas sendo criados os Policlínicos Comunitários. Finalmente, em 1984 foi criado o Programa de Médico e Enfermeiro de Família, atualmente em vigor.

A partir de 2002, uma profunda reflexão foi realizada alcançando várias instâncias da sociedade cubana. Na chamada “Batalha de Idéias para o Aperfeiçoamento da Sociedade Cubana”, um dos pontos centrais em discussão foi o aperfeiçoamento do Setor Saúde. Porém os outros tópicos tinham claras implicações sobre o estado de saúde da comunidade. Como resultados dessa discussão foram formulados os seguintes programas: Programa de Trabalhadores Sociais; Programa de Aperfeiçoamento da Educação, Programa de Universalização do Ensino, Programa de Massificação da Cultura, Programa de Esportes, Programa de Informatização Gradual da Sociedade, e Programa da Revolução em Saúde. Algumas das adequações recentes do Programa de Médico e Enfermeiro de Família, como a inclusão de novos atores institucionais e a reforma pedagógica, decorrem dessa discussão.

II- O Consultório do Médico de Família: Unidade Celular de Atenção Básica em Saúde.

Foi apurado que em Cuba há cerca de 100.000 médicos sendo aproximadamente 33.000 “médicos de família”. Há cerca de 14.700 “consultórios de médico de família” que, conforme expresso acima, constituem as unidades mais periféricas do sistema, sendo atendidos por um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a) como atores institucionais fundamentais da atenção básica. O número de enfermeiros(as) no país corresponde também a aproximadamente 100.000, sendo 80% correspondente a enfermeiros de formação básica e os restantes com licenciatura. Não foi possível apurar quantos profissionais de enfermagem correspondem a “enfermeiros de família”.

A circunscrição (área de cobertura do Consultório) é organizada por CDRs (em torno de 10 CDRs são cobertos por um consultório que atende um número variável de pessoas; em média 600). No caso visitado trata-se de sete CDRs, cobrindo 888 pessoas que constitui a cobertura do consultório. Seu funcionamento é organizado em consultas por demanda e consultas programadas que são realizadas principalmente no período da manhã, e visitas domiciliares ou a entidades da comunidade (“trabajo de terreno”) que priorizam pessoas em acompanhamento pós-cirúrgico, acamados, e procedimentos que não podem ser realizados no posto (curativos, injeções).



Prioriza-se a atenção a quatro grupos de trabalho (GTs).

(1) paciente sadio com consulta programada uma vez ao ano;

(2) paciente com risco: fumante, alcoólatra, portador de distúrbio psiquiátrico com consulta programada duas vezes ao ano;

(3) paciente com doença crônica não transmissível: diabetes, hipertensão arterial; com consulta programada a cada 4 meses;

(4) paciente com seqüelas ou incapacidades com consulta programada duas vezes ao ano.

Além disso, atendem-se pessoas em trânsito. Há uma periodicidade estipulada para o atendimento ambulatorial do tipo check-up, i.e., independentemente da pessoa referir algum sintoma ou relatar alguma nova ocorrência. Por exemplo, as crianças têm consulta programada a cada seis meses até os cinco anos de idade. Depois disso o acompanhamento é realizado nas unidades de saúde das escolas. A vacinação também é feita no consultório nos primeiros cinco anos de vida.

A promoção de saúde foi vista como um conjunto de ações que envolvem vários programas que envolvem o médico e enfermeiro do consultório e a enfermeira promotora de saúde do respectivo Policlínico. Enfatiza-se o Programa Materno-Infantil (incluindo acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças), gestante de risco, preconcepcional (15-49 anos) e idoso (“Adulto Mayor”) que tem vínculos com Círculos del abuelo (entidades comunitárias). Para os idosos é promovida a atividade física e avaliação nutricional. As palestras (Charlas) são feitas em domicílios ou locais da comunidade. Há enfermeiras (encuestadoras) que fazem atividade com adolescentes para prevenção de DST/HIV que realizam visitas aos Círculos Del Adolescente. Os principais problemas de saúde identificados são: carcinoma de mama, carcinoma cérvico-uterino e doenças cardio-vasculares. Os principais fatores de risco identificados são: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e stress.

Em relação ao câncer de mama, contempla-se a realização de uma mamografia anual após os 35 anos, ou baseado numa análise de risco (score) a cada seis meses independente da idade. É possível também a realização de ultrassom. Para a prevenção do câncer cérvico-uterino a triagem é realizada a partir dos 35 anos.

A análise de situação de saúde é realizada anualmente no Consultório junto à comunidade onde se decide coletivamente as estratégias de atuação. Os dados são obtidos da área de abrangência do consultório mas não há informatização. Os dados são utilizados para o debate local, envio ao Policlínico e à Estatística de Saúde Nacional.

A percepção da equipe de pesquisa acerca da estrutura do Consultório visitado apontou para uma organização apurada, um consultório, uma sala de procedimentos, uma copa e uma sala de espera. O acolhimento dos pacientes foi percebido como familiar.

III- O Policlínico: Unidade Primária ou Secundária?

Foi levantado que existem em Cuba cerca de 450 Policlínicos e 50 Policlínicos com leitos de hospitalização curta. A missão do policlínico é levar as especialidades da atenção secundárias inserindo-as na atenção primária, i.e., o mais próximo da população. É considerado parte da atenção primária apesar de contar com 26 especialidades. No caso visitado, o do Policlínico Rampa, essa unidade encontra-se no município de Plaza, no qual há um total de sete unidades desse tipo. Este policlínico não tem leitos de hospitalização. Porém há alguns que têm leitos



especialmente nas áreas rurais. Há 485 policlínicos no país e 82 na cidade de Havana. A área adscrita (chamada de “área de saúde”) contempla pelo menos um policlínico, vários consultórios de médico de família, um ou dois Hogares Maternos, e um hospital de referência da região. O policlínico visitado abrange as micro-áreas de 23 consultórios de médico da família e 11 locais de médico de família (casinhas com residência da enfermeira) que constituem a porta de entrada. No entanto existe atendimento direto à população sem encaminhamento, especialmente em caso de emergência. Conta-se com um repouso de observação e serviço de emergência em coordenação com o SIUM. Trabalhadores de massa e organizações de Massa (Federação de Mulheres Cubanas) ajudam a identificar as necessidades da população.

O Policlínico realiza cirurgias de pequeno porte e oncológicas (tumores periféricos), exames de certa complexidade (endoscopia) além de eletrocardiografia e ultra-sonografia. Há serviço de reabilitação integral incluindo fisioterapia e salas com equipamentos. Há consultas de acupuntura. Homeopatia e Terapia de Florais. Há visitas domiciliares eventuais como parte do trabalho do médico de família (“trabajo de terreno”), quando necessário.

Uma das unidades mais ativas corresponde à de reabilitação. Profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia, terapia do trabalho e áreas afins (terapia respiratória. Terapia da linguagem), contam com um espaço próprio dotado dos equipamentos necessários. A clientela corresponde à própria área de adscrição do policlínico, sendo possível o deslocamento para os domicílios para realização de fisioterapia em casos de pacientes pós-cirúrgicos ou acamados por seqüelas na respectiva área de cobertura.

IV- Os Grupos Básicos de Trabalho: Elos de ligação entre o consultório e o policlínico.

O Grupo Básico de Trabalho (GBT) do policlínico é constituído por um(a) chefe médico(a), especialistas em Clínica Médica (internista), em Pediatria, em Ginecologia e Obstetrícia, além de profissionais da Odontologia, Estatística, Psicologia e um(a) supervisor(a) de Enfermagem. Esse GBT cobre 15 a 20 consultórios médicos de família que incluem, conforme explicado acima, um(a) médico(a) de família, um(a) enfermeiro(a) de família, além de dois ou três assistentes de enfermagem (“asistentes de enfermería”). Este último profissional corresponde a demandas recentes e sua constituição corresponde a um projeto em implantação. Os assistentes de enfermagem (“asistentes de enfermería”) constituem um novo membro da equipe de Médico de Família, sendo formados pelas policlínicas, residentes preferencialmente nas áreas de trabalho, com segundo grau completo e treinamento básico. É semelhante ao ACS no Brasil. É responsável pela promoção da saúde, prevenção e encaminhamento para diagnóstico, tratamento e reabilitação. Suas atividades são pautadas pela equipe (médico-enfermeiro). Foram treinadas 333 na cidade de Havana. A idéia foi inspirada nas antigas brigadistas voluntárias (ainda existentes) que são mulheres da comunidade ligadas à Federação de Mulheres Cubanas.

Somam-se à equipe alguns alunos acadêmicos de diferentes cursos e semestres (desde o primeiro incluindo vários cursos como medicina, enfermagem e psicologia). A inserção dos acadêmicos corresponde também à última reforma pedagógica em saúde, explicada no item referente ao aparelho formador.

O consultório de Médico de Família conta com o apoio de organizações de massa: a Confederação de Mulheres Cubanas; os Comitês de Defesa da Revolução (onde estão vinculadas as Brigadistas), e a Juventude Comunista (onde estão vinculados os Trabalhadores sociais).



Para além da intervenção de outros possíveis atores, foi apurado que a promoção de saúde se dá através das ações da “enfermeira promotora de saúde” sediada no policlínico, dos médicos e enfermeiros de família. A enfermeira promotora é responsável pelo planejamento das ações e treinamento dos profissionais. Os temas são relacionados a três temas: SIDA, fatores de risco (consumo de álcool e tabaco, obesidade), higiene ambiental e ordenamento do meio (relacionado ao programa de controle da dengue).

V- O Aparato Formador no Sistema de Saúde Cubano.

Em Cuba existem 22 Faculdades de Medicina, quatro de Odontologia, 33 Institutos Politécnicos de Saúde, uma Escola de Saúde Pública e 75 policlínicos considerados “universitários”. Existem também outras instituições formadoras para fins mais específicos como o Centro Nacional de Aperfeiçoamento Técnico em Saúde e a Escola Latinoamericana de Medicina.

O modelo pedagógico de formação em saúde passou por três fases: inicialmente estava afastado da assistência e era mais direcionado para o trabalho hospitalar e para especialidades; numa segunda etapa, o médico passou a ser especialista em saúde da família, tinha ciclos básicos e clínicos separados e a inserção na assistência era tardia; o terceiro momento (novo modelo) integra os ciclos básico e clínico e insere os alunos no serviço desde o primeiro semestre (incluindo a atenção primária – laboratório básico e clínico, consultórios, policlínicos e hospitais), diminuindo o tempo de aula teórica e aumentando a prática.

Todos os policlínicos têm docência de nível universitário, porém apenas alguns estão inseridos no novo modelo pedagógico. Existe um programa de aperfeiçoamento do Capital Humano, implicando em educação continuada dos profissionais de saúde onde existe uma carreira docente (programa de progressão funcional / docente) em que há provas periódicas.

VI- Os lares maternos: cuidados após triagem.

O Lar Materno realiza atividades de atenção primária para gestantes apresentando algum risco gestacional triado pelo médico de família. Tais condições correspondem a anemia, desnutrição, hipertensão arterial sem albuminúria, doença crônica não descompensada exceto diabetes melito, antecedente de abortos, mães “añosas” --maiores de 35 anos -- e mães adolescentes. A unidade visitada correspondeu ao Hogar Materno Leonor Pérez, em Habana Vieja, que tem 50 leitos e as pacientes são encaminhadas pelo médico de família da área adscrita. O atendimento é realizado durante as 24 horas com plantão de pronto-socorro. Há dois médicos (em condições normais há quatro), 20 enfermeiras e um trabalho social. Há acesso a atividades culturais e de recreação exceto para aquelas em repouso absoluto.

Este tipo de instituição iniciou-se na década de 60 em Guantánamo e Oriente, associada ao plano Turquino-Manatí, nas serras Maestra e Escambray, cujo objetivo inicial foi reverter altas taxas de morbi-mortalidade materna em áreas muito pobres. Gradativamente foi expandido para o restante da ilha. Hoje existem 280 no país.

O Lar Materno realiza nas suas pacientes os exames que normalmente são solicitados às gestantes. Por exemplo, normalmente são realizados três testes de HIV durante a gravidez. Em caso de detecção de HIV, a gestante é referida para um hospital que especificamente se ocupa de esses casos. No Lar Materno visitado, tal incumbência correspondia à Maternidad Obrera – Hospital Eusebio Hernández, localizada em Marianao – na área metropolitana de Havana.



São realizadas 11 consultas de pré-natal incluindo os seguintes exames: um Ultra-som (US) nas semanas 6 a 8 para diagnóstico da gravidez e datação da gravidez; US na semana 12 para mensuração de pregas fetais e detecção precoce de trissomia 21; exame de alfa-feto-proteína entre as semanas 16-19 para detecção precoce de meningocele e espinha bífida; US de “pilotaje” para verificar posicionamento de implantação e cavidades; US para detecção precoce de Crescimento intra-uterino retardado (CIUR) nas semanas 28 e 32; US para diagnóstico de bem-estar fetal e líquido amniótico nas semanas 36 ou 37. A interrupção da gravidez é indicada antes da 26ª semana.

O atendimento do parto é realizado no hospital adscrito. Após o parto o médico de família acompanha a criança e a mãe realizando a puericultura. Caso a mãe precisar pode continuar indo no Hogar para receber alimentação.

Como em todo o sistema, há uma integração com os órgãos do Poder Popular. Na área de adscrição do Hogar funcionam sete conselhos populares, correspondentes aos Comitês de Defesa da Revolução. Mensalmente, realizam-se reuniões contando com representantes dos sete conselhos populares onde se informa em relação ao número de gestantes e suas condições. Caso haja recusa para acompanhamento há a possibilidade de acionar a Federação das Mulheres Cubanas.

Cada Lar Materno tem como locais de referência um Policlínico e um Hospital especializado em obstetrícia. No caso pesquisado tais unidades correspondiam ao Policlínico Universitário e ao Hospital Calixto García com serviços clínico-cirúrgico. Há acesso ao serviço de transporte com possibilidade de acionar o Serviço Integrado de Urgência Médica (SIUM) que proporciona ambulância.





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



ESPAÑA





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 9 - Relatório de pesquisa de campo – Espanha



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS

Aspectos gerais da viagem de estudo

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL AOS PROCESSOS DO CUIDAR: ESTUDOS COMPARADOS SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EQUIPES DO PSF NO BRASIL E SEUS SIMILARES EM CUBA, CANADÁ, ESPANHA E MÉXICO

Data da visita: De 3 a 7 de setembro de 2007.

País visitado: Espanha

Pesquisadoras: Maria Fátima de Sousa e Clélia Parreira

Entrevistados e respectivas instituições:

- Dr^a Olga Pané – Directora da CHC - Consultoria i Gestió SA.
- Dr. Josép Luís de Peray – Coordinador per la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya – Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Salut Pública.
- Dr^a Dolors Fores – Presidenta de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria.
- Dr. José Lluís Ibáñez i Pardos – Director d'Atenció Primària del Consorci Sanitari Integral – Centres d'Atenció Primària, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Begoña Ribas López – Directora d'Equip d'Atenció Primària Gaudí, del Consorci Sanitari Integral - Centres d'Atenció Primària, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Contatos Iniciais

Os contatos iniciais para a realização do estudo na Espanha foram feitos por meio do envio de mensagens eletrônicas com solicitação de apoio à execução dos trabalhos, que foram remetidas - juntamente com um resumo executivo da pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) -, e com a devida apresentação das pesquisadoras responsáveis pelo estudo no país, para a representação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Brasil, e para o Departamento da Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que contribuiriam para a conformação da agenda realizada.

Resultado desse primeiro passo foi identificar os técnicos espanhóis que ficariam com a responsabilidade de indicar os interlocutores mais estratégicos na prestação das informações e na



explicitação dos aspectos relacionados às questões propostas pelo estudo, já que responderiam, em cada uma das instituições nas quais são dirigentes, pela implementação da política de atenção primária na Espanha e, mais especificamente, na comunidade autônoma da Catalunha.

A agenda de trabalho na Espanha foi construída pela Dr^a Olga Pané, Directora da CHC - Consultoria i Gestió AS, que identificou a Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària e o Consorci Sanitari Integral e a Agència de Salut Pública de Catalunya como instituições-chave para a discussão sobre ações de promoção da saúde no âmbito da atenção primária. Além desses interlocutores, foi sugerida uma entrevista com o Coordenador da Agència de Salut Pública de Catalunya.

Primeiras Impressões

As entrevistas foram conduzidas de forma espontânea, o que permitiu que os respondentes fossem indagados tanto sobre os fatos quanto sobre a sua opinião a respeito dos mesmos. Dessa forma, o entrevistado passou da categoria de respondente para a de informante-chave. Isto foi fundamental para o sucesso desse estudo de caso porque essas pessoas não apenas forneceram suas percepções e interpretações do sistema de saúde espanhol e da atenção primária naquele país, como também puderam sugerir fontes nas quais se poderiam buscar maiores informações.

A entrevista foi do tipo “centrada”, na qual os entrevistados puderam descrever livremente sua experiência pessoal a respeito da promoção da saúde no âmbito da atenção básica.

Marco Legal do Sistema de Saúde na Espanha

A Constituição Espanhola, de 1978, em seu artigo 43, estabelece que a proteção da saúde seja um direito fundamental do cidadão e a Lei nº 14, de 1986 - Lei Geral de Saúde - define os princípios e diretrizes que permitem o exercício desse direito, que são:

- Financiamento público, universalidade e gratuidade;
- Direito e deveres definidos pelos cidadãos e pelos poderes públicos;
- Descentralização política para as Comunidades Autônomas;
- Atenção Integral;
- Integração entre as diferentes estruturas e serviços públicos ao sistema de saúde ao Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde da Espanha é constituído pelo conjunto de serviços de saúde do governo central e pelos serviços de saúde das Comunidades Autônomas (CCAA). A Espanha tem 17 CCAA, tendo sido ocorrida a transferência paulatina da gestão da saúde para as mesmas após a Constituição de 1978. Essa descentralização começou em 1981, com a Catalunha, seguido da Andaluzia em 1984, e assim sucessivamente, até a última, Castilla y León, em 2001.

As CCAA assumem as funções e serviços - incluindo transferência de pessoal e orçamentos - para realizar o planejamento de saúde, as ações de saúde pública e de assistência à saúde. O Sistema Nacional de Saúde mantém a coordenação geral, as relações internacionais inerentes à saúde e a legislação sobre produtos farmacêuticos. A coesão do Sistema Nacional de Saúde é articulada por um Conselho Interterritorial, constituído pelos Ministros de Saúde e por



dirigentes de saúde (Consejeros de Salud) das CCAA. Reúnem-se ao menos quatro vezes por ano e decidem por consenso. Têm como apoio uma Comissão Delegada, da qual participam representantes das CCAA e do Ministério e um Comitê Consultivo, do qual participam seis representantes do Ministério, seis das CCAA, quatro da administração local, oito de entidades empresariais e oito de organizações sindicais.

O processo de reforma da saúde na Espanha teve como objetivo manter a unidade e coesão do Estado nacional e ao mesmo tempo propiciar autonomia, solidariedade e cooperação entre as CCAA visando assegurar equidade no acesso aos serviços; a qualidade das ações de saúde e a participação da sociedade no processo de gestão.

O direito à proteção e à atenção à saúde estende-se aos espanhóis e estrangeiros que estão no território nacional e aos membros da comunidade europeia e outros Estados não pertencentes à comunidade, estes últimos desde que apoiados por convênios ou leis específicas. Funcionários públicos podem contar com regimes especiais de seguro saúde.

A Espanha tem pouco mais de 44 milhões de habitantes, dos quais 8,4% são estrangeiros, e 16,7% têm mais de 65 anos de idade. O acesso aos serviços é regulado por uma Carteira de Saúde individual, que identifica cada cidadão como usuário do Sistema Nacional de Saúde.

Princípios Gerais do Sistema de Saúde

- A saúde como serviço público, financiado publicamente.
- Concepção integral e integrada do sistema de saúde, com especial ênfase na assistência primária a saúde.
- Universalização dos serviços de saúde para todos os cidadãos residentes na Catalunha.
- Plano de saúde como eixo condutor da política de saúde pública e de serviços assistenciais.
- Plano de serviços que rege o planejamento dos serviços que tornam possível a execução do plano de saúde.
- Participação comunitária na formulação da política de saúde e no controle de sua execução.
- Racionalização, eficácia, simplificação e eficiência da organização sanitária.
- Equidade e superação das desigualdades territoriais ou sociais pela prestação de serviços de saúde.
- Setorização da assistência primária.
- Desconcentração da gestão.
- Empresarialização da gestão de estabelecimentos de saúde de propriedade pública.

Modelo de Atenção à Saúde

Atenção primária: Tem como meta oferecer um conjunto de serviços básicos a uma população cujo local de residência não ultrapasse 15 minutos para aceder aos serviços. Os equipamentos públicos utilizados são Centros de Saúde, onde trabalham equipes multidisciplinares constituídas de médicos de família, pediatras, pessoal de enfermagem e de apoio administrativo. Em alguns centros de saúde contam também com assistentes sociais, fisioterapeutas.

As atividades desenvolvidas são de ofertas programadas para atender demandas mais usuais,



no centro de saúde, no consultório rural e no domicílio do enfermo, e também atenção médica e de enfermagem, de forma continuada para problemas crônicos e em situação de urgência, de reabilitação e apoio social. As atividades específicas se organizam por atenção à mulher, à criança, ao adulto e ao idoso, saúde oral, paciente terminal e saúde mental.

Atenção especializada: Compreende atividades assistenciais, diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação, tanto em regime ambulatorial quanto hospitalar.

Assistência farmacêutica: Os medicamentos prescritos durante a internação ou atos de assistência ambulatorial especializada são colocados à disposição dos usuários gratuitamente. As receitas médicas que fogem dessas situações têm co-pagamento do usuário nas seguintes situações e porcentagens:

- Pensionistas e dependentes protegidos pela Seguridade Social: 0%;
- Pensionistas e dependentes protegidos por fundos específicos: 30%;
- Não-pensionistas e seus beneficiários protegidos pela Seguridade Social: 40%;
- Não-pensionistas e seus beneficiários protegidos por fundos específicos: 30%;
- Afetados por síndrome tóxica: 0%;
- Pacientes com AIDS: 10% (no máximo 2,69 euros);
- Tratamentos crônicos: 10% (2,69 euros no máximo).

Outros serviços: próteses, transplantes, tratamento de infertilidade, planejamento familiar, transporte de pacientes, produtos dietéticos etc. fazem parte do rol de direitos do usuário.

Modelo de Gestão do Sistema

Organiza-se de acordo com o diferenciamento de suas funções para garantir a assistência à população:

1) Departamento de Saúde e Seguridade Social

Ministério da Saúde do Governo Autônomo da Catalunha assume as funções de:

- Condução política.
- Financiamento do sistema de saúde.
- Planejamento em saúde (Plano de saúde).
- Regulação do sistema.
- Autorização - Acreditação.
- Avaliação.

2) Serviço Catalão da Saúde

Integrado no Departamento, assume as funções de:

- Asseguradora pública única.
- Planejamento e gestão dos recursos de saúde pública (Plano de serviços).
- Ordenação, planejamento, programação, avaliação e inspeção sanitárias de dispositivos e estabelecimentos no sistema de saúde.
- Distribuição dos recursos econômicos, estabelecimento de acordos, convênios e contratos com entidades não administradas pelo Governo Autônomo (consórcios).



O Serviço Catalão de Saúde se organiza territorialmente em oito regiões sanitárias que facilitam o conhecimento do estado de saúde, as necessidades assistenciais e a prioridade de atuações em cada uma delas.

3) Instrumentos de gestão:

3.1 - O Plano de Saúde

O Departamento de Saúde elabora adicionalmente o Plano de Saúde da Catalunha que é o principal instrumento de análise da situação do estado de saúde da população e que fixa os objetivos que devem ser assumidos a cada três anos.

O Plano de saúde é a ferramenta básica para a definição das políticas de saúde do Governo Autônomo a curto e médio prazo e se constitui instrumento de ação e avaliação das políticas do Governo.

3.2 - A Rede de Provedores

A Catalunha dispõe de uma rede estável de provedores para a prestação dos serviços de saúde. Esta rede está configurada por centros e estabelecimentos que, sendo de diferentes propriedades, são contratados pelo Serviço Catalão de Saúde com a finalidade de cobrir as necessidades assistenciais da população mediante financiamento público.

3.3 - Os Contratos

A relação entre Serviço Catalão de Saúde e os distintos provedores se realiza através de um contrato onde se estabelecem, com periodicidade anual, a natureza dos serviços contratados, a contra-prestação econômica por eles, o sistema de pagamento e os mecanismos de avaliação e penalização entre as partes contratantes. Tais contratos são responsáveis pela execução da Carteira de Serviços definida pelo setor saúde e constante no Plano de Saúde que, mediante esses contratos, devem atender às necessidades de saúde da população espanhola.

Características Básicas do Sistema

Sistema de Saúde Misto

A Catalunha apostou por um sistema de saúde misto onde o peso principal não reside na propriedade das instituições e dispositivos senão no financiamento público para cobrir as necessidades da população.

Os centros e entidades são propriedade pública:

- Instituto Catalão da Saúde - ICS (municípios, Governo Autônomo...);
- Instituições benéficas (ordens religiosas, Cruz Vermelha, fundações...) ou de instituições privadas (fundações privadas, sociedades anônimas...).

A diversidade de fórmulas de propriedade permite uma adaptação rápida e flexível às inovações permanentes que registra o setor saúde.

Separação de Funções: Financiamento e Provisão

A provisão de serviços de saúde recai nas diferentes instituições e seus órgãos de governo. Este fato implica uma grande autonomia de gestão interna de cada uma das instituições de acordo com sua missão, objetivos e estratégias.



O financiamento recai na administração sanitária que mediante contrato com os diferentes provedores de serviços de saúde, realiza a contraprestação econômica de acordo com os serviços prestados por cada uma delas.

O contrato de serviços é o principal instrumento de relação entre os dois agentes. Nele se fixa a atividade e a qualidade que a administração sanitária espera e exige de cada organização.

Co-responsabilidade nos objetivos de saúde

O contrato de prestação de serviços fixa os objetivos de saúde que cada uma das instituições provedoras deve conseguir e nele se estabelece uma co-responsabilidade entre o provedor e a administração sanitária no estado de saúde da população.

Além do mais, este fato facilita a elaboração de instrumentos de gestão que permitem ao provedor descentralizar, dentro da organização, a consecução dos objetivos.

Comunidade Autônoma da Catalunha

Etapas da reforma sanitária da Catalunha

Na Catalunha, a reforma sanitária teve, pelo menos, quatro momentos chave:

O primeiro - Etapa de planejamento normativo

- Em primeiro lugar houve uma etapa marcada pelo planejamento normativo, no que, entre outras decisões, se fixaram normas de acreditação hospitalar, se elaborou um Mapa Sanitário e se definiu o que se chamou “Rede Hospitalar de Utilização Pública” que, de acordo com o Mapa Sanitário, era uma lista dos hospitais públicos e privados, definida pela Administração, que dariam cobertura assistencial. A desvantagem de medidas como o Mapa Sanitário e a “Rede de Hospitais de Utilização Pública” era que fechavam as portas à concorrência, já que a lista de provedores estava pré-definida. A vantagem é que tanto os hospitais autônomos como os dependentes do Governo eram considerados da mesma forma e isto, em longo prazo, permitiria construir uma rede de características similares e comparáveis.

- As medidas que se aplicaram nesta etapa permitiram, por exemplo, definir as necessidades públicas em matéria de contratação de leitos hospitalares de maneira que, enquanto em 1981 existiam contratos entre a saúde pública e 143 hospitais para atender aos beneficiários da Seguridade Social, o número de contratos foi diminuindo até chegar, em 1985 a 68 hospitais contratados (públicos e privados, já que o sistema de provisão é misto). Evidentemente, esta foi uma medida “dura” que não houvera sido possível realizá-la sem um consenso político amplo entre o Ministério e os distintos grupos de interesse, entre eles, o Consorci Hospitalari de Catalunya.

O segundo - Plano de Reordenação Hospitalar

- A elaboração do Plano de Reordenação Hospitalar (PRH), em 1986 e, em um sentido muito distinto, o início da Reforma da Assistência Primária à Saúde (RAP) um ano antes (1985), implicou também momentos chave de nosso processo que requeriam um grande consenso político-social.



- O primeiro previa a adoção de medidas de gestão para aumentar a eficiência dos hospitais, a adoção de medidas legislativas para facilitar a flexibilização da política laboral assim como medidas de estrito ajuste econômico. Uma vez mais o consenso foi essencial.

- A RAP implantou um modelo que configura a Assistência Primária como porta de entrada do sistema, com forte capacidade de resolução e enfoque longitudinal de problemas. A potencialização do trabalho em equipe e de médico de família foi chave no êxito do modelo.

O terceiro - Introdução da gestão profissionalizada nas instituições de saúde

- Medida importante e de difícil implantação. Os antigos diretores médicos e funcionários foram substituídos por gerentes profissionais, contratados laboralmente, com uma parte do salário vinculada à consecução de resultados.

- Introdução de instrumentos de gestão empresarial, como a contabilidade de empresa, a contabilidade analítica, o planejamento estratégico, a direção por objetivos e os sistemas de incentivo de profissionais.

O quarto - Separação de funções de financiamento e provisão e planejamento por objetivos de saúde

- Na Catalunha o processo de reforma legislativa foi posterior -e não prévio- à introdução das reformas e o que se pretendeu ao legislar foi formalizar uma situação pré-existente e propor reformas da estrutura administrativa que facilitaram o desenvolvimento da reforma. A Lei de Ordenação Sanitária da Catalunha (LOSC) foi aprovada em 1990 e o mais destacável da mesma era:

- Avançar no processo de autonomia dos centros de titularidade governamental, principal provedor de Serviços Assistenciais, substituindo progressivamente a relação hierárquica por uma relação regulada por contrato.

- Identificar a Assistência Primária como nível de atenção integrada, com alta capacidade de resolução e contenção de problemas de saúde.

- Substituir o planejamento normativo pelo planejamento por objetivos de saúde facilitando a “accountability”, incorporando as precisões contidas no Plano de Saúde de Catalunha, instrumento condutor da política sanitária catalã.

- Introdução de princípios de mercado na provisão de serviços de saúde através da concorrência planejada.

- Potencialização do papel dos usuários em suas relações com os demais protagonistas do sistema.

- Melhora da qualidade na prestação de serviços de saúde.

Para Dr^a Olga Pané, o Governo deixou de manter uma relação hierárquica com os provedores de serviços para reger-se por contratos que se baseiam nos objetivos do Governo expressados no Plano de Saúde da Catalunha. Neste marco existe lugar, não para a implantação do livre mercado, porém sim para um nível crescente de concorrência.

Papel do Consórcio dos Hospitais Catalunha (CHC) na Reforma Sanitária da Comunidade Autônoma da Catalunha

A reforma sanitária que se realizou na Catalunha incorporou ao sistema de saúde algumas características que estão sendo planificadas na maioria dos países em nossa volta:



- Separação das funções de financiamento e compra das de provisão de serviços de saúde.
- Estabelecimento de contratos para regular a relação entre o comprador e os provedores de serviços.
- Autonomia de gestão dos Centros de Saúde.
- Profissionalização da gestão dos hospitais, dispositivos de Assistência Primária à Saúde e Centros Sócio-Sanitários.
- Mudança nas relações trabalhistas do pessoal dos centros sanitários.
- Planejamento por objetivos de saúde.
- Incorporação de objetivos de saúde aos contratos.
- Desenho de fórmulas de incentivos aos profissionais, que os vinculam aos resultados da entidade.
- Desenho de fórmulas organizativas nas redes públicas que permitam seu desenvolvimento em esquemas de relação trabalhistas vinculados ao direito privado, mantendo o caráter público dos estabelecimentos.

A experiência do CHC nas Reformas de Sistemas de Saúde e de Centros Assistenciais

- Este processo que acabamos de resumir tem muitos pontos em comum com as reformas que estão sendo planejadas hoje em dia na maioria de países em nossa volta. Como se pode ver além de intervir na reforma da estrutura da Seguridade Social em nosso país fomos atores diretos da adoção de uma série de medidas que implicaram em uma profunda transformação das entidades provedoras de serviços de saúde.
- Desde ambas vertentes, a da reforma de estruturas gestoras centralizadas e a da descentralização e autonomização dos centros e serviços, CHC aglutina um conjunto de profissionais com suficiente capacidade técnica e experiência prática para abordar com êxito o assessoramento nos centros hospitalares, de assistência primária e sócio-sanitários.

De acordo com ela, como a estrutura organizacional do sistema de saúde espanhol se fundamenta em 17 comunidades autônomas, há um sistema de financiamento comum, onde os recursos são projetados per capita, havendo uma mesma Carteira de Serviços. Todos os serviços são gratuitos para a população, ainda que os medicamentos sejam pagos, com exceção dos aposentados e dos doentes em tratamento. Ainda assim, os valores pagos pela população correspondem, no máximo, a 40% de seu valor.

Hierarquicamente existe o Ministério da Saúde e nele a Direção Geral de Serviços de Saúde, que estabelece os contratos e a relação com os hospitais e com os centros de atenção primária. Essa mesma estrutura se aplica em cada comunidade autônoma que, no caso da Catalunha, além de sua relação com o Ministério da Saúde, dispõe de um Serviço Catalão de Saúde que financia, contrata e fiscaliza os hospitais e os centros de atenção primária que atuam na região, com a definição das responsabilidades de cada contratado na oferta e cumprimento de metas conforme estabelecidas e no que lhes cabe no cumprimento da Carteira de Serviços.

Na Espanha, e na região estudada, a atenção primária é a porta de entrada nos serviços de saúde e no sistema público. Embora não haja um equivalente ao agente comunitário de saúde atuando na rede, e nem previsto na equipe de saúde da atenção primária, o médico é o centro da atenção primária e a enfermeira a responsável pelas ações de promoção da saúde.



Como há a proposição e a aprovação, no parlamento espanhol, de um Plano de Saúde a cada três anos, ele pode, em um curto espaço de tempo, reafirmar os dados de saúde do período, estabelecer as prioridades para os anos seguintes e indicar as metas a serem alcançadas. Com base nesse Plano aprovado, são firmados os contratos com os hospitais e os centros de saúde, designando para cada contratado o que lhe cabe no cumprimento das metas estabelecidas no referido Plano. O Plano, que demora cerca de um ano para ser formatado, em função das discussões e levantamentos que promove, destina 6% do PIB no país e, no caso da Catalunha, 5% do seu PIB.

Os contratos prevêem, para aqueles que cumprirem as metas indicadas em seu contrato, um repasse - ao final do contrato executado - equivalente a 10% do seu valor total para que o Centro de Saúde ou o Hospital contratado invista em melhoria de suas instalações, na qualificação de seus profissionais e na ampliação de serviços vinculados à sua natureza institucional e política.

A formação dos profissionais de saúde, no entanto, fica sob a responsabilidade da Diretoria Geral de Formação, que junto com a Diretoria Geral de Planejamento, formam a Direção Geral de Saúde Pública.

Ainda de acordo com Dr^a Pané, a promoção da saúde integra a agenda de saúde da Espanha e das Comunidades Autônomas que têm na proteção (que inclui o cuidado com a água, com a destinação de resíduos sólidos e com o saneamento), promoção da saúde e prevenção de doenças (onde se localizam as ações de vigilância epidemiológica) seus eixos de atuação; sendo excluídos da carteira de serviços apenas a odontologia e os implantes dentários.

No momento, há uma experiência piloto que busca implementar os chamados Governos Locais de Saúde, como espaços de pactuação da política de saúde. Embora sem autonomia financeira, tais Governos Locais de Saúde, como pensados, serão instituídos em cada grupo populacional de 50 a 100 mil habitantes. Estão previstos 36, dos quais já foram formalizados seis deles.

A expectativa é a de que neles sejam realizados os programas sócio-sanitários e sejam concentradas as ações de indução à participação social já que há muito protagonismo dos provedores no país e menos participação social, como marcadamente ocorre no caso brasileiro.

A Catalunha, e seus 960 municípios, reúnem uma população de sete milhões de pessoas e, somente em 2006 realizou 50 milhões de consultas.

Do ponto de vista de seu financiamento à atenção primária são destinados 50% dos recursos públicos. Há um cálculo médio de sete consultas/ano por pessoa e essa rede remete como referência, somente 10% das pessoas atendidas para a rede hospitalar; o que representa 90% de resolutividade no âmbito da atenção primária.

Quanto à formação, a oferta é feita pela Direção Geral, ainda que os cursos sejam contratados.

No que diz respeito às exigências de formação para atuação no âmbito da atenção primária, há exigência de uma especialização de dois anos e meio de duração e de um ano e meio para



atuação nos hospitais.

A composição da equipe de atenção primária é formada com base nos seguintes dados:

- Médico de família: 1 para cada 2.000 hab maiores de 14 anos;
- Enfermeiro: 1 para cada 2.000 hab maiores de 14 anos;
- Pediatra: 1 para cada 1.500 hab menores de 14 anos;
- Administrativo: 1 para cada 7.000 hab;
- Odontólogo: 1 para cada 11.000 hab;
- 1 auxiliar por centro de saúde.

Existem cerca de 15.000 pessoas trabalhando no âmbito da atenção primária na Catalunha.

Dentre os profissionais que atuam na atenção primária, o enfermeiro é considerado a porta de entrada no Centro de Saúde, e atua na lógica da desmedicalização. São eles que fazem a atenção domiciliar e fazem o acompanhamento dos atendimentos prestados.

Já a Agência de Saúde Pública da Catalunha, de acordo com o seu coordenador, Dr. Peray, é recém criada. Ainda que há mais de 15 anos exista a área de saúde pública na Espanha, a reforma da saúde só ocorreu efetivamente em 2004. À Agência cabe a orientação das ações de saúde na região, dentre as quais as de promoção da saúde. Ela veio como uma resposta organizativa dos serviços de saúde pública da região e tem autonomia administrativa.

As idéias-força da reforma organizativa dos serviços de saúde que resultaram na criação da Agência de Saúde Pública são:

- Separação da função reguladora da provisão de serviços de saúde;
- Descentralização;
- Participação dos cidadãos;
- Coordenação de recursos públicos;
- Facilitação para o acompanhamento e oferta sistemática de assistência à saúde;
- Serviços preventivos, resolutivos e com base em evidências;
- Transparência nos processos de comunicação;
- Transformação e renovação do capital humano;
- Incremento na qualidade dos serviços prestados.

A saúde pública se organiza com ações de proteção (vigilância sanitária), vigilância epidemiológica, promoção (nas quais estão as ações voltadas aos cuidados com o câncer, as doenças cardiovasculares, o tabagismo e a obesidade) e as de prevenção.

No caso da Agência, há a preocupação com a diversidade cultural na região, afinal são cerca de 120/140 diferentes culturas que vivem na região. E embora não haja a figura do agente comunitário de saúde, dada essa realidade, existe um agente com essas características que são os “tradutores culturais”, que atuam junto à população e que embora não haja definição para a sua contratação, a Agência pensa em estabelecer os critérios para a sua efetiva incorporação ao sistema e as formas/modalidades de contratação.

Para ser médico que atua na saúde pública é preciso mais três anos de formação. Além do



médico, atuam na saúde pública, os enfermeiros, os veterinários, os farmacêuticos, os químicos e os sociólogos. A composição da equipe pode variar, mas se constitui, basicamente, do médico, enfermeiro, farmacêutico e do químico.

A Agência, nesse seu processo de implantação, e para a sua efetiva atuação, deverá empregar cerca de 2000 pessoas. A qualificação exigida será diplomado, mais mestrado e especialização.

De acordo com o Dr. Peray, os principais desafios da saúde pública na Catalunha são: alimentação (especialmente no que diz respeito à obesidade, já que atualmente foram registrados dados que chegam 20% de sobrepeso nas escolas), tabagismo, atividade física, drogas (em destaque para o uso da cocaína e do álcool), AIDS, saúde mental, acidentes e violência e saúde do trabalhador.

Os gastos com a saúde pública representam 1 a 2% do pressuposto público e significam um gasto de 1.000€ por hab/ano, 25€ para a saúde pública. Estudos sobre a contribuição do gasto com saneamento e sua implicação para a saúde (feito pelo então Primeiro Ministro da Grã Bretanha, Tony Blair) se mostrou que a esperança de vida crescia na seguinte proporção: cinco anos em função das ações curativas e da medicina, contra 50 anos em ações preventivas e de promoção da saúde.

Não há conselhos de saúde nos termos dos existentes no Brasil, embora eles estejam sendo criados. No desenho experimental de governança, com a implementação dos Governos Locais de Saúde, haverá, em sua estrutura, um conselho reitor, uma comissão de provedores e um conselho de saúde. Nos Governos Locais se pensa instituir um posto de subdiretor de promoção da saúde.

De acordo com a Dr^a Dolors Fores García, da CAMFIC, a proposta de promoção da saúde teve início em 1985/1986 com a formulação do PAPPS – Programa, Atividades, Prevenção e Promoção da Saúde, cujo primeiro desafio foi levantar os fatores de risco e oferecer um programa de atividades preventivas, no qual se destacam as ações para controle da pressão arterial, a redução do número de fumantes e do consumo de álcool. Esse Programa foi evoluindo e assumido pela Sociedade Catalã de Medicina Familiar e Comunitária que tem a preocupação, além de recomendar, verificar o cumprimento das recomendações pautadas, na ocasião, pelo PAPPS. Com isso, houve a necessidade de se criar mecanismos e metodologias de acompanhamento e intervenção que se pudesse responder à necessidade de sua avaliação. Por essa razão, o PAPPS se organizou em especialidades.

Essa proximidade com as ações de promoção da saúde e a Sociedade Catalã de Medicina Familiar e Comunitária justifica-se pela sua própria missão institucional que é a assegurar a promoção e o desenvolvimento de uma atenção primária resolutiva e de qualidade, centrada na melhoria da saúde da comunidade. Cabe a ela, nesse sentido, potencializar e facilitar o desenvolvimento profissional da sociedade, em geral, e do conjunto de profissionais que atuam no âmbito da atenção primária, de forma especial.

O sucesso da Sociedade Catalã, na percepção de sua Presidenta, está muito relacionado à exigência, desde 1979, da especialização em medicina comunitária ou familiar para atuar nesse



nível de atenção, ainda que não haja diferenças na remuneração entre médicos que atuam na atenção primária dentro ou fora do sistema público.

A Sociedade Espanhola e a Sociedade Catalã existem há 25 anos e ambas nasceram para defender o modelo de atenção primária e, para atuar nesse campo, há que ser especialista para ser generalista.

No momento, a Sociedade Catalã tem cerca de 3.000 sócios, dos quais 500 são muito ativos. Existem cerca de 30 grupos de trabalho. As eleições são para uma gestão de quatro anos. Os cursos de formação são oferecidos pela Sociedade e certificados pelo Ministério da Educação e opina na Comissão Nacional de Especialização, embora não tenha força para definição de salários, questão na qual os sindicatos das categorias têm mais competência para atuar.

O Consórcio Sanitário Integral, visitado durante a pesquisa, agrega, conforme informado pelo Dr. José Lluís Ibáñez e pela Dr^a Begoña Ribas - diretor de Atenção Primária e diretora da Equipe de Atenção Primária, respectivamente - agrega vários hospitais e um Banco de Sangue e atende a duas áreas básicas de Barcelona, representando uma cobertura de 25 mil pessoas para cada uma delas e contando com 50 profissionais atuando (médicos, enfermeiros, pediatras e ginecologistas). As atividades são de cunha assistencial, com visitas ao centro e algumas visitas domiciliares, com programas específicos para atendimento da criança e do idoso. O cálculo para a definição do número de profissionais considera de 1600/1700 habitantes por médico e de 1.800/1.900 por enfermeiro.

A promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva os Consórcios e/ou dos centros e todos os projetos são financiados e compõem a carteira de serviços.

O Consórcio dispõe de uma rádio hospitalar para a veiculação de programas de educação em saúde e de dois jornalistas para tratar das questões/ações de comunicação no âmbito do Consórcio. Há propostas para a promoção da saúde das mães emigrantes, visando o acolhimento; há política para a garantia de medicamentos para idosos e cuidadores de idosos.

Em consonância com a Dr^a Dolors Forés, os entrevistados também destacaram a exigência da especialidade médica para atuar na atenção primária como sendo um diferencial na qualidade dos serviços de saúde prestados.

Há previsão e espaço físico para a formação dos profissionais que atuam no consórcio, dentro do próprio prédio, com estabelecimento de duas horas diárias para a formação e/ou aperfeiçoamento técnico dos profissionais. Essa formação prevê a realização de cursos, a realização de palestras com especialistas convidados e outras formas/possibilidades de atualização e aperfeiçoamento.

Questões a serem Respondidas

A promoção da saúde é hoje parte integrante da agenda política dos países investigados?

No caso da Espanha, existe um programa, intitulado PAPPS – Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e



Comunitária (semFYC), que responde pela proposição e avaliação da implementação de ações preventivas no âmbito dos centros de saúde. O PAPPS surgiu originalmente, em 1986, tendo como base um protocolo de atividades desenvolvido pela Unidade Docente de Medicina de Família e Comunitária de Barcelona, inspirado nos programas de prevenção e de promoção da saúde canadense (Canadian Task Force de Canadá, de 1978) e americano (United States Task Force de Estados Unidos, de 1984). Em seguida, as bases conceituais foram desenvolvidas por um grupo de trabalho composto por profissionais da Unidade Docente de Barcelona, da Sociedade Catalã de Medicina de Família e Comunitária e do Instituto Municipal de Saúde Pública de Barcelona. O PAPPS passou a ter os seguintes objetivos:

- Estimular a qualidade da assistência prestada nos centros de atenção primária, promovendo a integração de um programa de atividades preventivas e de promoção da saúde;
- Identificar as dificuldades que resultam de sua implantação, bem como identificar as necessidades de pessoal e de infra-estrutura necessária à sua concretização;
- Produzir recomendações periódicas de prioridades e métodos preventivos com base em evidência científica, dados de morbimortalidade, os recursos disponíveis e os resultados das avaliações das atividades preventivas sob a responsabilidade das equipes da atenção primária;
- Promover a formação e a pesquisa sobre a prevenção na atenção primária, realizando projetos específicos relacionados ao próprio PAPPS.

De acordo com Dolors Fores, o Programa estabeleceu um conjunto de perguntas que deveriam ser feitas às pessoas que recorriam aos centros de atenção primária, independente das razões que o levaram a procurar o serviço de saúde. Com isso, e dada a diversidade de questões a serem levantadas, o PAPPS passou a se concentrar em algumas patologias/questões, o que foi chamado de “pacote mínimo” a ser abordado: pressão arterial, álcool, tabaco. Uma ação importante adotada no Programa foi a regularidade com que se fazia a avaliação do grau de implementação das recomendações que fazia, que variava de uma vez ao ano ou a cada 2 anos. Para tanto, foi criado um sistema que indicava essa implementação das recomendações e permitia a definição do momento da intervenção. No entanto, a despeito dessa formalização de um Programa, observa-se que não há uma agenda de promoção da saúde nos termos discutidos no Brasil. A Agência de Saúde Pública da Catalunha, conforme indicado por seu Coordenador - Josép Luís de Peray – considera distintos tipos de intervenções públicas. As que são de natureza estruturais que incidem diretamente sobre as condições laborais, ambientais, ecológicas, sociais, culturais e de saúde das populações; e as que estão mais relacionadas às mudanças comportamentais individuais ou coletivas, que incluem gravidez não planejada, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo e consumo de drogas, por exemplo. A carteira de serviços de saúde pública assumida pela Agência integra ações e serviços de acompanhamento do estado de saúde e vigilância epidemiológica, proteção da saúde, prevenção de enfermidades e promoção da saúde. As ações de promoção da saúde constam da Ley de Cohesión y de Calidad del Sistema Nacional de Salud que enumera as prestações de saúde pública em: informação e vigilância epidemiológica; proteção da saúde; promoção da saúde; prevenção de doenças; vigilância e controle dos possíveis riscos à saúde resultantes da importação, exportação e trânsito de mercadorias; avaliação, prevenção e controle dos efeitos dos fatores ambientais sobre a saúde humana; a promoção e proteção da saúde do trabalhador; e, por fim, promoção da segurança alimentar.

Como os países individualmente conduzem diferentes iniciativas de estratégias de



prática de promoção da saúde?

No caso da Espanha, a criação dos Governos Locais de Saúde deverá agregar diferentes iniciativas, já que se constituem espaços políticos aonde se darão os acordos acerca das prioridades em cada território em termos de proteção, promoção, prevenção e assistência à saúde. No campo das ações intersetoriais, vale destacar, conforme informou Olga Pane, a política social é de competência unicamente municipal. Ainda que o setor saúde tenha um programa que é sócio-sanitário, cabe ao município responder pela ação intersetorial e não o setor saúde. Segundo José Lluís Ibáñez i Pardos a promoção da saúde não é competência exclusiva dos Centros de Atenção Primária. Está incluída, ligada, à atenção geral pública cabendo à equipe de atenção primária a responsabilidade das ações de promoção da saúde e comunitária, podendo estar ligadas a programas da Prefeitura ou meramente ao próprio plano de ação do Centro. No caso específico do Centro visitado, existe um Programa de Saúde na Escola, é um programa do Governo da Catalunha e que os Centros é que fazem.

A estratégia/política de Saúde da Família ou equivalente contribui para o fortalecimento das práticas de Promoção da Saúde?

De acordo com Josep de Peray, a promoção da saúde é parte do conjunto do sistema nacional de saúde. Como o Ministério da Saúde tem apenas uma função coordenadora, o restante está transferido para as comunidades autônomas que têm a competência e responsabilidades e atuam como um sistema nacional de saúde. Comparando com o Brasil, a saúde pública seria promoção da saúde, prevenção da doença, proteção da saúde – que corresponde à vigilância sanitária e vigilância epidemiológica – e o que seria precaução e prevenção se pareceria com a saúde comunitária. No caso da Espanha a função de saúde pública está no âmbito das comunidades autônomas, como também dos municípios. Somente na Catalunha existem 950 municípios, dos quais o maior deles é Barcelona com 1 milhão e 600 mil habitantes e o menor destes 960 pode ser que tenha 12 habitantes somente, o que significa dizer da complexidade, em alguns casos, para desenvolver as capacidades necessárias à implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Em geral a promoção da saúde está sob a responsabilidade das equipes de atenção primária, onde se devem desenvolver as ações de promoção, de prevenção, a parte de curativa e parte de reabilitação. Poucas equipes que atuam no âmbito da atenção primária atuam fora das unidades de saúde. O habitual é que trabalhem no centro de saúde e façam bem a promoção, prevenção e atenção dos usuários do centro.

Quem são os atores envolvidos na formulação, implementação destas estratégias/políticas?

Não existem unidades de promoção da saúde, mas sim uma ação integrada do médico e da enfermeira no desenvolvimento de atividades de assistência, de prevenção e de promoção da saúde. No caso da Espanha, a equipe de atenção primária é formada por médicos de família - há um médico para cada 2000 habitantes maiores de 14 anos; uma enfermeira - para cada 2000 habitantes; um pediatra – para cada 1500 menores de 14 anos; pessoal administrativo - que dependendo do tipo de centro pode ser um para cada 7.000 habitantes; e, também, dentistas. Uma equipe de atenção primária atende no mínimo 15.000 pessoas e trabalha em um centro de saúde, como no Brasil. É importante destacar, conforme informado por José Lluís Ibáñez i Pardos, que todos os profissionais que atuam no Centro de Atenção Primária visitado têm uma parte de seu salário ligada aos objetivos do Centro e podem ter benefícios quando eles são plenamente alcançados.



Quais políticas e estratégias de expansão da atenção básica estimulam as práticas de promoção da saúde no âmbito do Programa Saúde da Família ou equivalente?

Existem os contratos que têm como objetivo estabelecerem as atividades a serem desenvolvidas por cada uma das entidades contratadas, definirem e monitorarem alguns indicadores de detecção, de controle e de qualidade de serviços. A base para a expansão da atenção primária passa pela definição dos contratos firmados. Cada contrato indica quais os objetivos que cada fornecedor deve alcançar. Há aproximadamente uns cinco ou seis anos, conforme indicou Olga Pane, está se buscando assegurar que os fornecedores de hospitais e de atenção primária estejam mais inter-relacionados nos problemas populacionais já que, até então, ambos estavam mais relacionados com temas assistenciais, mas não tinha uma boa relação para os temas mais populacionais. Agora, por exemplo, no contrato de atendimento primário é possível definir precisamente guias clínicas para atendimento de pacientes com determinadas enfermidades e/ou necessidades de cuidados e caso essas guias precisem ser seguidas por mais de uma entidade contratada elas terão que se articular para responderem conjuntamente. Os territórios de atendimento primário, muitas vezes, não coincidem com os territórios dos hospitais. Os hospitais têm um território muito maior que o atendimento primário, por exemplo. E ocorre que, no momento, se está buscando estabelecer que hajam recursos partilhados para o caso de coberturas que devem ser conjuntas. Uma política importante para o fortalecimento da atenção primária é a de formação para profissionais que vão atuar no atendimento primário que exige uma especialidade. No sistema de residência esses profissionais fazem uma especialidade, certificada pelo Ministério da Educação, de dois anos de duração e que deve passar para quatro anos, prazo esse que deve ser homologado em toda Europa, que corresponderão a dois anos e meio de atendimento primário e um ano e meio de hospital.

Qual a natureza do suporte da comunidade/estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde?

Segundo Olga Pane, a participação da comunidade não é tão forte na Espanha. A proposta de criação dos Governos Locais de Saúde vem, também, para criar - neste nível de governo territorial - a participação cidadã que é bem menos estruturada e forte do que a dos provedores de saúde que, ao contrário, são organizados. No momento, se busca estimular mais uma plataforma de participação política para a população, visando um maior equilíbrio territorial e para diminuir o poder destas entidades. Embora a Agência de Saúde Pública da Catalunha destaque, dentre as dez funções essenciais da saúde pública, algumas muito diretamente relacionadas à participação comunitária (informar, educar e capacitar a população), não se percebeu, nas entrevistas e visitas realizadas, indícios de que essa participação seja efetiva, a despeito da clara organização e expressiva cobertura das ações no âmbito da atenção primária. Nesse sentido, estão sendo criados espaços formais para garantir a participação desejada embora quando estabelecidos os atores dessa participação são indicados: - as instituições, as organizações da sociedade civil, os serviços de saúde, os serviços sociais e quaisquer outros julgados relevantes. De toda forma, se destaca que a participação é uma estratégia fundamental à implementação da saúde pública, e que essa deve ser contemplada desde a pesquisa participativa com base comunitária até o desenvolvimento de proposta de intervenção.

A proposta contribui para a universalidade da atenção à saúde?

A Catalunha possui sete milhões de habitantes, e no ano de 2006, foram realizadas 50



milhões de consultas no âmbito da atenção primária, o que significa que os cidadãos vão muito para atenção primária e crêem muito na atenção primária. Como afirmou, a atenção primária é fortemente disseminada para todos os cidadãos, sejam eles de que classe social forem.

Quais as características e formas de gestão?

Conforme esclarecimentos prestados por José Lluís Ibáñez i Pardos, o Consórcio Sanitário agrega vários Centros que são Hospitais, Centros de Atenção Primária e o que se diz Âmbito Sócio-Comunitário, que é formado por um Hospital Sócio-Sanitário e umas residências assistidas. Existem, ainda, na composição do Consórcio Centros de Reabilitação e Bancos de Sangue. Área Básica se diz a uma área, um território onde há equipes de Atenção Primária. Há uma população de uns 25 mil por cada equipe de Área Básica de Saúde e há uns 50 profissionais mais ou menos entre médicos, enfermeiras, pediatras, dentistas, pessoal da área administrativa e outros trabalhadores, dentre os quais um trabalhador social. Predomina nos Centros de Atenção Primária a atividade assistencial enquanto a ação preventiva é feita, fundamentalmente, nas visitas domiciliares que, no caso do Centro estudado chega a realizar em torno de 150 mil visitas ao ano. Existem programas específicos de atividades preventivas tanto dirigidos às crianças como aos adultos. O Centro é a via de entrada no sistema e a Atenção Primária tem capacidade para pedir todos os tipos de exames e a quota de população por médico está entre 1.600 e 1.700.

Qual o papel do gestor na política nacional de promoção da saúde e da atenção básica?

O Ministério da Saúde e do Consumo responde pela proposição e execução das diretrizes gerais da política de saúde, planejamento e assistência sanitária e consumo, ficando sob a responsabilidade de cada comunidade autônoma a organização e a gestão dos serviços sanitários bem como a oferta da carteira de serviços, que tem como base a integralidade da atenção à saúde.

Como a gestão e organização se articulam com a política e o cuidado (atenção à saúde)?

Uma das novas propostas para a gestão e de organização da rede de atenção à saúde na Catalunha é a criação dos chamados Governos Locais de Saúde. Cada Governo Local responderá pela organização da atenção à saúde de cerca de 10.000 habitantes, independentemente do número de municípios que esse contingente populacional corresponda. A criação dos Governos Locais de Saúde é recente, um ano aproximadamente, e está em fase de implementação. Há a previsão de 36 deles, sendo que – no momento – já foram criados seis.

Como se articulam as práticas de promoção e educação para a saúde entre a atenção básica e demais níveis do sistema?

De acordo com Olga Pane, há uma integração que parte da atenção primária. Na Espanha há, como no Brasil, ações de proteção, promoção e prevenção, e depois há a assistência e a reabilitação. As ações de proteção da saúde, dentre as quais estão as atividades relacionadas ao consumo e tratamento de água, meio ambiente, destinação de resíduos sólidos e controle dos alimentos são de responsabilidade dos municípios. Há uma relação entre a administração geral de saúde pública e os municípios, uma relação não hierárquica, na qual são estabelecidas as políticas de saúde a serem assumidas pelo município, embora não haja uma regulação hierárquica. A atenção primária, por exemplo, envia para o hospital 7 a 8 %, sendo que para o ano de 2007, havia previsto 10% de referência para o hospital. Dos que vão para os hospitais, há a previsão de retorno para a atenção primária que atende 90 % dos casos e resolvem seguramente menos por



que o cidadão pode ir para urgência do hospital, mas o hospital não pode ficar com o paciente de urgência se a atenção primária não autorizar. Uma diferença apontada pela entrevistada é que a atenção primária, para chegar a números como esse, precisa ser resolutiva. A atenção primária precisa ir além do aconselhamento, ela precisa dar respostas para quem a procura.





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México





MÉXICO





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Apêndice 10 - Relatório de pesquisa de Campo – México



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS

Aspectos gerais da viagem de estudo

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL AOS PROCESSOS DO CUIDAR: ESTUDOS COMPARADOS SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EQUIPES DO PSF NO BRASIL E SEUS SIMILARES EM CUBA, CANADÁ, ESPANHA E MÉXICO

Data da visita: De 26 de julho a 03 de agosto de 2008

País visitado: Cidade do México - México

Pesquisadores: Maria Fátima de Sousa, Edgar Merchan-Hamann e Diana Lúcia Moura Pinho

Entrevistados e Respectivas Instituições

- Dra. Carolina Tetelboin Henrion – Professora investigadora - Maestría en Medicina Social - Políticas de Salud, Reformas en Salud - Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto – Coordenador do Doutorado de Ciências em Saúde Coletiva - Recursos Humanos en Salud, Diseño Curricular - Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Dra. Oliva Lopez Arellano - Políticas de Salud, Calidad de Vida y Territorio. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Dr. Sérgio López Moreno - Ética y Salud, Filosofía de la Ciencia - Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Maria Alicia Hernández Zamora – Professora e pesquisadora de Licenciatura da cadeira de Promoção à Saúde da Universidade da Universidade Autónoma da Cidade do México.
- Mtra. María Cristina Ortiz León – Directora del Instituto de Salud Pública de la Universidad Autónoma Veracruzana, Jalapa, Veracruz.
- Mtra. Edit Rodriguez Romero - Coordinadora de Docencia del Instituto de Salud Pública de la Universidad Autónoma Veracruzana, Jalapa, Veracruz.
- Dr. Francisco Domingo Vázquez M. - Coordinador de Educacion Continúa y Actualización del Instituto de Salud Pública de la Universidad Autónoma Veracruzana, Jalapa, Veracruz.
- Mtra. Irasema A. Guerrero Lagunes – Instituto de Salud Pública de la Universidad Autónoma Veracruzana, Jalapa, Veracruz.
- Dr. Benno de Keyzer – Instituto de Salud Pública de la Universidad Autónoma Veracruzana, Jalapa, Veracruz.
- Dra. Gretel Rueda Almanza – Secretaria de Saúde da Cidade do México

- Dra. Adriana Stanford Camargo – Subdiretora de Educación Saludável – Secretaria de Saúde da Cidade do México.
- Lic. Elvia Macedo de la Concha – Subdiretora de Participación Social – Secretaria de la Salud de la Ciudad de México.
- Dr. Carlos Santos Burgoa – Diretor geral de Promoção da Saúde – Secretaria de Saúde da Cidade do México.
- Luiza Martinez – Promotora de Saúde.

Marco Legal do Sistema de Saúde no México

O sistema de proteção social em saúde afirma:

- Todos os mexicanos têm direito a proteção social na saúde.
- É composto de Serviços à Comunidade e de Serviços de Saúde para a Pessoa.
- É necessário promover medidas de prevenção e promoção da saúde, bem como o autocuidado e responsabilidade dos cidadãos.
- Para serem acreditadas, as Unidades de Saúde, devem se comprometer com as medidas de prevenção e promoção da saúde.

As funções de promoção da saúde são cumpridas através de uma Integração de Promoção da Saúde, cujas intervenções são individuais como populacionais. O modelo recomenda que o serviço dê prioridade às pessoas mais vulneráveis, para alcançar uma maior equidade e, assim, equilibrando as regiões do país. Com esta abordagem, e centrado a nossa atenção, sobretudo



nos indígenas e populações migrantes, esta última sujeita a mudanças drásticas no ambiente (o que não é propício para a sua saúde).

a) Gestão de Riscos Pessoais

Este componente não é favorável identifica os fatores determinantes que influenciam a saúde dos indivíduos e com isto cria um perfil individual por idade, sexo, biológicos, culturais e situação de emprego. O conhecimento desse perfil torna fácil a escolha de medidas de promoção e prevenção que vão concordar com essa pessoa ao longo de sua vida. Este trabalho é realizado em nível local, de preferência, em unidades de cuidados médicos e individuais e familiares. Inclui, entre outras ações:

- Implementação de intervenções específicas para proteção ao longo das diferentes fases da vida;
- Diagnóstico e desenvolvimento de resistência e perfil de risco, que por sua vez é composto pelas seguintes perfis particulares:
 - Genético (como árvore genealógica) e eventualmente genômico;
 - Ambiental;
 - O ambiente imediato: habitação;
 - O entorno imediato: lugar de trabalho;
 - Social;
 - Familiar;
 - Cultural;
 - Psicológicas;
 - Desde o pessoal de segurança;
 - Da atividade física;
 - Desde os hábitos alimentares.
- Gerenciar os riscos identificados

b) Desenvolvimento das capacidades e competências nos domínios da saúde

Este componente promove a transferência de conhecimento para o povo e promoção de valores, atitudes e competências para as pessoas que salvaguardem a sua saúde, através do reforço dos fatores determinantes positivos.

Este serviço é prestado a nível local, pelo indivíduo, família e / ou grupos específicos. Inclui, entre outros, o acesso a:

- Atividades de Educação para a Saúde;
- Grupos de auto-ajuda;
- Seminários de capacitação comunitária;
- Ferramentas e instrumentos vários de comunicação educativa, como guias, cartilhas, jornais, vídeos e murais.

O serviço de Promoção da Saúde a indivíduos e famílias se dá, principalmente, nas Unidades de Saúde. No entanto, a casa também é um lugar favorável para fazê-lo a tempo e com vasta penetração. O mesmo se aplica, embora com menor intensidade, nas escolas, abrigos e locais de trabalho e outros lugares onde as pessoas vivem em transição. Outros cenários podem ser úteis



de vez em quando.

Em busca de um contato mais estreito com a população local, o departamento tem de se adaptar a todos os tipos de cenários de entrega, e pode operar em espaços dentro ou fora. O serviço de Promoção da Saúde pode ser concedido a todas as pessoas individualmente ou em conjunto de grupos específicos por idade, sexo ou profissão ou ramo de atividade, ou, dependendo do tipo de risco ou que sofram de doença. Promover a saúde produz um benefício direto ou indireto.

O grande desafio para a Promoção da Saúde é a incidência na população em seu contexto real, isto é, trazer seus componentes e programas diretamente para localidades e verificar se estes realmente são cumpridos e preservados. A ênfase dos serviços deve ser dada, então, a nível local.

A realização do serviço a este nível se encarregará de:

- Promotores Institucionais;
- Promotores voluntários (da comunidade);
- Outros agentes institucionais que trabalham com os promotores.

A atividade dos agentes de Promoção da Saúde deve apoiar-se numa plataforma de intercomunicação que assegure movimentos rápidos e soluções expeditas. Quanto à infraestrutura, o pessoal deve ter pacotes de equipamentos concebidos de acordo com as exigências de cada local de entrega.

Conforme prevê o artigo 4º da Constituição Mexicana, no que se refere à saúde,

“... Todos têm direito à proteção da saúde. A lei vai definir as bases e as modalidades de acesso aos serviços de saúde e estabelecer a concordância da Federação e dos estados em termos de saúde global, de acordo com o disposto no artigo 73 da secção XVI da Constituição...”

Princípios Gerais do Sistema de Saúde

Lei Geral de Saúde – Título VII: Promoção da Saúde - Capítulo I – Disposições Comuns

ARTIGO 110. A Promoção da Saúde tem por objeto criar, conservar e melhorar as condições desejáveis de saúde para toda a população e propiciar ao indivíduo as atitudes, valores e condutas adequadas para motivar sua participação em benefício da saúde individual e coletiva.

ARTIGO 111. A Promoção da Saúde compreende:

- I.** Educação para a saúde;
- II.** Nutrição;
- III.** Controle dos efeitos nocivos do ambiente na saúde;
- IV.** Saúde ocupacional, e
- V.** Fomento sanitário.



Anexos

- ANEXO 1** - Apresentação da pesquisadora de Canadá (Luisa Barton)
- ANEXO 2** - Apresentação da pesquisadora de Canadá (Fernanda Aguiar Almeida)
- ANEXO 3** - Apresentação da pesquisadora de Cuba
- ANEXO 4** - Apresentação dos pesquisadores da Espanha (Luis Segu)
- ANEXO 5** - Apresentação dos pesquisadores da Espanha (Josep Peray)
- ANEXO 6** - Apresentação das pesquisadoras do México (Alicia Hernandez)
- ANEXO 7** - Apresentação das pesquisadoras do México (Irasema Guerrero)
- ANEXO 8** - Apresentação do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/
Departamento de Atenção Básica





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Anexo 1 - Apresentação da pesquisadora do Canadá (Luisa Barton)

LEARNING BY DISTANCE IN A TEN UNIVERSITY CONSORTIUM

Luisa Barton, RN(EC), NP, PhD(c)
Monica Da Silva, RN, BScN



Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner Program
Programme ontarien de formation des infirmières et
infirmiers praticiens en soins de santé primaires





 Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner Program
Programme ontarien de formation des infirmières et
infirmiers praticiens en soins de santé primaires

- Laurentian University*
- University of Ottawa*
- Queen's University
- McMaster University
- Lakehead University
- Western University
- Windsor University
- Ryerson University
- University of Toronto
- York University

* Bilingual Program

 Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner Program
Programme ontarien de formation des infirmières et
infirmiers praticiens en soins de santé primaires

Anglophone courses:

- Pathophysiology for Nurse Practitioner
- Roles & Responsibilities of the Nurse Practitioner I & II
- Advanced Health Assessment & Diagnosis I & II
- Therapeutics in Health Care I & II
- Integrative Practicum





Anglophone courses:

- **Pathophysiology for Nurse Practitioner**
- **Roles & Responsibilities of the Nurse Practitioner I & II**
- **Advanced Health Assessment & Diagnosis I & II**
- **Therapeutics in Health Care I & II**
- **Integrative Practicum**



Francophone courses:

- **Pathophysiologie pour infirmier(ères) praticien(nes)**
- **Rôles et Responsabilités des infirmier(ères) praticien(nes)**
- **Formation avancée en évaluation de la santé et de diagnostic I & II**
- **Méthodes thérapeutiques en soins de santé primaires I & II**
- **Stage d'intégration**

Program Features

- **Consortium model (the largest nursing consortium in Canada)**
- **Incorporation of adult learning principles (including learner input)**
- **Curriculum encompasses problem-based learning (PBL)**
- **Prior Learning Assessment & Recognition offered**



Program Features (Cont'd)

- Exam writing sessions (high quality, team approach and rigorous)
- Continuing education courses
- Utilization of distance learning modalities

Learners in NP Program

- Adult learners
- Located in many rural, northern and urban settings
- Average computer literacy
- High achievers

Educational Modalities

- Course seminars
- Web-based course delivery
- Print-based materials
- Clinical/Lab experience
- DVDs
- Audio clips
- Elluminate chats
- On-line exams
- Interactive quizzes
- Audioconferencing



DEMONSTRATION:

NP-EDUCATION.CA

Student Preferences for Distance Delivery Methods Based on: Learning Style Content Experience with Technology

Betty Cragg, University of Ottawa
Suzanne Doucette, PHCNP Program
Jennie Humbert, PHCNP Program
Mary Anne Andrusyszyn, University of
Western Ontario

Conclusions

- Not one delivery method is THE answer
- Choose delivery methods to suit content, student, and availability and reliability of technology
- Do not reject old methods in response to fads
- Help students to develop strategies to match content delivery to individual learning approach



Technological Support & the Adult Learner, 2000

Betty Cragg, RN, BSCN, M.Ed, Ed.D
University of Ottawa

Jennie Humbert, RN(EC), BSCN, MHSc
PHCNP Program

Suzanne Doucette, BScN, OPN, MHA
PHCNP program

Tool Box of Support

- CD-ROM to install needed software programs
- Computer & Internet requirements document
- "How To's" and FAQ on-line
- Self-Tests
- Available technical support persons
- np.help newsgroup

Results

- Time needed to access the web environment shortened (1-2 weeks for the majority)
- Learning to communicate/participate takes longer 4 weeks or less
Improvement over the previous period (6 weeks)
- Significant rise in self-efficacy



Distance Delivery Challenges

- Program delivery
- Technical support (faculty, learners)
- Evaluation measures
- Internet connections
- Learner computer expertise
- Standardization of the courses on the Web

Curriculum Challenges

- Grading Consistency
- Inter-marker reliability
- Curriculum Policies
- Curriculum Standards
- Course Development
- Faculty Development

Evaluation Measures

- Multiple choice (MCQ) and short answer exam questions
- Case study presentations
- Papers
- Clinical Practice
- Objective Structured Clinical Exam (OSCE)



On line Exams

- Faculty can search and choose questions from the exam bank
- On-line exam generated when final choice made by faculty
- English and French exam similar
- MCQ auto corrected
- Short answer questions corrected on- line

On-line Exams (Cont'd)

- Statistics generated for each question
- Final mark by learner computer tabulated
- Class average, mean available
- All on-line exams archived



Anexo 2 - Apresentação da pesquisadora de Canadá (Fernanda Aguiar Almeida)

O Canada 10+4 Sistemas de Saúde

Department of Family and Community Medicine
Faculty of Medicine, University of Toronto
Centre for Inequities Health
and
Department of Health Policy, Management and Evaluation
Faculty of Medicine, University of Toronto



○ Contexto Canadense

(All data 2008 est. from CIA World Fact Book)	Canada 	USA 	Germany 	Sweden 
Population	33 million	304 million	82 million	9 million
Area	9,984,670 km²	9,831,418 km²	357,021 km²	449,964 km²
GDP (\$US PPP)	\$38,400	\$46,000	\$34,200	\$37,500
Gini coefficient	32.1	45	28	23

○ Contexto Canadense

(All data 2008 est. from CIA World Fact Book)	Canada 	USA 	Germany 	Sweden 
Infant mortality /10 ³	5.1	6.3	4	2.75
Life Expectancy	F 83.81 M 78.65	F 81.13 M 75.29	F 82.26 M 76.11	F 83.13 M 78.49
% > 65 years	14.9 %	12.7%	20%	18.3%
Migrants/10 ³	5.6	2.92	2.2	1.7
Birth rate/10 ³	10.3	14.2	8.2	10.2

HISTÓRIA

- **Até 1940 - Medicina totalmente privada baseada na capacidade de pagar**
- **1947 - A província de Saskatchewan introduz um sistema de pagamento hospitalar público (seguro público)**
- **1957- Legislação Federal para cobertura universal das internações hospitalares**



HISTÓRIA

- **1962:** extensão da cobertura para acesso a atendimento médico ambulatorial
- **1968:** Introdução do Medical Care Act (seguro público)
- **1968-1972:** Todo país passa a ter cobertura pública de serviços hospitalares e médicos
- **Final dos 70 e início dos 80** – Hospitais e médicos cobrando “contas-extras” dos pacientes
- **1984:** A lei do “Medicare” (banimento das contas extras)

Contexto Canadense

- ❖ Governo Federal responsável por política externa, defesa e justiça
- ❖ Províncias responsáveis por Saúde Educação e Políticas Sociais
- ❖ Governo Federal e Províncias compartilham responsabilidades em Políticas ambientais, Vigilância em Saúde (sanitária e epidemiológica) e outras políticas chave
- ❖ Municípios tem função muito limitada e podem ter delegação provincial para Imunização, Saúde escolar, Reabilitação(Saúde ocupacional), Saúde ambiental, Vigilância sanitaria, Ambulâncias
- ❖ Quebec tem status especial



Cinco Princípios do Sistema Canadense

Legislação Federal, Canada Health Act of 1984

1. **Abrangência:** Todos os custos com médicos e serviços hospitalares são cobertos.
2. **Universalidade:** todos os cidadãos e residentes estão cobertos (95%).
3. **Acessabilidade:** Todos os serviços podem ser acessados sem barreiras (ninguém cobra e acesso facilitado).
4. **Portabilidade:** os planos são transferíveis entre as províncias.
5. **Administração Pública:** o seguro é público e universal mas os serviços de saúde (ambulatorios, hospitais, etc.) não são estatais.



- **Medicare – plano público de saúde (único)**
 - Planos privados não podem vender serviços que o sistema público oferece
 - Os planos privados só podem vender serviços não oferecidos (ou parcialmente oferecidos) pelo sistema público como cirurgia estética, home care, medicamentos)
 - Os serviços a serem oferecidos são definidos por cada província
 - O sistema é caracterizado pela prática privada com pagamento público (pagamento pro produção)
- Em várias províncias autoridades sanitárias regionais possuem hospitais, serviços de saúde mental, home care e fazem "saúde pública"(vigilância)



GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE Canada's Health Care System

- **Organizações voluntárias**
 - e.g. Associação de portadores de doenças pulmonares e cardiovasculares, Associação de diabetes, etc., etc.
 - Auto cuidado; prevenção de doenças; incremento de recursos para pesquisa
- **Organização privadas**
 - Cuidados prolongados
 - Visitas domiciliares (enfermeiros)
 - Reabilitação
 - Laboratórios
- **Prática clínica privada**
 - médicos
 - Odontologia
 - Farmácia
 - Optometristas
- **Suprimentos privados**
 - Medicamentos
 - Odontologia (fora do hospital – serviços odontológicos necessários dentro de um hospital são cobertos)

EVOLUÇÃO DO MEDICARE

Antes 1990: basicamente serviços hospitalar



Depois 1990: inclusão dos serviços baseados na comunidade

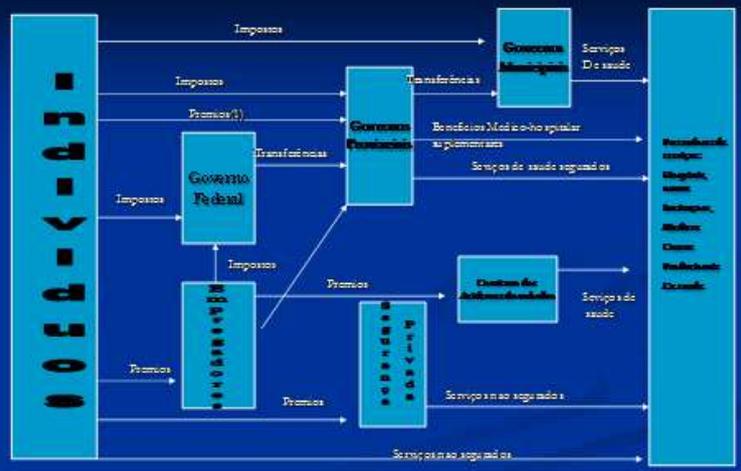


Financiamento Público e Gestão Privada

Modelos de Sistemas de Saúde

	Orçamento Público	Orçamento Privado
Gestão Pública delivery	National Health Service (e.g., UK)	---
Gestão Privada delivery	Public Insurance (e.g., Canada)	Private Insurance (e.g., US)

Estrutura de financiamento do Sistema Canadense



Os hospitais públicos no Canadá não são estatais

- Eles são filantrópicos(charitable), sem fins lucrativos
- A maioria dos recursos provém do setor público (do governo)
- Eles são responsáveis pela sua gestão
- Seus empregados não são funcionários públicos

O Canadá não tem “ medicina socialista”

- Tem um sistema de financiamento público de certas categorias de serviços públicos
- Esses serviços são distribuídos por prestadores privados
- Esse sistema de financiamento público hospitalar e seguro médico é chamado “Medicare”
- Por outro lado, saúde pública (vigilância em saúde e promoção da saúde), hospitais psiquiátricos, etc. se qualificariam como medicina “socialista”, se quisermos usar esses termos

O gasto público em saúde no Canadá é pequeno EM COMPARAÇÃO COM OUTROS PAISES da OCDE

- 70% PÚBLICA
- 30% PRIVADA
- SOMENTE PORTUGAL, AUSTRÁLIA E ESTADOS UNIDOS SÃO PIORES
- 9.6% PNB
- \$2,800 PER CAPITA



Temas da reforma em 5 províncias e 3 relatórios

- Saúde populacional:
- Finanças (SUSTENTABILIDADE)
- Atenção primária
- Regionalização
- Medicação (CONTROLE DOS CUSTOS)
- Recursos humanos (Quanto e Quem)
- Qualidade (Boletim)
- Governança
- Cuidados domiciliares

Temas da reforma em 5 províncias e 3 relatórios

Table One Themes for Health Reform in Canada									
	Population Health	Finance	Primary Care	Regionalization	Drugs	Health Human Resource	Quality	Governance	Home Care
Alberta	X	X	X	X		X	X	X	
New Brunswick	X		X	X	X	X	X	X	
Ontario			X	X		X	X	X	
Quebec	X	X	X	X		X	X	X	
Saskatchewan	X	X	X	X	X	X	X	X	
National Forum	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kirby	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Romznov	X	X	X	X		X	X	X	X

Tendências Atuais e Desafios

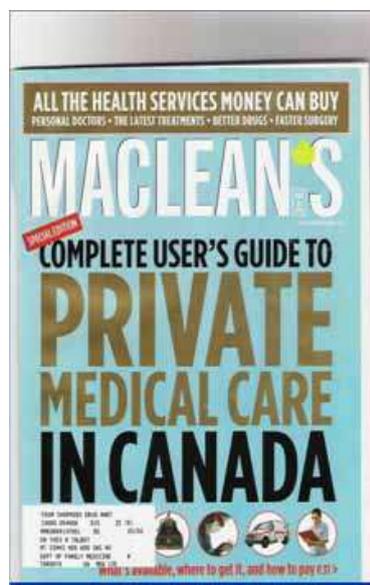
- ❖ A Reforma do Sistema de Saúde
 - Do hospital para casa/comunidade
 - Aumento do atendimento ambulatorial
 - Diminuição do número de leitos hospitalares
 - Novo papel dos hospitais (cuidados intensivos)
 - Pagamento por produção por pagamento por capitação, estudos pilotos em processo
 - Reforma da Saúde Pública (SARS)

Tendências Atuais e Desafios

- ❖ A Reforma de Saúde
 - Define também como serviços essenciais/ necessários o Atendimento domiciliar e medicamentos
 - Desenvolvimento de redes de Saúde Familiar
 - Uso de comunicação eletrônica (ex. Video-conferência para ensinar e consultar)
 - Decisões baseadas em evidência
 - Maior ênfase na saúde da população (promoção da saúde e prevenção de doenças)
 - Regionalização (território)
 - Avaliação da qualidade

Tendências Atuais

- ❖ Reforma do Sistema de Saúde (continuação)
 - Reforma de Atenção Primária
 - Uso de equipes multiprofissionais (com parteras e enfermeiras, etc.) nos postos de saúde e centros de saúde (CCS)
 - Cobertura de 24 horas
 - Registro (cadastro) dos pacientes
 - Foco em promoção e prevenção
 - Salário e capitação alguma pagamento por produção (algumas serviços)
 - Coordenação e integração dos serviços rede saúde família
 - Informatização das consultas médicas
 - Administração Pública, **alguma privatização**
 - Introdução de procedimentos alternativos e complementares (Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa etc)



Desafio da privatização







Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Anexo 3 - Apresentação da pesquisadora de Cuba



Principios que guían el sistema de salud en Cuba

- **Carácter estatal.**
- **Accesibilidad y gratuidad.**
- **Orientación profiláctica.**
- **Unidad de la ciencia, la docencia y la práctica médica.**
- **Integralidad y desarrollo planificado.**
- **Participación activa de la población.**
- **Internacionalismo y colaboración.**



Promoción de la salud: marco conceptual.

- La salud en Cuba es un derecho que tiene que ser garantizado por la sociedad
- Traza políticas de atención de la salud a nivel del país y , simultáneamente, garantiza la descentralización y atención preventiva comunitaria.
- Generar en las estructuras sociales y en la ideología las bases para garantizar la lucha contra las enfermedades, para una vida más sana: abarca la educación como vía fundamental, la mejor nutrición, la estabilidad psíquica, la satisfacción progresiva posible en todas las esferas de la vida.

Retos para la promoción de la salud

- País pobre, sin desarrollo industrial
- Sufre el bloqueo del gobierno de los EU por casi cincuenta años.
- Impacto de la desaparición del bloque de países del socialismo europeo en los 90.

Cuba: antecedentes.

- ♦ Cuadro Sanitario en los años 50: Predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias.
- ♦ Mortalidad Infantil: $> 60 \times 1\,000$ nacidos vivos.
- ♦ Expectativa de vida: 50 años
- ♦ Analfabetismo: 60%
- ♦ En enero de 1960 fue creado el Servicio Médico Rural, los médicos debían prestar servicios en las comunidades rurales.
- ♦ Al no existir aún el sistema de salud, se utilizaron los Comités de Defensa de la Revolución para dar cobertura nacional a la inmunización contra la poliomielitis.
- ♦ En los años siguientes se erradicaron sucesivamente la difteria, el tétano del recién nacido e infantil y el sarampión, el paludismo, la poliomielitis, entre otras enfermedades.



Transformación social.

En los 30 años entre 1959 y 1989 del proyecto social cubano:

- Se redujo la mortalidad infantil desde 46,7 a 10,7 por mil nacidos vivos.
- La expectativa de vida aumento en doce años.
- La escolaridad promedio alcanzó el 9 grado.
- Se afianzó un profundo sentimiento de igualdad y autopercepción de dignidad.

Impactos del bloqueo sobre la situación de la salud

- Carencia de medicamentos.
- Encarecimiento del acceso a medicinas.
- Imposibilidad de acceso a determinados recursos.

Ejemplos: la escasa disponibilidad de placas para mamografías, fue necesario reducir los exámenes a mujeres en grupos de riesgo. Afectación de niños con cáncer de los ojos.

Impacto de la crisis

- Se producen graves carencias en la calidad de vida de la población en las esferas de la alimentación, el transporte y la vivienda.
- Carencias en medios de consumo, domésticos e individuales.
- Surge una insatisfacción creciente .
- Epidemia Neuritis: 50 mil personas, ningún extranjero enfermo.



Indicadores de salud.

- ♦ 4,8 x 1 000 nacidos vivos de mortalidad infantil (noviembre, 2008).
- ♦ 21,3 x 100 000 nacidos vivos de mortalidad materna.
- ♦ 99,9 % de los niños protegidos contra 12 enfermedades inmunoprevenibles a los dos años de edad.
- ♦ la expectativa de vida es de 77 años
- ♦ 17 consultas durante el embarazo.
Incluyen ultrasonido, diagnóstico alfa feto proteína, estudios frecuentes de hemoglobina y orina, serología y VIH.
- ♦ 99,9% de partos institucionales hechos por personal especializado

Estructura de la atención de salud

1. Atención primaria:
Médicos y enfermeras de familia: atienden alrededor de 120 familias, 500 ó 600 personas. Énfasis preventivo, atención personalizada.
- Policlínicos Integrales:
Nivel comunitario, incluyen: laboratorios integrales, consultas especializadas, salas de fisioterapia, hemodiálisis, servicios de urgencias.
El modelo de atención primaria no se modifica pero se desplaza y refuerza en el segundo nivel en la actualidad por la relativa disminución del número de médicos de familia que prestan servicios en otros países, y la modernización con nuevos equipamientos y servicios de alta tecnología
1. Hospitales:
Mayor especialización y complejidad.
Los tres niveles se encuentran articulados.

Programas Priorizados

- ♦ Atención Materno Infantil.
- ♦ Control de enfermedades transmisibles.
- ♦ Control de enfermedades no transmisibles:
patrón de causas de mortalidad correspondiente a países desarrollados.
- ♦ Atención al Adulto Mayor.
El 16,2 por ciento de los 11,2 millones de habitantes ya superan los 60 años, una cifra que en dos decenios debe alcanzar el 25 por ciento: 14 mil círculos de abuelos, 170 hogares de ancianos, desarrollo de la Geriatria y la Gerontología, Cátedra del Adulto Mayor.



Atención al VIH

- ♦ Desde 1986 y hasta noviembre del 2008, fueron diagnosticadas como portadoras del virus del VIH/sida diez mil 454 personas, de las cuales 3 910 han enfermado. Actualmente 8 607 personas viven con el VIH SIDA.
- ♦ La tasa de prevalencia del VIH-Sida en Cuba es la más baja del Caribe, con un 0,1 por ciento. Pesquisajes masivos de la sangre, solo el 3 % de los bebés de madres seropositivas tiene la probabilidad de recibir la enfermedad,
- ♦ El Estado cubano produce seis importantes medicamentos antirretrovirales y todos los enfermos reciben el tratamiento gratuito.
- ♦ Desde hace tiempo las personas enfermas pueden seleccionar si permanecen en un sanatorio con hospedaje de su pareja o convivir con su familia en la comunidad.

Fortalezas de la sociedad cubana para la promoción de la salud.

- Tendencia a garantizar la equidad y la justicia social, incluye la participación de la población.
- Bases creadas del acceso a la educación.
- Interrelación desarrollo del conocimiento científico y su aplicación a la salud de la población.
- Asimilación permanente de valores éticos solidarios.

Equidad MI por provincias.

Provincias	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pinar del Río	10,2	5,9	5,8	5,8	6,0	4,7	5,5	5,0
La Habana	9,8	7,6	6,6	8,4	5,1	7,3	5,7	6,1
Ciudad Habana	9,7	7,5	6,7	6,6	7,1	6,6	6,7	4,9
Matanzas	9,0	6,4	4,4	5,4	4,9	4,4	4,0	4,4
Villa Clara	7,1	5,0	6,2	4,5	5,9	4,6	4,3	4,6
Cienfuegos	6,5	5,4	5,6	4,7	7,4	5,2	7,0	5,7
Sancti Spiritus	8,5	6,2	6,6	5,9	5,5	3,3	7,7	6,8
Ciego de Avila	9,2	8,1	4,8	6,7	5,3	5,7	5,2	9,0
Camagüey	9,2	7,0	6,5	7,6	6,8	5,8	7,9	4,3
Las Tunas	9,9	7,0	5,7	5,2	4,2	3,8	6,4	4,7
Holguín	8,7	7,3	6,7	7,3	6,3	5,9	4,6	3,8
Granma	10,9	8,2	5,0	6,5	5,1	5,0	6,7	4,4
S. de Cuba	10,2	8,7	6,2	6,9	7,0	7,1	7,2	7,9
Guantánamo	10,0	9,1	7,9	7,9	8,6	8,5	7,9	4,8
I. de la Juventud	10,7	4,9	9,0	9,1	9,6	1,8	3,7	7,3
NACIONAL	9,4	7,2	6,2	6,5	6,3	5,8	6,2	5,3

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP

Equidad nadie es abandonado

- En el año 2005 se realizó una encuesta nacional para el diagnóstico y atención de los discapacitados, más de seis mil madres han recibido su salario íntegro por cuidar a sus hijos, mientras más de 40 000 discapacitados se incorporaron al trabajo.
- Programa para niños sordos en Cuba, que han recibido el implante coclear. Un total de 113 niños sordos o hipoacúsicos han recibido este implante, de ellos 101 escuchan y hablan.

Participación de la población.

- Creación en 1999 de las Escuelas de Trabajadores Sociales, tareas de diagnóstico social y solución comunitaria, evaluación de niños con bajo peso o talla para su edad, identificación de ancianos solos.
- Se reportan en el 2007 40 000 trabajadores sociales graduados.
- Campaña contra el dengue.

Acceso a la educación.

- Cuba tiene el 100% de cobertura en la enseñanza primaria, casi el 100% de los niños termina el 6to grado, así como el 99,2% de las escuelas primarias tiene doble sesión. En 146 escuelas rurales estudia un solo alumno.
- Nivel de escolaridad promedio en el país: 12 grado.
- Cursos de superación para jóvenes
- Universalización de la educación superior: mas de 3000 sedes universitarias municipales.
- Cuba recibió el premio de Alfabetización de la UNESCO en Junio 19, 2006, por la Metodología "Yo si puedo", que ha sido implementada en 15 países.



Interrelación conocimiento científico y salud de la población

- ◆ En 1987 se obtuvo la primer vacuna contra la Meningitis meningocócica B (hasta hoy única en el mundo), en 1989 se obtuvo la vacuna contra la Hepatitis B,
- ◆ la primera vacuna terapéutica para el tratamiento del cáncer de pulmón avanzado fue registrada en Cuba este año.
- ◆ se investiga una vacuna contra el cólera, y se trabaja en obtener un inmunogeno terapéutico contra el SIDA.
- ◆ Programas de diagnóstico prenatales.



- ◆ Disponibilidad de nuevos medicamentos.
- ◆ Interferón (1981) estreptoquinasa (sobrevivir al infarto cardíaco) anticuerpos monoclonales (utilizados en trasplantes de órganos).
- ◆ Polos científicos: Instrumentos de cooperación y apoyo mutuo.
- ◆ Polo Científico de la Habana del Este: Incluye el centro de Inmunoensayo, el Centro de Restauración Neurológica, el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kurí, el Instituto Finlay.
- ◆ Relación investigación/producción/comercialización y disponibilidad de medicamentos a la población.

Valores éticos

- El Programa Integral de Salud se desarrollaba en el año 2007 en 70 países con 38 mil trabajadores de la salud.
- El contingente Henry Reeves, creado para auxiliar a los damnificados por el huracán Katrina en Nueva Orleans, está integrado por médicos y personal de salud y funciona para auxiliar a las poblaciones del mundo afectadas por desastres naturales, ha participado en otros países como Perú, México, Paquistán e Indonesia.



Solidaridad: Operación Milagro

- personas pobres son operadas de manera gratuita de enfermedades de la visión, como cataratas.
- Entre 2004 y octubre de 2008 han sido operadas mas de un millon de personas de 33 países de América Latina, África y Asia.

Formación

- La política de formación se dirige a la descentralización, vinculando la asistencia a la labor docente.
- Se transforma el policlínico en una sede universitaria, existen en el país 200 sedes universitarias a este nivel.
- La formación se relaciona con la solidaridad, el personal de salud en otros países aprende y se transforma en mejores personas.

ESTUDIANTES EXTRANJEROS EN CUBA CIENCIAS MEDICAS



DE 83 PAISES
100 ETNIAS

- 69 Latinoamericanas
- 31 africanas



Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas

Creación en 1998 de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas .
Cada año ofrece mil 500 becas cada año para formar gratuitamente médicos y actualmente posee una matrícula de aproximadamente 10 mil estudiantes de casi 30 países.
En el curso escolar 2007-2008 egresaron mil 824 jóvenes de otros países.

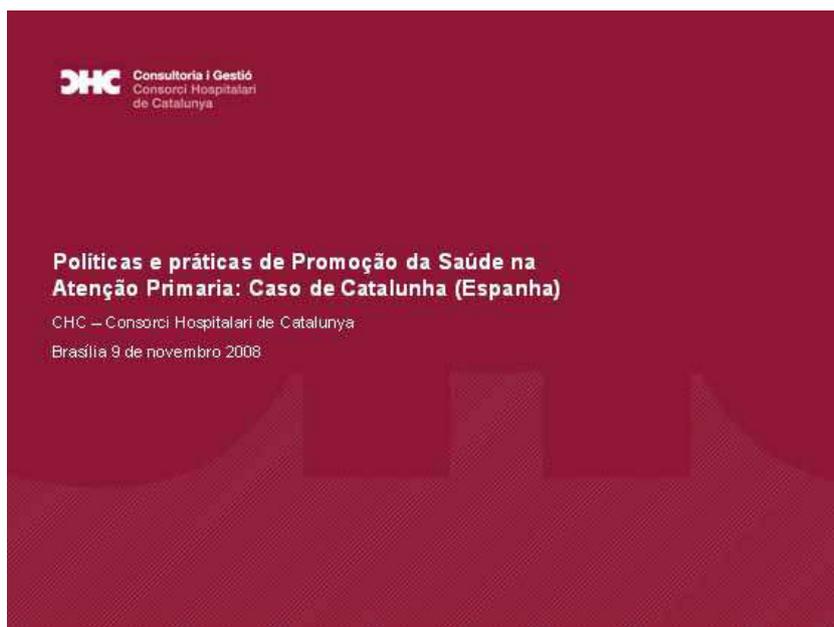




Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Anexo 4 - Apresentação do pesquisador da Espanha (Luis Segu)



Atenção Primária e Promoção da Saúde em Espanha - CHC - Consultoria i Gestió



El Sistema Nacional de Salud Español

● PRINCIPIOS BÁSICOS

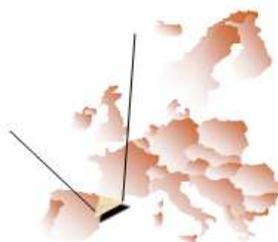
- **Derecho:** La salud es considerada como un derecho (marco constitucional)
- **Financiación Pública:** La financiación del gasto sanitario es eminentemente pública (80% del gasto sanitario total es financiado públicamente) a través de impuestos progresivos.
- **Cobertura:** La cobertura del sistema es universal
- **Prestaciones:** La Cartera de prestaciones cubierta es muy amplia, incluye la prevención, promoción, curación y rehabilitación y da respuesta a buena parte de la demanda potencial
- **Modelo de Atención:** Basado en una AP que actúa como el primer nivel de atención y puerta de entrada clínica y atención especializada jerarquizada por niveles de complejidad
- **Acceso:** El acceso a los servicios de salud y a las prestaciones es operativamente real y basado en criterios de necesidad (equidad)
- **Descentralización:** Los principios básicos son comunes a todo el territorio, la forma de operativizar los servicios esta descentralizada a las CCAA

2



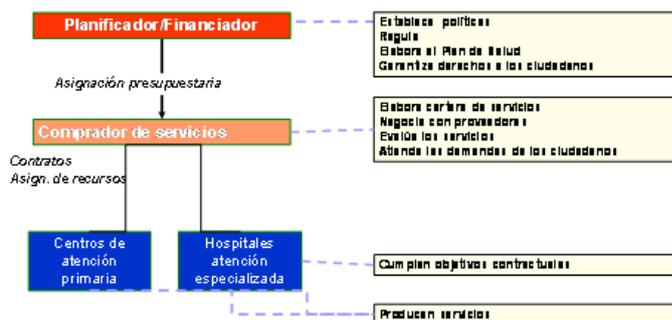
Datos de entorno: Catalunya

- Comunidad autónoma del Estado Español
- Habitantes: 7.210.000
- Esperanza de vida: 80,1 años
- Tasa de natalidad: 11,4 por 1.000
- Tasa mortalidad bruta: 9,32 por 1000
- Renta per capita: 37.079,23 U\$S
- Gasto público en salud = 1.600,64 US \$ por persona
- % de PIB en gasto sanitario 6,3% (el 80 % publico)



3

El modelo catalán dentro del SNS Español: La separación de funciones



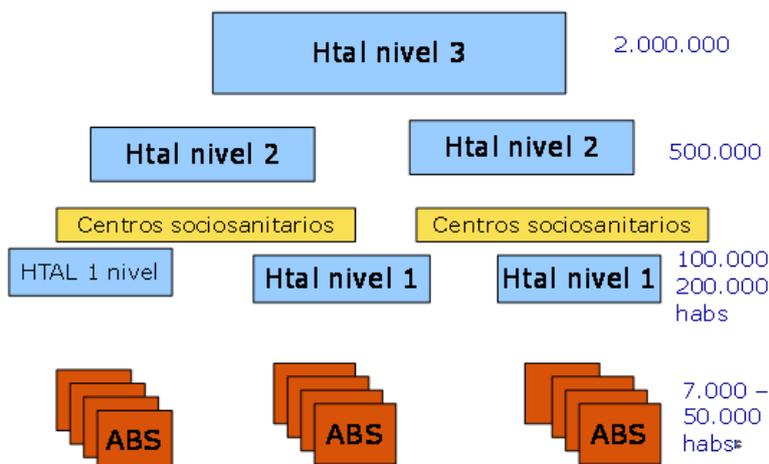
4

Elementos estratégicos de la separación de funciones

- Elementos de planificación normativa (¿Qué demanda podemos esperar y que oferta necesitamos?)
- Elementos de planificación estratégica vinculados a establecer que necesidades se han de cubrir y de que forma (¿Qué problemas de salud tiene la población? ¿Qué intervenciones efectivas existen para resolverlos? ¿Que se debe comprar? ¿a quien compramos?)
- Transferencia de riesgo al proveedor: Incorporación del concepto precio y de incentivos a la eficiencia
- Capacidad de gestión de los proveedores: Si asumen riesgo han de poder decidir (autonomía de gestión en los centros públicos)
- Paso de una organización basada en la jerarquía y control de proceso a una basada en la negociación y el control por resultados
- Instrumentos necesarios para la articulación:
 - El sistema de asignación de recursos (transferencia de riesgo)
 - Los mecanismos de relación contractual entre compradores y proveedores: Quasi-contratos o contratos
 - Los mecanismos de evaluación y seguimiento

5



RED ASISTENCIAL JERARQUIZADA**Mecanismos de coordinacion existentes**

1. Nivel asistencial primario como puerta de entrada del sistema
2. Medico de familia con asignación poblacional actúa como gestor clínico de los procesos
3. Jerarquización de servicios planificada: No todos pueden hacerlo todo
4. Teóricamente el sistema garantiza la coordinación clínica y la continuidad asistencial

INSTRUMENTOS:

- Planificación normativa: Asigna papel y funciones en la red
- Planificación estratégica: Compra de servicios de acuerdo con oferta acreditada y necesidades
- Los contratos incluyen objetivos de coordinación e incentivos a la misma
- Sistemas de información y gestión de la coordinación asistencial en el ámbito de la provisión

Atención primaria de salud en Cataluña**• Cartera de servicios:**

- Prestaciones de promoción, prevención, restauración de la salud.
- Atención en centro de salud y en domicilio del ciudadano.
- Atención a la demanda de servicios de carácter urgente.
- Prestaciones diagnósticas y terapéuticas (farmacia)
- Investigación y docencia

• Dotación de recursos del centro en base poblacional:

- Base territorial: Áreas Básicas de Salud
- Promueve el trabajo en equipo
- Atención mañana y tarde (12 horas y 8 festivos) y en muchos casos atención continuada 24 horas 365 días
- Dotación de recursos en base poblacional:
 - 1 médico de familia cada 2000 - 2500 habitantes mayores de 14 años.
 - 1 pediatra cada 1500 menores de 14 años.
 - 1 odontólogo cada 11000 habitantes.
 - 1 enfermero por cada médico.
 - 1 trabajador social cada 25000 habitantes.
 - 1 administrativo cada 5000 habitantes

Atención primaria de salud en Cataluña

- **Asistencia:**
 - Promueve un alto nivel de resolución:
 - Capacitación profesional (Médico de Familia).
 - Acceso a tecnología diagnóstica y terapéutica.
 - Especialista actúa como consultor del Equipo.
- **Enfoque longitudinal:**
 - Historia clínica individual.
 - Función Gatekeeper.
- **Promoción:**
 - Educación para la salud sobre la población atendida
- **Prevención:**
 - Individual y colectiva.
 - Estrategia oportunista en la detección del riesgo.
 - Estrategia poblacional en las exposiciones poblacionales.

»

Atención primaria de salud en Cataluña

- **Principios básicos:**
 - **Atender las demandas de salud:** Acción curadora y rehabilitadora
 - **Ser accesible:** Factor fundamental de éxito en AP ya que no proporciona tecnología sino acceso fácil a personal capacitado en valorar probabilidades diagnósticas
 - **Filtrar:** Filtro clínico de las demandas de salud que deben acceder al nivel especializado: Garantizar que cada problema de salud reciba la atención más adecuada y más eficiente.
 - **Resolver:** Dispositivos con capacidad técnica y humana suficientes para dar respuesta efectiva al 80-85% de problemas de salud
 - **Garantizar longitudinalidad y continuidad de la atención:** Historia clínica, atención integral y mecanismos de referencia y contrarreferencia
 - **Incorporar actividades preventivas y de promoción de la salud:** En la mayoría de los casos mediante acciones de detección oportunista sobre la demanda atendida

»

Algunos datos de accesibilidad: Encuesta ESCA 2006

- **72% de los ciudadanos ha visitado su médico de familia y el 17% a la enfermera de referencia en los últimos 12 meses.**
 - 54% consultas: Obtener un diagnóstico o un tratamiento.
 - 17,7% consultas: Obtener recetas.
 - 13,7 % consultas: Examen preventivo
 - 53% de la población ha esperado menos de 15 minutos para su consulta.
 - 23% esperó entre 15 i 30 minutos.
- **85,4 % de las visitas en el Centro de AP.**
- **74,8% de los ciudadanos consideran como seguro o muy probable poder ser visitados en su centro el mismo día que lo piden.**
- **Cuando llaman por teléfono el 49,1% creen que es seguro o muy seguro que podrán hablar con un profesional que ya conoce.**
- **El 78,9 % de los ciudadanos recomendaría a otra persona su médico de familia.**

»



Compra de servicios del Servicio Catalán de la Salud



112

Objetivos incluidos en la parte variable de los EAP (2006-2007)

• N° total objetivos: 28

- Actividades preventivas : 14 (50%)
 - 10 Adultos: HTA, D.M, RCV, alcohol(2), tabaco, valoración geriátrica, vacunas (gripe, tétanos, neumococo)
 - 4 Niños: IMC, caries, vacunas, lactancia, ...
- Resolución: 1 (3,6%)
 - <10% altas por ACSC
- Coordinación con otros servicios: 6 (21,4%)
 - SM, PREALT, at. Integral en dos procesos, detección MH, cribaje ca. Cuello útero, doc. Rápido de cáncer (mama, colon, pulmón)
- Eficiencia: 3 (10,7%)
 - Genéricos, nuevos medicamentos sin valor añadido, pañales
- Mejora de la atención al usuario: 2 (7,1%)
 - 2 acciones de mejora, respuesta reclamaciones, ...
- Accesibilidad: 1 (3,6%)
 - Internet
- Información: 1 (3,6%)

113

Políticas de prevención y promoción de la salud en AP

• Incorporación de intervenciones

- Selección de intervenciones efectivas
- Incorporación de intervenciones factibles: Aquellas realizables y para las que los profesionales de AP son la mejor opción
- Incorporación con criterios de Coste de oportunidad: El conjunto de prestaciones que se dan (preventivas, curativas, rehabilitadoras) tal de minimizar el coste de oportunidad.

• Sobre que población:

- La población demandante: Actuada individual e inter y domiciliada
- Sobre la comunidad

• Cartera de servicios preventivos y de promoción de la salud:

- Prevención de la enfermedad: Primarios y secundarios, mediante el fomento de estilos
- Detección oportuna de factores de riesgo sobre la salud y detección precoz de patologías: RCV, D.M, Cáncer de mama, cervix y endometrio, etc.
- Detección e intervención sobre hábitos de vida no saludables: Hábitos tóxicos, alimentarios, etc.
- Intervenciones sobre factores de riesgo: Educación sanitaria, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, acceso a pruebas diagnósticas, seguimiento y control de enfermedades y FR, etc.
- Detección y registro de condiciones sociales y económicas de riesgo
- Intervención sobre condiciones sociales y económicas de riesgo a través de Servicios sociales
- Programas preventivos específicos: Niño sano, Salud mental infantil, salud digital, etc.
- Vacunaciones en niños y adultos
- Detección y notificación de casos: EDO, malaria, etc.
- Farmacovigilancia: Detección y notificación de EA

114

Política General de Promoción de la Salud y AP

● Marco teórico:

- Análisis de necesidades de Salud
 - Planes de Salud
- Identificación de intervenciones efectivas
 - Evidencia disponible
- Identificación del ámbito de aplicación
 - Servicios de Salud
 - Otros ámbitos
- Priorización de intervenciones en Servicios de Salud
 - Coste de oportunidad
 - Factibilidad
- Incorporación de las intervenciones en el marco contractual
- Evaluación del resultado de intervenciones

15

Actividades de PS en AP: ¿Cómo y por qué?

● AP con un marcado objetivo asistencial capaz de integrar actividades de PS

● La integración de actividades de PS en este entorno se sostiene en:

- Integración de aquellas actividades que han demostrado ser efectivas aplicadas desde los dispositivos de salud
- La efectividad de las intervenciones de PS limitadas a la práctica clínica tienen una efectividad limitada
- Por sus características de accesibilidad, longitudinalidad y atención integral la AP puede jugar y juega un papel fundamental en la prevención y promoción individual y colectiva
- Justificación de la detección oportunista
 - Acceso a la población prioritaria: > del 70% de la población contactada cada año con la atención primaria
 - Frecuentación: > de 5 visitas por habitante y año
 - Los consejos del médico y enfermera son bien valorados por la población receptora

16

La PS y los Servicios de Salud

● La focalización de la PS en los servicios de salud, tiene varios problemas:

- Salvo unas cuantas excepciones, la evidencia de la eficacia de la promoción de la salud en el sector de atención sanitaria sigue siendo limitada
- Las intervenciones de promoción de la salud aisladas en la práctica clínica tienen una efectividad limitada
- El sector de atención sanitaria no puede por sí solo introducir grandes cambios en las conductas orientadas a la salud, dependiendo los cambios de una actuación coordinada a lo largo de una serie de sectores
- No obstante, a aquellos que trabajan en el sector de atención sanitaria pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la salud
 - Ofreciendo ejemplos de qué se puede hacer para conseguir un entorno saludable
 - Utilizando su autoridad para actuar en calidad de defensores de políticas públicas saludables
 - Fuente de asesoramiento sobre políticas públicas saludables, o como fuente de asesoramiento sobre conductas saludables a la persona
- El asesoramiento breve ofrecido por los médicos individualmente es un medio rentable de ayudar a las personas a dejar de fumar y a reducir el problema de la bebida
- La prevención y la promoción de la salud requieren tanto de políticas públicas como de actividades en la práctica clínica
- Es probable que una mayor orientación a una atención sanitaria basada en evidencia conduzca a un mayor énfasis en la promoción de la salud como medio de reducir la carga de enfermedad evitable



17



Intervenciones ¿efectivas? incorporadas a la AP

- Detección de tabaquismo y consejo antitabaco: Efectivo desde AP
- Detección e intervención sobre el consumo excesivo de alcohol: Efectivo desde AP
- Educación y consejo sobre hábitos de vida saludables: Ejercicio, nutrición, etc.: Efectividad limitada sólo desde SS
- Prevención primaria de enfermedades odontológicas: Efectividad limitada sólo desde SS
- Prevención secundaria de enfermedades odontológicas: Efectividad desde SS
- Intervenciones para la reducción de caídas accidentales en adultos mayores: Efectividad desde AP
- Consejo sobre lesiones accidentales en niños: Efectividad limitada
- Consejos sobre lesiones por accidente de tránsito: Efectividad limitada sólo desde AP
- Screening oportunista e intervención sobre factores de riesgo: Cardiovascular, cáncer, etc.: Efectivo y eficiente desde AP
- Educación para la salud en autocuidado en pacientes con patologías diagnosticadas: Asma, ICC, etc.: Efectivo en algunas patologías
- Vacunaciones en niños y adultos: Efectivo desde SS
- Guías elaboradas por La Sociedad de Medicina de Familia:
 - Intervención sobre el consumo excesivo de alcohol
 - Actividad física en tiempo libre
 - Dejar de fumar
 - Alimentación saludable
 - Lesiones de tránsito
 - Metodología para el Counselling
 - Metodología para las técnicas de educación grupales
 - Metodología para la elaboración de folletos educativos para pacientes

119

Formación e iniciativas en PS

- **Formación reglada en el ámbito de medicina de familia y enfermería**
- **Iniciativas:**
 - Sociedad de medicina de familia: PAPPS: & Guías y 2 Informes técnicos
 - Europeas
 - Ministeriales
 - Departamentales



Problemas y limitaciones en la incorporación de prácticas efectivas de PS en atención primaria en España: Encuesta percepción de profesionales 2007

- 1. Falta de tiempo (65%)
- 2. Falta de formación en habilidades (comunicación, educación, etc.) (49%)
- 3. Actitud de los profesionales (34%)
- 4. Problemas organizativos internos (27%)
- 5. Actitud de la población (25%)
- 6. Problemas organizativos externos (15%)
- 7. Desconocimiento efectividad (15%)
- 8. Falta de recursos (11%)
- 9. falta de coordinación con otros niveles (7%)
- 10. Falta de registros (2%)

120

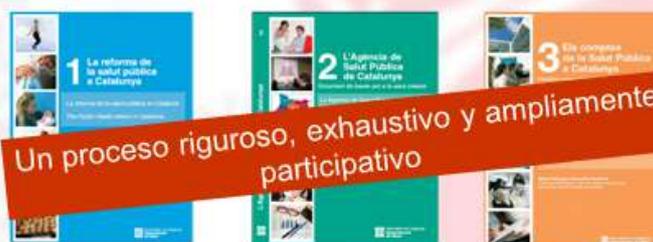
Anexo 5 - Apresentação do pesquisador da Espanha (Josep Peray)



Objetivo



- Presentar los elementos conceptuales, contenidos y características básicas de la reforma de la salud pública y del Proyecto de Ley de Salud Pública de Cataluña



La mayoría de los determinantes de la salud se encuentran fuera del sistema de salud



La organización de la SP en Cataluña: antecedentes (1)

Un modelo (?)

Proveedores	Prestació	Vigil.	Prom/prev	Protec.	Altres
DS-DGSP		★	★	★	★
Serveis territorials (provincials)		★	☆	★	
Sanitaris locals (1953)				☆	
Serveis municipals			☆	☆	☆
Agència de Salut Pública de BCN		★	★	★	★
Diputacions (de Barcelona)			★	★	★
SCS (regions sanitàries)			☆		☆
Altres (ICS, consorci, etc.)			☆	☆	☆

★ Prestació sistemàtica ☆ Prestació variable

La organización de la SP en Cataluña: antecedentes (y 2)

El modelo (?)

- Fragmentado y disperso
- Pérdida de liderazgo e iniciativa
- Inercia conceptual y organizativa
- Prestación de servicios burocratizada
- Eficiencia variable
- Baja continuidad e integración con el resto del sistema de salud
- Inequidades territoriales en la prestación
- Profesionales con motivación y adecuación variables
- Poca visibilidad y descapitalización progresiva
- Frustración de los usuarios (territorio: entes locales y regionales)

- ↳ Poca "cintura" organizativa y de gestión
- ↳ Vulnerabilidad ante las presiones políticas



La reforma de la salud pública



La reforma de la salud pública en Cataluña: algunas premisas

- ❑ Salud pública: **uno de los tres ejes principales** de la acción del DS (junto a la atención a la enfermedad y a las personas dependientes)
- ❑ El **compromiso político** con la salud pública – el ámbito en el que la acción de la salud que solo se ve cuando las cosas van mal y que, en condiciones normales, el ciudadano no incorpora en su demanda de atención de salud – requiere liderazgo y visibilidad, **político, organizo y financiero**

Plan del Gobierno 2007-2010:

- ✓ Más peso de las políticas de prevención, de promoción y de protección
- ✓ Reforma organizativa de los servicios de salud pública
- ✓ Incremento de la financiación

La reforma de la salud pública

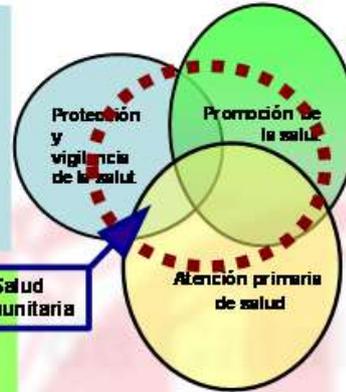


La cartera (portfolio) de servicios de salud pública

El compromiso y la garantía de la administración con los ciudadanos para fomentar la salud como una **prestación** del sistema de salud

A partir de la **cartera de servicios** de:

- Protección de la salud
- Vigilancia de la salud
- Mejoría del estado de salud de la población (Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ...)



Referentes de los servicios de salud pública **Salud comunitaria**

La población: mantener y mejorar el estado de salud y disminuir las desigualdades.

Los riesgos para la salud: minimizarlos, tanto los que se deriven de la actividad humana y los que se derivan de su entorno.

La cartera (portfolio) de servicios de salud pública

Protección y Vigilancia de la Salud

- Salud alimentaria i ambiental
- Gestió dels riscos sanitaris:
 - Vigilància i control dels establiments alimentaris
 - Vigilància i control dels establiments públics
 - Vigilància i control de les aigües de consum humà
 - Vigilància i control del risc de legionel·la
 - Investigació de brots epidèmics i alertes sanitàries
 - Sistemes d'autocontrol alimentari i ambiental
 - Protecció química i radiològica
- Avaluació de riscos sanitaris
- Serveis analítics: laboratoris de salut pública
- Informació sanitària
- Vigilància epidemiològica i de la salut
- Vacunacions
- Control malalties transmissió sexual
- Suport prevenció infeccions hospitalàries
- Plans d'hivern / onades de calor

Mejora de la Salud (Prev & Promo)

- Prevenció del tabaquisme - addiccions
- Reducció impacte pobresa en salut
- Millora de la salut en població vulnerable (nens, gent gran, discapacitats, minories ètniques...)
- Promoció salut laboral
- Promoció activitat física
- Promoció alimentació saludable
- Reducció impacte malalties cardiovasculars
- Reducció impacte càncer
- Reducció impacte malalties respiratòries
- Reducció impacte diabetis
- Promoció salut dental
- Promoció salut mental
- Promoció salut materninfantil
- Reducció malalties transmissió sexual
- Reducció accidents i lesions (incl. maltraments)
- Promoció entorns saludables
- Promoció salut a l'escola
- Promoció desenvolupament comunitari
- Cribatges:
 - Prenatal / Neonatal/Audició nadons
 - Càncer mama. Càncer de cèrvix

La reforma de la salut pública



La reforma de la salud pública en Cataluña: bases organizativas

- La **priorización de la salud pública** supone garantizar su desarrollo, **fortaleciéndola** frente a las amenazas conocidas que en determinados momentos pueden tender a desplazarla en beneficio de prioridades - generalmente de atención curativa - percibidas como más urgentes.
- El fortalecimiento de la salud pública pasa por el **despliegue de un modelo** organizativo que incorpore de forma visible, consistente, articulada con el resto del sistema público de salud y de forma sostenible las funciones de:
 - **regulación, autoridad sanitaria, planificación, compra, provisión, monitorización, evaluación y comunicación**
 - **tant a nivell central com en el territori**

La reforma de la salud pública en Cataluña: ejes principales

La separación de las funciones "políticas"...

- Planificación estratégica
- Autoridad sanitaria
- Regulación / rectoría
- Coordinación interdepartamental e intersectorial
- Relaciones institucionales y garantía



...de las funciones "ejecutivas":

- Planificación operativa
- Compra (servicios de salud, acción comunitaria, ONG)
- Garantía de la provisión de servicios de SP
- Seguimiento de la relación con los proveedores
- Ejecución de la autoridad sanitaria



- + Evaluación (estratégica/operativa/compra)
- + Comunicación (institucional/proveedores/comunitaria/etc.)

La reforma de la salud pública



Ley de SP: Justificación (1)

□ Salud pública: eje clave del sistema de salud

- ↳ contexto internacional (globalización, marco europeo, alertas y crisis, etc.)
- ↳ renovación conceptual (la "nueva" SP, los determinantes sociales i ambientales de la salud y la equidad; la aproximación comunitaria)
- ↳ demanda social de confianza y seguridad (administraciones, ciudadanos, empresas y medios de comunicación)

□ Políticas y prestaciones: individuales i colectivas

- ↳ Ley de cohesión y calidad del SNS (artículo 11: prestaciones de SP)
- ↳ Definición del catálogo de prestaciones de SP
- ↳ Cartera de servicios

Ley de SP: Justificación (y 2)

□ Reforma organizativa: capacidad ejecutiva, continuidad y proximidad

- ↳ Separación de la función reguladora y planificadora, de la provisión de los servicios
- ↳ Modelo agencia, con personalidad jurídica propia y participación interdepartamental
- ↳ Desconcentración y descentralización
- ↳ Vinculación a los gobiernos territoriales de salud
- ↳ Participación de los municipios (en el gobierno y en la provisión)
- ↳ Cooperación y coordinación de recursos públicos
- ↳ Participación de proveedores acreditados
- ↳ Promoción de la transversalidad y del *continuum* asistencial (con la APS)
- ↳ Orientación a la calidad
- ↳ Transformación y renovación del capital humano (técnico y de gestión)
- ↳ Papel clave de las tecnologías de la información y la comunicación
- ↳ Vinculación con la investigación y la innovación

Ley de SP: Interdepartamentalidad

¿Cómo?

- A través de la participación en la gobernanza de una organización ejecutiva y territorializada, orientada a la provisión de servicios a la comunidad.
- Sin alterar las competencias de cada Departamento.
- En proximidad a los municipios, a los sectores económicos y sociales, y a las organizaciones comunitarias

¿Con quién?

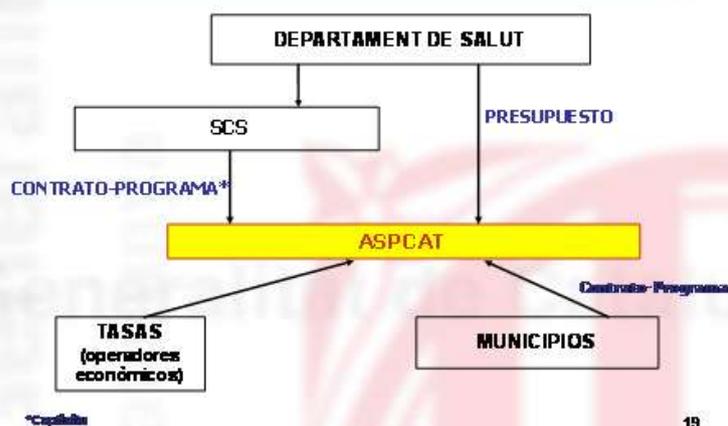
- D. Educación
- D. Medio Ambiente y Vivienda
- D. Trabajo
- D. Agricultura, Alimentación y Acción Rural
- ¿Altres?



Una agència regionalitzada: Governos territorials i els equips de salut pública



Modelo de financiación



Ley de Salud Pública: Preámbulo

- Derecho a la protección de la salud
- Definición de SP
- La SP com prestació del sistema en la Ley de cohesión y calidad
- La LOSC i la Ordenación de la SP
- La ley 7/2003 de protección de la salud
- El modelo de descentralització
- Les necesidades de la SP en un mundo global
- Los ejes de la respuesta organizativa
- La importancia de la confianza y de la seguridad
- Descripción de la estructura y contenidos principales de la llei
- El Pla Interdepartamental de Salud Pública

Ley de Salud Pública: Títulos

- I. Disposiciones generales
- II. De las prestaciones y servicios de salud pública
- III. De la organización de los servicios de salud pública
- IV. De la intervención administrativa en materia de salud pública
- V. Del regimen sancionador

¿Qué está ocurriendo ahora?

- Desde 2006, se están realizando en **6 territorios** de Cataluña **proyectos de demostración** del que ha de ser el modelo de gestión de la nueva salud pública
 - El proyecto de Ley de Salud Pública **está siendo tramitada** en el Parlamento de Cataluña tras haber superado el debate de totalidad
 - Se está realizando un **plan de desarrollo organizativo** con el conjunto de cuadros directivos de la futura organización
 - Se está realizando el proceso de **evaluación de la calidad** a través del modelo EFQM adaptado para los servicios de salud pública en el marco de una experiencia piloto
- ➔ Compartiendo el proceso

El fin de la invisibilidad de la Salud Pública!

La salud pública es **poco entendida** quizás porque, cuando es efectiva, no pasa nada
Surgeon General, Jocelyn Elders (1995).

El apoyo de la población a la salud pública es elevado ... una vez entienden en qué consiste

H. Taylor, 2002. The Future of Public Health



Reforma de la Salud Pública en la web del Departament de Salut:
<http://www.gencat.net/es/11/depasan/intercomunicacion/ca/d14435/index.htm>



Anexo 6 - Apresentação da pesquisadora do México (Alícia Hernandez)

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE SALUD



Pobres, pero sanos....

¿FORMACION O FORMALIZACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD?
Modelo alternativo de la enseñanza superior en promoción de la salud

Alicia Hernández Zamora
hezali2003@yahoo.com.mx

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno



El método no enseña a repetir mecánicamente palabras sino coloca al educando en condiciones de replantearse críticamente las palabras de su mundo para, en el momento debido saber, y poder decir su palabra y, así, asumir conscientemente su condición humana.

Paulo Freire



De acuerdo con el *Reporte Mundial del Desarrollo 2004*, en México 20 % de las familias más ricas se lleva el 59.1 % de la riqueza nacional, mientras que el 20 % más pobre sobrevive a penas 3.1 % de la riqueza; es decir con migajas.

Esto nos lleva al dilema sobre el que giran algunas reflexiones, es que la salud seleccione a los individuos en diferentes condiciones sociales o que son las condiciones sociales las que determinan el nivel de salud de un grupo o población (Marmot M, Wilkinson R, 2001).



En palabras de Marcos: "Donde había una bandera, hoy hay un centro comercial. Donde había una historia, hoy hay un puesto de comida rápida. Donde florecía el copihue, hoy hay un páramo. Donde había memoria, hoy hay olvido. En lugar de justicia, limosna" (*La Jornada*, 9/oct/2004: 16).



¿Qué es la UACM?

La UACM es una institución de cultura fiel a la vocación humanista, científica y crítica que ha animado a las auténticas universidades a lo largo de su historia centenaria. Sus funciones son la docencia, la investigación, la difusión de la cultura, la extensión de los servicios educativos a la sociedad y la cooperación con las comunidades de la Ciudad de México para la solución de sus problemas y su desarrollo cultural.





UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

- Cuándo nace nuestra universidad?
- Cómo nace?
- Quienes la integramos?
- Como nos organizamos y cuantos somos?
- Académicos
- Estudiantes
- Trabajadores manuales y administrativos.
- Funcionarios de la administración
- Cuales son nuestras bases legales y normativas?
- Cuales son nuestros órganos colegiados?

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

- **Oferta académica:**
 - Ingeniería en Sistemas Electrónicos y de Telecomunicaciones.
 - Ingeniería en Sistemas Electrónicos Industriales.
 - Ingeniería en Sistemas de Transporte Urbano
 - Promoción de la Salud.
 - Arte y Patrimonio Cultural
 - Comunicación y Cultura
 - Ciencia Política y Administración Urbana
 - Ciencias Sociales
 - Creación Literaria
 - Filosofía e Historia de las Ideas
 - Historia y Sociedad Contemporánea
 - Posgrados y programas



● PROYECTO EDUCATIVO DE LA UACM

Principios y políticas

1. Carácter público, sin costo para sus estudiantes.
2. Comunidad democrática y comprometida con el Proyecto de la UACM.
3. Una educación crítica, científica y humanística.
4. Ingreso irrestricto, no exclusión y apoyo a quienes más lo necesitan.
5. Una educación centrada en la formación del estudiante.
6. Flexibilidad.

- 6.1 La flexibilidad curricular.
- 6.2 La flexibilidad en ritmos y duración de estudios.
- La No especialización temprana.

● Ciclo de integración

Ciclo Básico

Ciclo Superior

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD
Programa Académico-Septiembre de 2006

OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE ESTUDIOS

Formar profesionales en promoción y educación para la salud con una perspectiva interdisciplinaria, que sean capaces de identificar, diseñar y desarrollar modelos que los hagan participar en las acciones del sector salud, social y educativo dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población en general; a través de acciones que conlleven a elevar el nivel de conocimientos, habilidades, estructura de valores y conductas en relación con la salud a nivel individual, familiar, grupal, comunitario y de la sociedad en general.



- "La promoción de la salud es la acción que busca proporcionar a las personas y a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, a través del empoderamiento personal y la participación comunitaria.
- La promoción de la salud busca el cambio social, porque se centra en alcanzar la equidad, para lo que establece que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social, y hace especialmente énfasis en la igualdad entre mujeres y hombres.



- PERFIL DEL EGRESADO
- El licenciado en Promoción de la salud tendrá el siguiente perfil:
- Contará con conocimientos en:
 - Materias básicas para el conocimiento del ser humano: Química, Anatomía, Fisiología,
 - Psicología y Nutrición
 - Teorías epistemológicas y socioeconómicas para la comprensión de la realidad social
 - Factores condicionantes y de riesgo para la salud integral del individuo y de la comunidad en general
- Metodologías de la investigación social, educativa y de salud pública
- Paradigmas y tecnología educativa
- Diagnóstico, políticas, planeación, sobre necesidades y problemas que inciden en la salud
- Integral de individuos y grupos como espacio de integración profesional



- En cuanto a habilidades:
 - Promoverá la participación e integración en cada una de las acciones a realizar a todos y cada uno de los individuos, grupos, instituciones y comunidad en general con quienes se realicen acciones concretas o generales para llevar a cabo las tareas relacionadas con la promoción y educación para la salud.
 - Analizará el contexto individual, familiar, socioeconómico y cultural y sus efectos sobre la salud integral de las personas, grupos y comunidades.
 - Diseñará y desarrollará modelos de intervención para la prevención, atención, resolución o rehabilitación de problemas específicos que afecten a la salud integral de los miembros de la comunidad.
 - Participará en el fortalecimiento de la promoción de la salud comunitaria con la creación de ambientes saludables y contribuirá a reorientar los servicios de salud hacia la equidad, la calidad y la prevención

- En cuanto a actitudes:
 - Mantendrá una actitud de servicio
 - Será autocrítico y abierto a la crítica
 - Contará con una formación humanística
 - Tendrá responsabilidad para aplicar sus conocimientos y habilidades en materia de salud integral en lo individual o colectivo
 - Mostrará aceptación y colaboración en grupos de trabajo con sectores interinstitucionales e Interdisciplinarios
 - Fomentará los valores que conforman y distinguen al ser humano

1ER. SEMESTRE	Álgebra y geometría analítica	QUÍMICA DE LA CELULA	INTRODUCCIÓN A LA FÍSICA	LENGUA EXTRANJERA 1	OPTATIVA 1
2DO. SEMESTRE	CELULA 1	CUERPO HUMANO 1	INTRO. A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	LENGUA EXTRANJERA 2	OPTATIVA 2
3ER. SEMESTRE	CELULA 2	CUERPO HUMANO 2	CRECIMIENTO Y DESARROLLO 1	INTROD. METODO. DE LA INVESTIG.	BIOESTADÍSTICA
4TO. SEMESTRE	EPIDEMIOLOGÍA 1	SALUD PÚBLICA 1	CRECIMIENTO Y DESARROLLO 2	PATOLOGÍA 1	MEDIO AMBIENTE
5TO. SEMESTRE	EPIDEMIOLOGÍA 2	SALUD PÚBLICA 2	NUTRICIÓN	PATOLOGÍA 2	SANEAMIENTO AMBIENTAL
6TO. SEMESTRE	SALUD COMUNITARIA 1	SALUD PÚBLICA 3	FARMACOLOGÍA	PSICOLOGÍA SOCIAL 1	
7MO. SEMESTRE	SALUD COMUNITARIA 2	POLÍTICAS Y PLANES DE SALUD	SISTEMAS DE PROTECCIÓN ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN EN SALUD	PSICOLOGÍA SOCIAL 2	PROMOCIÓN DE LA SALUD 1
8VO. SEMESTRE	SALUD COMUNITARIA 3	LEGISLACIÓN SANITARIA	ADMINISTRACIÓN EN SALUD	BIOÉTICA Y VALORES	PROMOCIÓN DE LA SALUD 2





Primera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y la Calidad de Vida
 Tepic, Noviembre 16 y 17 de 2009

"La salud derecho de todos y todos y deber del Estado"

Este artículo trata, dentro del marco de la Ley Pública en el Distrito Capital, sobre el tema del derecho a la salud y la calidad de vida, que implica un conjunto de derechos relacionados con la salud pública que abarcan la salud física y mental.

Objetivo:

- 1. Definir la política pública de salud.
- 2. Definir la metodología, la participación y la organización de la actividad.

Aprobado en Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y la Calidad de Vida, Tepic, Noviembre 16 y 17 de 2009.

Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y la Calidad de Vida
 Tepic, Noviembre 16 y 17 de 2009. Documento de Trabajo
 Tepic, Noviembre 16 y 17 de 2009. Documento de Trabajo

ZAPATERIAS DE LA MARCA CATWALK EN INDIA.



LUGAR DE ELABORACION DEL PRODUCTO

**ELLOS COMO SE OBSERVA EN LA FOTOGRAFIA, CON ESE SISTEMA
 DUPLICAN EL LUGAR.....**



- MODELO PREVENTIVO
- MODELO HISTORICO SOCIAL
- MODELO EMANCIPATORIO
- Hancock (1994): "La PS es la buena salud publica que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder". "Puede decirse que la PS es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar mas control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política". Este experto, enfatiza la interrelación íntima entre la salud y el poder, o la capacidad de los grupos para influir en políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones que atañen a su propia salud y calidad de vida. (Helena Restrepo, 2001)

- **EN LA UACM**
- Entendemos a la salud como un constructo social, es decir, como un fenómeno netamente humano. El objeto de trabajo del promotor de la salud es la salud. Salud que se concibe de distinta manera según el lugar y el tiempo al que nos remitamos. No es lo mismo la salud para un egipcio del siglo V a.C. que para un americano que vive en NY en el 2004.

- Por otra parte, si bien la salud tiene una dimensión individual también es cierto que tiene otra social pues los individuos viven en sociedades y a partir de ellas aprenden lo que es la salud y como cuidarla.
- Por lo tanto, el promotor debe también estar entrenado para poder entender qué características tiene el grupo social (cómo es, cómo se relacionan sus miembros, qué relaciones establecen con otros grupos, cuándo y para qué, etc.) todo ello con la finalidad de entender cómo y con qué elementos simbólicos ha construido el concepto de salud el grupo social con el que se trabaja.



- PROPUESTA DE EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DEL PLAN DE ESTUDIOS
- El Plan de Estudios de la Licenciatura en Promoción de la Salud se revisará en forma periódica con un
- plazo no mayor a los cuatro años y no menor a un año. Para tales efectos se instalará una Comisión
- permanente de evaluación y rediseño curricular que estará conformada por la Coordinación del Colegio de
- Ciencias y Humanidades al cual pertenece esta licenciatura, así como por al menos un integrante
- nombrado por cada una de sus Academias.
- Esta Comisión será la responsable de realizar las evaluaciones necesarias y formular las propuestas de
- rediseño curricular, las cuales serán previamente planteadas y discutidas con los profesores que imparten
- cursos en esta licenciatura. Una vez discutidas y, en su caso, avaladas, las modificaciones propuestas por
- la Comisión deberán ser aprobadas por las instancias correspondientes.

CONCLUSIONES: PROYECTO UNIVERSITARIO

- Reducir el proyecto de educación superior a los fines de la capacitación para el empleo de nivel profesional y a prepararlos para la globalización y la competencia mercantil, significa reproducir la visión unidimensional de la sociedad, del hombre y de la vida, que se nos impone desde el mundo de los negocios y la política y no de los sistemas educativos, los cuales nunca les podrán garantizar que encontrarán ocupación (*Pérez Rocha, 2001*)
- En cambio la formalización de los recursos humanos nos está llevando como sentenció Julio Boltvinik (*La Jornada: 29 octubre 2005*) "Mientras los países industrializados continúan avanzando en su desarrollo, en México nos hemos convertido en un país maquilador. Desde la estructura educativa se fomenta la obediencia. La sabiduría y los conocimientos se quedan en los libros, sin que se aliente una actitud crítica o de investigación, lo que reproduce los valores y las actitudes de callar, escuchar y obedecer".

- Como conclusión podemos decir que esta serie de reflexiones, tienen el propósito de llamar la atención de todos los que trabajamos en torno a la salud, para que entendamos la dimensión de la salud como un fenómeno complejo que debe analizarse en un contexto histórico social y esto sea punto de partida, primero para reconocer el vínculo salud – ser humano- sociedad. Y en segundo lugar planear estrategias más que de intervención, de acción comunitaria conjunta, donde se reconozcan y promuevan las capacidades del ser humano en la toma de decisiones en torno a su salud, individual, familiar o social como lo dice Leticia integrante de la junta de buen gobierno de las comunidades de Chiapas "Tenemos inteligencia y capacidad para dirigir nuestro propio destino" (*La jornada 2 de enero del 2005*). Y no como en la actualidad donde con el modelo médico hegemónico se realizan intervenciones en salud partiendo de la máxima SIN VOZ..... PERO TOMADOS EN CUANTA o POBRES PERO SANOS....





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Anexo 7 - Apresentação da pesquisadora do México (Irasema Guerrero)

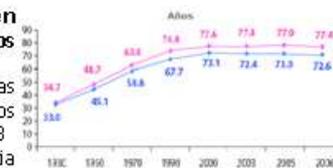


- 10% de todas las especies animales y vegetales que existen en el planeta.
- 32 estados y 1 Distrito federal
- 2,500 municipios
- 103,263,388 habitantes
- Entre los once países más poblados del mundo
- Gran diversidad étnica y lingüística
- Matiz pluricultural y cosmogónico intenso.

Contexto Nacional:

➤ Las mujeres viven en promedio **más años que los hombres**

- 1930, la EV de las mujeres era de 35 años y de los hombres de 33
- En 2006, la tendencia cambió a 77 y 72 años, respectivamente.



INEGI. Estadística Sociodemográfica de México (ESDM) 2006. Proyección de una población ficticia para años 2003 a 2036.

➤ **6 % de la población** de 5 años y más hablan alguna **lengua indígena**

- Existen 62



Contexto estatal de Veracruz:



- Representa 3.7% de la superficie del país
- Localizado en la parte central de la vertiente del Golfo de México, limitando con 7 estados.
- Extensión territorial de 71,699 km² con montañas, mar y valles
- 7,110,214 habitantes.
- 212 municipios y 23 mil localidades

- 35.06% de población indígena, 37.97% mestizo, 26.97% blanco.
- Grandes contrastes de pobreza en zonas serranas, indígenas y ciudades altamente industrializadas



Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud:

Artículo 4 Constitucional: Derecho a la protección de la salud.

Aspira a un sistema de salud integrado y universal que garantice acceso a servicios esenciales para toda la población, al desarrollo humano sustentable, igualdad de oportunidades.

Regido por la Secretaría de Salud (población no derechohabiente y con Seguro Popular)

Seguridad social, Seguro popular, población sin DH y privada

Centrado en la persona, la familia y la comunidad.

Efectivo, seguro eficiente y sensible; enfocado en la prevención de enfermedades

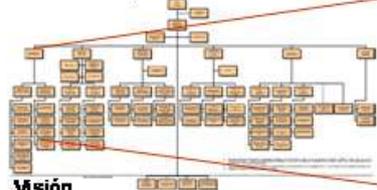
Atento a necesidades de grupos vulnerables.

Propicia espacios para formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.



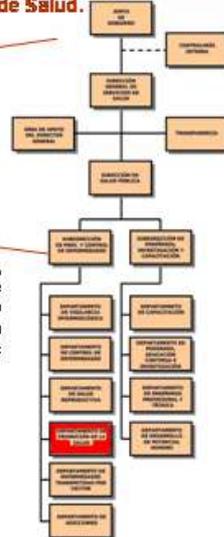
Plan Estatal de Desarrollo y Programa Estatal de Salud:

Misión. Garantizar a los veracruzanos los servicios de salud con eficacia y calidad.



Visión. Brindar servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas que fomenten la protección de la salud de todos los veracruzanos, impulsando el mejoramiento de las condiciones de bienestar social con la participación activa de las comunidades, de las instancias federal, estatal y municipal.

Municipios	212
Locales Médicos	20578
Unidades Médicas Secundarias	11
Unidades Médicas Primer Nivel	748
Hospitales	52
Total del Personal de Base	10,000
Personal de Promoción de la Salud	56
Profesores de la Salud	317



Cronología histórica de las instituciones de Promoción de la Salud en el ámbito federal

- 1921: Oficina de Propaganda y Educación Higiénica, Departamento de Salubridad Pública
- 1943: Dirección de Educación Higiénica, Secretaría de Salubridad y Asistencia
- 1973: Programa Nacional de Educación para la Salud
- 1978: Dirección General de Educación para la Salud, con áreas en los estados (dentro de los Servicios Coordinados)
- 1985: Dirección de Área de Educación para la Salud (compactación) dentro de la Dirección General de Medicina Preventiva
- 1988: Dirección General de Fomento para la Salud
- 1988: Red Mexicana de Municipios por la Salud
- 1992: Dirección General de Fomento de la Salud
- 1995: Dirección General de Promoción a la Salud
- 2001: Dirección General de Promoción de la Salud

DEFERBA



- 60's Epidemiología de crónicas
- 1970 Maraña causal de McMahon y Pugh
- 1974 Informe Lalonde
- 1978 Alma Ata

Evolución Mundial



Promoción de la Salud

2000 México

2005 Bangkok

- 1985 Ottawa
- 1988 Adelaida
- 1991 Sundsvall

1997 Yakarta

Pero, ¿¿cómo y quiénes hacen promoción de salud en los diferentes niveles.??



En la actualidad

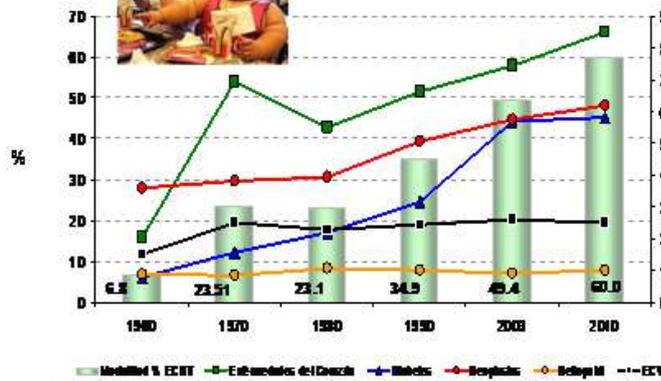
MUERTES EVITABLES POR GRUPOS DE CAUSAS.

México 2000-2004

GRUPOS DE CAUSAS	MUERTES NO EVITABLES			TOTAL
	EVITABLES	EVITABLES, PERO FUERA DE RANGO EDAD	OTRAS NO EVITABLES	
Transmisibles, de la nutrición y la reproducción	218,444	93,214	11,189	322,847
No transmisibles	565,232	704,189	381,282	1'650,703
Lesiones accidentales e intencionales	84,459	4,384	156,047	244,890
Mal definidas y otras causas no clasificables	8,064	19,628	31,003	58,695
Total	876,199	821,415	579,521	2'277,135

Modificado de: La Mortalidad en México, 2000-2004, Muertes Evitables. DGIS. SIC. SSA México 2006





En 1960 las ECNT representaban sólo el 7% del total de defunciones y actualmente rebasan el 40%; se multiplicó X 6 la tasa de enfermedades del corazón; X 2.5 el cáncer; X 12 la de diabetes; X 1.6 la cerebrovascular



¿Qué está matando a los hombres en México?



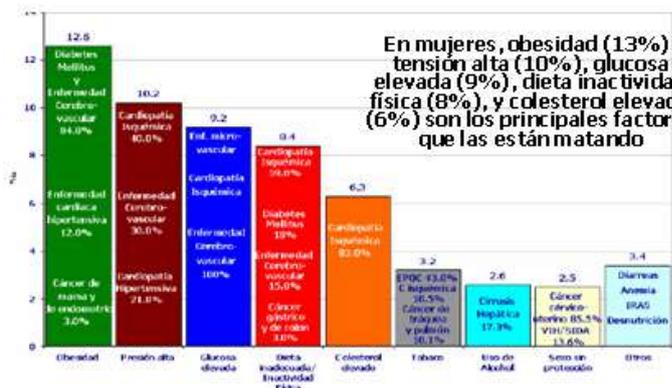
En hombres, alcohol (11%), obesidad (9%), dieta - inactividad física (9%), tensión alta (7.5%) y tabaco (5.6%) son los principales factores que los están matando

Fuente: OMS, 2002. Datos de prevalencia de riesgo de enfermedades crónicas, bajo peso

*Para algunos factores de riesgo el total de muertes no suma 100% debido a que se presenta sólo los más importantes



¿Qué está matando a las mujeres en México?



En mujeres, obesidad (13%), tensión alta (10%), glucosa elevada (9%), dieta inactividad física (8%), y colesterol elevado (6%) son los principales factores que las están matando

Fuente: OMS, 2002. Datos de prevalencia de riesgo de enfermedades crónicas, bajo peso

*Otros: deficiencia de vitaminas A y de zinc, anemia por deficiencia de hierro, agua, saneamiento, bajo peso



La Respuesta

- Plan Nacional de Desarrollo
- Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA),
 - Estrategia para “fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades”
- **Promoción de la salud y prevención de enfermedades en el centro de las políticas públicas nacionales y evaluar su impacto**
- **Generar competencias en el personal de salud y la población general para el control de los determinantes de la salud**



- Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud (ENPPS) en marcha el 13 de febrero de 2007.
- Pacto por la Salud
- Resultado de cambio de paradigma, incorporando las mejores prácticas de mercadotecnia social, comunicación educativa y evidencia científica, bajo un enfoque anticipatorio.
- Régimen de Protección y Seguridad Social en Salud (REPSS)



Estrategia Nacional para la Prevención de Enfermedades y la Promoción de la Salud



Estrategia Nacional para la Prevención de Enfermedades y la Promoción de la Salud



Tres elementos que considera la Estrategia



Estrategia Nacional de Promoción y Prevención.

Sostener los logros y solventar el rezago

- ✓ Infecciones (IRA's, EDA's, VIH/SIDA e ITS, Tb y Paludismo)
- ✓ Mortalidad materna
- ✓ Mortalidad infantil
- ✓ Dengue
- ✓ Intoxicaciones (plaguicidas en el hogar, loza vidriada)

Asegurar la capacidad de respuesta

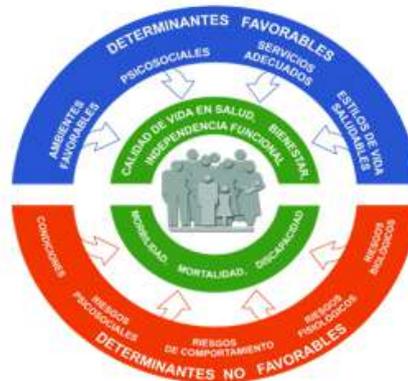
- Pandemia de influenza
- Emergencias de salud pública

Intervenir en las grandes epidemias que enfrentamos

- ✓ Diabetes Mellitus / sobrepeso/obesidad
- ✓ Enfermedades cardiovasculares
- ✓ Depresión y otras enfermedades mentales
- ✓ Cáncer (cervico uterino, de mama y de próstata)
- ✓ Lesiones
- ✓ Violencia
- ✓ Adicciones

Padecimientos Priorizados

El objeto de la **Promoción de la Salud** es **favorecer** los determinantes positivos y **limitar** los negativos en la población



MDPS, DGPS, SSA



- Incrementar el consumo de alimentos con alto valor nutricional, baja densidad energética, bajo contenido de grasa animal y bajo contenido de sal.
- Incremento en la actividad física.
- Acceso al paquete garantizado.
- Equidad en relaciones de género, por condición de pobreza y marginación Factores psico-sociales.
- Sexualidad responsable y protegida (anticoncepción)
- Equidad inmunológica: vacunación

Modificación de los determinantes

Generación de Entornos Favorables a la Salud de las **Personas y Familias**

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| ➤ Viviendas | ➤ Sitios de Trabajo |
| ➤ Transporte | ➤ Municipios |
| ➤ Escuelas | ➤ Unidades Médicas |
| ➤ Espacios | ➤ Ciudades |
| ➤ Esparcimiento | ➤ Universidades |

La *modificación por otros sectores de los determinantes* de la salud, aumentan o disminuyen los riesgos a la misma.

Abordaje por Entornos Favorables

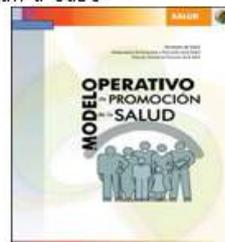


Decálogo Estratégico	
Línea de acción	Componentes
1 Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención	1 Intervenciones por grupo de edad
	2 Conocimiento personal de determinantes de la salud y desarrollo de competencias para el manejo adecuado de la salud
2 Construcción de una nueva cultura para una mejor salud	3 Programa único de comunicación en salud
	4 Reforma de la acción comunitaria para la salud
3 Reforma del primer contacto en salud	5 Fortalecimiento de la oferta para la entrega del paquete garantizado de promoción y prevención
	6 Desarrollo de capital humano en salud pública
	7 Entornos favorables a la salud
4 La salud: una política de Estado	8 Política pública para una mejor salud
	9 Abogacía y gestión intersectorial a favor de la salud
	10 Generación de evidencia científica para toma de decisiones y la rendición de cuentas
5 Evidencia y rendición de cuentas	

Dra. Irasema A. Guerrero Lugo

Modelo Operativo de Promoción de Salud "Mops"

- Marco de referencia para construir la plataforma organizacional y la infraestructura física y de personal
- Que permita entregar el servicio a la población en forma cercana, simple, rigurosa, atractiva y eficaz
- Apoyar las diferentes actividades de promoción de la salud que llevan a cabo diversos programas de acción.



Dra. Irasema A. Guerrero Lugo

Funciones de la Promoción de la Salud

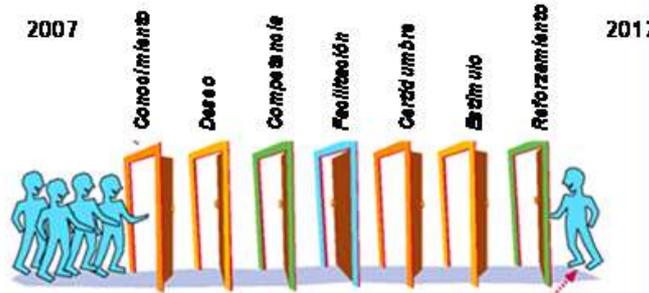
Modelo Operativo de Promoción de Salud (MOPS)

Servicio Integrado de Promoción de Salud



Dra. Irasema A. Guerrero Lugo

PASAR DE LA INFORMACIÓN A LA GENERACIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES



PROGRAMAS ESPECÍFICOS



4 Estrategias y 13 Líneas de Acción

- Estrategia 1. Generar una Nueva Cultura en salud
- Estrategia 2. Salud en la Políticas Públicas
- Estrategia 3. Fortalecer Vinculación con Programas de Acción
- Estrategia 4. Ejercer la Rectoría



¿Quiénes dirigen y hacen PS?

- Nivel federal: Dirección General de Promoción de Salud: director general, 3 direcciones de área, subdirecciones, departamentos y personal de base
- Nivel estatal: Dirección, Subdirección, Departamento de Promoción de Salud: jefa estatal, 8 coordinadores de programas, 7 apoyos de programas, 2 técnicos en informática, 2 secretarías, 1 jardinero.
- Nivel jurisdiccional: 1 coordinador de PS, 2 ó 3 coordinadores de programas, equipos zonales de supervisión
- Nivel local: promotores de salud en núcleos básicos y equipos de salud itinerantes, según Modelo Integrado de Atención a Salud.
- Núcleo básico integrado por médico, enfermera y promotor de salud por cada 3000 personas.
- Perfil de personal que dirige PS estatal y jurisdiccionalmente: médicos, odontólogos, veterinarios, pedagogos, trabajadoras sociales, enfermeras, posgraduados.
- Perfil de promotores de salud: secundaria, nivel técnico, posgraduados.

Problemática

- Prioridad en discursos y no en recursos.
- Verticalidades federales, estatales, locales...
- Confusión de lo que es promoción de salud y su qué hacer
- Exclusividades de programas prioritarios VS plataforma comunitaria
- Fragmentación VS detonación comunitaria (32 programas de acción)
- Núcleos básicos sin promotor de salud (1 x c/ 3 mil hab)
- Recurso humano insuficiente (300 PS vs 752 centros de salud).
- Desencuentros interculturales
- Perfil heterogéneo de promotores de salud y poca remuneración.
- Limitados mensajes culturalmente pertinentes
- Insuficiencia de material de oficina y educativo
- Limitado acceso a tecnologías
- Indicadores de evaluación poco adecuados
- Limitada evidencia de efectividad

Lecciones aprendidas:

Mitos



- Enfoque holístico
- Énfasis anticipatorio en determinantes de salud
- Sustentada teórico – metodológicamente
- Hacer aptos a quiénes hacen PS
- Vinculación con el ISP de UV
- Promotores de salud como estrategias y no activistas
- Demostrar efectividad
- No confundir IEC con divulgación o comunicación social.
- Trascender el sector salud
- Alianzas intra, inter y extrasectoriales
- Fortalecer la gestión municipal
- Importancia de los entornos
- Población como coproductora de salud sin paternalismos



- Estrategia Nacional para la Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud
- MOPS (personal comprometido y profesionalmente competente).
- Fortalecer y ejercer la rectoría (construcción de plataforma para los servicios y programas).
- Reposicionar a la Promoción de la Salud.
- Profesionalización del personal
- Enfoque en determinantes de la salud
- Fortalecer la tecnología en la información.
- Sustento en evidencia.
- Las 3 "I": línea, lana y lodros



Propuestas indecorosas:

- **Redes intra, inter y extrasectoriales**
- **Redes inter, multi y transdisciplinarias**
- **Redes locales e intermunicipales.**
- **Redes regionales y estatales**
- **Redes internacionales**
- **E - N - R - E - D - A - R - N - O - S**
- **Sostenida y sustentablemente**
- **Con evidencias de efectividad**





Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México



Anexo 8 - Apresentação do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica

I Seminário Internacional de Estudos Comparados

08 a 10 de dezembro de 2008, UNB - Brasília

Atenção Primária em Saúde/Saúde da Família: espaço privilegiado para promoção da saúde

Claunara S. Mendonça
DAB/SAS/MS

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



A Constituição de 1988 e o SUS

- A Constituição cria o Sistema Único de Saúde baseado nos princípios doutrinários da Universalidade, Integralidade, Equidade e Controle Social
- Os princípios organizativos do SUS são a descentralização, hierarquização e regionalização.

Assembléia Nacional Constituinte



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



A década de 90 - o desafio de começar

- Opção por um processo incremental de descentralização e municipalização
- O fim da divisão entre o INAMPS e Ministério da Saúde e a inclusão de milhões de brasileiros no sistema de saúde
- As dificuldades conjunturais de um momento de liberalização econômica – Consenso de Washington X a proposta do SUS de universalização da garantia do direito a saúde

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



O SUS de hoje - Atenção Primária e Saúde da Família como orientadora do sistema

- As dificuldades de construir uma proposta universalizante
- A militância em defesa do SUS
- Atenção primária seletiva X Atenção Primária integral
- O crescimento da SF e a força de mobilização dos agentes comunitários de saúde

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



BRASIL

Um país desigual que optou por um sistema de saúde universal, integral e de financiamento público: o Sistema Único de Saúde orientado pela APS



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Por que Atenção Primária continua como idéia força após 30 anos?



- Relatório da OMS – 2008 reafirma a importância da APS para a saúde mundial
- No Brasil – Saúde como um Direito Humano
- Menciona a ESF como uma experiência exitosa no Brasil
- Um dos princípios do sistema brasileiro: a participação comunitária

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Atenção Primária em Saúde

- Reorientação de práticas
- Saúde como direito humano fundamental
- Desigualdades são inaceitáveis
- Governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos
- População tem direito de participar das decisões no campo da saúde

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Alma Ata, 1978

Atenção Primária e Promoção da Saúde

sinergias conceituais

- Saúde e desenvolvimento humano
- Justiça social
- Defesa da saúde e mediação política como processos indispensáveis para alcançá-la

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Objetivos da APS

Proporcionar equilíbrio entre as duas principais metas de um Sistema Nacional de Saúde:

- Melhorar a saúde da população
- Proporcionar equidade na distribuição de recursos



Sterfield H. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, 2002

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



Situação de Implantação de ESF, ACS e ESB – Brasil, Outubro/2008



- ESF/ACS/ESB
- ESF/ACS
- ACS
- SEM ESF, ACS E ESB

Nº ESF – 29.239
Nº MUNICÍPIOS – 5.232

Nº ACS – 229.578
Nº MUNICÍPIOS – 5.356

Nº ESB – 17.715
Nº MUNICÍPIOS – 4.586

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



EIXOS ESSENCIAIS

- 1 – Definição de equipe mínima, atribuições, integração em rede
- 2 – Definição das responsabilidades de cada esfera governamental
- 3 – Mudanças no financiamento e o crescimento dos recursos para a atenção básica
- 4 – Criação do Sistema de Monitoramento e Avaliação – produção de evidências
- 5 – Participação da população – pró-atividade da equipe



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



O território

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de 3 a 4.000 pessoas (800 a 1000 famílias), em cada território, com co-responsabilidade no cuidado em saúde.

A atuação das equipes ocorre principalmente nos centros de saúde, nos domicílios e nos espaços de mobilização da comunidade.

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Saúde da Família

Atributos Essenciais:

- Porta de entrada preferencial – acesso e utilização
- Coordenar o cuidado dos usuários na rede, sendo referência principal com longitudinalidade – acompanhamento ao longo do tempo
- Integralidade a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, seja resolvendo (85%), seja referindo ao serviço mais adequado

Atributos Derivados

- Orientação familiar
- Abordagem comunitária
- Competência cultural

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



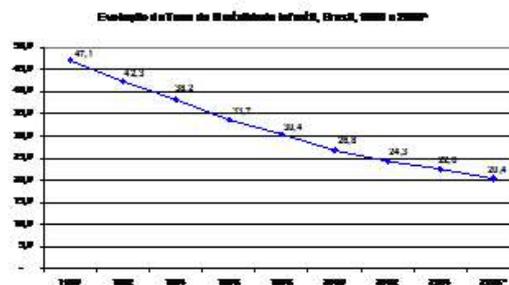
RESULTADOS

Saúde da Família

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

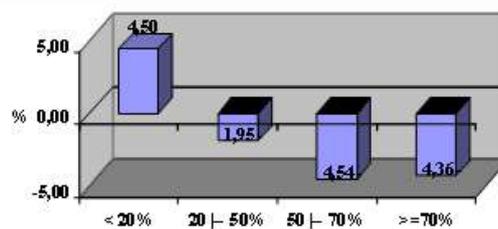


Fonte: SIMONET e IBI-C.
 *2005: Dados preliminares, sujeitos a reavaliação.

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Varição média anual da Taxa de mortalidade infantil segundo estrato de cobertura do PSF em municípios com IDH baixo. Brasil, 1998-2005.



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



O IMPACTO DA ESF SOBRE A MORTALIDADE INFANTIL



Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002

James Macinko, Frederico C Guanais and Maria de Fátima Marinho de Souza

J. Epidemiol. Community Health 2006;60:13-19
doi:10.1136/jech.2005.038323

This study is a longitudinal ecological analysis using panel data from secondary sources. Analyses controlled for state level measures of access to clean water and sanitation, average income, women's literacy and fertility, physicians and nurses per 10,000 population, and hospital beds per 1,000 population. Additional analyses controlled for immunisation coverage and tested interactions between Family Health Program and proportionate mortality from diarrhoea and acute respiratory infections.

Setting: 13 years (1990-2002) of data from 27 Brazilian States

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS

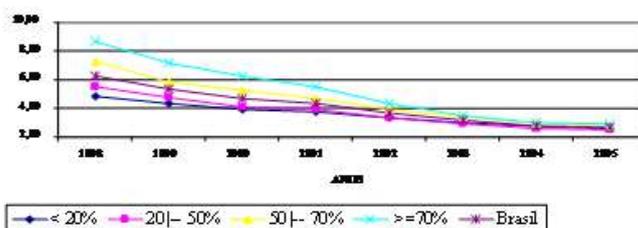


LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



MELHORIAS NA SAÚDE DA MULHER

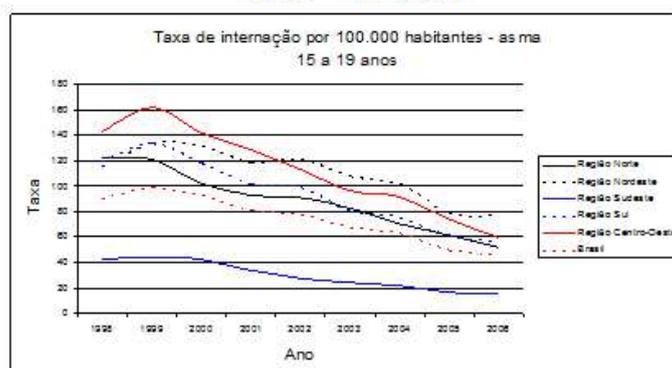
Proporção de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal segundo estrato de cobertura da SF, Brasil 1998/2005



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Redução de Internações Sensíveis à APS - ASMA



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Efetividade no cuidado domiciliar em idosos – Sul e Nordeste – Brasil, 2004

Indicador	Sul – RS e SC		Nordeste – AL, PE, PB, RN	
	ESF	Tradicional	ESF	Tradicional
Necessidade regular home care	18% (197)	11% (82)*	26% (386)	22% (133)
Receberam home care	13% (148)	3% (21)*	21% (311)	5% (28)*

*p < 0,001

Fonte: Estudos de Linha de Base PROESF
Universidade Federal de Pelotas/RS

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



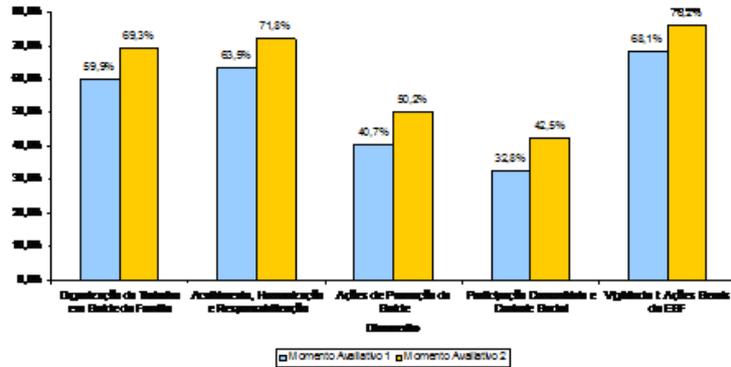
AMQ

- **alimentação saudável**, promoção de ambientes saudáveis, respeitando a cultura local.
- enfrentamento **problemas sociais** e **desenvolvimento comunitário**.
- grupos educativos e de **convivência com os pais**.
- ações educativas e de convivência com os **hipertensos e diabéticos** em acompanhamento.
- educação em saúde nas **escolas e creches**.
- grupos educativos - **sexualidade e prevenção de DST/AIDS**.
- ações de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos **idosos**.
- prevenção à **violência doméstica**.
- **práticas corporais** com a população.
- integração - **saber popular e o saber técnico-científico**.
- **parceria e/ou articulação** informal com ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.
- portadores de **transtornos mentais**.
- **Prevenção de acidentes de trânsito**.
- **desenvolvimento comunitário**.
- **acompanhamento dos usuários de álcool** e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária.

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Percentual de Desempenho de Práticas por Subtema, Graf

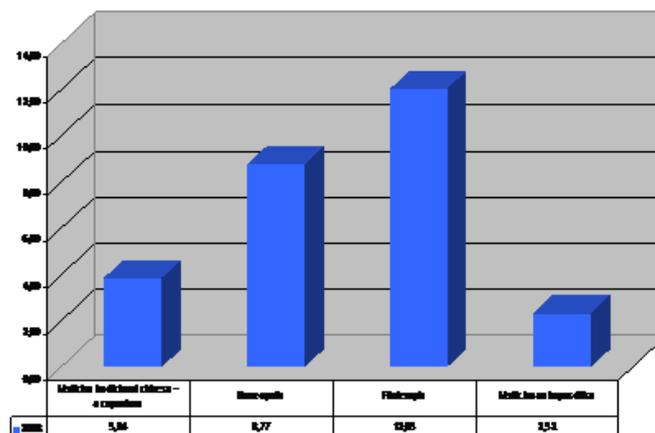


Número de trabalhos apresentados por Área Temática III Mostra

Área Temática - Mostra	Total
Atenção em AB/ESF	542
Avaliação e Monitoramento da AB/ESF	367
Cuidado Social e Cuidado em AB/ESF	88
Estilo de Saúde em AB/ESF	150
Integração da Atenção em AB/ESF	168
Interdisciplinaridade em Atenção à Saúde	185
Processos e Educação e Planejamento em Saúde em AB/ESF	423
Promoção de Saúde em AB/ESF	657
Tecnologias de Cuidado em Saúde em AB/ESF	405
Vigilância em Saúde em AB/ESF	265
Total	3625



A equipe utiliza práticas e intervenções complexas demais?



TERRITORIALIZAÇÃO

A Territorialização em Equipes de Saúde da família é uma estratégia ou instrumento utilizado para construir um modelo assistencial que vai ao encontro das necessidades sociais da população assistida.

(PABM, 1998)

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



RESPONSABILIZAÇÃO SANITÁRIA

Conhecer o território permite compreender as questões sociais, políticas, culturais, físicas e sanitárias.

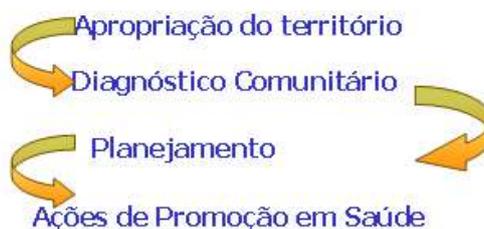
Esse processo de reconhecimento da realidade local permite que as equipes SF desenvolvam as ações de promoção em saúde, atuando de forma pró-ativa diante dos problemas e potencialidades da comunidade.

Vulnerabilidade do ambiente;
Doenças transmitidas por vetores;
Doenças crônicas, violência

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS

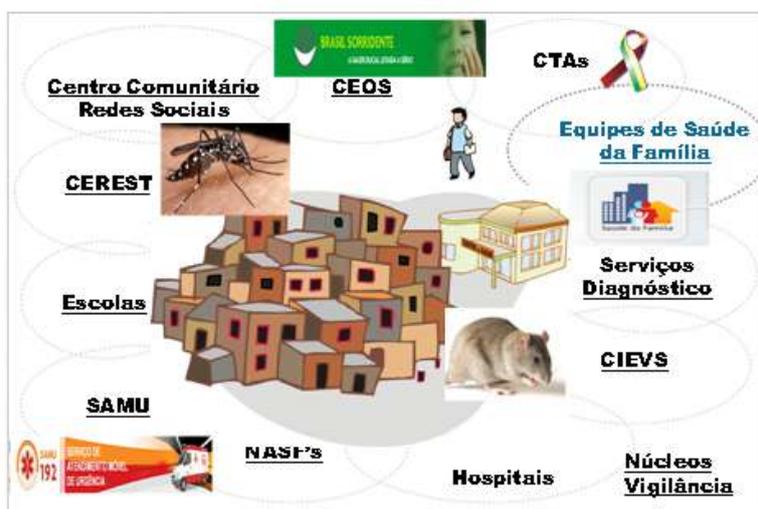


TERRITÓRIO E PROCESSO DE TRABALHO



- NASF
- PRONASCI
- PSE – Portaria nº 1861 de 04/10/2008
- PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



REDES SOCIAIS

As redes sociais formam "territórios afetivos", patrimônio dos distintos grupos sociais. Assumem, muitas vezes, maior importância na vida das pessoas do que as redes técnicas, suprimindo carências conjunturais e remediando as estruturais, sendo também formas de apropriação do território.

O estabelecimento das redes de solidariedade nas comunidades pode ser fator de promoção da saúde e criação de ambientes saudáveis

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



DESAFIOS

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Estratégias de intervenção *reconhecimento do território*



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Estratégias de intervenção *Território intersetorial*



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Perfil nutricional dos escolares Escola São Francisco/ PE



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Ambientes Saudáveis para Controle da Obesidade Infantil

- Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas
- Controle da Publicidade de Alimentos com altos teores de açúcar, sal e gordura.

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Estratégias de intervenção

Território da gestão

Processo de trabalho ESF



Planejamento participativo



Formação Capacitação



Vínculo, humanização, acolhimento



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Desafio da Prática das Equipes:

Qualidade da clínica

Atividades educativas e participativas

Capacidade de planejar e avaliar resultados em saúde - avaliação como aprendizagem em situação de trabalho

Proposta das equipes matriciais – NASF

Especificidade do saber epidemiológico – integração com VS

Uso adequado de tecnologias

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Estratégias de intervenção

Território comunitário

Educação, informação,
comunicação - autonomia



Empoderamento



Mobilização, participação



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS

**19 a 25%
dos idosos
atendidos
nas ESF
necessitam
cuidados
domiciliares
regulares**



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Estudo espanhol mostra que 88% das práticas efetivas no cuidado com os acamados são realizados...

pelos cuidadores, na maioria mulheres, também idosas

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Estratégias de intervenção Território da clínica

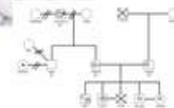
Abordagem de fatores comuns de risco



Ação multidisciplinar



Clínica ampliada/integral



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Tecnologias sub-utilizadas

Segundo o Centro de Informações em Pesquisa de Tecnologias e Serviços de Saúde (<http://www.nlm.nih.gov>):

- Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina na IC
- Beta bloqueador após Infarto Agudo do Miocárdio
- Preventivo de câncer de colo uterino
- Diagnóstico e tratamento da depressão
- Rastreamento para retinopatia diabética e glaucoma
- Vacina para pneumococo
- Pré-natal
- Vacinação da Hepatite B em crianças

- Trombolítico no Infarto Agudo do Miocárdio e AVC isquêmico
- Manejo da Dor
- Transplante de órgãos

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Aplicação das **Tecnologias sub-utilizadas** contidas pela AAS

Alfabetização de adultos (principalmente mães)

Encaminhar alcoolistas ao AA

Aumento do número de visitas domiciliares em situações de violência doméstica

Uso de preservativos

Fé, espiritualidade

Arte e Cultura

Esportes

LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



Uso de Tecnologias

**Revisão dos
tratamentos
medicamentosos
e oferta das
práticas
complementares**



LEVANDO MAIS SAÚDE AOS BRASILEIROS



