

## Capítulo 4

Perfil socioprofissional dos gestores e das equipes de saúde da família versus princípios de educação permanente em saúde

Marluce Maria Araújo Assis  
Midiane de Oliveira Rodrigues  
Maria Angela Alves do Nascimento  
Erenilde Marques de Cerqueira  
Juliana Alves Leite Leal  
Rita de Cássia Rocha Moreira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, MMA., *et al.* orgs. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

# CAPÍTULO 4

## PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS GESTORES E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA *VERSUS* PRINCÍPIOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Marluce Maria Araújo Assis; Midiane de Oliveira Rodrigues; Maria Angela Alves do Nascimento; Erenilde Marques de Cerqueira; Juliana Alves Leite Leal; Rita de Cássia Rocha Moreira*

### INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, teve como objetivo ser implantado prioritariamente em áreas de risco, visando a reorganização da atenção à saúde. Para tal, eram observados alguns critérios, tanto de ordem epidemiológica quanto socioeconômica, durante a seleção dos municípios beneficiados (GOLDBAUM, 2005; HENRIQUE; CALVO, 2008; VIANA; DAL POZ, 2005).

O êxito alcançado por outros Programas com filosofia semelhante permitiu que as discussões em torno de mudanças na concepção do PSF fossem intensificadas. Em 1996, com a Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS), o PSF começou a ser chamado de estratégia de reordenação do modelo atual de saúde, sendo oferecido um incentivo financeiro no Piso Assistencial Básico (PAB) aos municípios que incluíssem o referido Programa na sua rede de serviços de saúde (BRASIL, 1996).

Por conseguinte, com o propósito de oferecer um serviço de qualidade, com práticas mais resolutivas e integras, o PSF passa a representar uma

possibilidade de mudança do modelo assistencial, em que a atenção é focalizada na família e não mais na figura do médico. Além disto, o Programa é formado por uma equipe multiprofissional, minimamente representada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiro, técnico em enfermagem e médico. Esta equipe é responsável pela saúde da população de uma área adscrita, com ações dirigidas à assistência à família e/ou grupos da população em suas singularidades (LENTSCK et al., 2009; SANTOS et al., 2007), ao diagnóstico das condições de saúde das famílias de sua área de abrangência e à identificação do perfil epidemiológico dessa comunidade, para que sejam elaboradas estratégias que visem sanar situações de risco.

Outrossim, para que essa população tenha acesso a um atendimento integral e de qualidade, é necessário que a equipe da saúde da família (ESF) esteja habilitada para atender às demandas programadas e espontâneas, com base no reconhecimento das condições de saúde das famílias de sua área de abrangência.

Entretanto, segundo Campos e Belisário (2001) e Silva, Ogata e Machado (2008), a carência de profissionais com perfil e habilidade para trabalhar na nova proposta representa um dos obstáculos para a implantação efetiva do PSF e consolidação do SUS. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), uma estratégia para o enfrentamento dessa situação seria a articulação entre os sistemas de saúde e as instituições formadoras, por meio deste quadrilátero da formação, ensino, gestão, atenção e controle social, tendo a integralidade da atenção como *princípio norteador da formação dos recursos humanos para a área da saúde*, tomando como eixo ordenador dos processos de formação as necessidades de saúde apresentadas pela população. Na perspectiva de Batista et al. (2005), tais necessidades, ao serem problematizadas, representam um caminho para a formação de profissionais de saúde, a qual é responsável pela construção do conhecimento, com possibilidades de apropriação de informações e explicação da realidade.

Por conseguinte, tal formação profissional em saúde é definida por Ceccim e Feuerwerker (2004a) como um projeto educativo com o intuito de oferecer o domínio técnico-científico da profissão, estendendo-se também aos aspectos estruturantes de relações e práticas a todos os componentes de relevância social, visando o desenvolvimento de condições de atendimento das necessidades da população, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Reforçam ainda que a formação deve englobar o adequado conhecimento do SUS, em busca do desenvolvimento de condições de atendimento das necessidades de saúde da população.

Já a capacitação profissional pode ser definida como a atualização técnico-científica na forma de cursos, treinamentos ou outras modalidades de educação, que objetivam o aprimoramento profissional e o desenvolvimento de mudanças que representem progressos na atuação profissional (SILVA; OGATA; MACHADO, 2008). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), os processos de capacitação devem tomar como referência as necessidades de formação dos profissionais, tendo um olhar voltado para a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

Todavia, a realidade tem apontado que é necessário adotar outras metodologias e/ou métodos que possam influenciar na formação e capacitação desse profissional, destacando-se, assim, o método da problematização do processo, a aprendizagem significativa como diretriz e a ideia de que a educação deve ser feita no e para o trabalho, com base no qual são identificadas as necessidades de qualificação profissional, para que possam responder efetivamente às demandas dos usuários e dos serviços de saúde. Dentro de tal perspectiva, surge a educação permanente em saúde como estratégia para transformar as práticas profissionais, partindo do pressuposto de que a formação e a capacitação da equipe de saúde devem tomar como referência a articulação entre ensino, serviço, gestão setorial e controle social em saúde.

Esta pesquisa teve como objetivos traçar o perfil socioprofissional dos gestores e trabalhadores de saúde, considerando os princípios da educação permanente em saúde.

## 1 METODOLOGIA

O estudo é descritivo do tipo transversal, cujo cenário de pesquisa é um município da Região Centro-Leste da Bahia, que compõe o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) desde 2003, tendo como um dos componentes estruturantes fundamentais para o PSF, o desenvolvimento dos recursos humanos, com o objetivo de ampliar a capacitação

das equipes para a implementação e consolidação do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002). Trata-se de um município que tem uma população de 571.997 habitantes, distribuídos numa área geográfica de 1.363 km<sup>2</sup> (IBGE, 2008).

O município está situado num dos principais entroncamentos de rodovias do nordeste brasileiro, funcionando como ponto de passagem para o tráfego que vem do sul e do centro-oeste, dirigindo-se para Salvador (BA) e outras cidades brasileiras. Possui um importante e diversificado ramo de comércio, uma forte produção agropecuária, além de serviços e indústrias de transformação.

O Município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2004, sendo responsável por uma rede de serviços de Atenção Básica, dentre eles 82 equipes de saúde da família, com cobertura de 60,0% da população (FEIRA DE SANTANA, 2008). Também é responsável pela atenção à média e alta complexidade, gerenciando recursos da ordem de R\$ 35 milhões/ano e sendo referência para quase 80 municípios das macrorregiões de saúde centro-leste e centro (BRASIL, 2006).

A população deste estudo foi estruturada em dois grupos: o Grupo I, representado pelos profissionais das equipes de saúde da família que atuam no PSF; o Grupo II, pelos gestores da Atenção Básica e/ou PSF (Secretário Municipal de Saúde, Coordenadores da Atenção Básica, Supervisores do PSF).

O tamanho da amostra do Grupo I foi limitado a 60 profissionais das ESF. Para a seleção deste grupo, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: trabalhadores com, no mínimo, quatro meses de experiência em Saúde da Família (urbano e/ou rural), ambos os sexos e as diversas categorias profissionais.

O Grupo II foi definido por amostra intencional, em que o total da população corresponde ao universo de gestores que atua na Atenção Básica (Secretário de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Supervisores da equipe Saúde da Família e Coordenadores de Unidade Saúde da Família), totalizando 12 pessoas.

A amostra deste estudo, portanto, é representada por 72 sujeitos.

Para a coleta dos dados foram aplicados dois formulários correspondentes a cada grupo.

Os dados foram consolidados em um banco de dados montado no programa Epidata; cada resposta foi associada a códigos numéricos. Em seguida, os dados foram sistematizados, e os resultados apresentados sob a forma de frequência absoluta e relativa.

## 2 RESULTADOS

Os resultados do trabalho são apresentados nesta seção, sendo retratado o perfil dos gestores e da equipe de saúde da família, bem como os critérios adotados no município, referentes às capacitações desses sujeitos que geram e produzem o cuidado no cotidiano do PSF.

### 2.1 PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS GESTORES E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dos 12 gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que atuam diretamente com os PSF, 9 são enfermeiros, 1 é odontólogo, 1 é médico e 1 é administrador hospitalar.

Em relação ao tempo de experiência profissional desses gestores, 2 deles têm menos de 1 ano, 3 têm um tempo de experiência entre 1 a 9 anos, dois entre 10 a 20 anos de experiência e 5, que representam a maioria, uma experiência profissional superior a 20 anos. No tocante à experiência profissional, ressalta-se, nesse grupo, o tempo mínimo de 2 meses e o tempo máximo de 35 anos.

Entre os gestores (n=12), a maioria é do sexo feminino (n=10). Em a relação à faixa etária, 2 gestores estão na faixa de 21 a 30 anos; 2, na de 31 a 40 anos; 6, que representam a maioria, encontram-se na faixa etária de 41 a 50 anos e 2, entre 51 a 60 anos.

Dos 60 profissionais de saúde que atuam no PSF, 56,7% (n=34) são agentes comunitários de saúde; 21,7% (n=13) são técnicos ou auxiliares de enfermagem; 10% (n=6) são enfermeiros; 5% (n=3) são médicos; 5% (n=3) são odontólogos; e 1,7% (n=1), auxiliar de consultório dentário (ACD).

Também no Grupo I, constituído de profissionais da equipe saúde da família (ESF), o sexo feminino representou a maioria, 93,3% (n=56). A faixa etária desse grupo variou entre 20 a 30 anos (28,3%); de 31 a 40 anos (40%); de 41 a 50 anos (16,7%); de 51 a 60 anos (11,7%); e acima de 60 anos (3,3%).

O ano de conclusão da formação profissional correspondente ao término da graduação, para aqueles de ensino superior, ou do curso de formação técnica, para os de ensino médio, variou de 1973 a 2009; 28,3% (n=17) concluíram antes do ano 2000 e 65% após o ano 2000. No entanto, 18,3% (n=11) concluíram a formação no ano 2008, ano que teve maior representatividade. Além disso, 66,7% (n=40) dos profissionais da ESF afirmaram ter sido a instituição pública o espaço de formação, e 31,7% (n=19), instituição privada.

Todos os participantes, tanto gestores quanto profissionais de saúde, asseguraram residir em Feira de Santana. No entanto, dentre os profissionais de saúde, 18,3% (n=11) referiram que, a despeito de residirem em Feira de Santana, atuam em Unidade de Saúde da Família (USF) da zona rural. Ressalta-se também que 91,7% (n=55) desses profissionais das ESF trabalham apenas na USF, enquanto 8,3% (n=5) possuem vínculos com outras instituições.

A maioria dos gestores (n=7) recebe de 2 a 3 salários mínimos; um gestor recebe de 3 a 5 salários mínimos; 2 recebem de 5 a 10 salários mínimos; um recebe de 10 a 20 salários e um não quis informar o seu salário. Entre os trabalhadores de saúde, 40% (n=24) recebem até 1 salário mínimo; 40% (n=24), de 1 a 2 salários; 11,7% (n=7), de 3 a 5 salários; 5% (n=3), de 5 a 10 salários; e 3,3% (n=2) de 10 a 20 salários mínimos.

Quanto à modalidade de contrato/vínculo empregatício, o Regime Jurídico Único (RJU) é a modalidade de contrato da maioria dos gestores (n=7) e de 41,7% (n=25) dos profissionais da equipe de Saúde da Família. O contrato formal, por meio da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), não tem representação entre os gestores; no entanto 20% (n=12) dos profissionais da ESF encontram-se nesse tipo de contrato. O contrato por tempo determinado é outra modalidade sem representação entre os gestores; na equipe de Saúde da Família, no entanto, alcança 5% (n=3). Já o cargo em comissão é a espécie de contrato exclusiva de três gestores. Entre os profissionais da ESF 5% (n=3) não são contratados e 25% (n=15) foram admitidos pelo sistema de

cooperativas. Um gestor e dois dos profissionais da ESF são prestadores de serviço. Por fim, um gestor não se enquadrou em nenhuma das categorias mencionadas.

No que se refere à forma de admissão dos profissionais da ESF, 12% (n=16) foram admitidos via concurso público; 46% (n=28), por seleção pública, dos quais 85,7% (n=24) foram selecionados por meio de prova escrita; 78,6% (n=22), por entrevista e 14,3% (n=4), análise de currículo; 26,7% (n=16) foram admitidos por indicação política; 2% (n=1) tiveram como forma de admissão transferência de Programas ou áreas de atuação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS); 8% (n=5) conversaram diretamente como setor pessoal da SMS, colocando-se como candidato ao trabalho na USF; e 5% (n=3) não se encaixaram em nenhuma dessas formas de admissão.

A jornada de trabalho dos gestores e profissionais da ESF está caracterizada em: dedicação exclusiva, apenas um gestor; 20 horas semanais, um gestor; 40 horas semanais, três gestores; no que diz respeito aos profissionais da ESF de nível superior, 86,7% (n=52) têm um “regime de trabalho” de 32 horas semanais, com uma folga semanal; e 3 gestores e 1 trabalhador de saúde têm uma carga horária semanal inferior a 32 horas semanais.

Dentre as várias oportunidades de formação profissional de nível superior com pós-graduação, três gestores têm especialização/residência em Saúde Pública ou Epidemiologia ou Saúde Coletiva, enquanto entre os profissionais das ESF, apenas um se especializou nessa área; dois gestores e dois profissionais com nível superior têm especialização/residência em outras áreas de saúde; um gestor tem mestrado em outras áreas de saúde, que não Saúde Pública ou Gestão em Saúde; um gestor tem doutorado em Gestão em Saúde; e outro participou de outro processo de formação, não referido anteriormente, e dois gestores têm apenas a graduação.

## 2.2 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

No que diz respeito à capacitação dos gestores e dos profissionais da ESF, 7 dos 12 gestores e 6 dos 12 trabalhadores de saúde com nível superior participaram do treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família; 2 gestores e 1 trabalhador de saúde com nível superior fizeram atualização/aperfeiçoamento em Saúde Pública ou Epidemiologia ou Saúde Coletiva; 1 gestor participou de



atualização/aperfeiçoamento em Gestão em Saúde; e 2 gestores participaram de atualização/aperfeiçoamento em outra área de saúde.

Entre os profissionais da ESF de nível médio, 85,4% (n=41) participaram do treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família; outras capacitações ou cursos de atualização foram realizados em áreas específicas como Tuberculose, 37,5% (n=18); Hanseníase, 33,3% (n=16); Dengue, 39,6% (n=19); DST/AIDS, 22,9% (n=11). Em relação aos treinamentos para atendimento a grupos específicos, 37,5% (n=18) dos profissionais da ESF participaram de cursos para atendimento à criança; 27,1% (n=13), a adolescentes; 35,4% (n=17), a mulheres; 27,1% (n=13), a adultos; 31,2% (n=15), a idosos; e 12,5% (n=6), atendimento a outros grupos. No que diz respeito a treinamentos técnicos, 50% (n=24) participaram do treinamento de vacinação; 12,5% (n=6), em rede de frio; 4,2% (n=2), em esterilização; 12,5% (n=6), em curativos; 27,1% (n=13), em visitas domiciliares; e 22,9% (n=11), em treinamentos de outros procedimentos.

Para a definição das capacitações para as ESF, a maioria dos gestores e dos profissionais das ESF aponta a necessidade da população usuária e a necessidade dos profissionais das Unidades de Saúde da Família, conforme **Quadro 1**.

Critérios	Gestor	Profissional da Equipe
Necessidade da população usuária	6	26
Necessidade dos profissionais da USF	8	27
Focalizada em determinadas categorias profissionais	3	1
Oferta das instâncias gestoras	5	9
Necessidade da gestão do sistema e do cuidado	8	9
Não existem critérios definidos	-	1
Outros critérios	-	3

**Quadro 1.** Critérios definidores para as capacitações das Equipes de Saúde da Família (ESF) em município da Região Cento-Leste da Bahia, 2009

No que se refere às contribuições das capacitações para os profissionais das ESF, para 9 gestores e 37 trabalhadores de saúde, as capacitações vêm provocando mudanças; para 9 gestores e 24 trabalhadores, as capacitações apresentam uma articulação teórico-prático; para 10 gestores e 28 trabalhadores, as capacitações fortalecem a prática para o trabalho em equipe. Foram citadas ainda ampliação do conceito de saúde, valorização da participação do usuário/família, reconhecimento das necessidades de saúde da área de atuação, entre outras. Apenas para três profissionais as capacitações não trouxeram transformação das práticas (**Quadro 2**).

Contribuições das capacitações	Gestor	Profissional da ESF
Vêm provocando mudanças	9	37
Apresentam articulação teórico-prática	9	24
Fortalecem a prática do trabalho em equipe	10	28
Valorizam a participação do usuário/família enquanto sujeitos do processo saúde-doença	5	-
Ampliam o conceito de saúde	8	23
Possibilitam maior interação trabalhador/usuário	9	23
Ajudam no reconhecimento das necessidades de saúde da área de atuação	8	22
Facilitam a articulação interinstitucional	5	9
Possibilitam maior resolubilidade das ações	7	17
Valorizam as ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos	8	22
Focalizadas não apenas no indivíduo, mas na família	7	12
Contribuem com mudanças nas práticas de gestão dos trabalhadores, tanto na dimensão técnica quanto na ética, política, comunicacional e interrelações pessoais, profissionais e com os usuários	8	20
Adotam pedagogia problematizadora	7	7
Não trouxeram nenhuma transformação para as práticas	-	3

**Quadro 2.** Contribuições das capacitações para os profissionais das ESF em um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

### 3 DISCUSSÃO

A importância do desenvolvimento profissional, para o avanço das políticas do SUS, tem sido observada desde a Constituição Federal de 1988. Em 2004, com a Portaria 198, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual representa a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tomando como base as especificidades da população de cada área coberta por determinada equipe e as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2004). Em 2007, com a Portaria 1.996, foram definidas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a).

O estudo evidenciou a presença marcante do enfermeiro como gestor do sistema de saúde, o que poderia ter como explicação a existência de disciplinas de administração nos currículos de graduação em Enfermagem.

Já entre os profissionais das ESF, o ACS é a categoria que tem um maior quantitativo. Isso se deve à proporção acentuada dos referidos profissionais nas UBS. Além disso, para Tomasi et al. (2008), a presença do ACS se deve à grande expansão do PACS.

A significativa predominância do sexo feminino, tanto entre os gestores (10) quanto entre os profissionais das ESF (56), é justificada pela progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho. Uma realidade que é reforçada por Aquino, Menezes e Marinho (1995), em virtude do trabalho em saúde estar associado ao cuidado de outras pessoas, atividade que se ajusta às características femininas.

A média de salários dos envolvidos com o PSF, gestores e profissionais da ESF, situa-se abaixo de três salários mínimos, o que, segundo Tomasi et al. (2008), configura a realidade dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), em virtude da precarização do trabalho. Para os autores, esta é uma constatação preocupante, já que o PSF vem sendo colocado como modelo substitutivo.

A modalidade de contrato predominante entre os gestores e profissionais das ESF é o RJU, tendo destaque entre os gestores o cargo em comissão; entre os profissionais, a despeito de a seleção pública ser a forma de admissão de maior

percentual, a indicação política ainda se faz presente. De acordo com Tomasi et al. (2008), resultados de estudos feitos pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde revelaram que a precarização do trabalho para o PSF deve-se à intensa adoção da estratégia e de sua precocidade. No entanto, esse mesmo estudo aponta que a maioria dos profissionais de saúde está satisfeita com o vínculo de trabalho. Contudo, para Assis, Alves e Santos (2008), a falta de vinculação, que envolve as formas de contratação do trabalhador ao sistema, causa desmotivação à sua permanência no trabalho, podendo levar à baixa qualidade da assistência oferecida.

Neste estudo, a carga horária semanal dos profissionais das ESF, de 40 h, está adequada aos objetivos do Programa. Grande parte dos gestores, porém, tem uma carga horária semanal de 32 h.

O baixo quantitativo de gestores e profissionais das ESF com formação específica para atuar no PSF revela esta inadequação, ainda fortemente presente no Programa. Sendo o PSF uma possibilidade de reorganização do sistema de saúde e de consolidação dos princípios do SUS, Namen, Galan e Cabreira (2007) ressaltam que, na saúde, a educação representa uma estratégia de mudança do sistema. Contudo, segundo Chiesa et al. (2007), para haver mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde com qualificação para exercerem atividade no novo modo de atuar na saúde torna-se necessária a adequação dos desenhos curriculares, que teriam como foco metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar baseada nas Ciências Humanas, Sociais e Biológicas. Neste sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004b) afirmam a importância da articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, com o intuito de modificar a organização dos serviços e dos processos formativos.

Os Treinamentos Introdutórios, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), devem ser concomitantes com o trabalho nos PSF e esse processo de capacitação deverá envolver toda a equipe. No entanto, os resultados deste estudo revelam que menos de 50% dos profissionais das ESF de nível superior participaram desse treinamento. Além disso, também é visível a baixa participação nos cursos de atualização/aperfeiçoamento.

Em compensação, os processos formativos experienciados pelos profissionais das ESF de nível médio apontam que a participação nos cursos de Treinamento Introdutório é maior, com um percentual de 85,4%. Entretanto

ainda está aquém do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. As capacitações em áreas específicas ou atendimento a grupos específicos ou treinamentos para determinados procedimentos apresentam um índice inferior a 50% entre os profissionais de nível médio.

Dentre os critérios estabelecidos para as capacitações têm destaque, entre os gestores, as necessidades dos trabalhadores de saúde e as necessidades da gestão do sistema e do cuidado. Já para os profissionais das ESF, o critério estabelecido para as capacitações com maior percentual é a necessidade dos trabalhadores de saúde. Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b), as capacitações devem ser definidas prioritariamente com base nos problemas diários do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho.

É inegável a contribuição da educação permanente para a saúde. Para os gestores, sua principal contribuição é o fortalecimento da prática para o trabalho; para os profissionais, as capacitações têm provocado mudanças na atuação profissional, com uma articulação teórico-prática, além de possibilitarem maior interação entre o trabalhador e o usuário. Tais contribuições vêm corroborar o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), ao reforçar que os processos de capacitação têm o intuito de transformar as práticas e a organização do trabalho.

Contraditoriamente, menos de 50% dos profissionais das ESF afirmaram, neste estudo, que as capacitações valorizam ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos. O enfoque biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde, porém, ainda é predominante, além de profissionais despreparados para atuarem na promoção à saúde.

É igualmente notório o descompasso em relação à metodologia apontada pelos referidos segmentos populacionais (Grupos I e II) na condução do processo de formação e capacitação no trabalho do PSE. Este quadro incita ao questionamento: Qual a pedagogia adotada nas atividades de educação permanente e de que forma ela é aplicada? O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b) afirma que, para haver mudança das práticas e da organização do trabalho, é necessário estruturar as capacitações com base na problematização do processo de trabalho. Segundo Pereira (2003), a pedagogia problematizadora é a mais adequada para os processos educativos em saúde, já que, de acordo

com Silva, Ogata e Machado (2008), é com base na problematização da realidade do trabalho que as necessidades de capacitação são identificadas, o que, de acordo Ceccim e Feuerwerker (2004b), garante a relevância dos conteúdos e a aplicabilidade. Já para Batista (2005), a problematização é definida como a reflexão crítica da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada.

Sendo assim, a educação permanente em saúde constitui-se em uma estratégia de adequação dos profissionais de saúde para o novo modelo de atenção à saúde que vem sendo implantado. Isto porque, parte da aprendizagem significativa, em que a reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, está voltada para a mudança no processo de trabalho e a melhoria da qualidade dos serviços (RIBEIRO; MOTA, 1996).

De acordo com Campos et al. (2001), a educação profissional é um processo permanente. Sendo assim, a qualificação dos profissionais deverá estar centrada na formação e na capacitação adquiridas ao longo do exercício profissional.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a presença marcante do Enfermeiro como gestor do sistema de saúde, bem como do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como categoria de maior proporção entre os trabalhadores de saúde/PSF.

Tanto entre gestores quanto entre os profissionais das ESF, a proporção de mulheres é superior ao sexo masculino.

A maioria de gestores e profissionais de saúde percebem menos de três salários mínimos. A modalidade de contrato predominante entre é o RJU, tendo destaque, entre os gestores e trabalhadores, o cargo em comissão. Não obstante a seleção pública ser a forma de admissão de maior percentual, a indicação política continua presente.

A carga horária está adequada aos objetivos do programa, com destaque de 40 h semanais entre os trabalhadores de saúde e 32 h semanais entre os gestores.

Poucos profissionais de nível superior (gestores e profissionais das ESF) têm formação específica para atuação no PSF, no que poderá ter influência o baixo número desses profissionais que participaram do Treinamento Introdutório ou de atualizações/aperfeiçoamentos.

É significativa a participação dos trabalhadores de saúde de nível médio no Treinamento Introdutório, não obstante estar ainda abaixo do preconizado pela *Política Nacional de Atenção Básica*. As capacitações em áreas específicas ou atendimento a grupos populacionais focalizados ou treinamentos para procedimentos também apresentaram pouca participação.

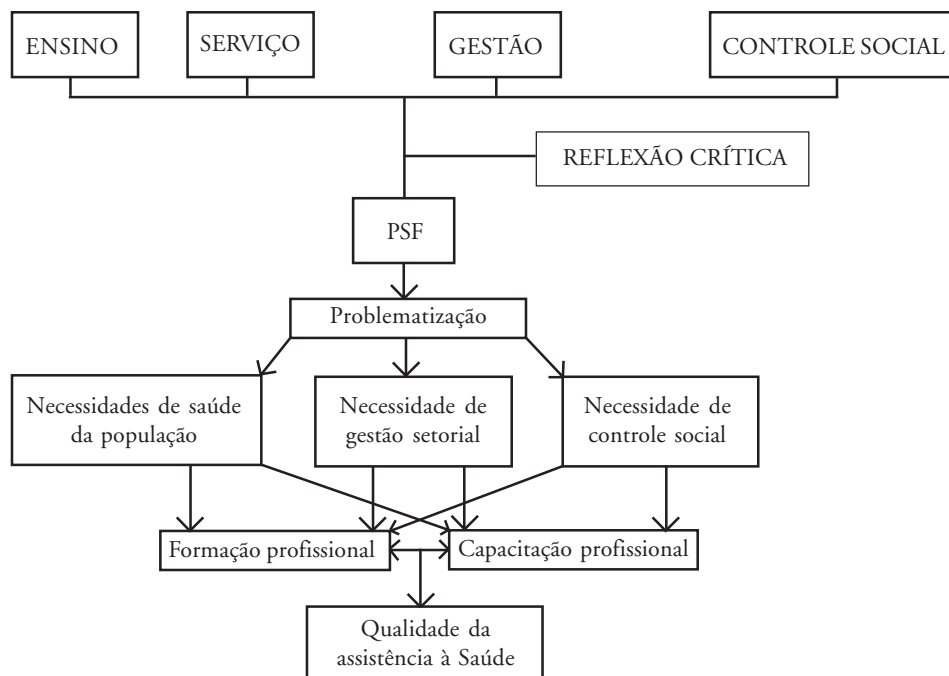
Dentre os critérios estabelecidos para as capacitações têm destaque entre os gestores as necessidades dos trabalhadores de saúde e as necessidades da gestão do sistema e do cuidado. Já para os profissionais das ESF, o critério estabelecido para as capacitações de maior percentual é a necessidade dos trabalhadores de saúde.

Para os gestores, a principal contribuição das capacitações é o fortalecimento da prática para o trabalho; para os trabalhadores, as capacitações têm provocado mudanças na atuação profissional, apresentam articulação teórico-prática, além de possibilitarem maior interação entre o trabalhador e o usuário.

A pedagogia problematizadora ainda não representa o critério ordenador das capacitações, havendo um descompasso entre as informações dos gestores e trabalhadores de saúde.

Diante dos resultados encontrados e tomando como base os princípios da Educação Permanente em Saúde, é necessário que os processos de formação e capacitação profissional para o PSF levem em consideração o Ensino, o Serviço, a Gestão e o Controle Social. Para tanto, elaborou-se uma proposta, para que se possa caminhar efetivamente com os princípios da Educação Permanente, cuja síntese é apresentada no **Fluxograma 1**.

Gestão, Serviço, Ensino e Controle Social articulados deverão refletir criticamente sobre a realidade dos serviços e, conseqüentemente, problematizar as necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social, as quais norteariam os processos de formação e qualificação profissional, tendo em vista a qualidade de assistência à saúde ofertada.



**Fluxograma 1.** Processo de formação e capacitação profissional para o PSF

O exposto permite concluir-se que as mudanças têm acontecido timidamente; alguns passos estão sendo dados, para que a educação permanente seja implantada; as necessidades dos serviços, como critérios definidores do processo educativo, têm se tornado crescente.

O Programa Saúde da Família, como possibilidade de mudança e reorganização do sistema de saúde, além de se fortalecer como uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS, é caracterizado com um processo de trabalho em saúde diferente do modelo ainda dominante.

No entanto, para que haja a implantação, de fato, respeitando todos os princípios e diretrizes estabelecidos pelo programa, é necessária, antes de tudo, uma mudança do processo educativo dos profissionais de saúde, já que este ainda é fundamentado em um modelo médico centrado, que não oferece integralidade da atenção. Para tanto, é imprescindível um novo modelo de atenção à saúde, acompanhado de um novo profissional.



A articulação dos setores envolvidos e a interação entre a educação e a saúde são os primeiros passos para que a transformação dos processos educativos se efetive. Para tanto, a formação e a capacitação profissional devem estar em harmonia com a realidade dos serviços de saúde.

Entretanto ressalta-se que as mudanças têm acontecido timidamente; alguns passos estão sendo dados, para que a educação permanente seja implantada. As necessidades dos serviços, como critérios definidores do processo educativo, têm se tornado crescentes, mas é importante a sustentação de um paradigma coerente com o Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; MARINHO, L.F.B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, abr./jun. 1995.

ASSIS, M.M.A. et al. **Avaliação da produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): o caso da Bahia.** Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

ASSIS, M.M.A.; ALVES, J.S.; SANTOS, A.M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. *R. Baiana de Saúde Públ.*, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, out. 2008.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *R. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96.** Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº. 335.** Aprova a política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos

para a educação permanente em saúde e a estratégia de pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996/GM**. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007b.

CAMPOS, F.E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **R. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação e a educação continuada. **Interface – Com., Saúde, Educ.**, Minas Gerais, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: R. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-54, 2004a.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004b.

CHIESA, A.M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enf.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, abr./jun. 2007.

FEIRA DE SANTANA. Município. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. **Relatório de Gestão 2002/1º semestre**. Feira de Santana, BA, 2008.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios de Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, abr. 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Site institucional**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 15 ago. 2008.

LENTSCK, M.H. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **R. Ci. Saúde Col.**, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2477](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2477)>. Acesso em: 5 jan. 2009.

NAMEN, F.M.; GALAN JR., J.; CABREIRA, R.D. Educação, saúde e sociedade. **R. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 43-55, dez. 2007.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **R. Divulg.**, Curitiba, n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **R. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 389-401, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 19 set. 2008.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S193-S201, 2008.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: R. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.