

Capítulo 7

Formação e capacitação profissional no programa saúde da família de um município da região sudoeste da Bahia

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
Maria Yaná Guimarães Silva Freitas
Natália Reis Pires
Marluce Maria Araújo Assis
David Félix Martins Júnior

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 7

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA

*Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues; Maria Yaná Guimarães Silva Freitas;
Natália Reis Pires; Marluce Maria Araújo Assis; David Félix Martins Júnior*

INTRODUÇÃO

Um dos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme consta na Lei nº 8.080 de 1990, em seu Art. 6º inciso III, é o da ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Para executar esta tarefa, preconiza a mesma lei, em seu Art. 7º, inciso XI, que se deve seguir o princípio da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de atenção à saúde da população. Por isso, desde sua implantação, em 1990, há uma cobrança por parte de todos os envolvidos para o aperfeiçoamento das normas de ordenamento dos recursos humanos na saúde (BRASIL, 2006a).

A área de Recursos Humanos (RH), deste modo, constitui-se em uma temática estratégica na discussão e implementação das políticas de saúde. Os trabalhadores de saúde não devem ser considerados apenas como insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolvimento crescente em busca da autonomia, habilidade de adesão a projetos e processo de transformação constante (CAMPOS, 1994; L'ABBATE, 1997; MATTOS, 1996), sem deixar de reconhecer que mudanças substanciais politicamente

viáveis tendem a se realizar pela ação conjunta de pessoas articuladas com movimentos sociais de sustentação (PAIM; NUNES, 1992).

A formação de profissionais de saúde, desde o início do século XX, tem sido orientada pelo modelo fragmentador e biologicista, médico-centrado, voltado a tratar as enfermidades por meio de procedimentos e com a intermediação crescente de tecnologias duras. No entanto, a partir da década de 1970, começa a ficar em evidência a inadequação desse modelo, conhecido como modelo flexneriano, fazendo surgir críticas às instituições educacionais que preparavam recursos humanos para atuar no campo da saúde (MENDES, 1996; SCHERER et al., 2009).

A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (GONÇALEZ, 2009).

Identifica-se, então, a necessidade de promover mudanças na formação profissional, para aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitem atenção integral e humanizada à população brasileira. Segundo Mendes (1996), a superação da crise estrutural sanitária exige mudança substantiva no modelo médico, o que implica em um novo sistema, mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas. A estrutura e o funcionamento da formação profissional e das práticas em saúde devem estar articulados com o interesse do usuário, de forma a contribuir para sua autonomia e gerência da própria vida. A educação na área de saúde deve estar vinculada à integralidade, tanto no campo da atenção quanto na gestão de sistemas e serviços. A ação integral amplia a dimensão cuidadora dos profissionais, tornando-os responsáveis pelos resultados das práticas de atenção.

Na tentativa de fortalecer a descentralização da gestão setorial e alcançar a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS), em 13 de fevereiro de 2004, instituiu, pela Portaria nº 198 (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A elaboração da política considera o ordenamento da formação de RH para a área de saúde, bem como seu desenvolvimento científico e tecnológico; a articulação da gestão, atenção e participação popular com a formação profissional como meio de qualificação das práticas e educação em saúde; e a educação permanente como conceito pedagógico, vinculando ensino, ações de serviço, docência e a atenção à saúde.

Para Durão et al. (2007, p. 13):

[...] a política de EPS busca retomar o sentido ético-político da Reforma Sanitária. No entanto, por tratar-se de uma política ainda em construção, inserida numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais, seus rumos ainda estão por definir-se.

Dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde, destacam-se os componentes do Quadrilátero da Formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005): análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise da gestão setorial; e análise da organização social.

A partir do **Diagrama 1**, que representa o modelo teórico adotado na análise dos dados, pode-se inferir que a educação permanente é uma possibilidade de mudança na formação profissional. A EPS está relacionada de forma horizontal com uma educação transformadora para reorientar as práticas dos profissionais de saúde e promover qualidade técnica, eficácia e efetividade.

A educação dos profissionais busca mudar a concepção hegemônica tradicional e a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento. As práticas de atenção à saúde visam integralidade e inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde. A gestão setorial procura modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo a acessibilidade e satisfação dos usuários. E, por fim, a organização social intenta o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005).

Segundo Starfield (2004), a pesquisa relacionada à formação em atenção primária refere-se às características e ao impacto do processo para formar os profissionais de Atenção Primária em Saúde (APS) e manter sua competência na clínica.

O objetivo deste capítulo é apresentar o perfil socioprofissional dos gestores e trabalhadores do Programa Saúde da Família, como também os resultados obtidos em um município da Região Sudoeste da Bahia, referente à formação e capacitação profissional dos sujeitos que atuam no PSF e que imprimem no cotidiano da produção do cuidado uma determinada prática de saúde, seja individual ou coletiva.

de 5%. O valor encontrado foi distribuído proporcionalmente entre as categorias funcionais. Com os ajustes necessários, o tamanho final da amostra para o referido município foi de 71 trabalhadores.

Os participantes do estudo foram organizados em 2 grupos: Grupo I trabalhadores de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que atuam no PSF.

Para o Grupo II, constituído por dirigentes da Atenção Básica e/ou PSF (Secretária Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica e Supervisor de Unidades de Saúde da Família), adotou-se a representação de todos os sujeitos, totalizando três gestores.

Os instrumentos para a coleta de dados foram elaborados com base nos indicadores componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PACT) ou Ferramenta de Avaliação do Cuidado Primário (OPAS, 2006).

A coleta de dados foi realizada por coletadores selecionados e treinados, e os dados foram consolidados em um banco de dados montado no programa Epidata. Em seguida, os dados foram analisados, resultando nas frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas a informações socioprofissionais, formação profissional e capacitação profissional.

Na construção de gráficos para melhor compreensão e análise das variáveis à luz da fundamentação teórica, foi utilizado o programa Excel, realizando-se, em seguida, a discussão dos resultados encontrados.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município em análise, o tempo de experiência profissional dos gestores variou de dois meses a oito anos. A graduação de dois deles é em Enfermagem e o outro é formado em Odontologia.

Entre os trabalhadores de saúde, o sexo feminino predomina, com 88,6% (62) trabalhadores, dados compatíveis com os resultados dos estudos mais recentes em avaliação dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família, mostrando uma tendência à feminilização das profissões (GIL, 2009).

Observou-se uma ampla variação na faixa etária. Dentre os 71 trabalhadores, uma minoria encontra-se na faixa menor que 20 anos ou maior que 60 anos, um para cada variável, respectivamente. A maioria dos trabalhadores enquadra-se nas faixas etárias intermediárias, com 42,3% (30) dos trabalhadores entre 31 e 40 anos e 26,8% (19) entre 41 e 50 anos.

A faixa etária dos gestores é, em sua maioria, menor que 30 anos. Entre os trabalhadores, 42,3% estão na faixa de 1 a 40 anos e 26,8% entre 41 e 50 anos. Os dados encontrados divergem do estudo de Escorel (2002), no qual se encontrou uma predominância de profissionais das equipes com idade jovem (abaixo de 30 anos) na maioria dos municípios estudados.

Todos os profissionais, tanto gestores quanto equipe de saúde, residem no próprio município. Em relação ao local de trabalho, 26,0% (18) dos profissionais possuem vínculo com outras instituições além do PSF.

O **Gráfico 1** mostra que a variação da composição profissional das equipes das USF é ampla, com maioria dos trabalhadores, 39,7% (25), constituída de ACS.

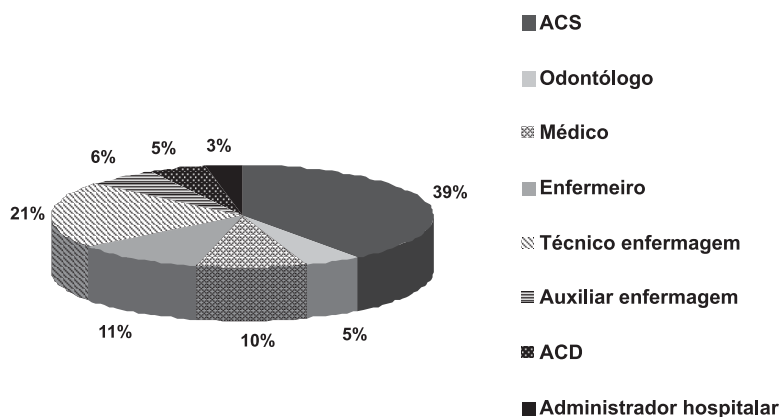


Gráfico 1. Formação profissional da equipe de saúde do PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

O ano de conclusão dos cursos de formação dos trabalhadores de saúde de nível superior e médio variou de 1971 a 2008; 69,2% destes terminaram antes de 2004. O tempo de formação dos sujeitos envolvidos no processo de

trabalho mostra a necessidade de políticas de educação permanente que possibilitem atualização das práticas no cuidado em saúde. De acordo com as informações contidas nos formulários, a renda salarial dos gestores varia em três níveis: de 2 a 3 salários mínimos, de 3 a 5 e de 5 a 10. A carga horária de um dos gestores, o que tem maior salário, é flexível, e os outros dois têm regime de dedicação exclusiva. O que demonstra a diversidade de proventos, como também de atribuições na hierarquia administrativa. Entre os trabalhadores de saúde, a maioria recebe até 1 salário mínimo (29,6%) ou entre 1 e 2 salários (36,6%). Apenas uma minoria ganha entre 10 e 20 salários ou mais de 20 salários, 1,4% (1) cada (**Gráfico 2**).

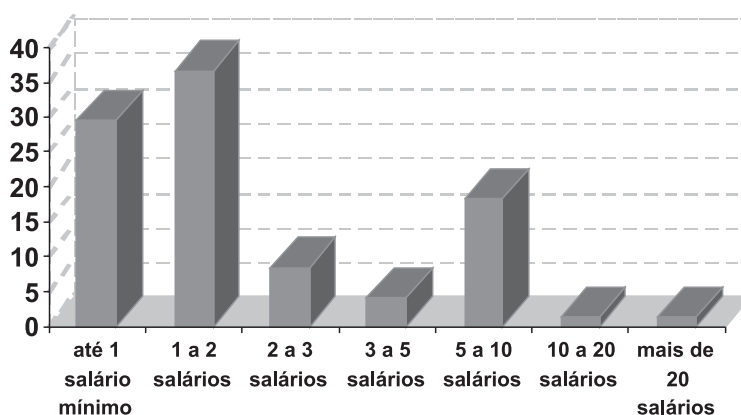


Gráfico 2. Salário recebido pelos trabalhadores do PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

De acordo com Camargo Júnior et al. (2009), algumas dificuldades importantes são comuns a vários municípios, como o financiamento dos recursos humanos, já que um número expressivo de municípios opera no limite da lei de responsabilidade fiscal, no que diz respeito à fração do orçamento dedicada ao pagamento de pessoal.

O Regime Jurídico Único (RJU) é a modalidade de contrato que prevalece entre os trabalhadores de saúde, 55,7% (39). Já o cargo em comissão detém 20% (14) dos trabalhadores e 100% dos gestores. Não há profissionais trabalhando sob a forma sem contrato, cooperado ou prestação de serviços.

Em relação à modalidade de contrato, pode-se notar algum grau de precarização (cargo em comissão, contrato por tempo determinado) dos contratos dos profissionais de saúde.

Com relação à forma de admissão do trabalhador de saúde do PSF, 45,7% (32) foram admitidos sob a forma de concurso público. Dentre os admitidos por seleção pública, 59,5% (22) realizaram prova escrita, 62,2% (23) entrevista e 8,3% (3) por currículo, conforme pode ser visto no **Gráfico 3**. Apenas 1,4% (1) dos profissionais foram transferidos de outros programas de saúde ou outras áreas.

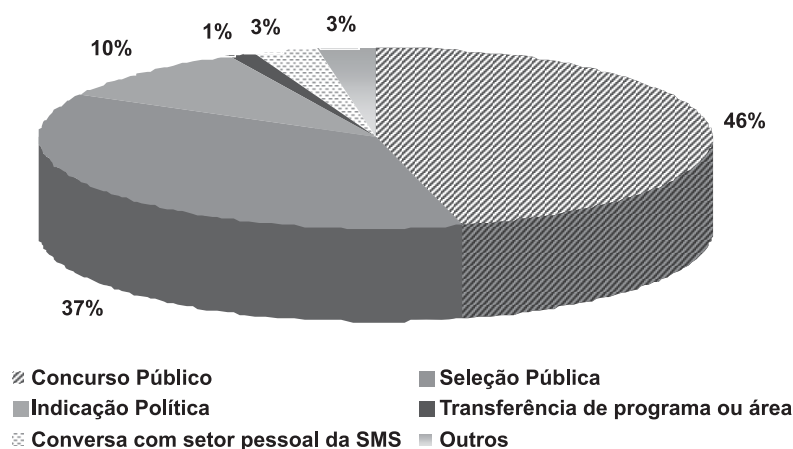


Gráfico 3. Forma de admissão do trabalhador de saúde no PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

Em avaliação de tendências em RH, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, destaca o entendimento dos profissionais de que formas diretas de vinculação trabalhista devem ser priorizadas (NOGUEIRA, 2002). A falta de garantias trabalhistas prejudica o vínculo do profissional com o serviço e, conseqüentemente, com o atendimento à população.

O vínculo de trabalho sem garantias trabalhistas também foi encontrado como forma predominante (42%) nos PSF de municípios do nordeste, avaliados no período de março a agosto de 2005 (TOMASI et al., 2009). Além disso, tal estudo revelou que “[...] o trabalho precário foi ampliado a

partir da expansão do PSF, de forma mais acentuada no Nordeste, onde a estratégia foi adotada mais precocemente e de maneira mais intensa” (TOMASI et al., 2009, p. S198).

Com relação à carga horária semanal, em oposição ao regime dos gestores, não há trabalhadores de saúde sob dedicação exclusiva. A maioria, 97,1% (68) trabalha 40 horas semanais no PSF. Uma minoria trabalha 20 horas por semana e 32 horas por semana 1,4% (1) cada.

A carga horária observada está condizente com o preconizado pelo programa. Os trabalhadores mantêm uma média de 40 horas semanais, resultado semelhante ao encontrado por Tomasi et al. (2009), no qual dois terços dos trabalhadores do PSF atuam no mesmo regime. Para os gestores, a dedicação exclusiva foi predominante.

2.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Todos os gestores têm nível superior. No que tange aos cursos de pós-graduação, um não tem nenhuma outra titulação, um tem curso de especialização em Saúde Coletiva e atualizações em outras áreas da saúde e um tem especialização em outras áreas da saúde. Vale salientar que o gestor com maior tempo de formado tem carga horária flexível, nenhum curso de pós-graduação e dois meses de experiência na prática de gestão; o que tem oito anos de experiência na gestão tem Dedicação Exclusiva (DE) e dois cursos de pós-graduação.

Entre os trabalhadores de saúde, cinco possuem especialização em Saúde Pública, seis profissionais têm especialização em outras áreas de saúde, e um tem mestrado em outras áreas de saúde.

Segundo Machado et al. (2007), o princípio da integralidade permite conceber-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos em que se constrói a vida, bem como nos ambientes em que ocorrem os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida.

A criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) tenta desatar esse “nó crítico”. Para as DCN, os profissionais teriam que ser capazes de

aprender continuamente, tanto em sua formação, quanto em sua prática. Também deveriam aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com sua educação e a das futuras gerações de trabalhadores, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre aqueles em formação e os profissionais dos serviços. Além disso, precisariam estimular e desenvolver a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (CECCIM, 2008).

2.2 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Um gestor e quatro trabalhadores de saúde realizaram atualização em Saúde Pública/Epidemiologia/Saúde Coletiva. A mesma proporção foi encontrada para atualização em outras áreas de saúde. O treinamento introdutório e a atualização em gestão de saúde não tiveram aderência dos gestores, mas contaram com onze (50%) e três (13,6%) trabalhadores de saúde, respectivamente, conforme o **Gráfico 4**, que expõe as formas de capacitação profissional dos trabalhadores de saúde que atuam no PSF.

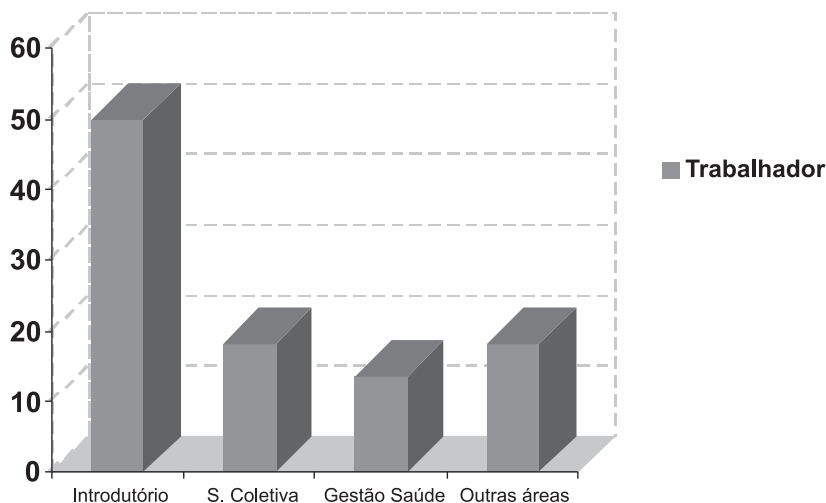


Gráfico 4. Capacitação Profissional dos trabalhadores de saúde com nível superior no PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

A capacitação da gestão da saúde no município sinalizou um quadro desfavorável. Nenhum gestor realizou treinamento introdutório ou atualização em gestão da saúde. Entretanto, dentre as capacitações realizadas, a motivação foi a necessidade da população, do trabalhador, ou da gestão. Houve concordância de que as capacitações provocam mudanças e fortalecem a prática profissional. Esses resultados seguem na contramão dos dados mais recentes divulgados sobre a implantação dos PSFs no Nordeste (ROCHA et al., 2009).

As dificuldades elencadas pelos gestores no processo de formação e capacitação dos trabalhadores foram: falta de tempo disponível pela equipe para a participação nos cursos ofertados; falta de estrutura física para acomodar os trabalhadores das equipes de saúde; falta de verbas para capacitação de Recursos Humanos (RH) além do entrave provocado pela burocracia do sistema de saúde.

Entre os trabalhadores de saúde de nível médio, a participação no curso introdutório atingiu um percentual de 82,1%, índice abaixo do estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), toda a equipe deve participar do treinamento introdutório e de forma paralela ao trabalho no PSF. Outra necessidade para as capacitações é que os critérios estabelecidos para sua realização sejam priorizados, tendo como base os problemas diários do trabalho referentes à atenção à saúde e a organização do trabalho (BRASIL, 2006b).

Desde 2006, de acordo com o Relatório de Gestão Municipal (JEQUIÉ, 2009), o curso Introdutório não é oferecido às equipes, o que pode explicar o quadro encontrado no município.

Os cursos de atualização em áreas ou grupos específicos, bem como o treinamento em procedimento alcançaram, de forma unânime, a média acima de 50%.

De acordo com a pesquisa avaliativa Estudos de Linha de Base, desenvolvida em 21 municípios com mais de 100 mil habitantes em três estados do Nordeste do Brasil, revelou-se elevada a qualidade técnica tanto de gestores (capacitação avançada) quanto das equipes (treinamentos introdutórios, especializações e residências), além de investimentos consideráveis na área de formação (ROCHA et al., 2009).

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou a prioridade no setor e incluiu novos parceiros, anunciando o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas e setores de RH da saúde. Colocar a EPS como uma das prioridades para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde; além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005).

Dos trabalhadores de saúde de nível médio 82,1% (46) participaram do treinamento introdutório; dentre os cursos de atualização em áreas específicas, 64,9% (37) participaram da atualização em Tuberculose; 57,9% (33) em Hanseníase; 59,6% (34) Dengue; 59,6% (34) DST/AIDS; 43,9% (25) de outra atualização em áreas específicas. Em relação aos treinamentos para atendimento a grupos específicos, 35,1% (20) dos trabalhadores participaram do treinamento para atendimento à criança; 24,6% (14), a adolescentes; 31,6% (18), a mulheres; 28,1% (16), a adultos; 43,9% (25), a idosos e 3,5% (2) atendimento a outros grupos específicos.

No que diz respeito a treinamentos sobre procedimentos, 61,4% (35) participaram do treinamento de vacinação; 26,3% (15), em rede de frio; 17,5% (10), em esterilização; 24,6% (14), em curativos; 33,3% (19), em visitas domiciliares; e 15,8% (09), em treinamentos de outros procedimentos.

Os critérios de capacitação das equipes, segundo os trabalhadores, são mostrados no **Gráfico 5**.

A necessidade da população e a necessidade de gestão foram apontadas por um gestor, cada uma como critérios de capacitação, enquanto dois gestores definiram a necessidade do trabalhador. Para 36,8% (25) dos trabalhadores de saúde, a necessidade dos trabalhadores é o critério de capacitação. Quatro trabalhadores afirmaram que não há critérios para capacitação.

Portanto, há necessidade de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores; e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social

em saúde. Esta ação permitiria constituir-se o SUS verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005).

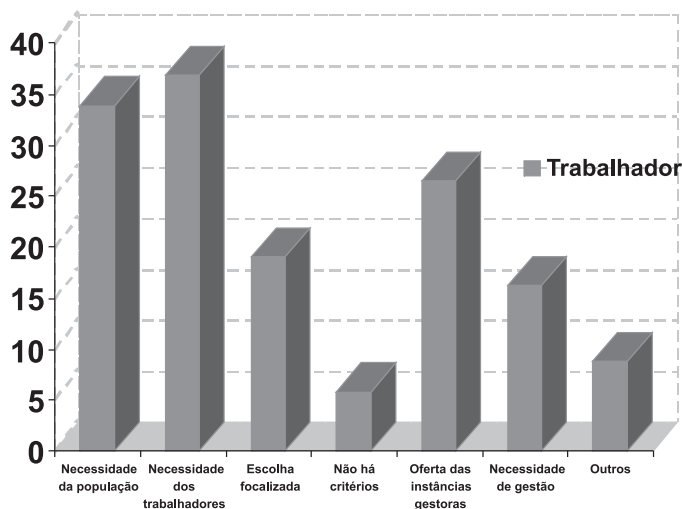


Gráfico 5. Critérios estabelecidos para as capacitações das equipes no PSF de um município da Região Sudoeste da Bahia, 2009

Para 66,7% (2) dos gestores, as capacitações promovem mudanças, e apenas 33,3% (1) acha que as capacitações não trouxeram transformações nas práticas. Entre os trabalhadores, 58% (40) afirmam que as capacitações valorizam a participação usuário-família e 72,5% (50) acham que fortalecem as práticas de saúde.

Entretanto, segundo pareceres técnicos dos projetos de EPS DEGES/SGTES/MS divulgados no IV Simpósio Trabalho e Educação, realizado em 2007, que analisou as ações de EPS segundo área no Brasil, em 2006, verificou-se um forte peso das ações relacionadas a APS, voltadas especialmente ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, que se soma à formulação da Política de Educação Permanente. Em contrapartida, poucas ações envolviam o controle social, aspecto valorizado nos documentos que fundamentam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). (DURÃO et al., 2007).

Além disso, ainda segundo o relatório supracitado, a maioria das ações constitui-se em cursos predominantemente de curta duração (carga horária

até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns). Portanto, tais ações não contribuem para o progresso dos objetivos principais anunciados pela Política de Educação Permanente, a articulação dos diversos programas já em andamento e a superação de seu caráter fragmentado.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, percebe-se que há um progresso na formação de RH para o SUS, embora o objetivo da educação permanente e seus benefícios estejam distantes de ser alcançados.

Há entraves em questões importantes, como forma de admissão, contrato trabalhista e remuneração dos profissionais de saúde. Além disso, um percentual dos profissionais e gestores do município não se enquadra nos processos de capacitação almejados para o PSF e desconhecem ou subestimam sua real importância. Deste modo, o progresso do programa e a consolidação da educação permanente como política avançam timidamente e carecem de maior amplitude da gestão.

Sugerem-se, portanto, alguns direcionamentos à dimensão político-institucional, almejando a expansão e consolidação do PSF: correlação entre o financiamento e os recursos aplicados na atenção básica; processo de trabalho diversificado, levando em conta risco social diferenciado; estímulo à promoção da saúde; experiências inovadoras de gestão e cuidado; perfis de equipe compatíveis com conceitos ampliados de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203&cid=11676>>. Acesso em: 2 dez. 2009.
- CAMARGO JR., K.R. de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2009.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.
- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- CECCIM, R.B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Rev. Ci. Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- DURÃO, A.V.R. et al. **A política de educação permanente em saúde**: uma análise a partir dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Trabalho apresentado ao 4º. Simpósio Trabalho e Educação, Belo Horizonte, ago. 2007.
- ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002. (Relatório final).

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2009.

GONZÁLEZ, A.D.G. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.** **Rev. Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=665<<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 3 nov. 2009.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2008.** Jequié, 2009.

LABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 267-292.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MATTOS, M.L. **Recursos humanos e o novo trabalhador em saúde: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde na cidade de São Paulo durante a gestão do partido dos trabalhadores (1989-1992).** 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1996.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

NOGUEIRA, R.P. (Coord.). **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde).

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.** Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, J.S.; NUNES, T.C.M. Contribuições para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 262-269, 1992.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Públ.** (on line), Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2009.

SCHERER, M.D.A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

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, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2009.