

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO
EM SERVIÇOS DE SAÚDE: AS REPERCUSSÕES DO CURSO
INTRODUTÓRIO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA -
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG**

BEATRIZ FRANCISCO FARAH

RIO DE JANEIRO

2006

BEATRIZ FRANCISCO FARAH

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO
EM SERVIÇOS DE SAÚDE: AS REPERCUSSÕES DO CURSO
INTRODUTÓRIO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA -
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ORIENTADORA: DR.^a CÉLIA REGINA PIERANTONI

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
RIO DE JANEIRO**

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

F219 Farah, Beatriz Francisco.

A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG / Beatriz Francisco Farah. – 2006.

270f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde pública – Administração - Teses. 2. Pessoal da saúde pública – Brasil – Teses. 3. Programa de Saúde da Família (Brasil) – Juiz de Fora (MG) – Teses. 4. Educação permanente – Teses. 5. Recursos humanos na saúde pública – Brasil – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Tese intitulada “A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG” de autoria da doutoranda Beatriz Francisco Farah, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª _____

Profª Drª. Célia Regina Pierantoni – IMS/UERJ (Orientador)

Profª _____

Profª Drª Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – SESMG

Prof. _____

Prof. Dr Luiz Antônio Castro Santos – IMS/UERJ

Profª _____

Profª Drª Maria Tereza Bustamante Teixeira - UFJF

Profª _____

Profª Drª Sulamis Dain - IMS/UERJ

Rio de Janeiro, 31 de março de 2006

AGRADECIMENTOS

Às pessoas fundamentais de minha vida: Fernando, Fernanda, Elisa pela compreensão, paciência, incentivo e o apoio incondicional, desde o processo de seleção.

As minhas filhas Fernanda e Elisa, que souberam compreender e respeitar as longas e intermináveis horas de trabalho e a ausência por ser cuidadora.

A Vilma, que tem sido uma verdadeira irmã durante nossos quinze anos de convivência, conduzindo o nosso lar com amor e afeto.

A minha orientadora, Prof^a Dr.^a Célia, pela paciência, sabedoria e competência com que me orientou.

Aos profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família da SSSDA/JF, sujeitos deste estudo, verdadeiros construtores da Saúde da Família, por terem viabilizado, com suas informações, esta pesquisa.

Aos demais sujeitos da pesquisa do nível federal, estadual, regional e municipal de saúde, que, apesar das agendas cheias, me acolheram com carinho e profissionalismo.

À doutora Sulamis Dain, ledora desta tese, que, em momentos oportunos nessa caminhada, me mostrou que tudo tem seu tempo, o que não se pode é desesperar.

Aos professores que atenderam ao convite para compor a banca de defesa, Dr^a Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, Dr^a Maria Teresa Bustamante Teixeira, Dr^a Sulamis Dain, Dr. Luiz Antônio Castro Santos, Dr. Jorge Montessi, Dr. Roberto Parada, Dr^a Rosângela Caetano e Dr^a Rosângela Greco.

Ao "Gold Time" ao qual tenho orgulho de pertencer, nas pessoas de Anderson, Celso, Denílson, Elizângela, Estela, Gabriel, Lenir, Neuza, Teita, Vânia. Agradeço o apoio, amizade que foram fundamentais no meu caminhar.

A Teita, que, com seu espírito incansável de busca para a melhoria da qualificação dos profissionais do ensino e serviço, sempre, com tranquilidade e alegria, me conduziu e estimulou ao doutorado. Compartilho com você essa minha realização.

À doutoranda Estela, amiga, companheira, que me deu seu ombro amigo nos momentos difíceis, não só da tese, mas da vida. O seu apoio foi fundamental. Valeu amiga!

A Neuza, amiga e companheira de trabalho, com quem aprendi verdadeiras lições de vida, para além de doutorado, mestrado, especialização.

Aos amigos professores Dr. José Paixão, Dr. Jorge Montessi, Dr. Newton Ferreira, pelos quais tenho profunda admiração e respeito. Obrigada pela confiança e por dividirem comigo o sonho de que é possível formar um novo profissional de saúde.

Às novas amigas Consola, Helena, Oscarina, Rogéria, Sabrina, Sandra e Taís, com quem compartilho saberes, fazeres, dúvidas, certezas e sonhos.

Aos amigos doutores Marcelo e Edna, companheiros e parceiros de outras frentes de trabalho, respectivamente, Residência Multiprofissional de Saúde da Família e pesquisa extensionista da UFJF, nos quais pude perceber grande profissionalismo e competência no desenvolver das atividades. Obrigada pela força, aprendo sempre com vocês.

A Eliz (garota feliz) pelo apoio e colaboração durante todo o desenrolar desta tese.

Aos alunos bolsistas dos projetos de pesquisa da UFJF desenvolvidos durante o caminhar da tese, projeto de pesquisa 1: Flávio, Carolina, Bárbara; projeto de pesquisa 2: Nívea, Lucymeire, Vanessa; acompanhá-los foi um prazer e um desafio.

Ao meu amigo de longa data Ivan Chebli, da SSSDA/JF, pelo apoio constante referente às informações de Juiz de Fora.

Ao corpo docente da pós-graduação do IMS/UERJ, que nos brindaram com seus saberes e fazeres.

A todos os colegas de doutorado, pelo incentivo, por poder compartilhar as minhas aflições em diversos momentos vivenciados nesses quatro anos, principalmente a Denise no final dessa caminhada.

Aos funcionários da Secretária do IMS/UERJ, especialmente a Márcia pela maneira atenciosa, respeitosa e eficiente com que sempre me atendeu.

Às amigas Malu e Beth, que colaboraram na execução do grupo focal com muita seriedade e competência profissional.

A Angela Corrêa, que me trouxe tranquilidade na reta final com seu profissionalismo e habilidade na formatação final da tese.

À SSSDA/JF por ter propiciado meu crescimento.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

SUMÁRIO

Resumo	xiii
Abstract	xiv
Apresentação	xv
Introdução	21
1 Saúde da Família	32
1.1 A Atenção Primária à Saúde	33
1.2 A Estratégia da Saúde da Família: a experiência brasileira de APS no SUS	37
1.3 A Estratégia da Saúde da Família: demanda de um novo perfil profissional	50
2 Processos educativos na saúde: articulação ensino-serviço	54
2.1 Os processos educativos nos serviços de saúde	54
2.2 Educação em serviço	60
2.3 Educação continuada	61
2.4 Educação permanente	64
2.5 Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família: a estratégia de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde da Família	69
2.5.1 A experiência do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família do Sul e Sudeste de Minas Gerais - Pólo da UFJF	76
2.6 Treinamento Introdutório para as Equipes de Saúde da Família: etapa inicial do processo de qualificação das equipes de Saúde da Família	79
2.6.1 O Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família do Pólo da UFJF .	84
a) Concepção Pedagógica utilizada no Curso Introdutório	86
b) Estruturação do Curso Introdutório	90
2.6.2 A percepção dos treinandos quanto à metodologia da problematização no CI	93
3 O caminho metodológico	99
3.1 Tipo de estudo	99
3.2 Cenário	101
3.2.1 Caracterização do Município de Juiz de Fora	101
a) Setor saúde	102
3.2.2 Modelos assistenciais de saúde no Município de Juiz de Fora	105
a) Modelo assistencial vigente	106
b) Modelo assistencial de saúde proposto para o Município de Juiz de Fora	109
3.3 Sujeitos da pesquisa	120
3.4 Instrumentos para coleta de dados	123
3.5 Análise e interpretação dos resultados	129

4	Contextualizando o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família de Juiz de Fora	131
4.1	Caracterização das UBS das equipes	132
4.2	O trabalho dos profissionais de saúde	134
4.2.1	A constituição da equipe	134
4.2.2	Carga horária, modalidade contratual e remuneração	136
4.3	Estrutura física e equipamentos	139
4.3.1	Estrutura física das UBS	139
4.3.2	Disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos	141
4.3.3	Sistemas de Informação	144
4.3.4	Sistema de referência e contra-referência	145
4.4	Processo de trabalho das equipes	147
4.4.1	Conhecimento da população em seu território	147
4.4.2	Planejamento	148
4.4.3	Participação popular e controle social	151
4.4.4	Instrumentos de acompanhamento e avaliação	152
4.4.5	Cuidando da saúde das famílias	154
5	Saberes e fazeres: o discurso e a prática no cotidiano das equipes de Saúde da Família sobre as repercussões do CI	158
5.1	Atividades propostas para serem realizadas pela equipe pós-curso	158
5.2	Mudanças observadas na prática após realização do CI	160
5.3	Facilidades e dificuldades para implantar as ações discutidas no CI	186
5.4	As atividades desenvolvidas pelas equipes	198
6	A educação permanente: o CI sob os diversos olhares de quem vivenciou e vivencia a Saúde da Família	201
6.1	Significado do TI e suas repercussões no serviço e no ensino	201
6.1.1	O TI como mobilizador de mudanças no ensino	215
6.2	As repercussões da Saúde da Família no ensino e no serviço	218
6.3	A política nacional de educação permanente em saúde em foco	222
7	Considerações Finais	228
8	Referências Bibliográficas	237
9	Apêndices	248
10	Anexos	248

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Síntese das Diretrizes Operacionais da Saúde da Família baseada nos documentos dos anos de 1996; 1998; 2000	38
Quadro 2	- Gasto sanitário no ano de 2002 em países com sistema público de saúde em relação aos Estados Unidos	46
Quadro 3	- Levantamento da produção dos pólos de capacitação no período de 1998 a 2001	70
Quadro 4	- Consolidado das atividades realizadas pelo Pólo de Capacitação da Saúde da Família da UFJF, período de 1997 à 2003	78
Quadro 5	- Percentual de enfermeiros e médicos de equipes de Saúde da Família capacitados pelo Treinamento Introdutório no Brasil, Minas Gerais e Juiz de Fora no período de 2001-2002	81
Quadro 6	- Estruturação do conteúdo e objetivos temáticos do Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação para Saúde da Família da UFJF – 2003	91
Quadro 7	- Total de Cursos Introdutórios realizados pelo Pólo de Capacitação da UFJF, relacionando o total de profissionais e alunos capacitados e de municípios atendidos, no período de 2000 a 2002	92
Quadro 8	- Fases de implantação inicial do Programa Saúde da Família em Juiz de Fora	111
Quadro 9	- Matriz explicativa do processo de implantação da Saúde da Família no município de Juiz de Fora anos 2000 e 2005	115
Quadro 10	- Número de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora em 2005	119
Quadro 11	- Profissionais das equipes	121
Quadro 12	- Tempo de serviço em equipe e a realização do CI pelos integrantes das equipes	122
Quadro 13	- Duração de cada entrevista	125
Quadro 14	- Estrutura física das UBS pesquisadas ano 2005	140
Quadro 15	- Lista de material básico encontrado nas UBS de Saúde da Família de Jade, Cristal e Quartzo, 2005	142
Quadro 16	- Instrumentos disponíveis para a realização do acompanhamento e avaliação das equipes de Saúde da Família	153
Quadro 17	- Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e médico da Saúde da Família nas equipes de Jade, Cristal e Quartzo, 2004	155
Quadro 18	- Síntese das atividades propostas pelo CI como forma inicial de organização do processo de trabalho das equipes.....	159

Quadro 19	- Mudanças observadas na prática das equipes relacionadas às diretrizes operacionais da Saúde da Família – organização inicial do trabalho	174
Quadro 20	- Atividades realizadas pelas equipes para elaborarem o planejamento local em saúde de acordo com o CI	179
Quadro 21	- Mudanças observadas na prática das equipes relacionadas às diretrizes operacionais da Saúde da Família – Participação Popular/ Vínculo/Parcerias	182
Quadro 22	- Mudanças observadas na prática das equipes relacionadas às diretrizes operacionais da Saúde da Família – educação permanente	186
Quadro 23	- Facilidades e dificuldades relacionadas no questionário pelas equipes presente no cotidiano de suas práticas, para viabilizar as ações discutidas no CI	187
Quadro 24	- Atividades relacionadas pelos profissionais as quais o CI auxiliou na organização	204

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	- Abrangência do Pólo de Capacitação para Saúde da Família do Pólo da UFJF – 2002	77
Figura 2	- Arco de Charles Maguerez	88
Gráfico 1	- Abrangência do Pólo da UFJF e Capacitação no CI – 2002	85
Gráfico 2	- Resultado da Análise do Consolidado das Avaliações do CI	94
Gráfico 3	- Análise da Percepção dos participantes do CI em relação a utilização da problematização	95

LISTA DE ANEXO E APÊNDICES

Anexo A	- Comitê de Ética	249
Apêndice A	- Termo de Consentimento Informado – grupo focal com as equipes.....	250
Apêndice B	- Termo de Consentimento Informado – entrevistas individuais.....	251
Apêndice C	- Autorização para a pesquisa de campo pela Diretora da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora	252
Apêndice D	- Instrumento 1 – Entrevista	253
Apêndice E	- Instrumento 2 – Questão para debate	254
Apêndice F	- Instrumento 2 - Programação operacional.....	257
Apêndice G	- Posicionamento das equipes	258
Apêndice H	- Instrumento 3 – Questionário	259
Apêndice I	- Instrumento 3 – Questionário	262

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
A. SOCIAL	- Assistente Social
AUX. ENF	- Auxiliar de Enfermagem
CI	- Curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CLS	- Conselho Local de Saúde
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
DSSDA/JF	- Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora
DRS	- Diretoria Regional de Saúde
DADS	- Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde
EM1	- Executor de políticas municipal no período de 2000 – 2002
EM2	- Executor de políticas municipal a partir de 2003 até a realização da pesquisa
ENF	- Enfermeira
FF1	- Formulador de Políticas Federal no período de 2000 a 2002.
FF2	- Formulador de Políticas Federal no período de 2000 até a realização da pesquisa
FF3	- Formulador de Políticas Federal a partir de 2003 até a realização da pesquisa
GRS	- Gerência Regional de Saúde
IE	- Implementador de Política Estadual
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IR	- Implementador de Política Regional
MS	- Ministério da Saúde
MÉD	- Médico
NATES/UFJF	- Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PÓLO DE CAPACITAÇÃO	- Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família
PÓLO DA UFJF	- Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais da Universidade Federal de Juiz de Fora
PROESF	- Projeto de Expansão da Saúde da Família
PSF	- Programa de Saúde da Família
SF	- Saúde da Família
SSSDA/JF	- Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora
SUS	- Sistema Único de Saúde
TI	- Treinamento Introdutório
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFJF	- Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

FARAH, Beatriz Francisco. **A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de Saúde da Família** - experiência do município de Juiz de Fora/MG. Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006, Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – 270 p.

O presente estudo analisa um processo educativo de serviço de saúde – Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família - CI, apoiado e recomendado pelo Ministério da Saúde, como forma de informar e divulgar a política de Saúde da Família. Parte-se da premissa de que o Curso Introdutório da Saúde da Família é uma estratégia inicial de organização da implantação do trabalho das equipes. É um estudo de caso, de natureza qualitativa, realizada com as equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora, que foram sensibilizadas pelo CI do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG. Foram realizadas entrevistas com os formuladores, implementadores e executores das políticas de saúde do nível federal, estadual e municipal; grupo focal e questionários com as equipes de Saúde da Família. Essa pesquisa revelou que foi consensual entre os sujeitos que o CI estimulou, incentivou e sensibilizou as equipes a desenvolverem a estratégia da SF, a partir de algumas diretrizes implantadas, que auxiliaram na operacionalização e organização do processo de trabalho. O CI é o início da educação permanente, porque apresenta características que o qualificam como tal, apesar de não ser percebido como início e sim como fim, porque não houve continuidade do processo no município. São evidenciadas contradições entre o discurso e a prática, de forma e intensidade diferentes, devido às subjetividades do processo de trabalho em cada uma das equipes. As mudanças sofrem interferências diretas de tecnologia material e não material presente nos serviços, encontrando na categoria apoio da gestão a maior fragilidade para o desenvolvimento da proposta. Mas, pode-se inferir que promoveu crescimento individual e coletivo visualizado através das atividades realizadas. No ensino, levou a discussão da SF para o interior dos cursos de graduação nas disciplinas de conteúdos afins. Os conteúdos agregados na prática foram: saúde, família, território. No discurso: trabalho em equipe, planejamento e diagnóstico. A pesquisa revelou que, em Juiz de Fora, pelo menos três formas de desenvolvimento da SF, após a sensibilização do CI: equipe atuando de acordo com o modelo assistencial proposto, equipe em processo de retrocesso ao modelo assistencial tradicional e outra em que o modelo tradicional está fortemente sobreposto ao da SF. O estudo apontou ainda: a necessidade de fortalecimento da área de recursos humanos, devolvendo ao município a autonomia de gestão dos seus projetos; a educação permanente de pessoal de saúde como a estratégia para área de recursos humanos; o grupo focal como ferramenta de acompanhamento e avaliação dos processos educativos e a necessidade de se instituir um processo educativo inicial para as equipes de atenção primária, no qual o CI é um produto a ser considerado.

Palavras chave: Saúde da Família, processo educativo, educação permanente, treinamento introdutório.

ABSTRACT

FARAH, Beatriz Francisco. **The permanent education in the organization process of health services: the repercussions of the Introductory Course to the Family Health Group – experience in the City of Juiz de Fora/MG.** Institute of Social Medicine – University of the Rio de Janeiro State, 2006, Doctor Degree Thesis of Collective Health, 270p.

This study analyses a health service educative process - Introductory Course to the Family Health Group – CI, which is supported and recommended by the Health Ministry, as a way of informing and bringing out the Family Health Policy. We begin with the assertion that the Introductory Course to the Family Health Group is a starting strategy to organize the group work implementation. It is a case study, originally qualitative, carried out with the Family Health Groups of Juiz de Fora, which were influenced by the CI (sponsored by the Formation and Permanent Education Pole for Family Health Groups of the Federal University of Juiz de Fora/MG). The federal, state, and municipal formulators and executors of health policies were interviewed; we also carried out focal group and questionnaires with the Family Health groups. This study revealed that there was a consensual point among the subjects: that the CI stimulated, motivated and influenced the groups to develop the Family Health Strategy, from some pre-fixed guidelines that helped in the work process operation and organization. The CI is the beginning of the permanent education because it presents characteristics that define it as such, although it was not recognized as a begin, but as an end, as we see that there was not any continuity in this process in the city. Contradictions are pointed out between discourse and practice, in different ways and intensities, due to the subjectivity of the work process in each group. Alterations are directly interfered by material and non-material technology present in the services, and it is in the management support category that we find the major weakness to the development of the proposal. However we can infer that it promoted an individual and collective improvement, seen through the completed activities. Concerning education, it led the family health discussion into the undergraduate courses, to the courses of similar syllabus. The adjoined contents in the practice were: health, family, territory. About the discourse: group work, planning and diagnosis. The study exposed, in Juiz de Fora, at least three ways of developing family health, after the CI action: groups acting according to the given assistance model; groups in process of returning to the traditional assistance model and groups in which the traditional model is highly above the health family model. The study also pointed out: the necessity of strengthening the human resource area, giving back the city the management autonomy of its projects; the health group permanent education as the strategy to the human resource area; the focal group as a tool for following and assessing the educative processes and the necessity of instituting an initial educative process to the primary attention groups in which the CI is a product to be considered.

Key words: Family Health; Educative Process; Permanent Education; Introductory Course.

APRESENTAÇÃO

As reformas que o setor saúde vem desenvolvendo nos países da região das Américas, decorrentes do aprofundamento da crise econômica advinda dos países industrializados (principalmente nas três últimas décadas), vêm impondo ao setor a discussão e a reflexão sobre as mudanças em seus modelos assistenciais de saúde, que absorvam as transformações no mundo do trabalho e as novas competências humanas pretendidas na saúde.

Observa-se a tendência pela opção de modelos assistenciais centrados na atenção primária de saúde e sua revalorização nos modelos de Saúde da Família – encontra, na área de recursos humanos, um dos maiores desafios: a adequação e a formação de recursos humanos. A política adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (1994) encontrou no modelo da Saúde da Família a estratégia para viabilizar a atenção primária à saúde e consolidar o Sistema Único de Saúde - SUS.

Para o estabelecimento das mudanças pretendidas, haveria a necessidade de transformações na formação dos futuros profissionais da área de saúde e dos profissionais já inseridos nos serviços. Algumas propostas surgiram como forma de promover e atender o modelo frente a essas mudanças. No serviço cita-se a capacitação dos profissionais inseridos no trabalho, através de processos educativos. No ensino, a elaboração da Lei de Diretrizes e Base nº 9.394 (flexibilização dos currículos); a definição das Diretrizes Curriculares para os cursos da área de saúde (ALMEIDA, 2003); a criação de incentivos a mudanças curriculares (Cursos de Enfermagem e Medicina).

As discussões estabelecidas, referentes ao despreparo dos profissionais para atuar na saúde, tanto na formação desses profissionais quanto na atuação destes nos serviços, foram temas constantes das Conferências Nacionais de Saúde e fazem parte das reflexões de vários autores, entre os quais, destacam-se: Paim (1994); Salum et al (1996), Almeida; Feuerwerker e Llanos (1999); Machado (2000); Ceccim et al (2002), Mendes (2002); Pierantoni et al (2003); Machado (2002).

A educação permanente para o pessoal da área de saúde tem sido uma estratégia amplamente discutida e recomendada pela OPAS, durante essas décadas, para a viabilização dos processos educativos em serviços. Até antes de 1994, as experiências com a metodologia da educação permanente dos profissionais da saúde eram pontuais. A proposta da Saúde da Família trouxe, desde sua concepção, um grande desafio: a capacitação dos profissionais, a organização do trabalho da equipe e do serviço, a

reestruturação do modelo assistencial de saúde, além da mobilização para mudanças na formação. Os obstáculos foram muitos, pois, segundo Seixas (2002, p. 102) “a construção de políticas se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo”.

Em virtude da atuação específica da pesquisadora na área de desenvolvimento de recursos humanos, duas convicções motivaram-na a fazer este estudo. A primeira foi de acreditar no ser humano e na sua capacidade de modificar realidades e de modificar-se, de transformar realidades e de transformar-se, fruto da experiência adquirida entre a rede estadual, municipal e regional. Este último através do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora do Sul e Sudeste de Minas Gerais – Pólo de Capacitação da UFJF.

Durante o período de 1986 a 1991, a pesquisadora esteve na rede estadual de saúde de Minas Gerais, lotada na Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora – DRS, atualmente Gerência Regional de Saúde – GRS. Atuou na Área de Desenvolvimento de Recursos Humanos, onde teve a oportunidade de fazer algumas reflexões a partir do conhecimento e da vivência das dificuldades dos trabalhadores na maioria dos municípios da área de abrangência da DRS/JF (32 municípios), em seus processos de trabalho, diante da solicitação da política de saúde nacional, estadual e municipal.

A diversidade tanto local quanto de formação e de culturas heterogêneas desses trabalhadores nutriu a pesquisadora da necessidade e da importância de realizar processos educativos que respondessem não só às necessidades identificadas pelos trabalhadores de saúde, mas também ao modelo assistencial de saúde consoante com a proposta da política de saúde.

No âmbito municipal, durante os anos de 1991 (ano de descentralização dos serviços de saúde) a 2000, pôde vivenciar cotidianamente as dificuldades de se implantar e consolidar a política de saúde local, Sistema Único de Saúde - SUS, e a Saúde da Família. A implantação desses dois momentos possibilitou-lhe a observação do desvendamento das propostas e a adaptação das diretrizes e princípios dessas políticas, traçadas no âmbito federal, dirigindo-se para o local.

No âmbito regional (final do ano de 2000 até a presente data), o Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora – NATES/UFJF, que abrigou o Pólo de Capacitação da UFJF, foi o local da fonte de inspiração de vários trabalhos e desta produção. Nesse período, através da experiência

adquirida, consolidou o pensamento de que é necessário investir na educação dos trabalhadores de saúde, quando se deseja transformar práticas.

A experiência de envolver os trabalhadores desde a elaboração das propostas de capacitação a partir das realidades desses sujeitos e dos problemas vivenciados no cotidiano do trabalho permitiu perceber a responsabilização destes para com a proposta a ser desenvolvida.

A segunda convicção que motivou a pesquisadora neste estudo está relacionada ao trabalho. Ele é a fonte de inspiração e de motivação para construção de conhecimentos reais, a partir da reflexão cotidiana do processo de trabalho. É através da operacionalização do trabalho e de seus respectivos atores, que se concretiza ou não a implantação e a implementação de políticas.

Portanto, este estudo emerge da prática refletida da pesquisadora, no cenário real de sua inserção no Pólo de Capacitação da UFJF. “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeira instância, um problema da vida prática” (MINAYO, 2004, p.90). As reflexões da pesquisadora decorrem da ação educativa desenvolvida a partir do ano de 2000, através de uma das estratégias de consolidação do SUS – implantação da Saúde da Família, no contexto municipal de saúde. A ação focalizada foi o Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família (CI), na área de abrangência do Pólo da UFJF, tomando aqui como estudo de caso a experiência no município de Juiz de Fora, no período de 2000-2002. A proposta do curso foi desenvolvida pelo Pólo de Capacitação da UFJF, com verbas destinadas à educação permanente das equipes pelo Ministério da Saúde¹ - MS, cuja coordenação coube à pesquisadora.

As avaliações realizadas pelo MS (1999, 2002), relacionadas aos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, apontam o Treinamento Introdutório como a atividade de capacitação de maior cobertura às equipes de Saúde da Família. No Pólo da UFJF, os Cursos Introdutórios² totalizaram 55 cursos (2000-2002) e foram capacitados 2.882 profissionais. Os participantes relatavam a satisfação pelo curso: 98% consideraram os objetivos atingidos e reconheceram a contribuição para as mudanças iniciais necessárias ao trabalho das equipes (FARAH & PIERANTONI, 2003). Mesmo assim, ao término de cada

¹ O MS (2002) criou incentivos e financiamentos para o processo de implantação da estratégia de Saúde da Família por meio dos Pólos.

² Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família foi o nome intitulado pelo Pólo de Capacitação da Saúde da Família da UFJF para os Treinamentos Introdutórios. Portanto, ao citar Treinamentos Introdutórios estar-se-á referindo ao Treinamento do MS e Curso Introdutório do Pólo da UFJF.

curso, algumas indagações ficavam sem esclarecimento e podem ser assim apontadas: a) No cotidiano do trabalho das equipes, quais contribuições o CI promove? b) O conteúdo discutido e construído tem aplicação viável na prática das equipes? c) O CI, com o seu desenho metodológico contribui concretamente para a capacitação dos componentes das equipes? d) Promove algum impacto na prática da equipe?

A partir dessas perguntas procurou-se estabelecer um estudo que esclarecesse se realmente o CI realizado em Juiz de Fora atendia ao pressuposto definido pelo MS: o treinamento introdutório é uma estratégia inicial de organização da implantação do trabalho das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2000a). Nesse sentido, o objetivo geral desse estudo foi discutir as repercussões do CI na prática e na organização inicial da implantação do trabalho das equipes de Saúde da Família. O CI, portanto, é referenciado neste estudo como o início do processo de educação permanente das equipes de Saúde da Família, cuja significação de introdutório quer dizer: “que serve de introdução, começo, abertura; introdutivo” (FERREIRA, 1999, p. 962).

Diante do exposto, optou-se por investigar, através de estudo de caso de natureza qualitativa, o Curso Introdutório do Pólo de Capacitação da UFJF, suas repercussões nas equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, pois, segundo o MS, era a partir do CI, que se iniciava o processo de educação permanente das equipes, objetivando a estruturação da organização inicial do processo de trabalho. Utilizaram-se, para coleta de dados, entrevistas com os formuladores de políticas do nível federal, estadual, regional e municipal; grupo focal e questionário com os profissionais de três equipes de Saúde da Família, que atendiam a critérios preestabelecidos. A observação foi complementar aos instrumentos aplicados.

Objetivos específicos foram estabelecidos, como metas a serem alcançadas ao final da pesquisa: a) identificar qual o significado do CI para os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família; b) identificar qual foi o significado do CI para os formuladores de política dos níveis de governos na prática das equipes da Saúde da Família; c) identificar como as equipes de Saúde da Família relacionam os conteúdos discutidos no CI no cotidiano de suas práticas; d) identificar quais conteúdos do CI foram efetivamente agregados ao cotidiano do trabalho das equipes, e) discutir as repercussões do CI na organização do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Há de se considerar que a pesquisa se refere a uma das estratégias de viabilização da Política Nacional de Saúde - SUS, instituída em 1994, sob a alcunha de Programa de Saúde da Família, tendo como um dos eixos de ação a política de recursos humanos para

os profissionais das equipes. Portanto, a política nacional de saúde fundamenta a política de recursos humanos. Toda política pública, segundo Goulart (2002), possui os elementos que a constituem, que são: os atores, o contexto, o conteúdo e o processo. Todos os elementos possuem forte influência cultural, histórica, ideológica, social, econômica e política, estando interligados e sofrendo influências externas e internas, na aplicabilidade da política. Desta forma, imprimem às políticas públicas uma dinamicidade ao serem aplicadas em ambientes de permanente mudança, o que sugere a flexibilidade na operação do modelo.

A Saúde da Família deu evidência dessa flexibilidade das políticas de saúde traçadas no nível federal, quando da sua aplicabilidade no nível municipal. Segundo Goulart (2002), não existe implementação perfeita de uma política, porque existe uma distância entre a intenção de sua formulação para o gesto de colocação em prática.

É nesse contexto de dinamicidade, de flexibilidade e de mudanças constantes da realidade, características da Estratégia da Saúde da Família e das políticas de operacionalização do modelo assistencial de saúde do SUS, que a pesquisa se realiza. Pode-se inferir o caráter circunstancial desta pesquisa, decorrente das mudanças políticas de governo nos três níveis (federal, estadual e municipal), e de suas conseqüências no desenvolvimento da política pública de saúde, especialmente na Saúde da Família.

Mas vale ressaltar que, mesmo a pesquisa tendo a característica circunstancial, não se limitou a identificar dados, mas procurou, dentro do possível, apontar caminhos para o desenvolvimento de estratégias de educação permanente, as quais reorientam a política de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, capazes de impulsionar a transformação desejada das práticas de saúde desejadas, centradas no paradigma³ da determinação social da saúde.

O presente estudo está estruturado com a Introdução, que contextualiza a necessidade de formar e de capacitar os profissionais da área de saúde na atenção primária, enfatizando o despreparo para atuar no modelo assistencial de saúde e na estratégia de Saúde da Família.

Capítulo 1 - Saúde da Família: discute a Saúde da Família como estratégia de atenção primária estruturante para a mudança do modelo assistencial do SUS e a transformação das práticas em saúde, que demandam novas competências profissionais.

³ Segundo Paim e Almeida Filho (2000, p. 30), “é o conjunto de noções e pressupostos e crenças relativamente compartilhados por um determinado segmento de sujeitos sociais que serve de referencial para a ação”.

Capítulo 2 - Processos Educativos na Saúde: articulação ensino-serviço: discute os processos educativos desenvolvidos nos serviços, a educação permanente para a saúde como estratégia que contribuiu para a reorganização dos serviços e reorientação dos modelos assistenciais de saúde; o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, como estratégia utilizada para o desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde da Família; o CI como etapa inicial da educação permanente para as equipes de Saúde da Família.

Capítulo 3 - O Caminho Metodológico: descreve o percurso metodológico utilizado. A seguir, são apresentados os resultados da pesquisa.

Capítulo 4 - Contextualizando o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família de Juiz de Fora: descreve e contextualiza o cenário de Juiz de Fora e das UBS das equipes pesquisadas, bem como os elementos constitutivos do processo de trabalho a fim de auxiliar o entendimento de como se processa o trabalho nas equipes.

Capítulo 5 - Saberes e Fazeres: o discurso e a prática das repercussões do CI, no cotidiano das equipes de Saúde da Família, procurou-se identificar que mudanças e que temas foram realmente apreendidos no cotidiano das práticas das equipes e as mudanças identificadas a partir do CI.

Capítulo 6 - A Educação Permanente: o CI sob os diversos olhares de quem vivenciou e vivencia a Saúde da Família: apresenta qual foi a significação do CI na visão dos entrevistados dos âmbitos federal, estadual, regional e municipal e para os profissionais das equipes. Analisa qual foi a influência do CI na organização do trabalho das equipes pesquisadas e se ele é realmente início da educação permanente das equipes.

Concluindo, apresentam-se as Considerações Finais, ressaltando algumas reflexões sobre o processo educativo focado e traçam-se algumas proposições para o desenvolvimento de educação permanente em saúde para o município de Juiz de Fora.

INTRODUÇÃO

Até quando a sociedade vai poder pagar para ter profissionais que não correspondem às necessidades de saúde de um grande contingente da população e nem atendem às necessidades de organização dos serviços? (SOUZA et al, 2002, p. 154)

A década de 80 foi marcada mundialmente pelo aprofundamento da crise econômica advinda dos países industrializados, causando desequilíbrios nas políticas macroeconômicas, financeiras e de produtividade, repercutindo na economia internacional.

Essa crise se aprofundou, na década seguinte, pressionando os países, principalmente os da Região das Américas, a se reestruturarem administrativamente, para se adequarem à política de reajuste estrutural, de acordo com as reformas de cunho neoliberal, tornando o neoliberalismo a ideologia oficial dos Estados capitalistas.

As reformas impostas eram centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na redução do Estado, na privatização do setor público, inclusive nas áreas de saúde e educação, ocorrendo um desinvestimento nas políticas sociais dos países, com cortes lineares e deterioração dos padrões do serviço público, principalmente na América Latina (FEUERWERKER et al, 2002; MACHADO, 2002; PIERANTONI, 2000; HADDAD et al, 1990).

A crise econômica internacional contribuiu para a crise nos sistemas de saúde do mundo, e principalmente dos países da América Latina, fortemente marcados pela baixa intervenção nos problemas de saúde; por não melhorarem os indicadores de saúde; por optarem por concepções políticas que não geraram grandes impactos na diminuição da pobreza e melhores condições de saúde da população. Tais fatos são reforçados pelo contexto vivenciado nesses países relacionado: à transição epidemiológica; ao afastamento e à diminuição do papel do Estado no desenvolvimento das políticas sociais, potencializados pelo uso de inadequados instrumentos de análise e planejamento em saúde, entre outros.

Associado a essa crise, observou-se que os avanços tecnológicos, as novas formas de organização do trabalho, e o processo de globalização impuseram novas competências e habilidades aos trabalhadores, incluindo os do setor saúde. Além disso, verifica-se a crescente informalidade e flexibilidade nas relações de trabalho, que são novas realidades a serem enfrentadas (NOGUEIRA, 2002; FEUERWERKER et al, 2002; PIERANTONI, 2000; MACHADO, 2002).

No bojo desse contexto, no Brasil, as reformas do setor saúde tiveram como foco central a privatização, a desregulação e a flexibilização da gestão, interferindo nas relações de trabalho. Em decorrência dessa mudança, observou-se o aumento da terceirização dos serviços, a ampliação do quadro de categorias profissionais, que tradicionalmente não eram da área da saúde, como engenheiros, analistas de sistema, administradores, entre outros. Apesar da ampliação das categorias profissionais no setor saúde, observa-se a diminuição do número de funcionários públicos, decorrente da crise estrutural do papel do Estado (PIERANTONI, 2000).

Nesse sentido, os sistemas de saúde têm sofrido os reflexos das políticas econômicas recessivas para o setor social, o que vem comprometendo os princípios da equidade e de maior acessibilidade da população aos serviços de saúde. Dessa forma, a maioria dos países da Região das Américas foi obrigada a promover reformas no setor saúde e, conseqüentemente, em seus modelos assistenciais de saúde⁴ (OPAS, 2002).

Uma das tendências mais fortemente observadas em conseqüência da crise foi a contenção de custos discutida pelos países do primeiro mundo devido aos altos custos com a atenção médica, decorrente da excessiva dependência do capital e da tecnologia. Nos países em desenvolvimento, pela necessidade de melhor utilização dos recursos.

Entre as medidas mundialmente discutidas para o reordenamento do setor estão as racionalizadoras da assistência médica: tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar; redirecionar para as práticas de atenção ambulatorial, de atendimento domiciliar e da atenção primária e de prevenção.

De acordo com Haddad (1994, p. 6)

[...] en general, el efecto de la crisis ha sido dramático y singular, ya que países que anteriormente tenían prósperos sistemas de salud se han visto enfrentados al deterioro de programas prioritarios, al cierre de hospitales, a la imposibilidad de mantener tecnología y a la deserción de profesionales, todo ello producto de asignaciones presupuestarias decrecientes y recursos cada vez menores.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, todos os países da América Latina e do Caribe têm implementado as reformas, com vistas à prestação de serviços mais equitativos, com gestão mais eficiente e resultados mais eficazes no atendimento às necessidades da população. As reformas têm se processado de várias

⁴ Para Paim (2003, p. 568), modelo assistencial “[...] é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologia para resolver problemas e atender necessidade de saúde individual e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de “lógica” que orienta a ação”.

formas e com características diferenciadas em cada país. Nos países em desenvolvimento, têm sido dificultadas pela profunda desigualdade social, o que tem atrasado o avanço no cumprimento das propostas, cuja concepção de saúde está intrinsecamente ligada à qualidade de vida (OPAS, 2002).

Com o esgotamento do modelo assistencial curativo/hospitalocêntrico/individual, verificou-se que as experiências internacionais têm optado por atender e dar respostas aos princípios de acessibilidade, eficácia na qualidade da atenção à saúde e na prevenção das doenças, por modelos de atenção primária centrados em modelos assistenciais de família, aos quais o Brasil se integra.

No Brasil, as décadas de 80 e 90 foram marcadas pelos importantes avanços e transformações ocorridas na política de saúde e nos desafios impostos para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS. A descentralização e a participação social são focadas como importantes fatores a serem implementados como estratégia para as transformações necessárias no campo organizacional das políticas de saúde. Como base ideológica a universalidade, a igualdade e a equidade são garantidas pelas leis orgânicas da saúde.

A concepção de saúde no SUS passa a ser entendida como resultado de múltiplas determinações e mantenedora de uma relação direta com o social, que determina o processo de adoecer e morrer das pessoas nas comunidades. Nesse entendimento, busca-se reconhecer o processo de construção social da saúde, procurando fortalecer a autonomia das populações em relação à sua própria saúde.

O modelo proposto pelo SUS preconiza como diretrizes para sua real implantação os princípios filosóficos e organizacionais; a incorporação do conceito ampliado de saúde, entendido como qualidade de vida; a utilização dos perfis epidemiológicos de cada região ou município na definição das prioridades, subsidiando o planejamento da assistência embasado nas reais necessidades de saúde da população; a promoção de mudanças nas práticas assistenciais, assegurando uma atenção integral à saúde dos cidadãos, priorizando as ações preventivas e promocionais da saúde; a formação de trabalhadores capacitados para utilizarem a epidemiologia como instrumento de reorientação da sua prática (BRASIL, 1990).

Portanto, nessas décadas, a priorização, na agenda política, da área de recursos humanos tem incentivado as discussões e deliberações nos diferentes fóruns: movimentos, encontros, conferências nacionais de saúde e de recursos humanos, com a participação ampla da sociedade, com o objetivo de traçar diretrizes para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos, tanto na área do ensino, como do serviço.

Esse movimento produziu vários documentos, entre eles, o mais recente, “Princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - Norma Operacional de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RH-SUS” (BRASIL, 2005). Mas observou-se também a fragilidade dessa área para se colocar em prática a referida NOB/RH-SUS.

Em pesquisa realizada por Nogueira (2002), foi observado que 60,3% dos gestores e 46,3% dos trabalhadores julgavam que a NOB/RH-SUS é útil, mas que deveria ser mais discutida e aperfeiçoada. 20% dos participantes (gestores e trabalhadores) não se sentiam seguros a opinarem sobre ela ou a desconheciam. Pode-se inferir, portanto, que muitas das normas, diretrizes, leis, políticas não chegam aos serviços locais de saúde e, às vezes, quando chegam, não encontram solo fértil para a sua implementação. Os problemas são vários: falta de pessoal para exercer a função na área de recursos humanos; falta de infraestrutura; a falta de recursos materiais e financeiros; falta de entendimento dos documentos (diretrizes, leis, normas), que não estão adequados à realidade local (MOTTA 1998; PIERANTONI, 2000; NOGUEIRA, 2002).

Assim, com o SUS, verificou-se uma demanda de atuação dos profissionais que compõem as equipes de saúde a prestarem uma assistência integral aos usuários do sistema. O processo de implementação do SUS vem potencializando-se a cada dia. De um lado, tem-se a implantação exigida pelo modelo que o sistema propõe, do outro, as exigências impostas pelos avanços tecnológicos, determinando uma necessidade de aquisição de novas habilidades, posturas e conhecimentos de todos os profissionais (ABRASCO, 1996, p. 6).

Dessa forma, o SUS passa a exigir da área de recursos humanos políticas capazes de operacionalizar as transformações necessárias ao sistema, uma vez que são os trabalhadores de saúde os agentes do processo de trabalho e, em parte, responsáveis pela real implementação do modelo assistencial preconizado.

É premente intervir na educação e no trabalho diante do descompasso entre formação e necessidade de serviços. Aos serviços, além da responsabilidade de prestar assistência de qualidade aos cidadãos usuários, têm-se colocado uma outra grande responsabilidade, que é a de educar, no sentido de tentar readequar os profissionais de saúde já inseridos nos serviços às necessidades do modelo. Uma das formas desenvolvidas pelos serviços de saúde, nessa adequação dos profissionais, frente às novas exigências do modelo assistencial, foram os processos educativos⁵. Nos estados e em poucos municípios,

⁵ Processos educativos: os processos educativos nos serviços de saúde visam ao desenvolvimento dos trabalhadores e representam uma série de atividades genericamente denominadas capacitações, treinamentos ou cursos. Essas atividades envolvem desde capacitações emergenciais, pontuais, até processos de formação mais estruturados e contínuos (SOUZA et al, 1991, p. 5).

ficam a cargo dos setores de Recursos Humanos – RH – as responsabilidades dessa função. Esses setores, na maioria das vezes, funcionam mais como setores de administração de pessoal do que de desenvolvimento de RH, além de serem constituídos de profissionais despreparados e que possuem pouca ou nenhuma autonomia para o desempenho das políticas definidas para a área. (PIERANTONI et al, 2005).

Na educação, projetos de mudanças na formação dos profissionais de saúde, apontando para a necessidade de um novo perfil profissional, que absorvesse as transformações no mundo do trabalho e as novas competências humanas pretendidas na saúde, pois o que se verifica é a predominância do modelo hegemônico de formação flexneriano, fortemente reforçado, desde a década de 60, na Região das Américas (TANCREDI; FEUERWERKER, 2001).

Na América Latina, a realidade do ensino superior possui características que revelam os desafios a serem superados por esse setor – fragmentação, heterogeneidade, empobrecimento, expansão. É também verificada a ausência de integração ensino/serviço, a dicotomia entre a teoria e a prática e a divisão do currículo em ciclo básico e profissionalizante, características do modelo flexneriano. Fatores que impedem os futuros profissionais de conhecer a realidade dos problemas e do trabalho em saúde. Como consequência, tem-se a formação de profissionais despreparados para atuar nos sistemas de saúde, que tenham como eixo ordenador a assistência integral (RIBEIRO, 2003).

As adaptações dos processos educativos realizados pelos serviços na Região das Américas desconsideram o contexto no qual os serviços de saúde e a população estão inseridos, não relacionam as necessidades de capacitação ao processo produtivo dos serviços (SOUZA et al, 1991).

Reforça essas características dos processos educativos a utilização de metodologias de ensino/aprendizagem tradicionais, que priorizam a transmissão de conhecimentos, formando profissionais acríticos, não-reflexivos e reprodutores de conhecimento. Para a transformação esperada nos serviços com vistas à implantação dos modelos assistenciais de saúde da Região, propostos pelas políticas, faz-se necessário atentar para o “processo de produção dos serviços de saúde, seus agentes e as relações entre os processos educativos e produtivos” (SOUZA et al, 1991, p. 247).

As mesmas autoras destacam que vários serviços, ao proporem processos educativos, entendiam que, na verdade, não passavam de meros treinamentos, preocupados em aumentarem a produtividade ou a adequação dos profissionais aos programas assistenciais, fossem eles nacionais, estaduais ou municipais. Os serviços direcionavam

esses processos apenas para o aprimoramento das técnicas, desvinculadas da prática concreta dos trabalhadores de saúde. As metodologias utilizadas nesses cursos reproduziam os conhecimentos, através da transmissão, ‘colagem’, “que não instrumentaliza um pensar e fazer reflexivo e crítico” (SOUZA et al, 1991, p. 19). Conseqüentemente, pouco contribuíam para as mudanças desejadas no setor e deixavam de propiciar aos profissionais a qualificação técnica desejada e a formação como cidadãos, agentes de mudanças.

Nesse sentido, a metodologia da educação permanente em serviço é a que tem potencial de viabilizar processos educativos, a partir do cotidiano do trabalho. A educação permanente orienta a busca de conhecimentos, propiciando o desenvolvimento de práticas que respondem às necessidades de saúde do serviço. O desenvolvimento de educação permanente tornou-se, portanto, imprescindível para os profissionais que atuam nos serviços de saúde e constitui uma das estratégias de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS.

No ensino, durante as décadas de 60, 70 e 80, algumas propostas de implantação de mudanças na formação dos profissionais da área da saúde, baseadas na atenção à saúde e no desenvolvimento de novos modelos pedagógicos, foram desenvolvidas, porém pontuais e não abrangentes, desconsiderando os sujeitos dos serviços, do ensino e da comunidade. As mudanças também esbarraram na cultura tradicional das instituições e de grupos envolvidos, resistentes a mudanças (ALMEIDA; FEUERWERKER; LHANOS, 1999).

Entre os projetos desenvolvidos na América Latina estão os projetos UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a Comunidade, apoiados pela Fundação *Kellogg*, implantados a partir de 1992, o que representou um dos maiores investimentos do setor filantrópico em um só programa na América Latina. Os projetos UNI tiveram como ideário: “propor uma mudança na atenção à saúde e na formação correspondente dos profissionais, que leve a uma (re)humanização da atenção, através de um processo baseado na parceria entre universidade, os serviços de saúde e a comunidade” (MACEDO, 1999, p. xi).

Os 23 projetos UNI, distribuídos em 11 países latino-americanos, são exemplos de um novo movimento de mudança no setor latino-americano, permitindo inovações nos processos de formação de recursos humanos, comprometendo as instituições e os atores envolvidos, evitando, dessa forma, os equívocos dos demais projetos das décadas anteriores.

Para Feuerwerker e Sena (1999), os projetos UNI contribuíram de diferentes maneiras, em cada um dos países, promovendo mudanças nos três eixos do seu ideário. No eixo da formação profissional e da educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde e no que tange a novas pedagogias de ensino e de aprendizagem, novos cenários de ensino foram viabilizados. Esses projetos reforçavam movimentos de reforma curricular em algumas universidades, apoiaram ou estimularam a implantação de novos movimentos, no sentido de formar um novo profissional crítico, reflexivo, que responda aos problemas de saúde da população.

Esses projetos ainda foram insuficientes para promover as transformações necessárias, frente às novas competências e habilidades exigidas ao novo trabalhador: capacidade para fazer diagnóstico, propor solução, solucionar problemas, trabalhar em equipe, auto-organizar-se e encarar situações em constante mudança, entre outras (FEUERWERKER et al, 2002).

Observam-se a inadequação dos currículos da área de saúde e o esgotamento do modelo tradicional de formação e de capacitação desses recursos humanos.

Pierantoni et al (2003, p. 291) reforçam que: “os currículos aplicados têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde”. Ainda se convive, atualmente, com currículos com grande carga horária informativa com pouca ou nenhuma vivência nos serviços de saúde. Essa última, quando acontece, é experienciada no estágio (final do curso), principalmente na área hospitalar. Observa-se, então, a deficiência na formação do pensamento crítico-reflexivo, comprometendo o desenvolvimento de atitudes relacionadas no agir em saúde. A formação na graduação tem capacitado os futuros profissionais para o “desenvolvimento de habilidades técnicas para o sistema de alta complexidade diagnóstica e terapêutica” (PIERANTONI, 2000, p. 69-70) distanciados da formação generalista, conseqüentemente também distanciados dos futuros companheiros de serviço, comprometendo o trabalho em equipe.

Nesses currículos, os alunos não eram estimulados a conviver, mas sim, a estabelecer relações com os equipamentos, característica marcante da reforma universitária de 60, baseada no modelo norte-americano da ultra-especialização, da separação do ser integral que é o homem pelo seu aspecto biológico ainda predominante na atualidade (HENRIQUES, 2004).

Essa formação justifica e reforça as características presentes no atual modelo assistencial de saúde: altamente caro, com incorporação da tecnologia, centrado no hospital, no profissional médico como principal sujeito do processo de trabalho em saúde, uma vez que este detém o poder e o saber do diagnóstico e da terapêutica.

Todas essas reflexões já se faziam presentes, no contexto da saúde, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde –1986 (NASCIMENTO, 2004) e estiveram presentes nas demais Conferências, reforçando a necessidade de se assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos para implementação do SUS. Além das Conferências, essas reflexões vêm sendo discutidas e analisadas por vários autores, entre os quais destacam-se: Pierantoni e Machado (1993); Paim (1994); Salum et al (1996), Almeida; Feuerwerker; Llanos (1999); Machado (2000); Ceccim et al (2002), encontrando, na formação de graduação, a interseção dos discursos.

Ao se observarem os trabalhadores da saúde, verifica-se que:

a formação prévia dos trabalhadores de saúde é bastante heterogênea. Os profissionais preparados em nível superior, ao serem absorvidos pelos serviços, se deparam com a realidade e com a perplexidade, verificam que não possuem os instrumentos e os conhecimentos necessários para atuar criticamente na realidade dos serviços (SOUZA et al, 1991, p. 18).

Isso indica que os currículos da saúde vêm se adequando tardiamente às transformações ocorridas na área (políticas e serviços). Em 1993, na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, foi discutido que, além de evidenciarem um distanciamento dos currículos das necessidades atuais para a inversão do modelo, privilegiavam a formação acadêmica “por disciplinas nas quais se observava a fragmentação do ensino [...] com práticas dicotomizadas teoria x prática, saber x fazer, ciclos básicos x profissional” (BRASIL, 1993, p. 16 e 27).

A fragmentação dos currículos da área da saúde reflete no cotidiano dos profissionais, dificultando a visualização do processo de trabalho total. Isso favoreceu a desarticulação entre as necessidades dos serviços de saúde e os conhecimentos adquiridos nas instituições de ensino.

Paim (1994, p. 7) refletiu e analisou toda essa discussão do despreparo dos profissionais:

- O tipo de recursos humanos formado é determinado pela estrutura das práticas de saúde, isto é, pela organização dos serviços de saúde e pela sua influência sobre o mercado de trabalho do setor, ambos condicionados pelas práticas de saúde do Estado;

- As instituições de ensino, embora dispondo de uma autonomia relativa para definir os tipos de recursos humanos a serem preparados, não são capazes de alterar, por si só, a estrutura das práticas de saúde. Produzem, inclusive, uma ação de reforço e de reprodução dessa estrutura através da ideologia, do “habitus”, da cultura e das práticas exercidas pelos seus docentes. Quando ocorrem mudanças nas políticas de saúde e na organização dos serviços, essas mudanças acontecem mais rapidamente nos serviços do que nas instituições de ensino;

- Apesar da participação retardatária das instituições de ensino na reorganização dos serviços de saúde, é necessário criar meios para reduzir o distanciamento entre o modo hegemônico de produção de recursos humanos e os ideais de democratização de saúde.

Verifica-se a inexistência de integração entre as instituições formadoras de recursos humanos (universidades) e os serviços de saúde, “a escola ainda encontra-se distante da realidade dos serviços” (SALUM, 1996, p. 51). Muitas vezes, dividem o mesmo espaço com interesses diferentes, o que resulta em uma falta de entrosamento entre os trabalhadores e alunos. Como consequência, não ocorre uma troca de informações e de saberes.

A revisão curricular e a destinação de recursos financeiros eram fundamentais para a aproximação dos profissionais de saúde com a realidade social e as necessidades coletivas de saúde. Existia a necessidade de as Secretarias Municipais e Estaduais destinarem recursos orçamentários para a capacitação de seus quadros de pessoal, pois já se encontravam inseridos nos serviços (PAIM, 1994). Essa posição é discutida na IX Conferência Nacional de Saúde em 2000 (NASCIMENTO, 2004), sugerindo a fixação de 1% do orçamento setorial da saúde, em cada esfera de governo, para o desenvolvimento e a formação de recursos humanos, o que não foi viabilizado.

Em contraponto a esse modelo de formação dos profissionais de saúde, o modelo assistencial proposto pelo SUS preconiza que as ações de atenção à saúde fossem coletivas, privilegiando a promoção à saúde e a prevenção de agravos. A assistência deveria ser integral, oportuna, resolutiva e de qualidade. O indivíduo e/ou grupos deviam ser atendidos como seres totais e não somente em suas necessidades afetadas por doença, com a garantia de que fossem atendidos em todas as ocasiões que se fizessem necessárias, com qualidade nas ações de saúde prestadas aos usuários e com um grau de resolução de seus problemas que os levassem à saída do sistema de saúde.

No Brasil, no final dos anos 90 e início de 2000, alguns fatores contribuíram para incentivar as mudanças nos processos de formação de pessoal de nível superior: a elaboração da nova Lei de Diretrizes e Bases n. 9.394, dezembro de 1996, que prevê o ensino baseado no desenvolvimento de competências com eixo de formação no trabalho, na flexibilização dos currículos de graduação; a definição de Diretrizes Curriculares para os Cursos da Área da Saúde, pelo Conselho Nacional de Educação (2001) que estabeleceram competências comuns para os profissionais da área de saúde que se aproximaram das necessidades do serviço; a criação dos Programas de Incentivo a Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED) e Enfermagem (PROENF)⁶.

Existe a necessidade de uma grande ação intersetorial entre órgãos formadores de recursos humanos, serviços e comunidade, com a finalidade e o comprometimento de se adequarem os profissionais já inseridos nos serviços de saúde diante das mudanças necessárias e também da inserção dos alunos aos cenários de prática o mais precocemente possível. Isso os levaria a vivenciar a realidade das comunidades, auxiliando na melhor compreensão do processo saúde-doença e no entendimento da realidade dos serviços de saúde, para que possam desempenhar uma abordagem integral independente da especialidade escolhida.

O MS, a partir do ano de 2004, colocou em prática dois novos projetos: o Aprender SUS, política de mudança na graduação

é a tradução do desejo do Ministério da Saúde de estabelecer um diálogo organizado com o setor da educação para construir um perfil de formação profissional que dialogue com as necessidades da atenção à saúde no país. E o eixo principal dessa discussão é a Integralidade da atenção. Precisamos formar profissionais capazes de participar da produção de uma saúde integral para as pessoas (FEUERWERKER, 2004, p. 2).

Esse projeto estimula e mobiliza as instituições formadoras de recursos humanos através de seus docentes e alunos a desenvolver experiências que busquem construir uma formação direcionada para a Integralidade. Ou seja, criar base de conhecimentos e experiências com êxito de mudanças, que contribuam para a sustentabilidade das mudanças necessárias tanto na formação como no modelo assistencial de saúde.

⁶ Esses programas foram iniciativas entre o Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, financiadas pelo Ministério da Saúde, para apoiar e promover iniciativas de reorganização curricular levando à introdução das diretrizes curriculares, articulando uma maior aproximação do ensino com o serviço, na expectativa de uma formação que atendesse às necessidades do SUS. Para tal, esses programas incentivam projetos que redefinem os perfis profissionais, os currículos por competências e as mudanças dos processos pedagógicos, tendo em vista o elenco de capacitações necessárias ao SUS.

O outro projeto é o VER SUS/BRASIL - Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil, que faz parte da estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). “A missão é promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde” (BRASIL, 2005a, p. 1). Segundo o MS, o projeto orienta-se pela abertura do sistema como espaço de ensino e aprendizagem para os estudantes da área da saúde. Sua realização, nos espaços de ensino-serviço, visa tornar presente para os estudantes as ações de condução do sistema de saúde.

Tanto o APRENDER SUS como o VER/SUS são estratégias adotadas pelo MS como forma de intervir fortalecendo o processo de formação, ciente da inadequação da formação da atualidade. Através dos projetos, as mudanças dos currículos e a vivência dos alunos na realidade do sistema proporcionam uma maior aproximação com a realidade brasileira e, conseqüentemente, com seus problemas e necessidades, promovendo uma participação crítica e reflexiva dos alunos e profissionais de saúde inseridos nos serviços, na comunidade, das reais necessidades do sistema e as mudanças na formação de profissionais.

Quando se desejam serviços de saúde pautados na qualidade, equidade e nas necessidades da população, a educação é um instrumento importante de conquista. O investimento na formação através das mudanças curriculares, a organização de processos de educação permanente nos serviços de saúde, tornam-se prioritários no momento para avanços efetivos no modelo assistencial de saúde (CECCIM et al, 2002).

No Brasil, a política nacional de Atenção Primária à Saúde - APS instituída foi o Programa de Saúde da Família, em 1994, que teve, nos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal da Saúde da Família, a estratégia para o desenvolvimento de recursos humanos. As ações em ambos os setores, saúde e ensino, eram ações estratégicas de intervenção para a reorientação do modelo assistencial de saúde e buscavam ser o agente indutor das mudanças curriculares. Os Pólos procuraram ser o elemento articulador entre o ensino-serviço, aproximando o saber da prática, procurando romper a barreira até então existente.

Diante do exposto, abordar a Saúde da Família na perspectiva do entendimento de sua concepção de APS e da necessidade de formar e capacitar profissionais para atuação no modelo que a estratégia preconiza é fundamental para a compreensão do objeto e objetivos desta pesquisa, como também para a elucidação dos achados na investigação.

1 SAÚDE DA FAMÍLIA

A organização deste capítulo partiu da observação, estudos e vivência da pesquisadora desde o ano de 1995 e da constatação de que um dos nós a serem desatados para a efetiva implantação e implementação da Saúde da Família encontrava-se no componente de recursos humanos, devido à inadequação desses para atuar na proposta.

Talvez, esse seja um dos problemas mais complicados de ser resolvidos, uma vez que depende de políticas exequíveis não só da área de saúde, mas também da área da educação e do trabalho. Não se formam profissionais e nem se capacitam aqueles já inseridos na rede em curto prazo de tempo. Não se organiza sistema de saúde, não se muda modelo de atenção à saúde e não se colocam em prática políticas com simples atos governamentais, com envolvimento e interesse de alguns atores no complicado cenário da saúde.

Não há como desenvolver políticas de recursos humanos na saúde, se não houver uma integração dos ministérios, uma vez que cabe ao Ministério da Educação e Cultura – MEC “o sistema de preparação do mandato de regulamentar boa parte do processo de formação e capacitação de pessoal” (SEIXAS, 2002, p. 105). Ao Ministério do Trabalho cabe o “processo de regulamentação das relações de trabalho bem como das negociações entre prestadores e financiadores que é definido e acompanhado externamente pelas leis trabalhistas” (SEIXAS, 2002, p.105). Devemos considerar também o subsistema da regulação profissional, que possui toda a regulamentação instituída através de leis que estabelecem o exercício profissional e que realizam acompanhamento, fiscalização através dos conselhos profissionais, que segundo o autor, “passam a disputar entre si os campos específicos de prática” (SEIXAS, 2002, p. 105).

Portanto, a capacidade de uma política de saúde ser efetivamente implantada, que demande a formação de novo perfil profissional, como o da Saúde da Família, dependerá de uma ampla articulação intersetorial.

Assim, faz-se necessário entender a concepção da atenção primária à saúde, o que o modelo preconiza, para então se discutir a Saúde da Família como proposta de modelo de atenção primária à saúde no Brasil, para a viabilização do SUS e a demanda um novo perfil profissional.

1.1 A Atenção primária à saúde

O termo Atenção Primária à Saúde – APS aparece oficialmente em um documento redigido por *Lord Dawson of Penn*, em 1920, no Reino Unido, que tratava da organização do sistema de serviços de saúde e posteriormente, deu base para a concepção de regionalização. O documento distingue três níveis de serviços de saúde: centros primários de saúde, centros secundários de saúde e hospitais-escola, com suas respectivas funções (STARFIELD, 2004).

Essa primeira concepção teórica subsidiou a reorganização de vários serviços de saúde de muitos países, entre os quais, o Brasil. Uma das concepções de APS parte do entendimento de nível de atenção na qual a APS está na base da pirâmide, sendo a porta de entrada do cidadão no sistema (MENDES, 2002). Tem-se, nessa definição de APS, a idéia de organização hierárquica do sistema e de complexidade tecnológica, sugerindo que, na base da pirâmide, a tecnologia utilizada é menos complexa, exigindo, portanto, equipamentos mais simples e pessoal menos qualificado. Mendes (2002) relata que é um equívoco estabelecer essa forma de organização do sistema, pois não acredita que a complexidade dos procedimentos dos níveis terciário e quaternário, mais intensivos em tecnologias de produto, sejam mais complexos do que os procedimentos desenvolvidos no nível da atenção primária à saúde, que são intensivos em cognição.

No Brasil, essa concepção de APS como nível básico da pirâmide está presente na organização do sistema, e observa-se o gargalo estabelecido do nível primário para os demais níveis de atenção, que, ao selecionar o acesso aos demais níveis, não garante o atendimento e a oferta de serviços para todos os que procuram e necessitam. Uma das causas para o excessivo número de encaminhamentos aos demais níveis de atenção está tanto relacionada à baixa resolutividade no nível da atenção básica, em termos de infraestrutura e insumos, como no despreparo dos profissionais para atuar na lógica de APS.

Em 1977, na trigésima Reunião Anual da Assembléia Mundial da Saúde, é discutido que os governos deveriam ter como meta social “Saúde para todos no ano de 2000”. Os princípios redigidos para o alcance foram divulgados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata no ano de 1978. Nessa Conferência, foram discutidos e elencados os elementos fundamentais da APS: saneamento básico; educação em saúde; programa materno-infantil, abrangendo a imunização e planejamento familiar; prevenção de endemias; tratamento das doenças e dos danos mais

comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de alimentação saudável; e a valorização da medicina tradicional.

A WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (Organização Mundial da Saúde – OMS) definiu a APS como:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos, famílias e comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contacto de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p. 5-6*).

Esse entendimento não foi homogêneo em todos os países (desenvolvidos e em desenvolvimento), o que ocasionou várias interpretações e diferentes maneiras de ser operacionalizada. No Brasil, o entendimento da APS e de seus elementos constitutivos, conforme explicitado pela definição da WHO (1978), deu origem a uma segunda concepção de APS (déc. 70), a qual Mendes (2002) denomina de APS seletiva, ou seja, foi desenvolvida focalizadamente para grupos populacionais em determinadas áreas pobres.

Foi da compreensão de muitos que a situação desses grupos seria resolvida, se destinassem uma tecnologia simples, de baixo custo, com profissionais menos qualificados para a resolução dos problemas de saúde. Há de se ressaltar que, nessa concepção, não havia a referência formalizada, de acordo com a complexidade do problema de saúde. A APS tinha fim em si mesma, porque o sistema de saúde formalizado na época era de atenção aos indivíduos portadores de emprego formal, portanto a eles era “garantido” o atendimento necessário. No contexto da realidade brasileira, observa-se, ainda nos dias de hoje, a presença dessa concepção de APS orientando alguns sistemas locais de saúde.

Na busca de se atingir o conceito de APS da WHO (1978), observa-se que muitos países em desenvolvimento lutam, até hoje, para adquirir alguns elementos essenciais como saneamento básico. Alguns países procuraram reorganizar seus serviços para consolidar os aspectos médicos e de saúde da atenção primária. Cuba, por exemplo, surgiu com os médicos de família. Esses residem e trabalham na comunidade, integrando os serviços médicos convencionais com serviços sociais e ambientais, e atuam como verdadeiros agentes de mudança, em prol do desenvolvimento da APS (STARFIELD, 2004).

Os países industrializados atingiram, sem muitos esforços, os itens relacionados ao desenvolvimento da APS, mas isso não garante o seu pleno exercício, pois há de se observar como está o desenvolvimento das ações de saúde em seus sistemas. Um dos problemas enfrentados, que obstaculiza a APS é a hegemonia do médico especialista, que é subsidiado pelo modelo de formação médica, a indústria da tecnologia em saúde, o que reforça o modelo assistencial voltado para o hospital e para a doença, hegemônico nos países latino-americanos (STARFIELD, 2004).

No Brasil, a partir de 1988, com a criação do SUS, observa-se o avanço na definição do sistema de saúde tendo como porta de entrada para o sistema os serviços de APS, denominados de serviços de Atenção Básica de Saúde.

Observa-se que o SUS possui muitas das características que compõem a Carta de Lubiana⁷, que sugeriu como os sistemas de saúde deveriam ser organizados a partir da APS cujos princípios nela contidos foram adotados pela Comunidade Européia, a partir de 1996, a saber:

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- direcionados para a atenção primária.

Surge, então, uma terceira concepção: a APS como estratégia para organizar os sistemas de saúde, não mais centrada na seletividade e nem como nível isolado de atenção, mas de estruturação do sistema a partir da APS. Nesse caso, a atenção é centrada na concepção da responsabilidade sanitária, com base territorial, equânime, com visão do indivíduo integral não mais fragmentado, com desenvolvimento de ações contínuas não esporádicas (MENDES, 2002). Nesse sentido, Mendes (2002) destaca que o correto entendimento de APS dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores descritos por Starfield (1992):

⁷ Carta di Lubiana sulle Riforme della Sanità Conferenza Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle riforme della Sanità. Lubiana, Slovenia, 17-20 giugno 1996.

- O primeiro contato → acesso e o uso do serviço de saúde pelo usuário para cada novo problema ou episódio do qual necessite;
- A longitudinalidade → aporte regular de cuidados realizados pela equipe de saúde ao indivíduo, família ou comunidade estabelecendo vínculo e relação mais humanizada;
- A integralidade → conjunto de serviços prestados pela equipe à população, objetivando o atendimento das necessidades de saúde dessa, adscrita a um serviço através do estabelecimento da responsabilização pelos serviços prestados, a partir do reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença;
- A coordenação → “garantir a continuidade da atenção pela equipe com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante” (MENDES, 2002, p. 14);
- A focalização na família → considerar a família como sujeito da atenção, sendo necessária a interação da equipe com esse núcleo social, para identificação e compreensão dos problemas de saúde, para estabelecer uma atenção integral de qualidade;
- A orientação comunitária → reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.

Assim, a APS não pode ser mais vista como base da pirâmide organizacional hierárquica dos níveis de atenção à saúde, mas, como centro de uma rede horizontal integrada, organizada a partir da atenção primária, em que determinaria o modo de atuar dos demais pontos de atenção.

No Brasil, surgiram algumas experiências e propostas fundamentadas na lógica de estruturação do sistema de saúde, a partir da APS, como: o Programa de Médico de Família em Niterói (1992); o modelo de Defesa da Vida (final da década de 80) no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; e o Programa de Saúde da Família – PSF (BRASIL, 1994). Todas as experiências concretizam os princípios do SUS, portanto contribuem para sua implementação (MENDES, 2002).

As diferentes concepções de APS ocasionaram, conseqüentemente, diversas formas de operacionalização dos sistemas de saúde que se organizaram e avançaram apontando as vantagens, as desvantagens, os problemas enfrentados, a resolução de problemas, aumentando o leque de discussões a respeito da APS.

1.2 A Estratégia da Saúde da Família: a experiência brasileira de APS no SUS

A institucionalização do PSF como política pública nacional de saúde acontece em 1994, quando o Ministério da Saúde – MS implanta o Programa de Saúde da Família – PSF.

No Brasil, pode-se afirmar que o programa surge em um contexto de crises e reformas, assim, a implementação do SUS enfrentava o descompasso entre a prática e a legislação, devido à existência de um grupo de atores (composto pelos diversos segmentos da sociedade) com forte resistência à mudança e de interesses de corporações na insuficiência do SUS.

Ao analisar os documentos do MS (BRASIL, 1996, 1998 e 2000b), observa-se uma evolução da proposta inicial, deixando de ser predominantemente ideológica, no plano discursivo, passa a agregar componentes definidores com proposta política ao incorporar aspectos do financiamento e de incentivos próprios, repassados fundo a fundo, ocasionando a implantação em vários municípios brasileiros - evoluindo do ideal para o real.

O Programa de Saúde da Família é visto como uma política de APS integral. O MS (BRASIL, 1996) apresenta a Saúde da Família como uma estratégia de organização dos serviços de saúde, uma medida operacional para a construção de um novo modelo assistencial de saúde, superando a concepção de “programa de APS seletiva, pelo menos no discurso oficial” (MENDES, 2002, p. 29).

Nos documentos do MS (BRASIL, 1996, 1998, 2000b), esse novo modelo assistencial de saúde se contrapõe ao modelo de saúde tradicional, porque organiza sua prática em novas bases e critérios. A atenção está focada na saúde, tendo como sujeitos do processo de ação o indivíduo, a família e a comunidade, em seu espaço vital, para melhor compreensão dos fatores determinantes do processo saúde-doença. Isso permitirá intervenções de maior significação social. Está direcionado para a promoção da equidade, por isso faz discriminação positiva e seleciona o público-alvo e formas de atenção. Reforça que não se trata de um modelo simplista de atuação para grupos populacionais desprovidos econômica e socialmente. Desenvolve uma assistência integral e “não recorta a população em fatias” (BRASIL, 1996, p. 6).

As diretrizes operacionais propostas serão apresentadas num quadro síntese a partir dos documentos analisados (BRASIL, 1996, 1998, 2000b).

QUADRO 1

Síntese das Diretrizes Operacionais da Saúde da Família baseada nos documentos dos anos de 1996; 1998; 2000

		Documento 1996	Documento 1998	Documento 2000
Concepção		Estratégia de organização dos serviços de saúde. Medida operacional para a construção de um novo modelo assistencial com novas bases e critérios. Paradigmas: saúde, da determinação social. Tem a família como núcleo de atuação, no seu espaço vital. Ações a serem desenvolvidas de promoção, prevenção, cura e reabilitação.	Estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com o SUS. Reorganização da atenção básica com a certeza de que as mesmas já constituem uma realidade concreta no contexto de mudança. Caráter substitutivo , complementaridade e hierarquização. Paradigmas: idem Núcleo de atuação: idem Ações a serem desenvolvidas: idem	Estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde , representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Entendida como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios do SUS (universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações, voltada à permanente defesa da vida do cidadão).
Diretriz				
Adscrição de Clientela		Através de base territorial, estabelece parâmetro de atendimento da equipe (600 a 1.000 famílias), flexibilizado de acordo com a diversidade dos fatores regionais, socioeconômicos, densidade populacional, acesso a serviços. Induz a responsabilização, vínculo, programação realista	Idem	Idem
R e o r g a n i z a ç ã o	Planejamento Local	A partir do diagnóstico de saúde da área e com cadastramento das famílias .	Diagnóstico de saúde local, realizar cadastramento das famílias. O modelo de planejamento é o estratégico situacional , descrito por Matus (1996). O planejamento deve ser local e pressupõe que quem planeja deva estar imerso na realidade, conhecer as necessidades da população, para quem se planeja e para quem. Esse planejamento deve ser direcionado para a resolução dos problemas identificados na área e de responsabilidade da equipe	Explicita o diagnóstico: identificação dos problemas, causas e riscos, escolha das prioridades e planejamento: programação das atividades pactuadas com a comunidade, delineando os objetivos e metas a serem atingidos levando em consideração os recursos disponíveis. Acompanhamento e Avaliação do impacto das ações sobre a realidade, acompanhado pelo SIAB.

d a s p r á t i c a s d e T r a b a l h o	Abordagem Multiprofissional	Equipe mínima para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença. (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis ACS). Promover a integralidade da atenção. Os profissionais devem residir no município. Carga horária diária oito horas. O ACS deve morar na área. Descreve as atribuições da equipe.	Todos os itens de 1996 permanecem. Acrescenta afirmando que outros profissionais poderão compor a equipe de acordo com a demanda e características dos serviços. Descreve as atribuições de cada profissional, além das ações da equipe. Descreve princípios básicos a serem considerados na constituição da equipe: integralidade da atenção; ações de prevenção e curativas; atender as clínicas básicas; enfrentar os determinantes do processo saúde-doença; parceria com a comunidade e as possibilidades locais.	Idem 1998, amplia a descrição de atribuições básicas da equipe. O trabalho da equipe é discutido na perspectiva do respeito profissional entre os membros e que a formação dos profissionais não é subalterna à formação médica. Abordagem interdisciplinar
	Intersetorialidade	Mobilização integrada dos diversos setores da administração pública, para intervir no processo saúde-doença. Os profissionais deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais	Idem	Idem
	Complementaridade	USF deve ser a porta de entrada do sistema. Saúde da Família componente da política de complementaridade do sistema local.	Idem	Idem
	Educação Continuada	Educação continuada mecanismo de aperfeiçoamento profissional. Educação Permanente: formação em serviço é prioridade para as transformações necessárias ao modelo assistencial. Capacitar a equipe para atuar de acordo com as necessidades de saúde da população. Buscar integração com as universidades. Treinamento Introdutório: início da educação continuada das equipes.	Processo contínuo de capacitação da equipe, aperfeiçoamento profissional, para atender as necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Processo adequado às necessidades locais e regionais. Buscar integração com as universidades. Educação permanente: idem Treinamento Introdutório: idem	Treinamento Introdutório: início da educação permanente das equipes.
	Controle Social	Participação Popular identidade da Saúde da Família com os propósitos da Lei 8.142/90. Aproximação da população das ações de saúde: necessidade da vigilância da população. Estimular a participação da população na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas.	Idem	Idem.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Documento preliminar. Brasília: MS, 1996. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000.

Uma primeira observação a ser referida encontra-se na concepção da proposta que, em 1996, é a organização dos serviços, para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tornando em 2000 uma política de saúde em consonância com os princípios do SUS. Entendida como reorganização do modelo, pressupõe rupturas com as práticas tradicionais e hegemônicas de saúde, centrando-as nos princípios da vigilância à saúde (assistência integral, abrangendo todo o processo saúde-doença), reconhecendo os sujeitos também na centralidade da proposta através de seus princípios como a humanização das práticas de saúde, o estímulo à participação popular, o reconhecimento da saúde como direito do cidadão.

Nos documentos do MS de 1996 e 2000 (BRASIL, 1996 e 2000b), as intenções estão diluídas no texto, enquanto o de 1998 (BRASIL, 1998) delimita-as em objetivos gerais e específicos. Reforça que tanto na unidade como no domicílio a assistência deve ser integral, contínua e de boa qualidade; intervir nos fatores de risco; ter como núcleo de base de atuação a família; humanizar as práticas de saúde estabelecendo o vínculo e a responsabilização entre a equipe e a população; proporcionar condições para o estabelecimento das parcerias e das ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença; fazer a saúde ser reconhecida como direito de cidadania e estimular a organização da comunidade.

O desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família tem como elemento chave o estabelecimento de equipes multiprofissionais. O documento do MS (1998) refere que os profissionais que compõem a equipe de saúde da família devem “estar identificados com uma proposta, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo” (BRASIL, 1998, p.13). Também, nesse documento, estão elencadas as atividades e competência de cada categoria profissional, o que não é suficiente para exercer um trabalho de saúde, na qual a responsabilização e vínculo com a comunidade são fundamentais para as mudanças pretendidas. Espera-se, também, que o trabalho seja compartilhado, humanizado e que promova a saúde como direito de cidadania.

Pensar o trabalho em equipe como o exercício de tarefas ou atribuições é limitá-lo a um trabalho técnico hierarquizado, desconsiderando a importância da interação social entre trabalhadores, a autonomia e a criatividade desses agentes; é simplificá-lo; é compartimentalizá-lo; é fragmentá-lo em processos individuais de trabalho, em que quem sabe mais detém maior poder, conseqüentemente, hierarquizando-o. As realidades são diferentes, os agentes também são, e o trabalho em equipe envolve uma produção que é a de prestar assistência à saúde de acordo com as realidades locais.

No entanto, é importante salientar que executar as tarefas não garante os compromissos doutrinários da Saúde da Família e nem estabelece o trabalho em equipe. A interpretação de prescrição não ocorrerá se a equipe considerar que a implantação das diretrizes e parâmetros deve ocorrer de acordo com cada realidade local.

As atribuições das três esferas de governo podem ser assim sistematizadas: **nível nacional** - fica a ele designado o gerenciamento e a organização da estratégia; nível **estadual** - articular a estratégia entre o Ministério da Saúde e municípios, papel de interlocutor. No **nível municipal**, cabe operacionalizar a estratégia a partir de seu projeto de implantação, além de executar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento da estratégia. Apesar de delimitados os papéis, segundo Goulart (2002), na prática, o nível federal assume também o papel de implementador, uma vez que recebe dos municípios a retroalimentação do desenvolvimento da estratégia. Os municípios, por sua vez, também implementam e formulam as políticas em virtude da dinâmica permanente de cada instância local.

Outra novidade no documento de 1998 (BRASIL, 1998, p. 34), diz respeito ao financiamento no qual descreve que “está claramente definido na Norma Operacional Básica em vigor, a NOB-01/SUS/96”⁹. Devido ao seu caráter substitutivo das práticas tradicionais, explica que não poderia ser concebido na dependência de recursos paralelos, porque se acredita que racionaliza a utilização dos recursos existentes no sistema, potencializando os resultados.

Os documentos do MS de 1996, 1998 reforçam “que não deve ser entendido como mais um programa imposto pelos níveis centrais” (BRASIL, 1996 e 1998, p.12), porque o seu objetivo não é o de desenvolver atividades em determinado período de tempo. Apesar de possuir metas e parâmetros definidos e ainda ser desenvolvido com a contribuição de financiamento externo. A proposta é de reorganização do sistema de saúde a partir da atenção primária, consolidando o modelo preconizado pelo SUS.

O documento de 2000 tem como base o de 1998, porém a organização traz algumas atualizações. É um documento que reúne conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho da equipe, sob enfoque operacional, gerencial e conceitual e foi dividido em cadernos específicos¹⁰.

⁹ A Norma Operacional Básica de 1996 normatiza novos avanços no processo de descentralização da saúde. Esta NOB institui o piso ambulatorial básico (PAB), bem como incentivos financeiros como os destinados ao PSF e PACS. BRASIL, 2001.

¹⁰ Nesta pesquisa, utilizar-se-ão dois deles: BRASIL. Cadernos de Atenção Primária. Programa Saúde da Família. A implantação da Unidade de Saúde da Família. nº 1, Brasília: 2000. BRASIL. Cadernos de Atenção Primária. Programa Saúde da Família. Treinamento Introdutório. nº 2, Brasília: 2000a.

O trabalho da Saúde da Família não é visto somente como multidisciplinar, mas também como interdisciplinar, requerendo uma abordagem que questione as certezas profissionais e promovendo a permanente comunicação horizontal, o estabelecimento do respeito profissional entre todos os membros da equipe. O trabalho deve visar à integração mais efetiva entre as práticas clínicas e as abordagens coletivas, incorporando a contribuição de todos os profissionais.

No caderno 1, verifica-se a descrição da Unidade de Saúde da Família, a instalação e equipagem, descreve os passos para a implantação da estratégia, ampliando as explicações e etapas dos processos de recrutamento, seleção e contratação da equipe (BRASIL, 2000a). A reorganização do trabalho local das equipes vem focalizando e reforçando a importância do planejamento. Para o desenvolvimento do planejamento estratégico situacional como sugerido, exige-se o comprometimento dos sujeitos envolvidos: população, profissionais e a gestão municipal com o processo e com as mudanças (MATUS, 1996).

A reorganização dos métodos e da rotina de trabalho é discutida na lógica da organização da demanda; do trabalho em equipe; da atenção domiciliar e dos trabalhos em grupo. Nesse documento, o Treinamento Introdutório é tido como início da educação permanente das equipes (BRASIL, 2000b).

As ações a serem desenvolvidas partem da concepção de saúde, em sua visão ampliada, enfocando a promoção e recuperação da saúde, prevenção e cura das doenças, destinadas à família, ao indivíduo e à comunidade, a partir do seu espaço sociocultural (MACHADO, 2000; NEGRI, 2000; MACHADO de SOUZA, 2000).

Assim, a estratégia de Saúde da Família é uma proposta que resgata os princípios da APS através da adscrição de clientela, integralidade da assistência¹¹, perfil epidemiológico, planejamento participativo e trabalho em equipe. Uma das diretrizes básicas do PSF é:

atuar dentro de um novo referencial, isto é, imprimir mudanças conceituais na compreensão do processo saúde-doença, no modo de identificar os problemas de saúde da comunidade e ainda nos mecanismos para solucioná-los, dentro de uma base territorial (ARAÚJO, 1999, p. 112).

O trabalho integrado e articulado dos componentes da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) torna-se indispensável para o

¹¹ Matos e Pinheiro (2001) discutem os vários sentidos da integralidade, entretanto, no caso da SF, a mesma incorpora vários sentidos da integralidade como: humanização, vínculo e responsabilização; continuidade da atenção, promoção, prevenção, cura e reabilitação; articulação entre saúde pública e assistência individual; acesso a diversos níveis de atenção; território – identificação de problemas e estímulo à intervenção intersetoriais (BRASIL, 1998).

enfrentamento dos problemas de saúde de uma população territorializada e para o desenvolvimento das ações de forma oportuna, resolutiva e capaz de impulsionar as ações intersetoriais. O trabalho em saúde e no PSF “tem um fazer conjunto e precisa ser maior do que a soma das parcelas do trabalho de cada um dessa equipe” (FORTUNA et al, 2002, p. 4), para que se possa exercer o trabalho compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade. Portanto, esse trabalho, para ser transformado, deve ir para além do componente técnico hierarquizado, característica predominante do modelo tradicional de saúde, em um trabalho com interação social entre os trabalhadores, em que a necessidade de **flexibilização e integração** são componentes do modelo que se preconiza.

O trabalho interdisciplinar a ser desenvolvido na Saúde da Família requer a compreensão dos vários conteúdos para lidar com a complexidade que é a atenção primária e seus diferentes contextos: pessoal, familiar e social. O trabalho em equipe deve ser entendido como um processo em construção, que não se estabelece de um dia para o outro, a partir de simples encontro dos profissionais.

É consensual entre os autores que o PSF traz em si um grande potencial para gerar o reordenamento do modelo de atenção à saúde, podendo revelar a eficácia da APS. Por priorizar a intervenção precoce, agindo preventivamente e antecipando-se aos agravos (ARAÚJO, 1999; GIRARDI & CARVALHO, 2003; MENDES, 2002; SOUZA, 2003), “[...] constitui uma das intervenções de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde implementadas em nosso país” (GIRARDI & CARVALHO, 2003, p. 157).

É importante ressaltar que as principais mudanças no PSF aconteceram a partir de 1996 com a Norma Operacional Básica – NOB/96, com a criação de incentivos financeiros do MS específicos para o PSF; na forma de remuneração das ações de saúde: criação do Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo) per capita, acabando com o pagamento por procedimento executado. Essa mudança na política de financiamento da atenção básica foi responsável pela expansão do programa, “o incremento do PSF de 1998 para 1999 foi de 113% e de 67% de 1999 para 2000” (VIANA E FARIA, 2002, p. 129).

A estratégia de Saúde da Família enfrenta críticas e problemas para sua efetiva implementação. Apesar da crítica, desde a implantação, que é uma política de focalização, de seletividade e de alta normatividade, em virtude do início da implantação em áreas de populações carentes, de preferência em vazios sanitários (MERHY & FRANCO, 2002; SOARES, 2000), a estratégia tem contribuído, sem dúvida, com o processo de descentralização e ampliado a cobertura de cuidados básicos à saúde. Os problemas são

representados pelo financiamento insuficiente, baixa capacidade de gestão, escassa institucionalização da avaliação e inadequação dos recursos humanos (SOUZA, 2003).

Outra crítica que se faz à Saúde da Família é a de ser um programa com ações prescritivas desde sua implantação. O MS, desde 1998, tem colocado a Saúde da Família como uma política de saúde de base estruturante do SUS. Se analisar como política nacional de saúde, é conveniente que possua critérios e normas para a sua institucionalização. O Brasil é um país de grande base territorial e de modelos e práticas de saúde diversas, com distribuição desigual territorialmente de recursos e tecnologia de saúde e de profissionais. Esses últimos com formações diversas, que não atendem às necessidades do novo modelo proposto, com culturas e hábitos populacionais heterogêneos. Diante desse cenário, questione-se: Como instituir uma política de nível nacional estruturante do sistema através de uma proposta de modelo assistencial contrário ao que existe, sem estabelecer, minimamente, uma orientação de seu processo de implantação?

É importante ressaltar que as normas e princípios são norteadores, portanto deve ser analisada a pertinência destas com as diversidades das realidades locais. É “impossível que as políticas públicas de saúde possam acontecer de forma conseqüente sem condução centralizada” (MENDES, 2002, p. 55). O papel de condução e articulação das instâncias federal, estadual, apoiando os municípios, é fundamental para o fortalecimento do desenvolvimento dessa política de saúde, principalmente num país onde há grande diversidade de competência na gestão da saúde por parte dos municípios.

Vale ressaltar, também, que não é por estarem estabelecidas as normas e critérios para a sua implantação, que em nível local está garantido seu desenvolvimento. Os documentos do MS de 1996, reiterados pelos de 1998 e 2000, dizem que cabe a cada município elaborar seu projeto de acordo com o diagnóstico de saúde do município, estabelecer o que pode ser realizado de acordo com sua realidade e o que será necessário adquirir para promover os princípios e diretrizes estabelecidos (BRASIL, 1996, 1998, 2000b).

Reforçando as reflexões acima, Goulart (2002) refere que a implementação de políticas ou de ações de governo não obedece rigorosamente ao roteiro traçado idealizado na sua formulação, devido aos fatores de natureza política, institucional, cultural, conjuntural, entre outros. O que resulta, no caso do PSF, em medidas e soluções locais diferenciadas e, até mesmo, personalizadas.

Um dos obstáculos que a ESF enfrenta está representado pelo não entendimento do que é, e, do que representa a Saúde da Família no contexto da política de saúde pelos atores dessa

política. A Saúde da Família representa mudança de paradigma, ou seja, construir um modelo pautado na determinação social, no qual a vigilância à saúde constitui o eixo orientador do modelo. Essa não é a compreensão da maioria dos gestores dos sistemas de saúde local, portanto torna-se a primeira barreira a ser quebrada, pois a sua permanência leva às distorções e a uma mudança “cosmética” (GOULART, 2002). No desenvolvimento da proposta, continuam agindo de forma idêntica ao modelo assistencial hegemônico, atuando dentro da concepção e com tecnologia adequada ao modelo convencional de saúde. Há que se lembrar que a Saúde da Família refere-se à política de APS e que, para seu estabelecimento, é necessário perseguir os princípios definidos como estratégia de reorganização do sistema.

Mendes (2002) aponta grandes desafios para implementação da Saúde da Família e, conseqüentemente, o estabelecimento da política de APS no Brasil e assim os apresenta:

- O desafio **seminal**, que seria passar de um sistema segmentado composto pelo SUS, sistema de saúde suplementar e sistema de desembolso direto, para o sistema público universal garantido na Constituição Brasileira de 1988 e que ainda hoje estamos longe de consolidá-lo.
- O desafio **ideológico**, que seria passar da concepção piramidal de organização do sistema, cuja base é a atenção básica com uma concepção hierárquica, para a organização do sistema em rede, cujo centro é a APS, responsável por estabelecer a ligação com os demais serviços e níveis de atenção.
- O desafio **econômico** em que o Brasil tem baixo gasto sanitário e baixo gasto com a atenção primária. No ano de 2002, o gasto sanitário do Brasil foi ínfimo quando comparado com países que possuem sistemas de saúde públicos como Canadá, Reino Unido e Itália (Quadro 2). Apesar de os Estados Unidos não possuírem um sistema público, chama a atenção o valor gasto per capita, fato que caracteriza a excessiva utilização da tecnologia em saúde e pouco investimento em APS. Vale ressaltar que, dos países da América do Sul como Argentina, Uruguai, Chile, o Brasil tem o menor gasto *per capita*.

QUADRO 2

Gasto sanitário no ano de 2002 em países com sistema público de saúde em relação aos Estados Unidos

País	% do PIB	Gasto <i>Per capita</i> US\$	% de Gasto Público
Brasil	7,9	206	45,9
Canadá	9,6	2.222	69,9
Itália	8,5	1.737	75,6
Reino Unido	7,7	2.031	84,4
Estados Unidos	14,6	5.274	44,9

FONTE: *WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization Report, 2005.* Quadro organizado a partir da apresentação de Mendes (2005), VIII Encontro de APS – NATES/UFJF, 2005.

O que o município investe na atenção básica é superior aos incentivos criados pelo MS e varia de acordo com o tamanho de cada município. Ao se estabelecer a estratégia da Saúde da Família como a política de APS a ser desenvolvida pelos municípios para a reorganização do sistema e consolidação do SUS, o estabelecimento de incentivos como política de financiamento “é uma política suicida” (MENDES, 2002, p. 76).

A proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a) é de implantar e ampliar a Saúde da Família para os municípios com mais de 100 mil habitantes, através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF. Até 2007, a meta do MS é duplicar o número de equipes, levando a assistência a mais de cem milhões de pessoas. O programa conta com investimentos previstos totalizando 550 milhões de dólares, até 2009 (50% do empréstimo do Banco Mundial e 50% de contrapartida do governo federal) e busca alcançar a cobertura de 70% da população com Saúde da Família nestes municípios. Atualmente, os projetos dos municípios selecionados estão sendo avaliados, quanto às metas definidas e aos impactos alcançados. No entanto, a lógica de incentivo temporário presente permanece.

O ideal é se estabelecer uma política de financiamento para a atenção básica de saúde, com a participação efetiva dos níveis de governo, caminho mais viável para o fortalecimento e o estabelecimento da estratégia e conseqüentemente da atenção básica de saúde.

É consensual que a Saúde da Família vem impondo uma série de desafios, relacionados com a implantação do SUS. Mendes, no VIII Encontro de Atenção Primária à Saúde (2005), sistematizou esses desafios como:

- O desafio **demográfico**: caracterizado pelo aumento da população idosa devido ao elevação da expectativa de vida, o que induz a pesquisadora a inferir sobre o despreparo dos profissionais para atuar com os problemas característicos dessa população.
- O desafio **equidade**: caracterizado pelo acesso desigual aos serviços de saúde, aos níveis de saúde.
- O desafio **epidemiológico**: diminuição da mortalidade pelas doenças infecto-parasitárias e aumento de mortes por câncer e lesões externas e a carga de doenças que assolam os serviços (MENDES, 2005).
- O desafio do **modelo à saúde** fragmentado, voltado para a atenção às condições agudas, que inviabiliza uma assistência contínua às pessoas, possuindo, na sua concepção, a visão de um sistema hierarquizado, no qual a APS encontra-se na base da pirâmide, limitando a assistência menos complexa. O desafio é transformá-lo em modelo voltado às condições crônicas, no qual o centro da rede é a UBS que desenvolve a APS, transformando-se em centro de comunicação entre os outros serviços. Não há hierarquização porque os pontos de atenção são diferenciados pelas “funções de produção específica e por suas densidades tecnológicas” (MENDES, 2002, p.17).

O desafio do modelo à saúde em que a lógica atual da organização dos serviços ainda é conduzida pela demanda de atendimento da atenção às condições agudas trazidas pela população adscrita. A permanência fortemente marcada desse modelo de organização é sustentada pelo modelo flexneriano de atenção nos serviços e na formação dos profissionais de saúde. Essa lógica de assistência é de pronto atendimento, não condiz com a de APS e não interfere nos determinantes do processo saúde-doença. A organização de processos de escuta à população, como o acolhimento aos usuários pelos profissionais das UBS, é uma das formas estabelecidas que aproxima a equipe da população, fortalece o vínculo e a responsabilização diante dos problemas identificados.

- O desafio do **trabalho** é caracterizado pela ausência de parâmetros de remuneração, de precarização das relações do trabalho (MENDES, 2005), levando os profissionais a

uma instabilidade, fazendo-os peregrinar por municípios em busca de melhores condições salariais e trabalhistas. A Saúde da Família também deixou vir à tona o problema enfrentado pelos municípios do interior na fixação de profissionais. Longe dos grandes centros que possuem seus serviços com ampla gama de apoio diagnóstico, dos centros educacionais, dos hospitais, dos serviços de alta complexidade, os profissionais sentem-se desprotegidos e despreparados para enfrentar o trabalho. A fim de fixá-los, os gestores propõem formas de remuneração que reforçam o modelo flexneriano: flexibilizando o cumprimento de horário por plantão, oferecendo plantões em hospitais como forma de complementar o salário, o que não condiz com a necessidade e a proposta da Saúde da Família.

- O desafio da **clínica**: ausência de processos orgânicos de elaboração e implantação de diretrizes clínicas, ou de linhas-guia (MENDES, 2005) e o desconhecimento das tecnologias de gestão da clínica. Campos (2005)¹² refere que são três as funções importantes da atenção básica, acolhimento, saúde coletiva e a clínica ampliada. Segundo o autor, há grande complexidade nas intervenções na rede básica. É preciso intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será necessário encarar os riscos subjetivos e sociais. Estas dimensões estão presentes em qualquer trabalho de saúde coletiva, e a proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções. Cita como uma das condições para aumentar a eficácia das intervenções clínicas o vínculo estabelecido entre o médico e a população. A clínica ampliada deve partir do núcleo biomédico para os subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso, sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos.
- O desafio da **assistência farmacêutica** está relacionado à falta da cultura da assistência farmacêutica, a deficiência quantitativa e qualitativa dos medicamentos e o uso não racional dos medicamentos. Ainda tem que superar o subfinanciamento da assistência farmacêutica básica (MENDES, 2005). A pesquisadora acrescenta que, no senso comum, uma boa consulta resulta em receita com medicamentos e com pedidos de exames, caso contrário, procura-se outro serviço ou outro profissional que os faça. A prática da automedicação ainda é presente, às vezes por falta de acesso ao mesmo. Tal solicitação ainda está presente na cultura popular que é fruto do modelo flexneriano hegemônico no país.

¹² CAMPOS, G. W. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. Documento preliminar elaborado para a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). 2005. 11 p.

- O desafio da **infra-estrutura** é a inadequação da rede física e dos equipamentos. A falta do entendimento e da compreensão da magnitude de se implantar uma política de APS por parte de alguns gestores levou ao desenvolvimento da concepção de APS seletiva nesses sistemas locais. Isso representou a implantação de equipes de Saúde da Família em locais inapropriados ao desenvolvimento da estratégia, comprometendo o trabalho das equipes como casas adaptadas, galpões, salões de igrejas, entre outros, sem infra-estrutura adequada ao trabalho em saúde¹³. Ou seja, não foi percebida a complexidade que requer esta implantação, tanto cognitiva como tecnológica, para resolver os 80% dos problemas referenciados pelos estudiosos em APS (MENDES, 2002; CAMPOS, 2005), sendo, portanto, necessários estrutura física, equipamentos e pessoal preparado para exercê-la.

Atualmente, os insumos, equipamentos e infra-estrutura são insuficientes na maioria dos municípios. Ao proporcionar maior acesso da população aos serviços, houve um aumento do uso e consumo desses recursos. Volta-se a referir que não se desenvolve e nem se potencializa política de APS se não tiver uma política de financiamento voltada para atender e dar respostas para as necessidades do sistema. Retratam carências que requerem articulação entre o MS, SES e municípios no financiamento da atenção básica.

- Finalmente, o desafio **educacional**, que está interligado a vários dos desafios citados, que, neste estudo, será discutido separadamente, mas que se resume no despreparo dos recursos humanos no enfrentamento dos problemas de saúde da população.

Na análise de Mendes (2002), esses são os desafios a serem enfrentados para a consolidação da Saúde da Família no Brasil. Parte desses problemas também é referida por autores que vêm analisando, estudando ou operando a Saúde da Família ou preocupados com a formação de profissionais da área de saúde não sintonizados com as exigências do modelo assistencial de saúde: Souza et al (2002), Machado (2002), Feuerwerker et al (2002), Pierantoni et al (2003), Campos (2005), entre outros.

¹³ A Coordenadora Estadual de Saúde da Família do Estado de Minas Gerais chegou a identificar equipes em galpões, outras desenvolvendo atividades debaixo de árvores.

1.3 A Estratégia da Saúde da Família: demanda de um novo perfil profissional

A questão da demanda por um novo perfil profissional, para atuação na SF, vem sendo abordada desde a apresentação deste estudo. É consenso entre os autores que militam na área de formação profissional, como também na área de política e planejamento, que mudanças profundas tanto no serviço como no ensino devem acontecer para que se tenham profissionais com competências e habilidades para produzir respostas ao novo modelo assistencial de saúde.

As mudanças a serem estabelecidas não devem acontecer em apenas um dos campos, saúde ou serviço, porque não serão capazes de se sustentarem por muito tempo, por serem interdependentes. Reconhece-se, nas Diretrizes Curriculares Nacionais da área de Saúde (ALMEIDA, 2003), a aproximação da formação dos profissionais da saúde com a política nacional de saúde – SUS. Isto demanda o estabelecimento de reformas curriculares dos cursos, para que se tenham profissionais preparados para atuar no novo modelo assistencial.

Enquanto não são estabelecidas, efetivamente, as mudanças curriculares para que se tenham novos perfis profissionais, observa-se, na atualidade, o grande investimento que se tem dispensado à capacitação de profissionais de serviços como forma de adequá-los às novas propostas. As ações vêm sendo realizadas em diferentes programas, inclusive, na implementação da Saúde da Família.

Pierantoni (2000) alerta que existia uma ausência ou apatia do setor educacional nas discussões das reformas setoriais e continuava a ser preocupante condicionando uma situação que inviabilizaria qualquer modelo de sistema de saúde. Isto tem dificultado cada vez mais a aproximação do ensino com a realidade brasileira tendendo à formação de profissionais distantes dos problemas e das necessidades de saúde.

Portanto o desafio educacional está em vencer a inadequação da graduação dos cursos da área de saúde através de “verdadeira” reforma curricular para atuarem e fortalecerem o processo de construção de um sistema equânime e justo. Machado (2002, p. 121) reforça que a “regulação da formação dos profissionais de saúde deverá estar associada às necessidades da população e ao modelo assistencial” e que, na atualidade, não possuímos profissionais e nem serviços que respondam às necessidades da população para o modelo proposto pelo SUS. Isso só acontecerá “quando os profissionais de saúde saírem de suas instituições formadoras interessados e preparados para atuarem na atenção básica com a mesma disposição que saem hoje para atuar num centro de alta tecnologia e especialização” (SOUZA et al, 2002, p. 154).

Com o objetivo de contribuir para a implantação das Diretrizes Curriculares nas escolas médicas, Campos (2005, p. 7) relata que a “atenção básica de saúde não logrará efetivar-se se não contar com milhares de médicos capazes de trabalhar em equipe, exercer a clínica ampliada, participar de projetos coletivos e que estejam abertos para continuar a aprender”.

O documento encaminhado às escolas médicas faz algumas considerações referentes ao trabalho em equipe e sua importância para o desenvolvimento da ABS (Atenção Básica em Saúde). Relata que nenhum profissional detém todos os conhecimentos e habilidades necessários para desenvolver as funções da APS. Observa-se, que, para exercer o trabalho em equipe, deveria estar buscando formas integradas para a atuação, compartilhando os conhecimentos e as informações. A responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipes e usuários: cada equipe deve ser responsável pela saúde da população adscrita à sua unidade de saúde, de forma permanente, resolutiva e humana, sendo necessário conhecer os determinantes do processo saúde-doença, identificar riscos e vulnerabilidade de grupos famílias e pessoas, conhecer o seu perfil epidemiológico (CAMPOS, 2005).

O estabelecimento de vínculo de confiança e responsabilidade com os indivíduos, famílias e comunidades por eles acompanhadas acontece a partir da aproximação da equipe com a comunidade, indo desde um sistema de escuta das necessidades e problemas da população (acolhimento), tentando entendê-los e resolvê-los, até a participação da vida daquela comunidade. A relação de horizontalidade entre equipe e usuário promove e fortalece o estabelecimento do vínculo (CAMPOS, 2005).

O referido documento cita que a ABS possui as seguintes funções:

- Clínica ampliada é centrada na abordagem do sujeito, da família e de seu contexto, na busca da integralidade. Para resolver os problemas de saúde, as ações da clínica, entendendo-a na dimensão biológica ou orgânica, de promoção, prevenção, de reabilitação e alívio do sofrimento, devem ser perseguidas e dirigidas ao indivíduo inserido dentro do contexto familiar e comunitário, garantindo a atenção singular que cada caso requeira (CAMPOS, 2005).
- Saúde Coletiva é a realização de procedimentos de cunho preventivo e promocional à saúde devem ser desenvolvidas no território como: busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida, projetos intersetoriais são exemplos de ações de intervenção (CAMPOS, 2005).

Essas funções deveriam ser desenvolvidas nos serviços de ABS, mas, por enquanto, ainda estão no plano idealizado, porque a maioria dos médicos, enfermeiros e dentistas não tem formação para atuar na atenção básica de saúde, atualmente sendo desenvolvida pela Saúde da Família. “A maioria desses profissionais não possuem especialização em Saúde da Família, ou de Saúde Coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam com apoio técnico ou institucional” (CAMPOS, 2005, p. 6). Dessa forma, torna-se mais distante o estabelecimento de uma atuação coerente com os princípios estabelecidos para esse nível de atenção. Sugere-se, nesse documento, que as escolas se coloquem como parceiras dos sistemas locais de saúde, como forma de auxiliar o sistema na organização da atenção básica de saúde, recomendando como cenário de ensino para os alunos a atenção básica. Apesar de ser um documento destinado às escolas médicas, verifica-se a sua pertinência para os demais cursos da área de saúde.

De acordo com o relatório da oficina de trabalho da Rede Unida sobre os Pólos de Capacitação da Saúde da Família (REDE UNIDA, 2001), entre os problemas, o mais importante que a estratégia enfrentou, para a sua consolidação e ampliação, está na área de recursos humanos. Reforça que não há profissionais formados com as competências e habilidades necessárias à sua implementação e nem em número suficiente. A colocação de profissionais na linha de frente, sem o devido preparo e sem o estabelecimento de educação permanente, levou-os a exercitar uma prática insegura e de baixa qualidade.

Agrava-se o problema, quando se observa a distribuição desigual dos profissionais e o pouco envolvimento dos gestores para com a questão dos recursos humanos. Em muitos municípios, a função de adequar os profissionais às necessidades do sistema foi realizada sem a articulação das instituições formadoras de recursos humanos. Assim, o desafio de **reorientar a formação e a capacitação dos profissionais de saúde** em todo o país é imposto aos serviços.

De acordo com a pesquisa nacional¹⁴, realizada sob a coordenação de Machado (2000), havia, em dezembro de 1999, 4.945 equipes, distribuídas em 1.870 municípios. Observou-se que, no universo de profissionais pesquisados - 3.131 (1.480 médicos e 1.651 enfermeiros), existia uma baixa qualificação especializada dos médicos. Um terço deles não havia concluído residência médica (37,16%) e poucos enfermeiros possuíam habilitação profissional (37,07%). No grupo de profissionais com especialização (39,53% médicos e 35,49% enfermeiros),

¹⁴ A pesquisa nacional referenciada é do Ministério da Saúde coordenada por Machado (2000) e intitulada: “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil”.

observou-se que o perfil dos médicos era clínico e o dos enfermeiros era sanitaria. A maioria das informações obtidas por esses profissionais sobre o PSF era adquirida através das publicações do Ministério da Saúde e quase a totalidade expressava a necessidade de maior aprimoramento técnico-científico (93,35% médicos e 96,7% enfermeiros). Entre as necessidades de capacitação, os profissionais referenciavam os cursos de curta duração.

Girardi & Carvalho (2003) afirmam que o PSF possui um grande potencial de impacto sobre os mercados de trabalho das principais profissões do setor saúde, representando mais de 20% do emprego público de saúde, requerendo investimentos na capacitação de tão significativos recursos humanos.

Merece reforçar que não é do entendimento neste trabalho que política de saúde possa ser instituída apenas com processo educativo de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde e nem só com mudanças na formação dos futuros profissionais. Muito menos de propostas que não partam das realidades locais, onde se pode observar os contextos reais. Isso seria ilusão, apesar de se acreditar na real importância e necessidade dessas ações para a implementação das políticas de saúde.

As políticas de saúde só serão viáveis no nível local se forem flexíveis e se as propostas de viabilização delas forem construídas a partir da verdadeira integração e a soma de esforços entre formação, serviço, trabalhadores, gestores e população, imbuídos desde a elaboração das propostas. Seria ilusão acreditar que a política da Saúde da Família estabelecer-se-ia como uma proposta de reorientação do modelo assistencial no SUS, com apenas normas, diretrizes estabelecidas pelo nível central, sem controle e apoio necessários ao seu desenvolvimento.

Para as transformações esperadas através da SF, a educação permanente seria uma das ações que se aproximaria das reais necessidades dos profissionais, uma vez que tem como eixo central o processo de trabalho dos profissionais nos seus cenários reais.

2 PROCESSOS EDUCATIVOS NA SAÚDE: ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A maior dádiva que se pode fazer a outra pessoa não é comunicar-lhe nossas riquezas, senão revelar-lhe a sua. Todos os homens têm seu projeto de vida e podem desenvolver os recursos pertinentes a partir do que crêem importante e significativo para suas vidas. A tarefa da educação não é decidir o que é mais importante, mas sim facilitar as condições para que vejam eles mesmos a importância das coisas (LAVELLE, 1939).

A questão da educação para profissionais de saúde inseridos nos serviços ou no ensino de graduação vem evoluindo ao longo do tempo, modificando-se e sendo acrescida de informações geradas pela dinâmica do setor saúde, de acordo com o momento socioeconômico-político vivenciado no país. Observa-se que as modificações realizadas através dos processos educativos nos serviços e na formação dos futuros profissionais de saúde não possuem a amplitude desejada para a consolidação do SUS. A velocidade das mudanças caminha num descompasso entre o ensino e o serviço. No ensino, as modificações são mais lentas e mais tímidas, estabelecendo contradições ao se compararem as novas competências profissionais necessárias para atuar no SUS com o que o ensino vem desenvolvendo nos cursos de graduação.

Apesar de ser dialética a questão, se é o ensino ou se é o serviço que promove inicialmente as mudanças que influenciarão a prática, tem-se observado, nesse final do século XX e início desta década em nosso país, que as transformações geralmente vêm ocorrendo nas práticas dos profissionais para posteriormente alcançar o sistema formal de ensino, conforme vem afirmando Paim (1994) há muito tempo.

Da evolução contextual dos processos educativos em serviço resultaram diversos conceitos, que são utilizados, em determinados momentos, como sinônimos e, em outros, como concepções diferentes: educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

Antes de se abordarem as concepções referidas, fazem-se algumas considerações sobre os processos educativos desenvolvidos no âmbito dos serviços.

2.1 Os processos educativos nos serviços de saúde

A necessidade de se organizarem processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada a

necessidade de se adequarem os profissionais da área de saúde, para atuar nesses serviços, visto que a formação dos profissionais era baseada em currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença, em detrimento da promoção da saúde e prevenção das doenças.

Esse modelo flexneriano de ensino influenciou significativamente a organização dos serviços e atualmente tem demonstrado a sua insuficiência em atender às necessidades de saúde. Nos países que têm em suas propostas de reformas dos sistemas de saúde princípios pautados na equidade, no acesso e na descentralização, observa-se a tendência em optar por modelos assistenciais de saúde baseados na APS, como forma de atingir a reorganização do sistema (OPAS, 2002).

Uma das estratégias utilizadas pelos serviços como forma de promover as necessárias mudanças tem sido através dos processos educativos, em distintos momentos, visando ao desenvolvimento dos profissionais que operam o trabalho nos serviços de saúde. O processo de produção da atenção à saúde se inicia, na maioria das vezes, fazendo a capacitação de seus trabalhadores com o objetivo de melhorar a competência do pessoal ativo. As atividades desenvolvidas com esse fim são diversas e possuem denominações de capacitações, treinamentos ou cursos. São realizados de forma pontual, às vezes emergencial ou, até mesmo, através de processos mais estruturados e contínuos inclusive de formação, utilizando-se das variadas concepções (SOUZA et al, 1991).

Tradicionalmente, na Saúde Pública da América Latina, os processos educativos não contemplam as questões relativas ao trabalho dos profissionais de saúde. As capacitações realizadas em sua maioria estão relacionadas com o fim de apoiar a implantação das principais estratégias dos programas verticais, com ações prescritivas, cabendo aos trabalhadores reproduzi-las mecanicamente, sem ao menos refletirem se têm pertinência com o contexto e a realidade local (HADDAD, 1994a). Essa postura faz com que os trabalhadores não se sintam comprometidos e nem responsáveis pelas ações desenvolvidas. Há também que se ressaltar que esses processos educativos têm como finalidade capacitar os profissionais para produzirem em quantidade as ações, não se importando com a qualidade.

A concepção tradicional e mais freqüente de ser utilizada, relativa a esses processos, é aquela que acredita que, após o aprimoramento dos profissionais, eles se tornam aptos a exercer melhoria nos níveis de saúde de uma dada população. Nesses

processos, a concepção de educação embutida é a bancária¹⁵. Reforçam que os processos educativos vislumbram o aprimoramento do trabalho preparando os agentes, no sentido de “dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, frente a posicionamentos político-ideológicos distintos” (SOUZA et al, 1991, p. 16).

Os processos educativos em serviço são dirigidos a poucos profissionais. Esses, após treinamento, são responsáveis por reproduzirem junto aos demais profissionais dos serviços o essencial para se produzirem as ações desejadas. Os profissionais escolhidos geralmente são os de nível superior ou gerentes dos serviços, sugerindo que teriam mais facilidade de entender e repassar para o restante dos profissionais. Ou seja, permanece a concepção fragmentada do processo de trabalho em atividades manuais e cognitivas, nas quais os trabalhadores são separados (SOUZA et al, 1991).

Os trabalhadores de menor escolarização que se enquadram nas atividades manuais, tem que apreender apenas a atividade para ser reproduzida, sem entender o porquê. As atividades cognitivas relacionadas com o elaborar, criar, planejar, programar e analisar ficam a cargo de profissionais que detêm maior escolarização. São os futuros reprodutores dos treinamentos, que, de certa forma, estão ligados ou inseridos no nível central das instituições. Dessa forma, os que executam as ações não se sentem parte do processo de trabalho. Então, as necessidades de capacitação sempre partem de pessoas que planejam e não das que executam e que vivem as dificuldades do cotidiano das práticas.

Apesar de se acreditar na capacidade e na importância dos conhecimentos técnico-científicos para a melhoria da qualidade da atenção, os processos educativos, em sua maioria, privilegiavam esse tipo de conhecimento, contrário à recomendação da OPAS (1997) e de Haddad (1994a): têm que considerar e analisar os contextos dos serviços e os fatores do processo produtivo em saúde (seus agentes e as relações entre os processos educativos e produtivos) (HADDAD, 1994a). Esses interferem diretamente na qualidade da assistência prestada e na prática, o que não vem sendo exercido nos contextos dos serviços.

Os processos educativos frente às inovações trazidas pelo SUS e SF são vistos, nesse momento, como a possibilidade de orientar a melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários. Portanto, a necessidade de se implantar o modelo assistencial proposto pelo SUS que é pautado na integralidade, vem exigindo dos trabalhadores

¹⁵ Segundo Freire (1982), é aquela segundo a qual o aluno recebe passivamente os conteúdos, os memoriza e os reproduz sem reflexão, sem contextualização, portanto, sem ter como meta a transformação da realidade na qual está inserido.

atitudes, habilidades e competências que não adquiriram durante sua formação e nem nos processos educativos que vinham sendo realizados pelo serviço. Mas reconhece-se e aposta-se nesses trabalhadores dos serviços de saúde a capacidade de implementar a mudança necessária, a partir de processos educativos significativos.

Percebe-se, então, que, para organizar processos educativos para os serviços hoje, tornou-se imprescindível refletir o trabalho, a forma que os trabalhadores estão inseridos no processo de trabalho e nos contextos reais de suas práticas (HADDADb, 1994; OPAS, 1997). Portanto, é colocar os trabalhadores tanto no centro do processo ensino-aprendizagem, como no centro do processo de trabalho, reconhecendo-os como elemento constitutivo desses processos e sujeitos e agentes dos processos de mudança. Como centro desses processos, os trabalhadores necessitam compreender que habilidades e conhecimentos específicos são necessários à sua prática profissional, com clara percepção do processo de trabalho como um todo. A aprendizagem deixa de ser a mera aquisição de conhecimentos avançados para a aquisição de desempenho mais eficiente para o trabalho, sugerindo que os processos educativos em serviços sejam desenvolvidos a partir das competências necessárias ao trabalho.

Os processos educativos planejados atualmente, a partir da reflexão das necessidades que emergem do cotidiano das práticas dos profissionais, devem ser analisados com cautela, porque a maioria dos serviços não acompanhou as mudanças, não se preparou e não se atualizou de acordo com a evolução dos sistemas. Então, ao refletir as necessidades de ações educativas a partir do trabalho, essas serão compatíveis com o modelo hegemônico do país, ou seja, a partir de temáticas referentes à doença, à cura, que é o enfoque da prática atual da maioria dos trabalhadores. Conseqüentemente, não promoverá as mudanças necessárias e fará a reprodução do modelo. Não organizará serviços, não transformará modelos assistenciais, nem incorporará a população como ator social importante no contexto dos serviços, pois ela não participará e não será reconhecida como elemento constitutivo do processo de trabalho em saúde (HADDAD et al, 1997).

A avaliação dos processos educativos nos serviços não tem sido uma prática, quando acontece, é para verificar o cumprimento de metas quantitativas ou das atividades programadas. Não se contemplam os resultados obtidos e nem os impactos das atividades na prática dos serviços e dos profissionais e se contribuíram para efetiva aprendizagem. A prática de avaliação, no Brasil, não é realizada nem com a frequência e nem com a necessidade esperada (OPAS, 1997).

A OPAS (1997) tem discutido que, para se promoverem projetos de capacitação efetivos, eles devem responder às necessidades educacionais com base nos problemas

identificados pelos trabalhadores em seus locais de serviço, que sejam programados conjuntamente, que sejam pertinentes e relevantes às necessidades identificadas e sejam avaliados. Além de esses projetos estarem coerentes com a política nacional e local. Dessa forma, estar-se-iam capacitando profissionais para intervir e transformar as suas realidades, ou seja, é uma ação para além de um processo de treinamento ou domesticação, um processo que nasce da identificação dos problemas, através da observação e da reflexão, culminando na ação transformadora, e, segundo Freire (1982), a transformação social é a premissa da educação.

O desenvolvimento de educação permanente tem sido sugerido como metodologia e estratégia de ensino e de serviço para o pessoal dos serviços de saúde e do ensino, que está em busca de reestruturação dos sistemas de saúde (OPAS, 1997).

É entendido que os serviços de saúde são espaços de ações contínuas de trabalho e aprendizagem, porque geralmente se vivenciam, nesses espaços, as situações-problemas, cabendo aos que trabalham superá-las. Portanto, são considerados ótimos espaços de ensino-aprendizagem, pois desenvolvem, nos sujeitos que os freqüentam ou trabalham neles, a reflexão, a crítica e as atitudes. Mas, para que a superação seja realmente um processo de mudança e transformação para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população, é consenso entre os autores que os trabalhadores da saúde identifiquem e caracterizem a situação-problema, para analisá-la e interpretar seus determinantes, sendo necessário situar e valorizar o contexto do trabalho, as inter-relações existentes, os aspectos socioeconômicos e políticos que estão em torno desses espaços. Dentro dessa concepção, necessário também se faz entender a instituição quanto a sua cultura institucional¹⁶, que contém uma estrutura de poder e que realiza um trabalho. Cada instituição possui seu *habitus*, que é o clima cultural e ideológico em que transcorre a vida do trabalho.

Historicamente, as instituições de serviço são definidas como lugares de ciência e cura, que contêm uma estrutura e uma dinâmica política de características especiais. Trata-se de um poder compartilhado, mas ativamente disputado e de um outro, que é o poder simbólico relativo ao conhecimento relevante, que historicamente vem sendo exercido pelo médico, profissional que detém o poder de diagnóstico, tratamento e cura. Essa relação de poder e de distribuição desigual favorece a construção de estruturas piramidais rígidas e hierárquicas, que determinam o funcionamento dos serviços tornando os espaços altamente conflitivos, complexos e de difícil governabilidade. Atualmente, outros atores têm surgido

¹⁶ Cultura institucional: “o serviço é um lugar de encontro de pessoas, umas que buscam satisfazer suas necessidades e de outras que estão ali, porque têm qualificação e se diferenciam social e tecnicamente, pelo seu conhecimento e capacidade para contribuir e satisfazer essas necessidades. Nesse encontro, entre outras coisas, se produz e reproduz cultura” (QUINTANA et al, 1994, p. 36).

nesse cenário político dos serviços que são as corporações (sindicatos e associações de profissionais), em defesa de melhores condições de salário, condições de trabalho entre outras reivindicações, devido às conseqüências da crise e ao ajuste que os países tiveram que fazer, entre outras causas (QUINTANA et al, 1994).

O processo de trabalho nas instituições também é outro aspecto a ser conhecido para o desenvolvimento de processos educativos adequados aos contextos reais nos quais trabalhadores estão inseridos. O processo de trabalho é caracterizado por sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação (QUINTANA et al, 1994). O processo de trabalho conjuga uma gama de fatores: tecnologia material (técnicas de ação, instrumentos e equipamentos) e não-material (diversos saberes), de recursos (material, econômico e financeiro) e de pessoal, para se obter o produto cujo objetivo é satisfazer uma necessidade socialmente determinada. Sua forma de organização técnica, social e espacial possui bases da concepção taylorista, flexneriana da atenção, que determinam o desenvolvimento e a organização do trabalho, cuja pertinência com a proposta de mudança do modelo assistencial de saúde é amplamente discutida.

A mesma desvinculação do processo educativo dos contextos nos quais os profissionais estão inseridos vem ocorrendo no ensino. A formação nos cursos de graduação da área de saúde está desvinculada do contexto e das necessidades do país, formando profissionais reprodutores de conhecimento e descompromissados com os processos de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde, sem o envolvimento e a responsabilidade social na intervenção no processo saúde-doença.

Acredita-se que a verdadeira articulação ensino-serviço auxiliaria no processo de capacitação desses profissionais. O ensino participaria desse processo observando “in loco” as necessidades dos serviços, quando colocasse os alunos de graduação nos cenários de prática do SUS, oportunizando-lhes a vivenciar os problemas. O ensino necessita que os profissionais de serviço estejam capacitados para contribuir na formação dos futuros profissionais de saúde. Dessa forma, percebe-se a importância do papel das IESs, auxiliando na capacitação dos profissionais e, ao mesmo tempo, cientes das dificuldades, refletindo as reformas necessárias nos currículos da área de saúde, para que se tenham profissionais mais capacitados para atuar no modelo assistencial da Saúde da Família, como forma de consolidar o SUS. As IESs devem ser parceiras nesse processo de mudança.

A importância de formar profissionais qualificados para o trabalho está no texto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (BRASIL, 1996)¹⁷, a educação deve formar o aluno para a vida, tendo por finalidade o seu pleno desenvolvimento, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. É reforçada a importância dessa formação também nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde,

Construir perfil acadêmico e profissional com competências e habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como para atuarem, com qualidade e resolutividade no SUS... A formação de recursos humanos para as profissões da saúde deve pautar-se no entendimento de que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde (ALMEIDA, p. xii, 2003).

Não se prescinde da necessária e urgente reforma dos currículos dos cursos da área de saúde para o fortalecimento dos processos de construção dos sistemas de saúde, porque os serviços não darão conta da adequação dos mesmos ao serem absorvidos no sistema. Portanto, para que os serviços se tornem verdadeiros espaços de ensino-serviço, comprometidos com a formação dos futuros profissionais, deve-se fortalecer a articulação ensino-serviço.

Enfim, tomar o trabalho como centro do ensino-aprendizagem seja na graduação ou na capacitação de profissionais de serviço, precede do diagnóstico e análise dos fatores acima referidos. Isso é fundamental para que o trabalho seja norteador da qualificação, pois, caso não seja devidamente analisado, poderá se tornar desqualificador dos agentes na prática, dependendo do entendimento que os profissionais obtenham do todo.

2.2 Educação em serviço

Analisando os documentos da área de recursos humanos e da saúde, em especial as Conferências Nacionais de Saúde, verificam-se as diversas abordagens dadas aos processos educativos.

A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas

¹⁷ BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. LEI Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

de 60 e 70. Nesse período, os currículos da área de saúde eram predominantemente voltados para o modelo biomédico e foram as décadas do “boom” da construção de hospitais, como forma de dar respostas às necessidades de saúde.

Para Silva et al (1989, p. 10):

educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição.

Esse tipo de educação ainda é muito utilizado na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais e da população. Dessa forma, são mais usados os **treinamentos**, pois estão **mais centrados nas técnicas** (habilidades) do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos, coincidindo com os métodos tradicionais de ensino. Poder-se-ia dizer que seria **a educação para a atividade** a ser desenvolvida em determinado objetivo, tempo e local, dentro da **concepção fragmentada e com divisão de tarefas**.

Nesse sentido, a educação em serviço não parte das necessidades do processo de trabalho e nem das necessidades dos profissionais. Não reflete a prática profissional e nem contextualiza o problema que gerou o processo educativo. Não objetiva o desenvolvimento profissional, mas sim **prover os serviços de profissionais mais treinados para desenvolver parte do trabalho**.

2.3 Educação continuada

O termo educação continuada na saúde começa a aparecer no cenário da saúde na década de 70. A educação continuada surgiu como uma das estratégias para responder às necessidades específicas individuais ou de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. Os processos implantados tinham como finalidade preencher as lacunas de conhecimentos, deixadas na formação, e que eram insuficientes para responderem às necessidades de transformação e de melhorias dos serviços (OPAS, 1978).

No Brasil, o termo aparece a partir da VII Conferência Nacional de Saúde em 1977 (ARCOVERDE, 2004) e permanece até os dias de hoje sendo constantemente utilizado

para designar diversos processos educativos e, às vezes, sendo confundido com educação permanente.

A educação continuada deve ser entendida como,

conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. [...] a educação continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha (SILVA et al, 1989, p. 9-10).

Nesse conceito, Silva et al (1989) abordaram a educação continuada como um **benefício destinado ao próprio indivíduo** que participa do processo educativo, e esse **benefício retorna para a instituição na qual trabalha**. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de “satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços” (SILVA et al, 1989, p.10), tornando o conceito mais abrangente do que a educação em serviço.

Dilly e Jesus (1995) compreendem que a educação continuada implica práticas necessárias para o **desenvolvimento do indivíduo**, tornando-o, conseqüentemente, mais qualificado **para atuar na sua função e na vida institucional**.

Já o conceito de educação continuada formulado pelo grupo da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, citado por Rodrigues (1984, p.130), diz ser a educação continuada “um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às **evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais**”. Esse conceito proporciona a visão da necessidade de **passagem de informações contínuas** aos indivíduos, **como forma de atualizar seus conhecimentos**, diante da própria evolução do setor saúde.

Outro conceito de educação continuada a ser referido é o da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (1986). Nela, foi discutido que educação continuada “é um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários” (BRASIL, 1993a, p.164). Nesse conceito, observa-se a preocupação de responder a uma política de saúde em desenvolvimento e a necessidade de vislumbrar as reais necessidades de saúde da população.

Na II Conferência de Recursos Humanos (1993b), é reafirmado o conceito de educação continuada e sua importância como estratégia educativa para suprir as

insuficiências dos profissionais inseridos nos serviços, diante da necessidade de implantação do SUS. Propunha a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, recomendando a criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucionalizada.

Portanto, diante desses conceitos, a educação continuada torna-se, então, uma **abordagem para complementar a formação dos profissionais**, reforçando a insuficiência da graduação no atendimento das necessidades dos serviços, mas também a dinâmica que o setor saúde possui diante da evolução das tecnologias: material e não material, exigindo a necessidade de os profissionais da área se atualizarem.

A educação continuada possui alguns aspectos que a qualificam e comprometem quando utilizada como a única estratégia educacional a ser desenvolvida nos serviços. A educação continuada parte da percepção da necessidade individual do profissional durante a execução da sua prática profissional, ou de algum interesse que, porventura, tenha sobre algum assunto. Preenche lacunas da formação que são percebidas quando os profissionais começam a atuar nos campos de trabalho e ao se depararem com problemas aos quais não conseguem responder. Buscam na educação continuada a solução para os problemas de insuficiência de conteúdo.

A pesquisa realizada com profissionais das equipes de Saúde da Família de Juiz de Fora (2005) identificou que as estratégias mais utilizadas entre os profissionais (551 profissionais) para se atualizarem foram: leitura de material publicado pelo Ministério da Saúde, participação em cursos, acesso a meios de mídia, leitura de boletins informativos, entre outros. Observou-se que, na maioria das vezes, os problemas eram descontextualizados das realidades dos serviços e das comunidades, as quais desenvolvem sua prática, porque partem do processo individual do trabalho. Acreditam que, após absorverem o conhecimento, possam, por si só, resolver os problemas. Portanto, não partem dos problemas do processo de trabalho coletivo em saúde e das necessidades de saúde da população. Geralmente, os temas selecionados são das clínicas básicas com temas tradicionais como: vacinação, pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, diabetes. Observa-se que a maioria é associada a doença, reproduzindo o modelo assistencial hegemônico, que privilegia tanto no ensino como nos serviços, a especialidade, influenciando a organização dos serviços (FARAH et al, 2005b).

A maioria das propostas de educação continuada é de ações pontuais, desenvolvidas esporadicamente. Ainda é predominante a utilização da metodologia de ensino/aprendizagem pela transmissão, por ter como foco a atualização técnico-científica,

que reproduz o modelo de ensino da maioria das IESs, na qual os profissionais foram formados. Como resultado, têm-se profissionais com apropriação do saber técnico-científico que é muito importante e necessário ao desenvolvimento das práticas. Porém, não é a única dimensão a ser trabalhada, quando se deseja imprimir mudanças como as determinadas nas reformas dos sistemas de saúde. No Brasil, o modelo assistencial de saúde identifica, no entendimento da concepção ampliada da saúde, o desenvolvimento do trabalho em equipe e interdisciplinar, a intersetorialidade e a integralidade da atenção, a base para a solução dos problemas de saúde. É necessário englobar também as demais dimensões, aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, como sugere Maranhão (2003), ao referir sobre a formação na graduação dos cursos da área da saúde.

Todas essas dimensões são oportunizadas quando se têm processos de formação e reorientação das práticas que trazem para o foco do ensino não só as necessidades individuais dos trabalhadores, mas as necessidades do trabalho. Dessa forma, não se teria a aprendizagem como algo a ser repetido de acordo com a prescrição determinada, mas sim como algo que a pessoa adquire e coloca em uso de acordo com as circunstâncias encontradas nos contextos reais do trabalho.

2.4 Educação permanente

A educação permanente surgiu concretamente nos países desenvolvidos da Europa Ocidental. Na América Latina, tem sido apresentada e divulgada pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, desde a década de 80. Ainda é vista por muitas pessoas como uma nova proposta, com uma prática ainda incipiente.

Para Haddad et al (1990, p. 136 e 137), o conceito de educação permanente em saúde

busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo (HADADD et al, 1990, p. 25).

A educação permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade e das práticas de saúde (técnicas e sociais) nos serviços de saúde. Aponta como eixo central o processo de trabalho; a necessidade de mudança de consciência do biologicismo individual para a visão integral do ser humano, não mais desvinculado do seu contexto socioeconômico-político-cultural no qual está inserido, entendendo a saúde como um processo multideterminado; a participação coletiva de todos os sujeitos que compõem a arena dos serviços de saúde e se inserem nela.

Portanto, a educação se processar-se-á nos serviços de saúde, tendo como agentes do processo os profissionais de saúde e como conteúdo a ser desenvolvido as necessidades extraídas do processo de trabalho e das necessidades da população assistida.

Em processos de educação permanente, a articulação de parcerias para a viabilidade da educação permanente responsabiliza todos que participam do processo de trabalho e envolve também aqueles que utilizam o espaço dos serviços, seja para o trabalho ou para o ensino (DAVINI, 1994).

De alguma maneira, esses sujeitos participam do processo de trabalho, portanto identificam e vivenciam os problemas e as necessidades cotidianas dos serviços de saúde e da população, na maioria das vezes, de forma individual. Geralmente, os problemas e as necessidades não são discutidos e nem refletidos coletivamente pelos sujeitos e são percebidos de forma descontextualizada no âmbito dos serviços. Por conseguinte, os processos educativos gerados para o serviço, em sua maioria, são organizados para grupos de profissionais ou são buscados pelos próprios profissionais de forma individualizada, desvirtuados das realidades. Após a realização desses processos, é delegada a quem participou a responsabilidade de resolver os problemas ou de colocar em prática tudo o que foi aprendido.

As necessidades educativas na prática do pessoal de saúde derivam de três fontes principais: os problemas de saúde que a população enfrenta; as necessidades dos próprios serviços de saúde em função de atender às demandas da população e dos problemas reconhecidos pelo próprio pessoal de saúde no desempenho do seu trabalho (HADDAD, 1994). Observa-se que nem sempre as necessidades são convergentes, dessa forma, deve-se assegurar, ao definir o processo de educação permanente, que necessidades são essas, se têm pertinência tanto com a prática social quanto com a técnica. Devem ser discutidas com o coletivo dos sujeitos, pois o que se espera dos processos é a melhoria da assistência

prestada à população. Portanto, aproximar os profissionais de saúde da realidade e das necessidades coletivas de saúde é o caminho mais seguro para se garantir educação permanente (HADDAD, 1994; DAVINI, 1994).

Os passos para a realização da educação permanente são: análise do contexto; identificação dos problemas e necessidades de intervenção; o desenho do processo educativo nos serviços de saúde; monitoramento e avaliação (HADDAD, 1994).

Para apoiar os processos educativos mais efetivos e coerentes, recomenda-se: identificar as necessidades partindo do estudo das condições e do contexto de saúde; das políticas educacionais e de saúde (facilita identificar espaços de omissão e conflito); das características dos serviços; análise da prática e do conhecimento utilizados nos serviços e as características e demandas dos trabalhadores. A obtenção dessas informações pode se dar por diversos métodos ou técnicas, cabendo ao coletivo dos sujeitos envolvidos no processo de educação permanente a escolha pelo mais pertinente (OPAS, 1997).

O planejamento é uma importante etapa a ser considerada na proposta de educação permanente e de particular importância, pois o caráter inovador da educação depende consideravelmente não só dos fatores técnicos, mas também de variáveis do tipo econômico, social, cultural e organizacional, que são consideradas nessa etapa.

Na educação permanente, a etapa de monitoramento e seguimento do processo educativo deve ser realizada, observando-se o processo tem contribuído para o propósito transformador da educação permanente. A meta fundamental da educação permanente “está cumprida, quando se verifica a satisfação das necessidades básicas, materiais e não materiais e a promoção da qualidade digna de vida” (HADDAD, 1994, p. 179). Portanto, existe a necessidade de se instituir uma avaliação coerente com todo o processo realizado. É necessário que, na educação permanente, os sujeitos considerem que, para se avaliar, tem-se que compreender que a realidade “resulta de fatores sociais, produto de mudanças historicamente construídos” (ROSCHKE & COLLADO, 1994, p. 193) e, no processo de avaliação, esses fatores devem ser considerados.

A educação permanente discutida neste estudo é entendida como um processo que não se limita à execução isolada do ato educativo e que, durante o desenvolvimento das etapas, é permanentemente avaliada, portanto se retroalimenta durante todo o processo.

Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde, é necessário que se organize a educação permanente dos profissionais, porque o desenvolvimento do processo é compartilhado coletivamente entre

trabalhadores de saúde, usuários do sistema e instituições de ensino para a busca de soluções dos problemas reais locais.

O processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial proposto para o SUS e que precisam ser preenchidos para sua efetivação. O processo deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico-científico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde, com uma nova visão e prática no trabalho em saúde.

É fundamental, atualmente, que qualquer instituição de saúde tenha um projeto de educação permanente para os seus servidores, com o comprometimento dos gestores, trabalhadores, população e parceiros. É necessário lembrar que esses projetos não sobrevivem sem articulação com as instituições formadoras de recursos humanos.

Existe a necessidade de se promover a verdadeira integração ensino – serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. Portanto, é um caminho de mão dupla. As escolas articuladas com os serviços podem formar um profissional adequado e capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país, e o serviço, por sua vez, se capacita com a presença das escolas no serviço.

A educação permanente, instituída como política a partir de 2003 pelo MS, é um avanço considerável para o sistema de saúde. O MS tem na estratégia da educação permanente o instrumento para a consolidação do SUS e das transformações das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL, 2005). Em documento do MS, está descrito que “a idéia é utilizar a educação permanente para melhorar a formação e conseqüentemente fortalecer o SUS” (BRASIL, 2005, p. 7).

Ceccim (2005b, p. 2) acrescenta que, dessa forma, estar-se-ia cumprindo uma das metas da saúde coletiva de “transformar a rede pública em uma rede de ensino aprendizagem”. Para que isso ocorra, sugere que a política de formação leve em conta os princípios que orientam a criação do SUS: “construção descentralizada do sistema; universalidade; integralidade e participação popular” (BRASIL, 2005, p. 6-7).

Para a descentralização e disseminação da proposta da política pública, foram criados “dispositivos” no SUS, que foram os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de base locorregional.

O “ineditismo indiscutível da proposta se faz pela formulação concreta de uma política de educação na saúde [...] termo inexistente até então” (CECCIM, 2005, p. 2),

superando a programação da capacitação e atualização de recursos humanos. Optou-se por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não como atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho, conforme vem sendo adotado na maioria das vezes (CECCIM, 2005, p. 2).

Para o autor, a Educação Permanente em Saúde do MS difere da Educação Permanente do Pessoal de Saúde difundida pela OPAS “que reconhece que somente a aprendizagem significativa seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudanças no cotidiano” (CECCIM, 2005, p.10). Apesar de o autor discutir a diferença entre ambas as concepções, na opinião desta pesquisadora, a proposta metodológica da Educação Permanente em Saúde - MS está contida na Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da OPAS. Observa-se que o autor, ao fazer tal afirmativa, minimiza a proposta metodológica da OPAS, desconsiderando a amplitude da abordagem do processo de trabalho a ser desenvolvida como já descrito.

O mesmo autor, ao se referir ao quadrilátero da educação permanente em saúde [elementos analisadores para pensar/providenciar a educação permanente] (CECCIM, 2003), pontua seus componentes: análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise de gestão setorial; análise da organização social. Pode-se observar que os elementos referidos estão contidos na proposta de Educação Permanente divulgada pela OPAS.

Por fim, vale a pena registrar que, em ambas as propostas de Educação Permanente em Saúde ou da Educação Permanente para o Pessoal de Saúde (OPAS), o processo de trabalho é o centro das propostas e mostra a importância de ser refletido, analisado e apropriado pelos sujeitos que o compartilham bem como e o espaço dos serviços de saúde. Dessa forma, geram processos educativos mais efetivos e coerentes com as necessidades dos serviços, dos trabalhadores e da população e contribuem para a reorganização dos serviços e reorientação dos modelos assistenciais de saúde.

Reforça, portanto, a necessidade de investimento na organização e qualificação de profissionais dos municípios para o desenvolvimento de todo o processo de educação permanente. As estruturas a serem criadas para o desenvolvimento são as municipais, nas quais o processo acontece, com a supervisão estadual.

2.5 Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família: a estratégia de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde da Família

O Ministério da Saúde tem como prerrogativa a reordenação de recursos humanos para a saúde, como é definido na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200. Com o estabelecimento da Saúde da Família como política de saúde no final da década de 90, o MS cria os Pólos de Capacitação através do Edital nº 4, de 12/12/96, do MS, os quais foram implantados em 1997, com recursos provenientes inicialmente do REFORSUS, como a experiência brasileira responsável pela adequação, formação e educação permanente do pessoal da saúde, a partir da estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS/Saúde da Família.

Os Pólos foram espaços de articulação entre o conhecimento e a ação, através da parceria renovada entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, tendo como missão o propósito de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal da Saúde da Família. Os programas eram desenvolvidos através de convênios entre Secretaria de Estado – SES, Secretarias Municipais de Saúde – SMS e Instituições de Ensino Superior - IES (MACHADO DE SOUZA, 2000; SOUZA, 2000).

Tinham como missão

desenvolver ações direcionadas aos profissionais inseridos em equipes de saúde da família, impulsionadas pelo processo de educação permanente, contribuindo para a sustentabilidade da estratégia tanto em relação aos resultados esperados, como ao desenvolvimento de seu mercado de trabalho, e, por outro lado, ações geradoras de reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço, voltadas para a formação acadêmica na graduação com o intuito de contribuir na adequação da formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2000b, p. 11).

As ações dos Pólos eram voltadas não só para os profissionais inseridos nas equipes de Saúde da Família, mas também para a formação, a fim de incentivar as mudanças adequadas nos currículos da área de saúde, privilegiando a formação de profissionais generalistas, conscientes dos problemas de saúde da realidade brasileira, das necessidades de saúde da população, cuja assistência a ser prestada fosse centrada na ética, humanismo com responsabilidade.

Os Pólos não eram projetos verticalizados, impostos pelo Ministério da Saúde. Eles caracterizavam-se por um processo coordenado de parcerias, que envolviam diversas instituições de saúde e de outros setores da sociedade, nos planos municipal e estadual,

bem como instituições governamentais e não-governamentais, com o acompanhamento, apoio técnico e, dentro das disponibilidades, com o aporte de recursos financeiros federais (BRASIL, 2000b).

De acordo com o MS, os Pólos desenvolviam ações de curto, médio e longo prazo. As principais ações de curto prazo eram: Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família, cursos de atualização, com abordagens coletiva e individual. Entre as ações de médio e longo prazo, encontram-se: implantação de programas de educação permanente para os profissionais das equipes; educação a distância; implantação de cursos de especialização em Saúde da Família; trabalho persistente para a inserção de conteúdos referentes à Saúde da Família nos demais cursos de pós-graduação existentes, como os de saúde coletiva, residências e outros; desenvolvimento de iniciativas de introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação.

Segundo MS/SAS/ DAB (BRASIL, 2003c), os recursos alocados de 1997 a 2002, repassados aos Pólos de Capacitação foram de R\$25.226.758,30, através de convênios e financiados pelo REFORSUS e Tesouro Nacional.

A seguir, apresenta-se o quadro do MS/SAS/DAB (BRASIL, 2003c) referente à produção dos Pólos.

QUADRO 3

Levantamento da produção dos pólos de capacitação no período de 1998 a 2001

CURSOS	NÚMERO DE CURSOS REALIZADOS	NÚMERO DE EGRESSOS
Curso Introdutório para ESF	1.833	48.866
Curso Introdutório para ACS	1.344	23.990
Formação de Instrutores PACS/PSF	547	5.666
AIDPI	352	5.496
Ciclos de Vida	340	11.864
SIAB	551	8.812
Eventos Variados	2.246	68.537
Atividades voltadas ao ensino de graduação	2.434	13.629
TOTAL	9.647	173.233

Fonte: Relatório Físico - Financeiro de Acompanhamento dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, MS/DAB, 2003.

O DAB desencadeou, em 1999, um outro movimento convidando as Instituições de Ensino Superior e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde para, em parceria com o Ministério da Saúde, promover a oferta de cursos de pós-graduação *Lato sensu* (Especialização em Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família). Dessa forma, estaria atendendo uma das reivindicações contidas na pesquisa nacional sobre o perfil dos médicos e enfermeiros que se encontravam no PSF, a qual informou a necessidade de realizar cursos de especialização para os referidos profissionais. Esses cursos foram viabilizados com recursos internacionais como o do REFORSUS.

Segundo dados do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Atenção Básica - M.S/SAS/DAB (BRASIL, 2003c), estavam implantados, no Brasil até 2002, 19 Pólos e havia 11 em processo de implantação, que envolviam cerca de cem Instituições de Ensino Superior. Trinta e um Pólos foram implantados no Brasil e com o envolvimento de 116 Instituições de Ensino Superior (M.S/SAS/DAB, 2003c, p. 2-3).

Tanto nas avaliações realizadas pelo DAB dos relatórios periódicos encaminhados pelos Pólos, como nas dos anos 1998/1999 e de 2000/2002, relativas aos Pólos de Capacitação do Brasil, verificou-se que eles haviam atendido às diretrizes e aos objetivos traçados para seu funcionamento. Verificou-se, também, o importante papel dos Pólos ao impulsionarem as instituições de ensino superior, ao compartilharem com o serviço a responsabilidade na qualificação dos profissionais, o que originou um movimento de importância para a aproximação das universidades com os serviços.

Os Pólos no ensino contribuíram para o desencadeamento de iniciativas inovadoras no aparelho formador, sendo que, em várias instituições, observou-se a inclusão “de conteúdos de ensino mais voltados à atenção básica e à Saúde da Família” (BRASIL, 2003c, p. 2). Vale destacar o apoio que os Pólos deram à implantação de iniciativas como a das Escolas de Medicina, através do PROMED e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (BRASIL, 2003c).

Foi através das atividades desenvolvidas pelos Pólos que docentes dos núcleos, dos departamentos, de disciplinas das IESs, levaram para o interior delas a discussão da Saúde da Família e da necessidade de uma formação que pudesse atendê-la, na busca do modelo assistencial de saúde preconizado pelo SUS.

Apesar dos esforços, o que aconteceu era que as discussões foram pontuais e não atingiam o universo do ensino como um todo, então, na verdade, não promoveram as mudanças substanciais desejáveis para sensibilizar a importância das transformações

necessárias nos currículos e a necessidade da parceria entre as IESs e os serviços na capacitação dos profissionais. Portanto, foram diversificadas as ações e resultados do trabalho dos Pólos nesta empreitada. Na opinião desta pesquisadora, o movimento estabelecido no conjunto foi incipiente, devido a todo um contexto político, ideológico, cultural, histórico tanto das IESs, como também dos serviços em se desenvolver e fazer política neste país. Os interesses e as intenções nem sempre são compartilhados por todos da mesma forma que se idealizou.

As contribuições dos serviços para o ensino foram a maior abertura para espaços diversificados de cenários de ensino-aprendizagem, e em ambos os ambientes a busca por novas metodologias pedagógicas mais ativas e inclusivas foi muito valorizada. Não se pode negar a importância dos Pólos na contribuição da capacitação das equipes, na divulgação da estratégia da Saúde da Família e de seus princípios.

A avaliação de 2000/2002 (BRASIL, 2003c) mostrou que eram poucos os Pólos que estavam institucionalizados, gerando fragilidade na sua capacidade organizacional. O número de capacitações ofertadas pelos Pólos não acompanhava o ritmo acelerado de expansão das equipes. Em alguns estados, foi detectado que as capacitações não estavam adequadas de forma técnica e operacional às necessidades regionais e locais. Verificou-se a dificuldade dos Pólos em trabalhar com temas planejamento e avaliação, o que distanciava os processos de elaboração de suas programações das realidades locais. Quanto ao financiamento, observou-se a necessidade de repensar mecanismos que assegurassem a regularidade nos repasses, apontando para a proposta específica de financiamento da estratégia para os municípios com mais de cem mil habitantes. Apontou, também, para a necessidade de adotar propostas mais estruturadas e voltadas à formalização e à expansão das estratégias de capacitação e educação permanente dos profissionais das equipes.

Diante das recomendações, o MS/SAS/DAB elaborou uma Proposta Nacional de Descentralização que tinha como objetivo final descentralizar coordenadamente o processo de desenvolvimento dos recursos humanos para a Saúde da Família, através da institucionalização de Pólos Estaduais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família, implantação de Pólos Regionais; e ampliar a formação de instrutores para a capacitação de recursos humanos. A discussão da educação permanente aprofundava-se e estratégias eram pensadas para implementá-la.

Acreditava-se que a proposta descrita acima pudesse aproximar os Pólos das reais necessidades e problemas dos municípios. Havia já uma intenção de aproximação destinando aos municípios maiores a responsabilidade na capacitação dos profissionais,

com o acompanhamento dos Pólos regionais e estaduais. Tal proposta não chegou a ser viabilizada, na opinião desta pesquisadora, aproximaria, mas não resolveria os problemas enfrentados pelos municípios, uma vez que os problemas e necessidades são heterogêneos, as articulações propostas nem sempre são viáveis, nesse caso, solicitando outras articulações.

Caberia a cada município identificar as necessidades, planejar, escolher a forma melhor para executar o planejamento e avaliar. Ou seja, dar autonomia aos municípios através de incentivo aos serviços de recursos humanos municipais e o fortalecimento destes com apoio das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, para desenvolverem os recursos humanos municipais. Os municípios que não estivessem preparados para assumirem a proposta de desenvolvimento de recursos humanos deveriam ser auxiliados e estimulados a se estruturar através do apoio das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde. Só o município conhece suas facilidades e dificuldades para desenvolver políticas; torná-lo autônomo e capacitado seria a melhor estratégia.

Constatou-se que, apesar dos esforços despendidos pelos Pólos na oferta de cursos, ultrapassando, às vezes, a meta e as programações de seus planos de trabalho, as capacitações foram insuficientes devido à velocidade de expansão das equipes (SOUZA et al, 2002).

Na opinião de Mendes (2002, p. 68), os Pólos tiveram “quase nenhum impacto sobre a graduação e orientaram suas ações na pós-graduação através de CI, especialização e residência em Saúde da Família”.

A integração ensino-serviço deve ser construída sob novas bases, das quais a universidade e os serviços sejam parceiros. Construir essa relação é considerar as demandas dos serviços pelas universidades, e os serviços se responsabilizarem também pela formação do futuro profissional. As decisões devem ser acordadas e tomadas em conjunto. Os Pólos “reproduziram relações unilaterais, as universidades tomam as decisões levando em conta muito mais suas questões e disponibilidades internas do que as necessidade dos serviços de saúde” (FEUERWERKER et al, 2002, p. 173-174). Dessa forma, observa-se uma reprodução das velhas estratégias de propostas de projetos e pesquisas que atendiam apenas aos objetivos do ensino e de um grupo de docentes, sem impactar a formação e nem os serviços (FEUERWERKER et al, 2002).

Com a nova gestão na saúde em 2003, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹⁸ como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Esta política tem como objetivo, entre outros, o de adequar a formação de recursos humanos para a saúde, integrando o processo de formação às práticas de saúde nos serviços, à gestão e aos mecanismos de controle social sobre o sistema de saúde. Busca introduzir os conceitos de gestão do trabalho e da educação na saúde a partir dos princípios e diretrizes do SUS, promovendo a qualidade e a humanização dos serviços de Saúde. Estabelece quatro linhas principais de apoio, quais sejam, (1) o desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde, (2) Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família, (3) Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde e (4) Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares na Graduação das Profissões da Saúde.

A Educação Permanente em Saúde é assumida como estratégia privilegiada de ensino-aprendizagem a partir da problematização da realidade concreta do processo de trabalho. A idéia é de que os processos de formação em saúde tenham como referência as reais necessidades de saúde das pessoas, produzindo, a partir delas, transformações significativas nas práticas de saúde e no próprio processo de formação em saúde. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são a instância interinstitucional e loco-regional, que envolve gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, instituições formadoras na área da saúde, estudantes, trabalhadores e sociedade organizada, ligada à gestão das políticas públicas de saúde.

Para superação dos limites da formação e das práticas tradicionais em saúde, os Pólos de Educação Permanente em Saúde deverão trabalhar de modo a permitir a **integralidade da atenção à saúde**, o acolhimento, o vínculo entre usuários e equipes, a responsabilização, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Os novos Pólos de Educação Permanente têm a intenção de ampliar as ações dos Pólos de Saúde da Família, que têm a natureza de sua função modificada. Serão núcleos de articulação entre universidades, escolas técnicas, centros formadores, escolas de saúde

¹⁸ Portaria N° 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União. (BRASIL, 2004).

pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários, gestores municipais e estaduais do SUS e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 2003b).

Os Pólos trabalharão com a proposta de educação permanente das equipes de saúde, atendendo, prioritariamente, as que atuam na atenção básica, mas também terão como alvo a educação permanente das equipes de urgência e emergência, de atenção domiciliar, de atenção ao parto e deverão atuar de acordo com as prioridades definidas pelo SUS, em suas instâncias de deliberação (BRASIL, 2003b).

Segundo Humberto Costa, ex-ministro da saúde (2003), para se desenvolver uma política pública como essa, existe a necessidade de se capacitar os profissionais e de se criar as condições para sua implantação. Dessa forma, ratifica-se a necessidade de se unir todas as instituições em prol da formação e da educação permanente dos profissionais, inovando e investindo em aprendizagem significativa, objetivando a construção e transformação da realidade social.

Apesar de os Pólos de Educação Permanente possuírem a intenção de trabalhar com as necessidades a partir do processo de trabalho das equipes, na prática, o que se tem observado das avaliações até então realizadas é que se tem reproduzido também, em grande escala, a atividade de curso, atividade criticada do antigo Pólo de Capacitação de Saúde da Família. Enquanto o antigo Pólo, o Treinamento Introdutório, foi o carro-chefe da estratégia da Saúde da Família, porque informava a concepção de Saúde da Família e de seus princípios, o Pólo de Educação Permanente desenvolve o curso de Formação Pedagógica e de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, que também objetiva a divulgação e a formação de profissionais na concepção de Educação Permanente.

Foram realizados, até 2004, 77 cursos e foram capacitados 8.538 profissionais (CECCIM, 2005). Permanece a oferta de cursos nas linhas dos programas do MS (hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose etc), não fugindo das áreas temáticas dos antigos Pólos. Portanto, reforça-se a opinião de que a descentralização das propostas de desenvolvimento de recursos humanos para os municípios é um caminho a ser discutido para as profundas mudanças desejáveis nos sistemas locais de saúde e na formação.

Dos 13 Pólos constituídos em Minas Gerais, o Pólo da macrorregião Sudeste definida pelo Plano Diretor Regional de Minas Gerais – PDR - 2003/2004, conta com 94 municípios e uma população de 1.480.856 habitantes, incluindo as GRS de Juiz de Fora, Leopoldina, Ubá e parte dos municípios pertencentes a GRS de Manhumirim.

2.5.1 A experiência do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família do Sul e Sudeste de Minas Gerais - Pólo da UFJF

Para a implementação da Saúde da Família e para a formação e o desenvolvimento de pessoal, o Estado de Minas Gerais contou com os Pólos de Capacitação da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. O primeiro desempenhou suas atividades desde 1998 e o segundo, a partir de 1999, como Pólo.

A UFJF, credenciada pelo Ministério da Saúde desde 1997, sediou, no NATES, o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família do Sul e Sudeste de Minas Gerais – Pólo da UFJF. O Pólo foi aprovado em 1999, porém havia sido credenciado em 1997, na modalidade de projeto de Pólo. Tinha como missão a interação entre o ensino e o serviço, promovendo a qualificação dos profissionais que integravam as equipes de Saúde da Família, assim como de discentes dos cursos da área de saúde.

O Pólo da Universidade Federal de Juiz de Fora abarcava as regiões Sudeste e Sul do estado. Dele faziam parte as seguintes instituições: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão, Pró-Reitoria de Graduação, Secretarias Municipais de Saúde com PSF, na área de abrangência, Diretorias Regionais de Saúde – DRS/SES/MG - Juiz de Fora, Ubá, Manhumirim, Leopoldina, Ponte Nova, São João del-Rei, Barbacena, Alfenas, Passos, Pouso Alegre, Varginha, além das Faculdades do Sul de Minas: Faculdade de Enfermagem de Alfenas, Faculdade de Enfermagem de Passos e Faculdade de Medicina e Enfermagem de Itajubá.

As regiões Sudeste e Sul de Minas Gerais, que compunham o Pólo em 2002, possuíam um total de 352 municípios, dos quais 275 contavam com a estratégia de Saúde da Família totalizando 628 equipes (MINAS GERAIS, 2003). Havia o envolvimento de 7.079 profissionais (agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros).

das equipes de SF; conhecer os avanços e dificuldades do trabalho das equipes de SF; propiciar a utilização efetiva dos indicadores da atenção básica; promover a educação permanente no processo de acompanhamento das ESFs; identificar necessidades de educação continuada e permanente para o trabalho das ESF. Esse instrumento f de avaliação e acompanhamento foi aplicado em 168 equipes dos municípios da área de abrangência do Pólo e, no município de Juiz de Fora, em trinta e seis equipes correspondendo 75% delas.

Entre as atividades de educação permanente, destacaram-se os seminários de atualização em Atenção Primária à Saúde, Lista de Discussão na Internet – ênfase nas decisões clínicas, cursos de pequena duração, como manejo de dados epidemiológicos.

QUADRO 4

Consolidado das atividades realizadas pelo Pólo de Capacitação da Saúde da Família da UFJF, período de 1997 a 2003

CURSO	PARTICIPANTES
• Treinamento Introdutório para a Saúde da Família	2.977
• Capacitação Pedagógica para Multiplicadores do Treinamento Introdutório	388
• Curso de Especialização em Saúde da Família	239
• Residência em Saúde da Família	18
• Seminários Regionais em Saúde da Família	3.186
• Seminário de Atualização em Atenção Primária à Saúde	1.407
• Rede de Informação, Saúde, Sexualidade e Direitos Reprodutivos	300
• Formação de Multiplicadores para o Curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família	261
• Formação de Multiplicadores para o Curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família em parceria com os pólos: Amapá, Roraima, Acre e Piauí	127
• Capacitação de Enfermeiros para Instrutor Supervisor de Agentes Comunitários de Saúde	102
• Outras Atividades de Capacitação temáticas	2.804
TOTAL	11.709

Fonte: IEC/NATES/UFJF. Relatório de atividades desenvolvidas pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família da UFJF, período de 1997-2003.

O Pólo da UFJF desenvolveu ações, tanto na formação quanto nos serviços, e realmente cumpriu o seu papel de elo articulador entre a universidade e os serviços. A participação de docentes, principalmente da Faculdade de Enfermagem, gerou uma maior discussão da Saúde da Família nessa Faculdade. Com a expansão da estratégia e da responsabilidade das IESs no cenário de mudança do modelo assistencial e na implementação da política de saúde, as demais Faculdades foram se aproximando e se inserindo nas atividades do Pólo.

Uma das capacitações para as equipes de Saúde da Família mais realizadas pelo Pólo da UFJF foi o Curso Introdutório, que, apesar de ter sido largamente ofertado durante os anos de funcionamento do Pólo e de ter como estratégia a formação de multiplicadores nas antigas DRSs, não acompanhou a expansão da Saúde da Família nos municípios. Para atender esse grande contingente de profissionais ingressando nos serviços, foi elaborada pelo Pólo da UFJF, juntamente com os coordenadores das DRSs, uma sensibilização das equipes de Saúde da Família, que era realizada pelos próprios coordenadores do PSF das DRSs, assim que os profissionais ingressavam nas equipes.

O Pólo da UFJF cumpriu com as metas estabelecidas nos projetos encaminhados ao MS. Em alguns projetos, chegou a ultrapassar a meta definida relativa ao CI.

2.6 Treinamento Introdutório para as Equipes de Saúde da Família: etapa inicial do processo de qualificação das equipes de Saúde da Família

O Treinamento Introdutório - TI para os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 1996; 1998; 2000a), tem como objetivo introduzir as equipes de Saúde da Família no serviço, visando instrumentalizar os profissionais com conteúdos essenciais para o início do trabalho nessa estratégia, como a base conceitual e as diretrizes da SF.

O TI teve sua modalidade de capacitação desenhada originariamente pelos Pólos de Capacitação. No Brasil, foi legitimado no processo de organização do trabalho dos Pólos, enquanto etapa inicial de capacitação das equipes de Saúde da Família. Coube a cada Pólo construir seu curso de acordo com cada realidade local, tanto de serviços, quanto de característica de formação dos profissionais de uma determinada região e de seu perfil epidemiológico, como é sugerido nos documentos de 1996, 1998 e 2000.

É considerado um dos pilares da capacitação das equipes de Saúde da Família, foi desenvolvido por todos os Pólos e está presente no componente 2 – Desenvolvimento de Recursos Humanos do Programa de Expansão da Saúde da Família – PROESF, como uma importante atividade, iniciando o processo de educação permanente das equipes.

Essa experiência resultou em diversas versões de desenhos, variando em carga horária, conteúdo, metodologia, objetivos e área de concentração.

O MS (BRASIL, 2000a) apresentou uma proposta de treinamento a ser desenvolvida para os profissionais das equipes, sugerindo como temas: princípios e diretrizes do SUS e do PSF; organização inicial do processo de trabalho; aspectos da atenção integral à saúde individual e coletiva; diagnóstico da comunidade; sistema de informação em atenção básica – SIAB. Sugeriu, também, que a proposta poderia e deveria ser adaptada às necessidades municipais (BRASIL, 2000a).

Recomendava que os conteúdos não deveriam ser entendidos como uma grade rígida a ser cumprida, o curso deveria ser flexível e buscar a adequação entre os recursos disponíveis e as necessidades das equipes, bem como as realidades municipais. Recomendava-se que os cursos deveriam ser realizados o mais descentralizadamente possível e, de preferência, no próprio município, oportunizando a participação de todos os membros que compunham as equipes, e que fossem desenvolvidos logo após a implantação do PSF no município. Uma outra recomendação é relativa às metodologias adotadas, estas deveriam permitir às equipes participarem na construção do seu próprio conhecimento. Portanto, a presença de todos os membros da equipe nesse encontro é fundamental, pois é, nesse momento, que os conceitos são discutidos e definidos, para serem incorporados na prática (BRASIL, 2000a).

Após a realização do TI, espera-se que o profissional esteja capacitado a: compreender os princípios e diretrizes básicas do PSF, no âmbito do SUS; identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços da Saúde da Família; compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços das unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2000a).

Contava-se que os profissionais pudessem realizar o TI antes de começarem suas atividades nas equipes, porém, devido à velocidade de implantação das equipes, os Pólos não conseguiram acompanhar essa expansão, não por incompetência, pois os Pólos ultrapassavam as metas estabelecidas nos planos de trabalho, mas por falta de profissionais capacitados em número suficiente envolvidos com os Pólos, inexistência de Pólos em

alguns estados, dificuldade de repasse dos recursos aos Pólos e de seu uso, entre outros motivos (SOUZA et al, 2002).

O número de profissionais capacitados no Treinamento Introdutório variava entre os estados, a seguir apresentam-se as proporções médias de médicos e enfermeiros capacitados no Treinamento Introdutório (Quadro 5). Verifica-se que o Estado de Minas Gerais ficou abaixo da média nacional (BRASIL, 2004). Ao final de 2002, Juiz de Fora havia capacitado todas as equipes cadastradas. No ano de 2003, já havia um déficit em virtude das mudanças de Pólos. Em 2004, a proporção chega a 30% de profissionais não capacitados em Juiz de Fora.

QUADRO 5

Percentual de enfermeiros e médicos de equipes de Saúde da Família capacitados pelo Treinamento Introdutório no Brasil, Minas Gerais e Juiz de Fora no período de 2001-2002

LOCAL	ENFERMEIROS %	MÉDICOS %
BRASIL	69,4	61,9
MINAS GERAIS	56,8	49,0
JUIZ DE FORA	100	100

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação Normativa do PSF no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família, 2001-2002. Brasília, 2002.

Houve comprometimento no alcance do objetivo do TI. A diversidade das realidades fez com que surgissem propostas compatíveis com o objetivo proposto e outras completamente opostas, inclusive desfocando o propósito do Treinamento. A idéia de conceber uma sistematização de um curso Introdutório, decorrente de experiências bem-sucedidas no Brasil, que servisse de modelo flexível e adaptável às necessidades locais, não obteve consenso entre os coordenadores dos Pólos e profissionais, ficando a proposta desenvolvida no papel e não editada (SOUZA et al, 2002).

Algumas críticas foram feitas aos Treinamentos Introdutórios no sentido de serem propostas verticais que, na verdade, não capacitavam os profissionais para o desenvolvimento da estratégia. Mendes (2002, p. 68) relata que “são cursos curtos, orientados para aspectos cognitivos e doutrinários da Saúde da Família e, portanto, têm baixa capacidade formativa e quase nenhuma capacidade de institucionalização”. Há que

se concordar com o autor quanto à questão formativa, uma vez que o objetivo do MS com relação ao Treinamento Introdutório era de que iniciasse o processo de capacitação e não de formação. Nos documentos de 1996, 1998, reafirmou que:

é importante ter a consciência de que o treinamento introdutório não abrange todas as carências, devendo traduzir-se como uma inauguração do processo de educação continuada que sistematizará as necessidades de informação e capacitação das equipes (BRASIL, 1998, p. 33).

No documento de 2000, afirma que o TI é o início da educação permanente das equipes de SF (BRASIL, 2000a). Portanto, a formação acontecerá durante todo o tempo, atualmente através dos cursos de especialização e residência, que são processos educacionais formais, com certificação dada por uma instituição de ensino superior capacitada para tal. A maioria dos gestores e profissionais desinformados dos objetivos do Treinamento Introdutório acreditava que ele formava o profissional, não havendo mais necessidade de investimento educacional.

Feuerwerker et al (2002, p. 175), ao referir sobre a função dos Pólos de Saúde da Família, dizia que “é importante que os Pólos deixem de trabalhar orientados essencialmente para responder às demandas dos cursos introdutórios”. Ressaltavam que essa forma de introduzir programa era tradicional de formação em Saúde Pública ou Coletiva e que não favorecia a reflexão crítica sobre o modelo de formação em saúde, tal qual era a proposta da Saúde da Família e convocava “novos atores que são elementos essenciais para construir novas práticas e conceitos para influir mais amplamente nas escolas e nas práticas sanitárias” (FEUERWERKER et al, 2002, p. 175).

A outra crítica está relacionada com a palavra treinamento que denota concepção de repetição mecânica. Esse modo de ensinar e aprender vem fazendo parte da forma tradicional, não só na capacitação de profissionais inseridos nos serviços, mas também na graduação e pós-graduação da área de saúde. A metodologia de ensino mais utilizada é a da transmissão que utiliza o repasse de informação, como se os alunos fossem meros receptores de informações.

Concorda-se que é através das formas tradicionais, que histórica e culturalmente, vêm sendo desenvolvidos os processos educativos, não só do Brasil, mas também das Regiões das Américas. Por isso, propôs-se, nos documentos de 1996, 1998, 2000, que as metodologias mais ativas deveriam ser utilizadas, pois elas permitem a participação dos alunos e promovem a reflexão crítica do que se pretende discutir. Em vários Pólos, os treinamentos introdutórios utilizaram metodologias ativas como foi o caso do Pólo da

Bahia, Ceará, da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Santos, Rio de Janeiro, Juiz de Fora. Portanto, não inculcaram saberes, mas refletiram a Saúde da Família nos contextos das práticas desses profissionais.

Não existem avaliações referentes à influência do TI no ensino e nem no serviço. O TI pode não ter interferido ou colaborado com os processos de mudanças na formação, mesmo porque isso aconteceria a longo prazo, mas um movimento foi desenvolvido e foi registrado pelos coordenadores de Pólos de formas diferenciadas.

Em algumas IESs, a participação de docentes levou a discussão da Saúde da Família em suas disciplinas, em outras a articulação ensino/serviço se faz mais presente devido à participação do docente nos treinamentos e nos cenários das UBSs. Há ainda aquelas IESs em que a discussão foi levada a um núcleo ou departamento, ou até em relação a um curso específico da área de saúde. Não se pode generalizar, porque dependeu da articulação e organização de cada Pólo dentro de seu contexto e envolvimento da IESs no processo.

Para a viabilização da Saúde da Família e, conseqüentemente, do SUS, existe a necessidade de que todos os trabalhadores respondam satisfatoriamente aos problemas de saúde. Portanto, a capacitação desses trabalhadores é uma das abordagens a serem utilizadas para a transformação das práticas profissionais em direção ao modelo assistencial proposto pela Saúde da Família, em consonância com o do SUS. Os treinamentos deveriam ser desenvolvidos com toda a equipe, essa não foi a realidade em alguns Pólos e municípios, por problemas de liberação de profissionais, por opção dos Pólos ou por outros problemas, os treinamentos foram desenvolvidos com parte da equipe.

No geral, o resultado esperado não correspondeu aos objetivos do treinamento do MS. Não se modificam práticas com parte da equipe, até porque se fala do trabalho em equipe, interdisciplinaridade, responsabilização, que são princípios que não são realizados somente por profissionais.

Há que se considerar, também, que todos os profissionais da equipe são agentes desse processo de mudança, as capacitações, e em especial o TI desses agentes, devem ir além da simples adaptação ao modelo, como tradicionalmente é realizado quando se deseja implantar uma proposta. Portanto, os profissionais não devem reproduzir o modelo hegemônico curativo, individual, centralizador. Eles devem refletir, criticamente, construindo e reconstruindo sempre as práticas.

2.6.1 O Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família do Pólo da UFJF

O Pólo de Capacitação e Formação Permanente de Pessoal de Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais da UFJF vem desenvolvendo Cursos Introdutórios desde 1997.

Até o ano de 1999, os Cursos Introdutórios eram realizados, de forma centralizada, no Núcleo de Assessoria, Cursos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF e eram ministrados basicamente para médicos e enfermeiros das equipes ou outros profissionais de nível superior que compunham as equipes. O CI não era realizado com todos os integrantes das equipes. Nesses cursos, os conteúdos atendiam à proposta sugerida pelo MS e a metodologia dominante era a da transmissão de conhecimentos.

Diante das recomendações propostas pelo Ministério da Saúde (1999), o Pólo, no ano de 2000, reorganizou a proposta do Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família e passou a ser prioridade na área de capacitação. Conjuntamente com as sete Diretorias Regionais de Saúde – DRSs¹⁹, da região Sudeste de Minas, que compõem o Pólo, o Curso Introdutório foi reestruturado e descentralizado, passando a ser desenvolvido nas cidades-sede das DRSs, uma vez que havia uma grande dificuldade no deslocamento dos treinandos, o que prejudicava a participação de todos os membros da equipe.

O objetivo do Curso pautou-se dentro da proposta de sensibilizar e de informar os profissionais sobre a nova estratégia, ampliando a visão a respeito do modelo assistencial, de forma a contribuir para as mudanças das práticas cotidianas na melhoria da qualidade de vida da população.

Todo o processo de reestruturação do Curso foi organizado e construído a partir de uma oficina de capacitação pedagógica promovida pelo Pólo, em maio de 2000, para um grupo de profissionais que trabalhavam em oficinas de Práticas Educativas, representantes das DRSs e mais próximos das necessidades das equipes que compõem o Pólo, e os representantes das DRSs no Comitê da Saúde da Família no Pólo. Vários desses profissionais tornaram-se os multiplicadores desse curso, pois se acreditava que os conteúdos a serem desenvolvidos no Introdutório deveriam partir do próprio grupo, uma vez que a maioria deles estava inserida, de alguma forma, na Saúde da Família de seus municípios ou nas DRS. Esse grupo foi responsável por toda a reestruturação dos conteúdos e da metodologia adotada no curso, criando roteiros e planilhas específicas para

¹⁹ A partir de 2003, Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde – DADS.

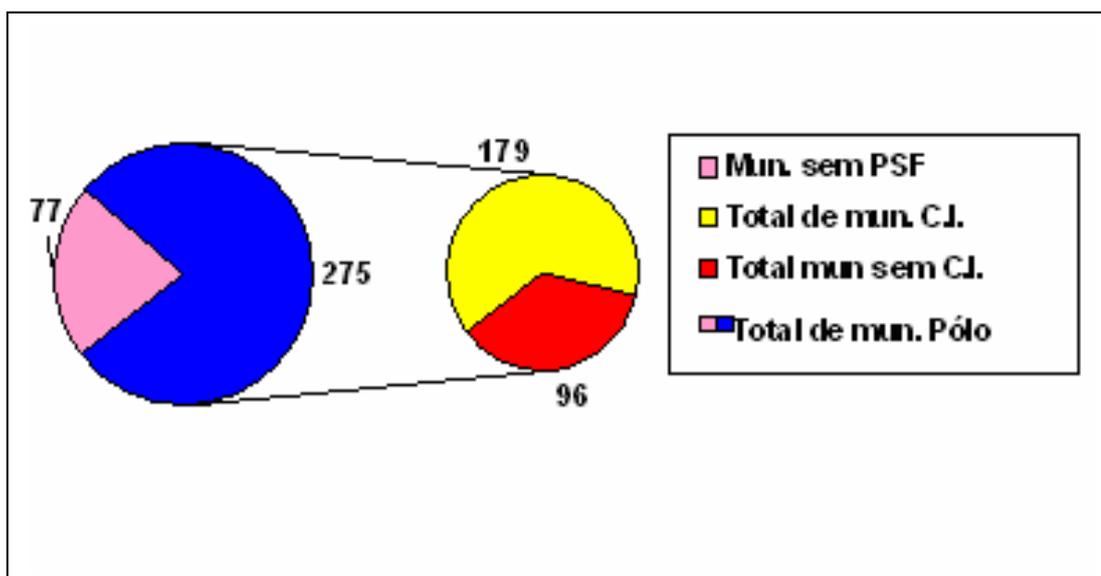
cada assunto a ser abordado, de forma que os conteúdos compusessem uma rede de conhecimentos integrados.

Os cursos foram sendo realizados e, durante um ano, o conteúdo, as ferramentas utilizadas para o desenvolvimento, como fitas de vídeo, músicas e dinâmicas, os instrumentos criados (perfil dos domicílios de risco, diagnóstico de saúde, as avaliações dos facilitadores, avaliação do CI, roteiro do facilitador), a própria metodologia e os facilitadores foram sistematicamente avaliados quanto à adequação dos objetivos, dos conteúdos e dos instrumentos criados, ao desempenho do facilitador com a metodologia e conteúdo e se, no geral, o CI era flexível para adequação às diversas realidades e necessidades das equipes, para a organização inicial da Saúde da Família.

Dos 275 municípios que contam com a Saúde da Família, na área de abrangência do Pólo da UFJF, 179 possuem pelo menos uma equipe sensibilizada com o CI. Apesar de todos os esforços do Pólo em formar multiplicadores do CI nas DRSs, para a descentralização do CI, ainda 96 municípios não foram capacitados com o CI, até 2002 (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Abrangência do Pólo da UFJF e Capacitação no CI - 2002



Fonte: IEC/NATES-UFJF, 2002.

Após as análises das avaliações realizadas referentes ao CI obteve-se, como resultado, a editoração do manual do CI (UFJF/NATES, 2003).

2.6.1. a) Concepção pedagógica utilizada no CI

A metodologia de ensino escolhida para o Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo da UFJF foi a da problematização.

A metodologia da problematização vem sendo utilizada no Brasil desde a década de 80, em algumas universidades, inicialmente na formação de auxiliares de enfermagem e, posteriormente, nos cursos de graduação, como na Universidade Estadual de Londrina e em algumas universidades do Rio de Janeiro, São Paulo.

Segundo Berbel (1998), a problematização é uma metodologia utilizada no ensino, no estudo e no trabalho. “A metodologia pode ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade” (BERBEL, 1998, p. 142).

Em algumas universidades (UFMG, UEL, UERJ, entre outras), no curso de Enfermagem, a metodologia da problematização vem sendo desenvolvida como disciplina, objetivando preparar o aluno para o futuro papel como educador.

O desenvolvimento do aprender e do ensinar parte dos problemas identificados pelo educando na realidade na qual está inserido em contextos diferentes e que possuem determinantes históricos, sociais, políticos e culturais diversos.

Parte da noção básica de que o mundo está em constante modificação e de que essas transformações se desencadeiam rapidamente, portanto, o que se espera é o aumento da capacidade do educando de detectar e resolver os problemas reais e de descobrir as soluções. O conhecimento, nesse processo, é importante, porém não o mais importante.

Portanto, a metodologia da problematização é considerada compatível e adequada para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, nos cenários de ensino comunitário e nos serviços de saúde, que exigem do educando, além do conhecimento, a tomada de consciência e de decisões para intervir nos problemas da realidade na qual está inserido, requerendo do profissional comprometimento e responsabilidade.

Dessa maneira, o CI pode problematizar as práticas vivenciadas pelas equipes até o momento da capacitação, levando as equipes a refletir diante dos princípios estabelecidos pela Saúde da Família.

As metodologias problematizadoras vêm sendo referendadas pelas comissões de revisão curricular da área da saúde. Reconhece-se que a experiência do uso da metodologia da problematização nos cursos de graduação, apesar de pequena, tem obtido resultados positivos, pois trabalhar com problemas faz despertar no aluno o interesse e o espírito

crítico, auxiliando na sua formação como agente de transformação da realidade, para as mudanças necessárias. Uma referência dessa metodologia é Juan Dias Bordenave (1982), que explica a utilização da metodologia através do Arco de Charles Maguerez. Entre os autores brasileiros, está Paulo Freire.

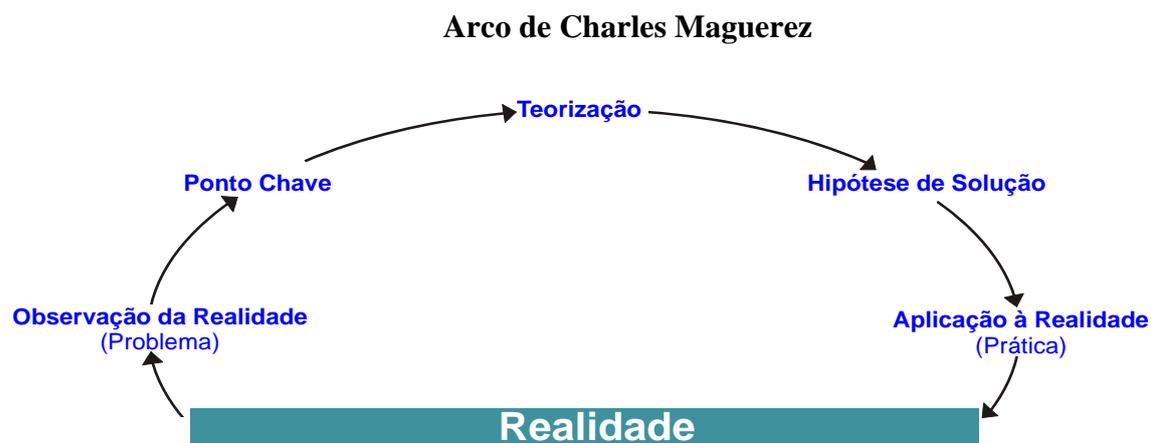
A palavra-chave tanto da aprendizagem como do ensino é problema. A aprendizagem se dá através de reflexões sobre a prática para sua transformação. Não ocorre de forma individual, traz inserida a transformação social. Se essa aprendizagem acontece em uma situação grupal, será de forma coletiva, como foi no caso dos CI. A construção da aprendizagem se dá por etapas, partindo da realidade e a ela retornando.

O processo da aprendizagem se inicia quando o aluno, através da observação da realidade, detecta situações ou problemas que chamam a sua atenção. A partir da percepção, de sua experiência de vida ou da prática, conjuntamente com as pessoas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem (professor, aluno, profissionais de serviço), ele vai criando os seus próprios conhecimentos, por meio de reflexões, associações lógicas e de teorizações. Como o CI era desenvolvido com todos os membros que compunham as equipes e todas elas já inseridas nos serviços, trazer para a sala de aula as situações e problemas vivenciados pelas equipes foi um momento de reflexão da prática exercida.

Nessa metodologia, o ensino se dá a partir de perguntas e indagações aos educandos, sobre a observação do problema, da situação, facilitando o processo de reflexão do educando. É fundamental que se entenda que o papel do professor não é o de ensinar, uma vez que *ninguém ensina a outra pessoa* (FREIRE, 1996), o processo da aprendizagem é interno e só pode ser verificado após a internalização das reflexões. A busca dos conhecimentos é necessária para a mudança de atitude, com vistas à transformação da realidade.

Utiliza-se o Arco de Charles Maguerez (*apud* Bordenave, 1982), que é composto de cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade, ou de um recorte da mesma e que para a realidade retorna, exercitando a cadeia dialética de ação – reflexão – ação.

FIGURA 2



A primeira etapa é a da Observação da Realidade Social Concreta: os educandos são orientados pelo facilitador a olhar atentamente e a registrar o que percebem sobre a parcela da realidade em que o tema está sendo vivido. Essa observação permitirá aos educandos identificarem dificuldades, carências, discrepâncias, de várias ordens, que serão transformadas em problemas. As discussões entre os membros do grupo e o facilitador ajudarão na formulação ou redação do problema.

No CI, os participantes iniciam cada tema a ser trabalhado, relatando a sua experiência ou vivência para o grupo. São sensibilizados, às vezes, com dinâmicas inespecíficas (com o objetivo apenas de acordar, motivar e integrar os participantes) e específicas (têm relação com o tema a ser discutido), para que os participantes, sensibilizados para o tema, deixem emergir situações/problemas, trazendo para o grupo os fatores determinantes, o contexto sociopolítico-cultural, para melhor refletir sobre o assunto. Utilizam-se, também, de filmes, representações sobre o assunto, com figuras, desenhos, dramatizações, jogos.

A segunda etapa é a da Identificação dos Pontos-Chaves: os educandos refletirão sobre as possíveis causas do problema em estudo. Por que será que esse problema acontece? Os educandos percebem, nesse momento, que os problemas de origem social são multideterminados e que interferem na existência do problema. Será feita uma análise criteriosa e crítica do educando, pois se tem como objetivo solucionar o problema para, logo após, serem selecionados os tópicos importantes.

No CI, o facilitador, por intermédio de perguntas que orientarão a discussão, procura identificar, com o grupo, quais são os pontos-chaves das situações trabalhadas e quais são os fatores determinantes.

A terceira etapa é a da Teorização: etapa da investigação. Os educandos se organizam tecnicamente para buscar as informações de que necessitam (vão à biblioteca em busca de livros, revistas, baseiam-se em aulas, pesquisas, palestras, entre outros). As informações colhidas são analisadas e avaliadas quanto à sua contribuição para a resolução do problema.

Essa etapa, no CI, é atingida pelos participantes, após esgotarem os conhecimentos que possuem sobre o tema, na discussão em grupo ou em plenárias com apresentação de trabalhos realizados e com a troca de experiências. O facilitador tem como função despertar e auxiliar o grupo para o acréscimo de conhecimento sobre o tema, para enriquecer o conhecimento construído pelo grupo e também para sistematizar todo o conteúdo produzido por ele. Alguns temas são teorizados com textos de apoio, filmes, em fitas de vídeo, palestras.

A quarta etapa é a de Elaboração de Hipótese de Solução: todo o estudo deverá oferecer elementos para os educandos criticarem e, criativamente, elaborarem as possíveis soluções.

Vale ressaltar que, durante todo o CI, as equipes de Saúde da Família não são desfeitas, trabalham com os membros que a compõem, para garantirem soluções para os problemas, viáveis em seus contextos. Portanto, nesse momento no CI, a equipe trabalha pensando e tentando criar hipóteses, de acordo com sua realidade. É observado, nos intervalos do curso, que as equipes conversam e trocam informações, procurando levantar a melhor solução para os seus problemas.

A quinta etapa será a da Aplicação à Realidade: retorno das decisões para serem executadas, que caracteriza o momento em que os educandos levarão uma resposta do estudo. Essa etapa faz parte deste estudo, pois o objetivo do CI é o de que os participantes apliquem o conhecimento, com a finalidade de organizarem o trabalho, de acordo com as diretrizes e princípios da Saúde da Família em suas realidades locais, melhorando a prática de assistência para as populações.

O papel do instrutor/facilitador na metodologia difere do modelo de transmissão em que o professor é o dono do saber: nessa metodologia, ele será o instrutor, o facilitador do processo ensino-aprendizagem. Existe uma interação entre o educando e o facilitador, no

exercício do ensinar, que pode se dar a partir da troca de conhecimentos e experiências, pois o facilitador constrói junto com o educando o conhecimento.

O papel do educando, durante todo o processo, é ativo e participativo. Observa, faz perguntas, expressa suas percepções e opiniões, é motivado a aprender. Deixa de ser mero espectador, papel que ocupa na pedagogia da transmissão, e passa a fazer parte da construção de seus conhecimentos.

Para Bodernave (1993, p. 17), a problematização permite que:

o aprendiz seja constantemente ativo, formulando perguntas, percepções e opiniões, a partir da observação da realidade com seus próprios olhos, na qual os aprendizes estão inseridos, sendo motivados para a percepção dos problemas reais significativos e para a busca de soluções dos problemas.

Essa posição do educando durante o processo ensino/aprendizagem difere das pedagogias tradicionais, que consideram o aluno como simplesmente um papel em branco ou como um receptor de informações passivo.

Ressalta-se que o propósito maior é o de preparar o educando para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo. Espera-se que ele aja politicamente como cidadão e profissional e que seja agente social que participa da construção da história de seu tempo.

Acredita-se que a capacitação dos trabalhadores da Saúde da Família, utilizando essa metodologia, seja uma das abordagens a ser utilizada para a transformação das práticas profissionais, em direção ao modelo assistencial proposto pela Saúde da Família, em consonância com o do SUS.

2.6.1.b) Estruturação do Curso Introdutório

O Curso possui carga horária de 48 horas e é desenvolvido em dois finais de semana (de quinta a sábado). Foi dividido, didaticamente, em duas etapas. A primeira aborda, através de vivência dos participantes, os conceitos de saúde, indivíduo, educação em saúde, família, trabalho em equipe e participação popular. Durante o período de dispersão, os treinandos têm, como atividade, desenvolverem uma estratégia de educação permanente da equipe.

A segunda etapa instrumentaliza e apresenta ferramentas essenciais para a Saúde da Família, abordando os conteúdos referentes à Política de Saúde, Estratégia da Saúde da

Família, Planejamento: conhecendo a comunidade (território, cadastramento, sistema de informação, planejamento).

A equipe tem como atividade final a realização de um “Diagnóstico de Saúde”, seguido de um roteiro (instrumento criado para o CI), que resgata toda a discussão do curso. A avaliação e a supervisão desse diagnóstico fica sob a responsabilidade das coordenações municipais e regionais do PSF.

QUADRO 6

Estruturação do conteúdo e objetivos temáticos do Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação para Saúde da Família da UFJF – 2003

1ª etapa

Conteúdo	Objetivo
Conceito de Saúde – 4 horas	Construir um conceito ampliado de saúde, resgatando determinantes deste processo.
Educação em Saúde – 4 horas	Instrumentalizar as equipes para o desenvolvimento da educação em saúde, através de uma prática que busque a participação, a troca, o respeito, a vivência da população.
Indivíduo – 4 horas	Refletir sobre o indivíduo e suas vivências.
Família – 4 horas	Refletir sobre os diversos arranjos familiares e trabalhar os preconceitos.
Trabalho em equipe – 4 horas	Sensibilizar a equipe para o trabalho interdisciplinar, visando à ação integral.
Participação Popular – 4 horas	Sensibilizar as equipes para a importância da participação popular na saúde, como fator fundamental no processo de transformação de sua prática.

2ª etapa

Conteúdos	Objetivo
Política de Saúde e Modelos Assistenciais – 4 horas	Conhecer e refletir sobre a história recente da política de saúde no Brasil, para situar-se no contexto do seu trabalho. Refletir sobre os modelos assistenciais, focalizando a Atenção Primária à Saúde.
SUS Municipal e Saúde da Família – 4 horas	Compreender os princípios e diretrizes básicas da Saúde da Família, no âmbito do SUS.
Planejamento: Conhecendo a Comunidade - 4 horas	Conhecer a realidade local (diagnóstico da comunidade), através do mapeamento da área de atuação da ESF e do cadastramento das famílias. Discutir o processo de territorialização como instrumento fundamental na construção do diagnóstico de saúde e, conseqüentemente, no planejamento das ações mais próximas à realidade da população na qual estão inseridas as equipes. Sensibilizar os participantes para a importância do cadastro de famílias, como um instrumento de diagnóstico/planejamento para definir as ações da equipe e conhecer a comunidade.
Planejamento: Sistemas de	Apresentar os diversos sistemas de informação, sensibilizar

Informação – 4 horas	para refletir sobre a importância dos indicadores como instrumento para o planejamento e avaliação das ações a serem desenvolvidas.
Planejamento: Estratégias de Ação – 8 horas	Sensibilizar e instrumentalizar os participantes sobre a importância do planejamento e a utilização de instrumentos de planejamento na lógica do Programa Avançado de Gerência em Atenção Primária à Saúde – PAG/APS.

Fonte: UFJF/NATES. Estratégia de Saúde da Família: Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família, 2003.

Após a construção desse novo desenho do Curso Introdutório, ele já foi realizado nas 11 DRS, totalizando 55 cursos para profissionais e alunos dos cursos de graduação da área de saúde da UFJF, conforme Quadro 7, a seguir:

QUADRO 7

Total de Cursos Introdutórios realizados pelo Pólo de Capacitação da UFJF, relacionando o total de profissionais e alunos capacitados e de municípios atendidos, no período de 2000 a 2002

Ano	Total de CI	Nº capacitados	Total de municípios atendidos
2000	08	292	28
2001	25	1.450	95
2002	22	1.241	56
TOTAL	55	2.882	179

Fonte: UFJF/ NATES-IEC, 2002

Vale ressaltar que o Pólo da UFJF, a partir do ano de 2001, foi identificado como referência para a região norte do país, com relação ao CI. Isso aconteceu devido à preocupação do Ministério da Saúde – MS com a qualidade da implantação de Pólos no país e a qualidade das capacitações desenvolvidas. A estratégia utilizada foi impulsionar o intercâmbio entre os Pólos estruturados e os “novos” (que estavam se estruturando), com o objetivo de auxiliar nessa implantação e de trocar experiências.

O Pólo da UFJF formou multiplicadores do Curso Introdutório nos Pólos do Amapá em 2001, Acre e Roraima em 2002, totalizando 71 profissionais.

O critério adotado pelo Pólo de oferecimento dos cursos acontecia em reunião do Colegiado do Pólo da Saúde da Família da UFJF, em que os representantes das DRSs apresentavam suas necessidades e a coordenação do Pólo, de acordo com a verba disponível, distribuía os cursos para as DRSs, conforme o número de equipes a serem capacitadas.

Os cursos eram realizados descentralizados, ou seja, no município-sede da DRS ou em municípios o mais próximo possível das equipes, evitando grandes deslocamentos das mesmas. Era feito um cronograma dos cursos a serem realizados pela coordenação do CI, e, para onde não existia facilitador do CI, eram deslocados facilitadores do Pólo da UFJF, que, além de realizarem o CI, faziam acompanhamento, avaliação e formação de multiplicadores para essa DRS.

Como a meta do Pólo era a descentralização do CI, para que o processo de capacitação acontecesse mais rápido, devido à velocidade de implantação das equipes, o Pólo possuía um processo de formação de multiplicadores do CI. Ele acontecia em três etapas.

A primeira era a de sensibilização dos futuros multiplicadores para a metodologia da problematização, com carga horária de 28 horas.

A segunda é a da realização do CI, quando ocorre a discussão de todo o manual e o estudo dos textos de apoio, totalizando 36 horas.

Na terceira, o futuro multiplicador acompanhava, na função de monitor, um ou mais CIs com facilitadores mais experientes, em que eram preenchidas avaliações pelos facilitadores experientes sobre o desempenho do iniciante durante os cursos. Essas avaliações eram analisadas pela coordenação do CI do Pólo. Os cursos que os monitores acompanhavam eram aqueles realizados na sua DRS de origem. O interessado só se tornava facilitador, quando tivesse domínio do conteúdo e entendimento do roteiro de cada tema e da metodologia de ensino.

Cada CI era formado por um grupo de 60 participantes, que são subdivididos em turmas de 20 profissionais (em média, duas equipes completas) para dois facilitadores.

A seguir, será apresentada uma das avaliações²⁰ que subsidiou esse estudo realizado pela pesquisadora, que teve como objetivo verificar entre os participantes do CI a percepção quanto à utilização da metodologia da problematização no CI.

²⁰ FARAH, B. F; PIERANTONI, C. R. A utilização da metodologia da problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF. Revista de APS: Juiz de Fora, v. 6, n.2, 2003, p. 108-118.

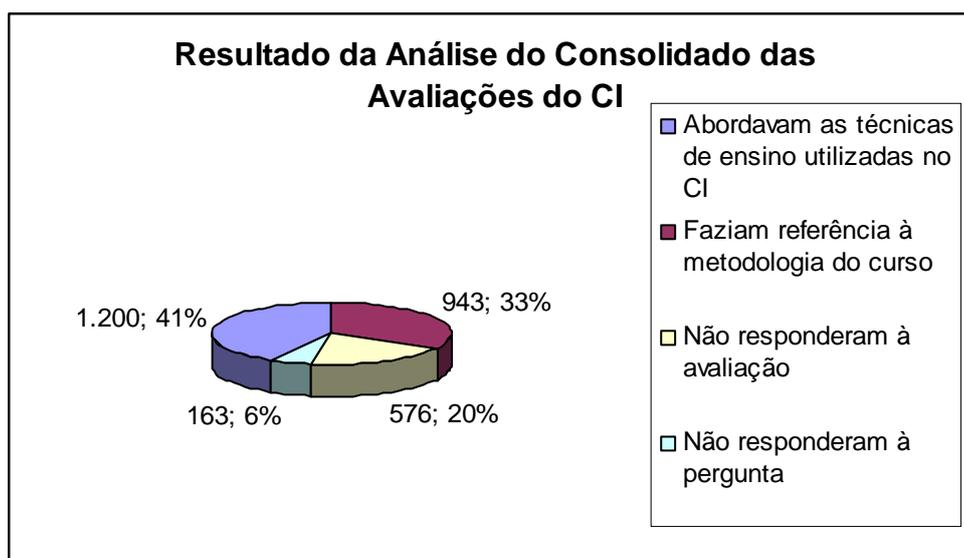
2.6.2 A percepção dos treinandos quanto à metodologia da problematização no CI

Um dos diferenciais do CI do Pólo da UFJF foi a sua construção coletiva e a opção pela utilização da metodologia da problematização, que era sempre referida pelos treinandos, quando faziam avaliação do curso. Durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi desenvolvido um estudo de natureza quanti-qualitativa, utilizando-se como instrumentos para coleta de dados a análise documental referente ao CI e o consolidado das avaliações finais preenchidas pelos participantes dos CI (profissionais e alunos dos cursos de graduação da UFJF), no período de 2000 até agosto de 2002, totalizando 55 cursos e 2.882 pessoas capacitadas. Foi selecionada, desta avaliação, a pergunta “Qual a sua opinião sobre as técnicas de ensino utilizadas?”. O referencial teórico para a análise dos dados se fundamentou em: Bordenave (1993); Freire (1996) e Berbel (1998).

Os resultados encontrados partiram do universo de 2.882 participantes dos CIs. Verificou-se que 576 participantes não responderam à avaliação. Do total de 2.306 avaliações respondidas, 943 faziam referência à metodologia do curso; 1.200 avaliações abordavam as técnicas de ensino utilizadas no CI e 163 não responderam à pergunta.

GRÁFICO 2

Resultado da Análise do Consolidado das Avaliações do CI

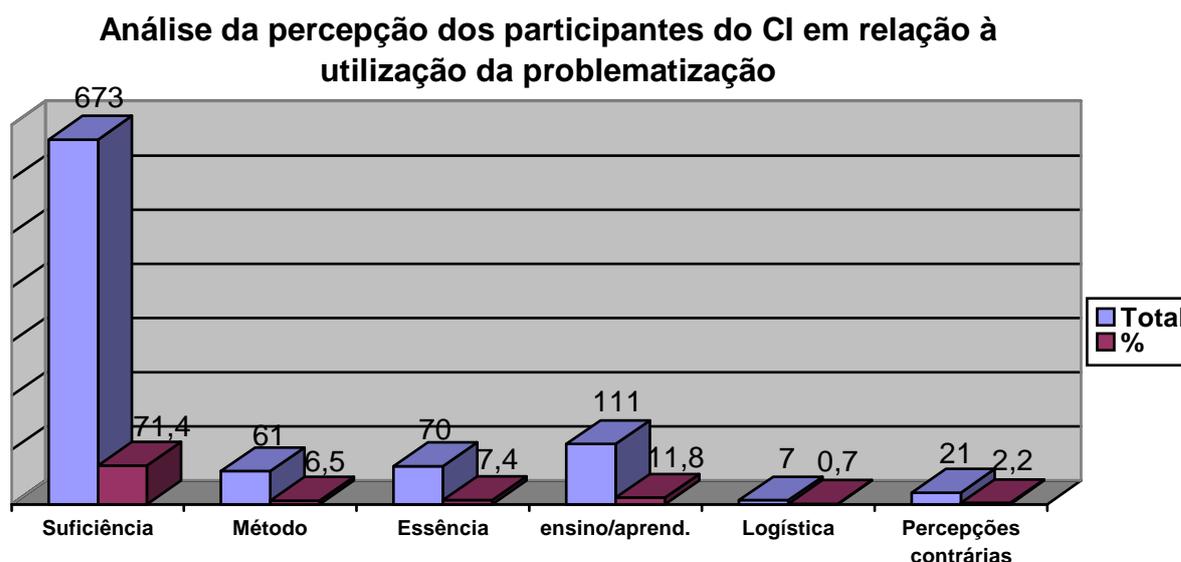


Ao se analisarem os dados, foram consideradas apenas as respostas que se referiam à metodologia, totalizando 943. Pode-se observar que a maioria das respostas foi dada por meio de uma frase ou por uma única palavra, em que os participantes exprimiam as percepções, as sensações e sentimentos surgidos durante a vivência na metodologia no CI.

Procurou-se organizar a análise dos dados separando, inicialmente, as opiniões positivas e as “contrárias” à metodologia, para se ter uma visão geral dos dados apresentados e, conseqüentemente, fazer uma avaliação inicial do conteúdo das mesmas; chegou-se à conclusão de que, do universo pesquisado, somente 21 eram “contrárias”.

As variáveis emergiram das opiniões dos participantes do CI, cujas respostas ou frases puderam ser resumidas em uma palavra-chave e categorizadas em seis grupos, sistematizadas no gráfico a seguir.

GRÁFICO 3



Observou-se que as palavras com as quais os participantes expressaram sua opinião refletem o primeiro contato com a metodologia.

A primeira categoria abordou a “**suficiência da metodologia**” ao CI para os participantes representada pelas palavras: *ótima, excelente, muito boa, boa, proveitosa e satisfatória*, demonstrando que a problematização está adequada ao CI, mas também ao trabalho e ao estudo, totalizando 673 percepções.

Algumas falas representaram essa afirmativa: “pode ser usada na comunidade” “pode ser usada no trabalho”; “Incentivam a melhorar a prática”; “Facilitou a aprendizagem”.

A segunda categoria refletiu o “**método da problematização**” através das palavras: *objetiva, clara, eficiente, organizada*, totalizando 61 percepções.

Ao contrário do que muitas pessoas pensam, a metodologia possui uma rigorosidade metódica, pois, sem ela, os educandos ficariam perdidos no processo. O objeto do conhecimento parte do real e percorre etapas organizadas, nas quais se promove a reflexão crítica do educando sobre o objeto de estudo e se traça, durante o percurso, o objetivo.

Vale ressaltar que o método é o caminho que o facilitador utilizará, porém as mudanças que se esperam no aluno e na realidade social em que está inserido não são garantidas pelo simples fato de se utilizar o método. Isso só acontecerá se associarmos o método com o embasamento teórico que sustenta essa pedagogia.

Durante a análise dessa categoria, sobressaíram as percepções de alguns participantes como: “a metodologia é concreta”; “parte de nossa realidade”; “de fácil entendimento”, ratificando a importância de se partir das experiências e vivências dos participantes, pois trazem suas realidades para o grupo. Na metodologia, partimos da realidade e para ela retornamos, fazendo o processo ensino/aprendizagem mais compreensível: “não saímos com dúvidas”.

A terceira categoria demonstrou a “**essência da metodologia**”, que totalizou 70 percepções, através das palavras: *participativa, construtiva, instrutiva, reflexiva, integradora*, quando explica que o conhecimento será construído pelos educandos, facilitadores e outras pessoas envolvidas com o problema identificado na realidade do ensino-aprendizagem em que os educandos estão inseridos. Portanto, a construção do conhecimento se dá através da troca de experiências e da liberdade de se expressar. As seguintes falas sintetizam essa categoria: “desenvolve conhecimento através da vivência e experiência”, “é adequada aos diferentes grupos”.

A quarta categoria demonstra como acontece o “**processo do ensino/aprendizagem**”, totalizando 111 percepções. Por ser dinâmico o processo e por instigar no educando a curiosidade, a criticidade, a investigação, a busca de solução para o problema, a metodologia torna-se *estimulante*. É *dinâmica e criativa*, porque os educandos não recebem passivamente o conhecimento, mas são estimulados a construí-lo, bem como a

solucionar os problemas dentro do contexto socioeconômico e político, exigindo do educando a *criatividade*.

As palavras *descontraída*, *inovadora*, *interessante* podem ser explicadas em decorrência da experiência vivenciada de aprendizagem baseada na transmissão de conteúdo, as dúvidas eram levadas para casa para serem resolvidas, o conhecimento se dava de forma vertical (professor repassava para o aluno o conhecimento que possuía e ele memorizava sem questionamento). O ato do aprender era individual, solitário, introvertido, o contrário do que se preconiza na problematização.

A quinta categoria está relacionada à **“logística para a aplicabilidade da metodologia”**: “exige facilitador experiente para desenvolvê-la”, o facilitador tem que ser capacitado e haver internalizado a ideologia e as propostas da metodologia. *Experiência*, *recursos material e didático* foram as palavras selecionadas nessa categoria. Informam que “não necessita de recursos caros para aplicá-la”; “não utiliza palestra”.

A sexta categoria refere-se às **“percepções contrárias”** à metodologia, apesar de poucas (21), verificou-se que estavam relacionadas ao fato de serem para muitos uma metodologia “nova”. Portanto, fazem parte da resistência natural às mudanças. Fica bem característico quando os participantes se referem à metodologia, relatando “prefiro aula expositiva”. Além disso, aula expositiva não exige a participação ativa do aluno.

As palavras *chata* e *cansativa*, *complicada*, *pouco prática*, referentes às metodologias problematizadoras para Freire (1996), referem ao acompanhamento das idas e vindas do pensamento do aluno na construção do conhecimento. Relata, ainda, que a aula é um desafio e não uma “cantiga de ninar”, portanto os alunos se cansam e não dormem.

No CI, os participantes devem emitir opiniões, pois toda a abordagem do curso iniciava com a vivência dos participantes.

Ao final do estudo, algumas considerações foram realizadas:

- O estudo apontou para a adequação e suficiência da metodologia da problematização ao CI a qual favorece o aprendizado, possibilita a elaboração dos conteúdos a partir da própria experiência;
- Acredita-se na superioridade da metodologia da problematização, pois promove o crescimento integral do educando, aguçando a sua capacidade de pensar, raciocinar, refletir, comunicar, cooperar, de trabalhar em equipe e principalmente de criar

compromisso e responsabilidade, na medida em que tenta solucionar o problema inserido em seu contexto real;

- É adequada ao curso, é criativa e envolve o grupo como um todo na construção dos conhecimentos através do diálogo e de troca de experiências e sentimentos;
- A metodologia da problematização é uma ferramenta importante na formação do profissional para a Saúde da Família, pois se deseja que os profissionais sejam sujeitos de ações transformadoras, que sejam resolutivos e críticos, para se promoverem as mudanças desejáveis e pretendidas na Saúde da Família.

Diante disso, o estudo das repercussões do Curso Introdutório nas equipes da Saúde da Família tornou-se necessário e importante de ser pesquisado, para apreender se o CI auxiliou a equipe na estruturação inicial do processo de trabalho; se contribuiu concretamente para a qualificação dos componentes das equipes; se é um instrumento inicial das transformações esperadas pela Saúde da Família e se promoveu algum impacto na prática da equipe.

O Curso tem que sensibilizar a equipe para o trabalho integrado, interdisciplinar e intersetorial, como é preconizado pelo modelo.

Acrescenta-se que, estando a “Estratégia da Saúde da Família inserida num contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde” (SOUZA, 2003, p.201), vem sendo considerada, ainda, um processo em construção, carente de processos avaliativos e coadunando com as reflexões a seguir:

os processos e impactos dos cursos de capacitação não estão integrados ao conjunto de práticas desenvolvidas no setor saúde... e que o papel da avaliação é central, para o melhoramento de políticas e para o aprimoramento das atividades interligadas com a implementação de programas e deve ser uma fase de atividade permanente em qualquer processo de intervenção (PIERANTONI et al, 2003, p. 102-103).

Optou-se por investigar o Curso Introdutório do Pólo de Capacitação da UFJF, que, embora seja uma experiência bem-consolidada nas regiões Sul e Sudeste de Minas Gerais, incipiente no Norte do país e avaliada por todos os seus integrantes, ainda não havia sido objeto de estudo que permitisse obter informações sobre as repercussões na prática desses sujeitos. Dessa forma, espera-se que a pesquisa oriente e fortaleça o conhecimento sobre o Curso Introdutório e sobre sua possível influência na organização do processo de trabalho

dessas equipes, não só para a SF, mas como uma capacitação viável de ser aplicada no processo de qualificação inicial em APS.

3 O CAMINHO METODOLÓGICO

Para mim as idéias são como nozes, até hoje não descobri melhor processo para saber o que está dentro de uma e de outras senão quebrando-as. (MACHADO DE ASSIS, s/d)

Sendo o objetivo geral discutir as repercussões do CI na prática das equipes de Saúde da Família e na organização inicial da implantação do trabalho das equipes, alguns posicionamentos metodológicos, que atendessem ao objeto e aos objetivos deste estudo, foram tomados para iluminar, elucidar e respaldar a investigação. A metodologia adotada no estudo também permitiu a apreensão da realidade dos sujeitos da pesquisa.

O pressuposto apresentado na pesquisa “o treinamento introdutório é uma estratégia inicial de organização da implantação do trabalho das equipes de Saúde da Família” (BRASIL, 2000a, p.11) serviu de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica estudada.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que foi desenvolvido optando-se por um estudo de caso. A escolha pela natureza qualitativa se deu por partilhar das idéias de Minayo (2004) de que as investigações no campo da saúde e doença implicam trabalhar com o inacabado, com um produto provisório, em constante transformação. Essa afirmativa sugere a complexidade e a dinamicidade presente no campo da saúde e reforça o entendimento na fala da autora que diz que “nada existe eterno, fixo e absoluto” (MINAYO, 2004, p. 67).

As metodologias da pesquisa qualitativa:

são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2004, p. 10).

A pesquisadora entende que a saúde é um fenômeno social, partilhado pelos componentes das equipes de saúde e população em diferentes contextos e cenários de prática. Ambos sujeitos desse fenômeno, que interagem em um determinado espaço de tempo e lugar e que possuem crenças e valores, que não devem ser desconsiderados nessa relação.

Para que se apreendesse o contexto, o significado, a intenção, a percepção dos sujeitos frente ao objeto desta pesquisa, como um dos instrumentos, a pesquisadora coletou os dados na convivência com os profissionais que compunham as equipes de Saúde da Família, procurando, na realidade vivenciada do cotidiano das práticas deles, as respostas aos objetivos do estudo. A opção pela escuta dos profissionais das equipes e dos formuladores de políticas foi pertinente, pois os primeiros concretizaram o processo educativo (CI) e retornaram à prática para a possível viabilização do construído nesse processo; os segundos deram os depoimentos de quem implantou e vem implementando a política da Saúde da Família no Brasil, estado, região e município. No cruzamento dos dados, pôde-se observar que nem sempre o que se idealiza é o que se concretiza na prática.

Entretanto, apesar da abordagem qualitativa do estudo, alguns dados quantitativos foram utilizados para agrupar extensos dados e apresentá-los de forma mais sintética, ou para ilustrar determinados aspectos apresentados no texto. A utilização de dados quantitativos é possível em uma investigação de abordagem qualitativa e o método do estudo de caso permite incorporá-los. Reforçando esta posição, Richardson (1989) diz que não existe oposição entre esses enfoques de pesquisa. Enfatiza, ainda, que ambos podem ser utilizados de forma complementar. Portanto, a adoção dessa estratégia de utilização de dados quantitativos nesta pesquisa qualitativa será possível a partir da concordância com essa posição.

Optou-se pelo método do estudo de caso, por se entender que, para retratar a realidade e o contexto no qual as equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora estão inseridas, esse método é adequado, o qual possibilitou conhecer, com maior profundidade, os fenômenos que surgiram dos dados coletados e também da observação da pesquisadora, tornando-o o método mais apropriado ao estudo. Também a proximidade da pesquisadora com esse ambiente, com os sujeitos do estudo e com o objeto - CI, possibilitou uma maior interação, pois sempre é um pressuposto do estudo de caso a familiaridade do pesquisador com a realidade pesquisada.

Entendendo as políticas de saúde, a partir da concepção que se materializam nos serviços mediante as ações de atores sociais e de suas práticas cotidianas (PINHEIRO & LUZ, 2003), procurou-se analisar o CI no contexto das equipes de Saúde da Família e sob o olhar dos formuladores de políticas. Dessa forma, obtiveram-se condições para melhor entender e esclarecer se o CI foi uma estratégia inicial de organização da implantação do trabalho das equipes de Saúde da Família e qual foi o significado dele, vivenciado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora. Desta

maneira, acredita-se que se estará contribuindo para as práticas educativas e o processo de educação permanente no contexto da atenção básica e para a consolidação do SUS. A unidade de análise foi o Curso Introdutório da Saúde da Família do Pólo da UFJF.

3.2 Cenário

A pesquisa foi realizada em Juiz de Fora, município pertencente à área de abrangência do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família da UFJF/MG, e desenvolvida com as equipes de Saúde da Família desse município e sede da GRS de Juiz de Fora.

3.2.1 Caracterização do Município de Juiz de Fora

A cidade está em média a 679 metros do nível do mar e ocupa uma área de 1.424 km² na Região Sudeste do Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata, entre as serras da Mantiqueira e do Mar. Segundo censo do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística - IBGE (2000), a população estimada para o ano de 2002 é de 471.693, período selecionado da pesquisa, e atualmente é de 513.619 habitantes (2005). A população está distribuída desigualmente entre a zona urbana (98%) e rural (2%). A taxa de crescimento populacional é de 1,8% ao ano.

A cidade tem à sua volta uma rede de 93 municípios, que buscam seus serviços de natureza diversa como os de assistência em saúde, principalmente a de média e de alta complexidade; o sistema educacional e a frequência ao comércio varejista (JUIZ DE FORA, 2003).

Um dos fatores que contribuem para que Juiz de Fora seja considerada uma cidade-pólo é a existência de serviço de alta complexidade ambulatorial e hospitalar distribuída entre os prestadores públicos conveniados e privados, com ou sem fins lucrativos em sua grande maioria.

Quanto ao saneamento básico do Município, segundo dados da Cia. de Saneamento e Pesquisa do Meio Ambiente (2000), 98% da população urbana possui rede de esgoto e 99% de água tratada. O serviço de coleta de lixo é feito pelo Departamento de Limpeza

Urbana e possui coleta regular que abrange 98% da cidade (DEMLURB, 2000). A Cia. Energética de Minas Gerais (CEMIG) atende a 99% da população urbana.

Segundo a Diretoria de Política Social da Prefeitura de Juiz de Fora (2002), a estimativa de áreas de risco no município²¹ era de 17.000 residências, totalizando 75 mil habitantes correspondendo a 16,75% da população daquele ano.

De acordo com os dados do Departamento de Vigilância Epidemiológica da DSSDA/JF (2002), as cinco maiores causas de mortalidade geral por grupos no município foram: as doenças do aparelho circulatório (36,2%); as neoplasias (18%); as do aparelho respiratório (12%); as endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,5%); doenças do aparelho digestivo (4,8%). As causas externas são a sexta colocada totalizando 3,9% das causas de morte (SIM/GPV/DSSDA/JF, 2002).

A qualidade de vida em Juiz de Fora é considerada boa, mas, como qualquer cidade que tem seu crescimento desordenado, observam-se alterações no espaço urbano. Isso se configura através do crescente assentamento urbano em áreas impróprias e o trânsito complicado no centro da cidade para onde convergem o comércio, escolas, hospitais, clínicas, cinemas, teatro, espaços culturais, etc.

3.2.1 a) Setor Saúde

O sistema municipal de saúde de Juiz de Fora encontra-se em gestão plena desde o ano de 1998, segundo a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB/96 e a gestão plena do sistema municipal conforme Portaria GM/MS nº 343 - Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 – NOAS/2002. Com a aprovação em 2001 do Plano Diretor de Regionalização – PDR pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2002, outorgou o papel de município pólo macrorregional de assistência, responsabilizando-se pela referência de alta complexidade para várias macrorregiões, além de uma região que agrega sete regiões Administrativas do Estado (Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova, Manhumirim, Leopoldina, Ubá, Juiz de Fora, São João del-Rei e Barbacena, perfazendo um total de 160 municípios.

A cidade é Pólo regional para procedimentos de média complexidade II e III e sede de microrregional para o conjunto de procedimentos de média complexidade I, conforme

²¹ Fonte: Diretoria de Política Social da Prefeitura de Juiz de Fora, através do Departamento de Gestão da Informação, utilizando como critério a renda *per capita* abaixo de meio salário mínimo.

concepção de regionalização adotada pela NOAS/2002 no Estado de Minas Gerais. Essa regionalização orientou a organização da assistência hierarquizada no estado na primeira concepção de PDR. A atual versão do Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde, aprovada na última reunião da Comissão Intergestores Bipartite Estadual de MG, outubro/2005, divide o território mineiro em 12 macrorregiões de saúde, 75 microregiões e adota a concepção, não prevista na NOAS/2002, de microrregião e macrorregião bipolar e até tripolar.

Desde 1998, o município foi regionalizado em 12 regiões sanitárias. Para uma melhor compreensão da organização do sistema em Juiz de Fora, será feita uma descrição mais detalhada desta organização, no período de 2002, relacionando aspectos atuais da organização da assistência no município de 2005.

Não se percebem mudanças sensíveis na prestação dos serviços municipais de 2002 para 2005. Houve poucas mudanças na infra-estrutura dos serviços, portanto se utilizar-se-á o tempo do verbo no presente, apesar de se referir ao período da pesquisa (2002), observa-se que a lógica da prestação dos serviços ainda é a mesma. Optamos por utilizar a terminologia do organograma de 2002, implantado como produto da reforma administrativa de 2001, regulamentado pela Lei Municipal 10.000. Com a mudança de governo da Prefeitura Municipal (2005), houve alterações nas terminologias das estruturas²², mas mantiveram-se as funções.

- Nível primário de atenção

Todas as UBS são subordinadas ao nível central, representado pela Gerência de Promoção à Vida. Nessa gerência, encontra-se o Departamento de Atenção Primária, com as coordenações da Saúde da Família e das UBSs tradicionais.

- Cinquenta e cinco Unidades Básicas de Saúde, sendo 14 situadas na área rural e 41 na zona urbana. Essas Unidades prestam atendimento de ações básicas de saúde e são a porta de entrada no sistema de saúde. Dessas UBSs, 19 tinham implantado a Saúde da Família na área urbana e havia uma equipe na área rural.

As UBSs são responsáveis pelo atendimento básico de saúde, desenvolvendo ações preferencialmente de prevenção, promoção, mas também de cura e reabilitação. O atendimento às urgências de baixa complexidade e encaminhamentos para os outros serviços, que compõem a rede do SUS, também são realizados pelos profissionais desse nível de atenção, de acordo com a complexidade que cada caso requeira.

²² Através de novo projeto de Lei alterando a Lei 10.000, “reformas” na Reforma Administrativa.

- Nível secundário de atenção

Os serviços de atenção secundária ficam a cargo da Gerência de Atenção Secundária, são responsáveis pelo atendimento a especialidades em saúde, desenvolvendo ações de cura, de reabilitação e de prevenção, promoção em menor escala. Os serviços que o constituem são:

- Oito Departamentos: da Mulher, da Criança e do Adolescente, de Saúde Bucal, de Saúde Mental, de Saúde do Trabalhador e Terapêuticas não convencionais, de Clínicas Especializadas, da Terceira Idade e serviço de DST/AIDS.
- Hospital Universitário (Federal), Hospital Dr. João Penido (Estadual) e serviços contratados de apoio ao diagnóstico e algumas terapêuticas.

- Gerência de Urgência e Emergência

- Um Pronto Socorro Municipal - Atendimento de Urgência e Emergência.
- Um Pronto Socorro Infantil – Atendimento de Urgência e Emergência
- Duas Unidades Regionais: Leste e Norte, para o atendimento de Urgência e o apoio de especialidades voltados para as UBSs.

As Unidades Regionais foram organizadas para os atendimentos ambulatoriais e de urgências de média complexidade. Contam com um teto diagnóstico terapêutico ampliado, com exames laboratoriais e radiológicos. Isso fez com que houvesse a descaracterização de atendimento de segundo nível de atenção, para o atendimento primário, uma vez que o usuário, ciente da limitação de cota de atendimento e exames nas UBSs, recorria a estes serviços, pois eram garantidos o atendimento e os exames necessários e realizados de forma bem mais rápida.

O acesso aos departamentos especializados supracitados é restrito e regulado pela Central de Marcação de Consultas (CMS). Os usuários são referenciados pelas UBSs, pelos serviços de Urgência e Emergência e pelos municípios pactuados.

Os departamentos dispõem de apoio diagnóstico mais amplo e são responsáveis pelos encaminhamentos aos hospitais e cirurgias de caráter eletivo e a outros serviços, quando necessário.

- No nível terciário de atenção

As ações desenvolvidas são de internação hospitalar. O município dispõe de uma Central de Leitos Hospitalares, que regula os leitos próprios, conveniados e contratados

pelo SUS. Faziam parte desse nível de atenção 16 hospitais conveniados sendo três públicos já referenciados e 14 hospitais privados ou sem fins lucrativos.

Desses 16 hospitais, dez são gerais, totalizando 988 leitos e seis de psiquiatria com 750 leitos, todos conveniados com o SUS.

Para o atendimento de urgência e emergência, além dos hospitais referidos, o município conta com hospitais filantrópicos e privados conveniados (Santa Casa de Misericórdia, Hospital João Felício, Hospital de Traumatologia-Ortopedia). A partir de fevereiro de 2002 passou a funcionar o novo Hospital Municipal de Juiz de Fora, que nasceu com o intuito de regular as urgências e os procedimentos eletivos. Além disso, estruturou-se o Departamento de Internação Domiciliar, ligado à Gerência de Urgência e Emergência, que tinha como objetivo acompanhar, no domicílio, pacientes de “alta” hospitalar, mas que necessitassem de cuidados semi-intensivos e/ou outros.

A atenção quaternária é oferecida pelas equipes dos hospitais conveniados (Santa Casa de Misericórdia, Hospital Universitário, Hospital João Felício) para transplantes renais.

Poucas alterações são verificadas no sistema atual (2005). Com a mudança de governo municipal em 2005, o organograma sofreu algumas mudanças nominais. A Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental passa a se chamar Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental e as Gerências, de Subsecretarias de Promoção da Vida, de Atenção Secundária, de Urgência e Emergência. Altera-se, também, o número de UBSs, aumentando uma, e o Hospital Municipal foi transferido para um outro hospital conveniado com o SUS – Hospital Cotrel, com todos os equipamentos e funcionários. Também, foi transferido o Pronto Socorro Municipal para esse mesmo hospital. A Secretaria Municipal de Saúde ocupa, atualmente, com todos os serviços administrativos, o prédio do antigo hospital municipal.

Há que se ressaltar a expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas, decorrente do convênio estabelecido entre o município e o MS (2003), através do PROESF, passando de 49 equipes (2002) para 80 (2005).

3.2.2 Modelos assistenciais de saúde no município de Juiz de Fora

Em Juiz de Fora, ainda convive-se com dois modelos assistenciais de saúde.

3.2.2 a) Modelo assistencial vigente

O modelo predominante, em 2002, possui características marcantes, como: uma atenção não programática destinada à população, baseada na oferta de serviços e sem planejamento local das ações de saúde. As ações de saúde realizadas pelas equipes, nesse modelo, são predominantemente curativas e pouco intervêm no perfil de morbimortalidade da comunidade, apesar de já terem realizado o processo de territorialização e possuírem diagnóstico de saúde local. São desenvolvidos, em algumas dessas Unidades, programas assistenciais do Ministério da Saúde como o de Hipertensão, Diabetes, algumas ações da Mulher, de Puericultura, do Serviço de Atenção ao Desnutrido, que têm o profissional médico no centro do trabalho (FARAH, 1999).

O acesso aos serviços pela população é limitado, em virtude do atendimento médico ser restrito a 16 consultas diárias. A população utiliza as UBSs praticamente para o atendimento médico, com exceção das vacinas do Programa Nacional de Imunização, curativos, nebulizações e grupos educativos, principalmente de hipertensos e diabéticos, que são cadastrados nas UBSs para receberem os medicamentos.

A equipe de saúde é composta de médicos das especialidades básicas (pediatria, ginecologia e clínica médica), dentista, enfermeiro, assistente social, auxiliares de enfermagem e auxiliar de expediente, totalizando 21 UBS (2002). Atualmente, são 13 UBSs nesse modelo (2005), porém existem constantes mudanças nas equipes e nem sempre elas estão completas. Em algumas, existe a carência de recursos humanos, quando se avalia a população atendida pelo número de profissionais.

O planejamento das ações de saúde segue o padrão de produtividade designado pelo nível central da DSSDA/JF. Em algumas Unidades, muitas dessas ações não se coadunam com a necessidade local. Como exemplo, a dispensação de medicamentos é igual, ocorre para todas as Unidades independentemente da necessidade de cada uma, diferindo apenas em quantidade. Portanto, não existe nesse modelo planejamento e programação ascendente, ou seja, a partir das necessidades de saúde local, e não se tem a epidemiologia como norteadora dessas ações como se espera em serviços de saúde coletiva.

Vale ressaltar que o coordenador de planejamento da saúde municipal relatou que a farmácia básica de Minas Gerais é a mesma para os 853 municípios, com uma relação de 42 medicamentos, assim como a “cesta básica” da Saúde da Família do Ministério da Saúde com 33 itens que deveriam ter uma regularidade trimestral, mas, na realidade, isso

tem falhado muito. Os medicamentos dos programas do MS como o HIPERDIA (hipertensão e diabetes), tuberculose, hanseníase etc. não estão inseridos nessas listagens referidas. O município ainda investe na compra de medicamentos básicos, pois os enviados são insuficientes para suprirem as necessidades do município, o que demonstra a dificuldade do município em atender as necessidades reais da população.

O gerenciamento das UBSs é realizado por um profissional da equipe, selecionado pela própria equipe, acumulando a função referente a sua categoria profissional e à gerência. A maioria não passou por capacitação para desenvolver a gerência. As ações ditas de gerência são em sua maioria administrativas e burocráticas, que são as exigidas pelo nível central e pelos pactos federativos firmados, por meio dos quais o município se compromete a manter alimentados todos os sistemas de informação e a cumprir metas de assistências e de vigilância (Programação Pactuada Integrada da Vigilância Sanitária; Pacto da Atenção Básica; Programação Pactuada Integrada da Assistência e outras programações verticais), que, em última instância, definem o que fazer, com quanto fazer e com que dinheiro.

A seguir, apresentar-se-ão os demais serviços que compõem o sistema. O sistema de referência é bom, porém a contra-referência apresenta funcionamento precário. Há ainda um grande número de encaminhamentos das UBSs para as especialidades (departamentos), o que demonstra ainda o despreparo dos profissionais da saúde para fazer atenção primária, compromete a função das UBSs e, conseqüentemente, a resolutividade delas. A marcação de consultas para as especialidades é feita nas próprias Unidades, através do serviço da Central de Marcação de Consultas (CMC), acionado pelo serviço de telefonia, implantado em todas as UBSs, através do encaminhamento médico. Devido ao grande número de encaminhamentos, a marcação de consultas para as especialidades fica muito distante, em tempo, da necessidade do usuário, que sofre com a falta de vagas.

Segundo informação do coordenador do planejamento da SSSDA/JF, o município produz em média 54 mil consultas especializadas por mês, enquanto o parâmetro de cobertura adotado no Estado de Minas Gerais financia apenas 18 mil, o que sugere duas hipóteses: baixa eficiência da atenção básica ou parâmetro de cobertura assistencial irreal.

Em determinadas especialidades, há falta de pessoal. A contra-referência é um raro acontecimento, principalmente porque não existe um prontuário circulante entre os serviços, aguardando ser informatizado. Isso expõe, às vezes, o usuário à repetição de exames e outros procedimentos, tornando-se oneroso para o sistema.

A vigilância epidemiológica faz parte da Gerência de Promoção da Vida, e a vigilância sanitária é uma estrutura ligada diretamente à Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. Não trabalham de forma integrada, portanto, não existe intersectorialidade, o que fere os princípios da vigilância à saúde. As ações de vigilância epidemiológica são centralizadas, com isso, a maioria das UBSs trabalha sob a orientação dessa Gerência em determinados momentos e de interesse da mesma, com ações destinadas principalmente às doenças de notificação compulsória, os sistemas de informação e atualmente com os comitês de morte materna e infantil.

A vigilância sanitária também é centralizada formalmente e possui atuação limitada. Ela desempenha ações de inspeção higiênico-sanitária, fiscalização da comercialização de produtos e serviços sujeitos ao regime de vigilância sanitária de interesse da saúde. Em 2005, pactuou novos avanços e mais complexas ações na Programação Pactuada Integrada de Vigilância à Saúde com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Incorporou no quadro de funcionários novos profissionais e vem promovendo a qualificação dos mesmos com Curso de Especialização em Vigilância Sanitária através de parceria com a UFJF. Ou seja, as principais fontes de informação para o planejamento e programação em saúde coletiva em Juiz de Fora encontram-se centralizadas e sem trabalho integrado com as UBSs e não existem profissionais capacitados nas UBSs para trabalhar com a epidemiologia, o que reforça o modelo curativo.

A DSSDA, com a finalidade de ampliar o acesso da população às ações de saúde e de informações, vêm utilizando algumas estratégias como o envio às população de ônibus equipados com consultórios odontológicos, ginecológico, clínico e pediátrico para atender as comunidades rurais mais distantes; equipe de enfermeiras e técnicas capacitadas para a aplicação da vacina de BCG em recém-nascidos nos hospitais; desenvolvimento dos programas de informação com os: Sistema de Informação de Nascidos Vivos, Sistema de Informação da Mortalidade, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e, a partir de 1995, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB.

As ações de saúde desenvolvidas nas UBSs são compatíveis com o modelo assistencial hegemônico no país. A lógica determinante é a da atenção médica tradicional; o do pronto-atendimento, com consultas médicas centradas nas queixas principais. Lógica que determina a dinâmica dos serviços e da prática dos demais profissionais da equipe.

3.2.2 b) Modelo assistencial de saúde proposto para o município de Juiz de Fora

O modelo proposto (atualmente predominante), que começou a ser colocado em prática em 1995, contempla os princípios constitucionais e baseia-se nos pilares: **gratuidade** na prestação dos serviços próprios ou contratados e conveniados com o SUS; **universalidade**, garantindo acesso a todo cidadão em qualquer nível do sistema de saúde; **equidade**, com **igualdade** de direitos à saúde; **integralidade**, permitindo a visão completa do homem integrando as práticas de saúde, de forma que o estado de saúde dos indivíduos e da população seja considerado como resultante das condições de vida; **participação** e **controle social** de processo decisório; **mudança do modelo assistencial**, dando ênfase às estratégias de atenção voltadas para a vigilância à saúde, para o enfrentamento dos problemas de saúde nas múltiplas formas de manifestação.

Dessa forma, o objetivo desse modelo fundamenta-se na necessidade de organizar as práticas de promoção e vigilância à saúde, tendo como base programática a identificação dos principais problemas de saúde que afetam as condições de vida e saúde da população, em todo o território. A mudança do modelo assistencial vem ocorrendo de forma lenta no sistema, pois envolve mudança de paradigma da doença para o da saúde. É organizado sob uma base geográfica e populacional (território) e conformado por uma rede de serviços fundamentados na participação popular e com estratégias que objetivam a reorganização do modelo, que transcendem o modelo curativo da saúde que vem sendo desenvolvido de maneira elementar nas UBSs do PSF. O PSF foi a estratégia escolhida pelo município para implantação desse modelo.

O município de Juiz de Fora assinou com o Ministério da Saúde, em abril de 1994, um convênio para a implantação do Programa de Saúde da Família. A flexibilidade na aplicação do modelo permitiu sua adequação às características particulares do sistema municipal de saúde, aproveitando a estrutura já existente, porém sem delimitação precisa das áreas e microáreas e sem a participação dos ACSs. Além disso, o número de auxiliares de enfermagem e de enfermeiros não era compatível com os parâmetros do MS.

Sendo assim, a implantação do PSF, no município, tornou-se o ponto norteador para a hierarquização da assistência para o atendimento da família e toda a comunidade territorializada e adscrita a uma equipe de uma unidade básica de saúde, envolvendo direta ou indiretamente, desta forma, os diferentes setores da sociedade.

O atendimento nas unidades de saúde onde está implantado PSF tem procurado se organizar a partir da atenção primária à saúde, enfocando as ações de prevenção

(priorizando-se a educação em saúde), voltadas para o diagnóstico precoce das doenças, a organização do atendimento à demanda de acordo com as necessidades de cada local, a participação da comunidade através do Conselho Local de Saúde na organização, no planejamento das ações, na solução dos problemas prioritários de saúde e na avaliação dos serviços. Vários problemas têm sido enfrentados para o estabelecimento desse modelo, incluindo a educação permanente das equipes, o que nos leva a inferir que algumas mudanças estão sendo estabelecidas em algumas UBSs de forma pontual, como poder-se-á observar na análise dos dados referentes à UBS de Jade nesta pesquisa.

Em Juiz de Fora, o PSF foi implantado em agosto de 1995 em oito unidades básicas de saúde: São Benedito, Santo Antônio, Furtado de Menezes, Centro Social Urbano, Jardim Esperança, Jardim da Lua, Retiro e uma equipe na Zona Rural.

Os critérios adotados para a escolha das regiões para atuação das equipes no serviço de saúde foram: áreas populacionais citadas pelo Mapa da Fome do IPEA; territorialização da área e mapeamento da mesma, de forma que possa ter uma população adscrita a essa Unidade; interesse do Conselho Local de Saúde e da Comunidade em ter este serviço na sua região; oferta de serviços existentes. Deveria haver uma unidade regional de saúde próxima, que atue como apoio às unidades de saúde da família; estudo da demanda desses serviços; existência de apoio diagnóstico e terapêutico, de consultas especializadas e hospitais, que garantam o atendimento de qualidade.

Posteriormente, em março de 1996, houve a expansão do serviço para outras sete unidades de saúde, a saber: Jóquei Clube I, Jóquei Clube II, Jardim Natal, São Judas, Santa Cruz, Barreira do Triunfo, Milho Branco. Sendo meta, desde o início, que fosse a porta de entrada para o SUS e que atingisse todo o município.

No final do ano de 1996, mais quatro unidades foram favorecidas com o serviço de Saúde da Família.

QUADRO 8

Fases de implantação inicial do Programa Saúde da Família em Juiz de Fora

1ª FASE: AGOSTO /95		2ª FASE : MARÇO/96		3ª FASE: DEZEMBRO/96	
UNIDADE	POP.	UNIDADE	POP.	UNIDADE	POP.
CSU	8.179	BARREIRA	1.892	IPIRANGA	12.344
F.MENEZES	6.073	S.JUDAS TADEU	5.542	ALTO GRAJAÛ	9.370
RETIRO	4.873	SANTA CRUZ	8.089	S. EFIGÊNIA	8.171
S. ANTÔNIO	6.803	JÒQUEI CLUBE II.	9.143	MARUMBI	7.984
J. DA LUA	3.043	JÒQUEI CLUBE I	7.290	-	-
S. BENEDITO	8.926	J. NATAL	4.026	-	-
S. SEBASTIÃO	9.998	M. BRANCO	3.735	-	-
ZONA RURAL	8.386	-		-	-
J. ESPERANÇA	4.021	-		-	-
SUBTOTAL	60.905	-	39.627	-	37.869

O trabalho iniciou-se com a formação do Conselho Local de Saúde da comunidade. No Decreto Municipal nº 5.773 de 12/11/1996, as equipes atenderiam 600 famílias (3.000 hab. aproximadamente) e deveriam ser constituídas por: um médico especializado em Medicina da Família, dois auxiliares de enfermagem capacitados para o PSF e três ACSs. Dependendo da complexidade epidemiológica do território um enfermeiro e um assistente social também comporiam as equipes. O projeto inicial previa o ACS, mas não houve a contratação porque o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora – CMS/JF não aprovou, pois entendeu que os ACS fariam o trabalho dos auxiliares de enfermagem. Cada UBS permaneceu com um enfermeiro. Em 1999, Juiz de Fora foi descredenciada pelo MS por não constituir as equipes, conforme os parâmetros estabelecidos (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis ACSs).

No ano de 1998, também foi realizada no município uma avaliação da implantação da Saúde da Família, constituída de uma equipe composta de profissionais da antiga Secretaria Municipal de Saúde, que ficou responsável pela avaliação quanti-qualitativa do

desenvolvimento da estratégia nas equipes, tendo como sujeitos as equipes, cuja coordenação ficou a cargo desta pesquisadora; uma comissão de profissionais do Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde da UFJF, que desenvolveram uma parte da avaliação nominada participativa, por ter como sujeitos as equipes, conselheiros locais de saúde e uma comissão com profissionais da SMS/JF e Faculdade de Medicina, que avaliou a satisfação do usuário com a Saúde da Família.

Entre as principais considerações desta avaliação, citam-se: interferência nas diretrizes do PSF devido a constantes mudanças de gestores; falta de coordenação para o PSF; redefinição das áreas de abrangência (critério populacional); criação de instrumento de avaliação baseado nos indicadores de saúde; definição do perfil dos profissionais que atuam no PSF; capacitação específica para os profissionais (especialização); educação continuada para as equipes; infra-estrutura das UBSs inadequada; falta de entrosamento entre os membros das equipes – 42% relataram essa dificuldade; remuneração diferenciada entre os profissionais do PSF, causando desconforto nas equipes; a maioria dos profissionais não registrava as atividades executadas; funcionamento deficiente do sistema de referência e contra-referência; necessidade de implantação de um Sistema de Informação em Atenção Básica - SIAB. Essa avaliação subsidiou a reestruturação do PSF após o descredenciamento pelo MS.

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS ofereceu, no período de agosto de 1994 a dezembro de 1996, três cursos de Especialização em “Medicina de Família”, um curso “Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade” através do convênio entre Prefeitura de Juiz de Fora e Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ e um curso de “Especialização em Serviço Social Aplicado à Saúde” pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, além de dois cursos de Capacitação de Auxiliares de Enfermagem no Programa de Saúde da Família – PSF realizados pelo Centro de Capacitação e Formação Profissional do SUS/JF, atingindo um total de 116 profissionais capacitados para a primeira fase de implantação da estratégia.

Posteriormente, houve mais uma turma de especialização para médicos através do convênio UERJ, tendo sido, a seguir, realizada uma turma de especialização para médicos pela UFJF. Os demais cursos foram todos feitos por intermédio do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, para médicos e enfermeiros.

Possui um Conselho Municipal de Saúde atuante, que divide com os gestores do SUS a responsabilidade de dar respostas às expectativas da população, conseqüentemente fortalecendo o SUS.

Objetivando essa mudança, o sistema está estruturado de forma regionalizada e hierarquizada, de acordo com o nível de complexidade crescente da atenção à saúde. As UBSs são a porta de entrada do sistema, e se espera que tenham a resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população. Mas, para a resolutividade e funcionamento das UBSs a contento, há necessidade de: organizar equipes vocacionadas para a promoção e reabilitação da saúde, em cada território e com número de profissionais necessários ao atendimento da população e capacitados para trabalhar com a epidemiologia; adequarem as UBSs dotando-as de equipamentos essenciais ao seu funcionamento; oferecer uma rede de apoio diagnóstico capacitada para atender os usuários e com medicamentos básicos em quantidade e qualidade suficientes; atender de forma integralizada com os diversos serviços do município e um sistema de referência e contra-referência funcionante. Nesse nível de atenção básica à saúde, o acesso da população é irrestrito, ou seja, não há limite de atendimentos, com teto terapêutico e diagnóstico restrito (limitado de acordo com as possibilidades de resolução de problemas na atenção básica).

Já são desenvolvidas, nas UBSs, as ações programáticas (mulher, criança, hipertenso, diabetes, saúde mental, com proposta de descentralização dos programas da tuberculose e da hanseníase), com o atendimento da demanda espontânea. Nessa nova proposta de modelo assistencial, o acolhimento do usuário na atenção básica será implantado em todas as UBSs não só com o objetivo de solucionar ou encaminhar o usuário para a resolução de seu problema, mas de ser um momento de aproximação entre profissional e usuário através de escuta, estabelecendo vínculo e responsabilização para com a população e os seus problemas. O planejamento, nas UBSs, deve ser pautado nas reais necessidades de saúde da população, determinadas pelo diagnóstico de saúde em cada território, realizado pela equipe e pelo conselho local de saúde.

Os problemas de média complexidade serão atendidos nas Unidades regionais. Nesse nível de atenção, o acesso é restrito (pretende-se que o usuário seja encaminhado pelas UBS), tendo um teto diagnóstico e terapêutico superior ao da atenção básica, pois nessas unidades atende-se a algumas especialidades que a rede básica não possui, e têm papel importante no supervisionamento e orientação das UBS da região onde são referência.

A maior complexidade exigida nos atendimentos da atenção básica é desenvolvida pelos departamentos. Haverá monitorização das ações, à medida que forem descentralizadas (informações, normatização de atendimento, etc). A população tem acesso restrito às ações assistenciais, pois, no sistema, são os departamentos que oferecem a assistência especializada necessitando, portanto, de encaminhamentos das UBSs ou das

unidades regionais. Os métodos diagnósticos e terapêuticos não têm teto, utilizam-se todos os meios necessários para solucionar o problema de saúde do usuário.

A gestão do sistema deve ser realizada de forma descentralizada, objetivando a busca de eficiência e qualidade nos serviços iniciada nas UBSs, com a presença de um gerente em cada uma delas, coordenado pelo nível central da SMS.

Conclui-se que este modelo, proposto para Juiz de Fora, ainda está no terreno das intenções, devido às dificuldades já relatadas no modelo assistencial vigente e pela própria situação em que se encontra a saúde no Brasil. É possível deduzir que as demandas de capacitação emanadas desse modelo surgirão à medida que suas propostas forem sendo implantadas. Mas, algumas são passíveis de priorização, tais como: discussão da proposta do SUS Nacional e do modelo assistencial de saúde proposto para Juiz de Fora; capacitação das equipes para se trabalhar com diagnóstico de saúde, na lógica de vigilância à saúde em território delimitado, já iniciado em algumas Unidades do PSF; abordagem sobre saúde coletiva; gerenciamento de UBS. Após o CI, todas as equipes foram sensibilizadas para a realização do diagnóstico e planejamento, o que não quer dizer que todas o utilizam para fazer planejamento.

Para situarmos a estratégia da Saúde da Família no município no período de 2002 e, atualmente, 2005, utilizou-se do referencial de Mendes (2002), que avalia o PSF em quatro momentos, classificando-os em: momento da transição incipiente, o momento de transição intermediária, o momento de transição terminal e momento de consolidação do PSF.

Cada momento é composto de singularidades que se manifestam numa dimensão horizontal de extensão, indicada pela cobertura populacional do PSF e numa dimensão vertical de profundidade, dada pelo grau de institucionalização do PSF, em diversos espaços sociais: o espaço político, o espaço dos serviços de saúde, o espaço educacional, o espaço corporativo e o espaço de representação populacional.

O Quadro 9 faz uma exposição da situação do processo de implantação da Saúde da Família no município de Juiz de Fora, demonstrando o grau de expansão e de institucionalização da estratégia nos anos de 2000 e 2005.

Quadro 9 - Matriz explicativa do processo de implantação da Saúde da Família no município de Juiz de Fora anos 2000 e 2005*

PSF		2000	2005		
TRANSIÇÃO INTERMEDIÁRIA	DIMENSÃO HORIZONTAL: Cobertura	33% de cobertura da população Nº equipes: 49, sendo 01 equipe área rural Nº UBSSs: 19	54,6% de cobertura da população Nº equipes: 82, sendo 03 equipes na área rural Nº UBSSs: 24		
	DIMENSÃO VERTICAL	Política	Federal	Proposta política sendo implementada	A saúde da Família deixa de ser a única estratégia de reorganização do sistema através da atenção básica. Amplia o leque de ações para a reorganização do sistema: urgência e emergência, atenção hospitalar, toda a atenção básica etc.
			Estadual	Proposta política em consonância com a política federal	Implantação da Saúde em Casa, agrega outras diretrizes a Saúde da Família
			Municipal	É proposta da política municipal, constando no plano municipal de saúde e no planejamento global da DSSDA/JF	Desenvolvimento do PROESF, permanece o mesmo número de equipes, cortes de determinadas ações específicas do trabalho SF pelo nível central que compromete o desenvolvimento das ações na SF, política de expansão de acesso à atenção básica na lógica do pronto-atendimento, indefinição dos rumos da SF nos olhos dos profissionais das equipes.
	DIMENSÃO VERTICAL	Educativa	Currículos	Algumas disciplinas dos cursos da área de saúde da UFJF fazendo a discussão do PSF, alterações curriculares na Faculdade de Medicina, estágio de alunos nas UBSSs da Saúde da Família	PROMED em desenvolvimento, mudanças de currículos sendo propostas e/ou executadas Medicina, Enfermagem, Farmácia, UBS/SF sendo campo de prática ou desenvolvimento de projetos de extensão para cursos que tradicionalmente não eram utilizadas: Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Farmácia. A articulação ensino-serviço se dá de forma pontual através dos profissionais.
			Educação Permanente	Início da educ. perm. com o CI, docentes participando dessa educação desenvolvendo temas da clínica com médicos das UBSSs, aplicação do instrumento de acompanhamento e avaliação em 75% das equipes, identificação das necessidades de educ. perm.	Estagnada. Desde 2003, que o Pólo não exerce ações para os profissionais em virtude da mudança de Pólos. 30% das equipes de SF sem capacitação no CI, poucas ações desenvolvidas pelo município no âmbito da educ. perm. Profissionais procurando se especializar em SF.
	DIMENSÃO VERTICAL	Nos serviços	Atuar como uma estratégia de reorganização da atenção básica. Vínculo e co-responsabilidade sendo estabelecidos não por todas as equipes, foco de atenção à família, mas com predomínio do indivíduo, devido ao atendimento à demanda. Integralidade desenvolvida por poucos profissionais.	Saúde da Família modelo predominante em Juiz de Fora. Reforço ao estabelecimento do vínculo e responsabilização com a população, através do acolhimento, prática estabelecida pelo nível central. Integralidade comprometida ainda pelo atendimento à demanda, presença de profissionais despreparados para atuar na SF reforçam atendimento individual, limitando as ações ao espaço da UBS.	
	DIMENSÃO VERTICAL	Corporativos	Discussão SF presente nos discursos dos profissionais das equipes, nas reuniões de categoria profissional, salário diferenciado para os profissionais da SF motivo de discordância com os profissionais do modelo tradicional, discussão de um plano de carreira, cargos e salários para a SF. Os profissionais não eram reconhecidos pelos seus pares, principalmente os médicos. Profissionais em processo de especialização em SF.	Profissionais sem especialização procuram pela especialização, o contingente de profissionais sem especialização aumentou devido a expansão pelo PROESF. Profissionais participando de sociedades específicas de SF. Institucionalizado plano de carreira, cargos e salários específicos para médicos e ACS pela AMAC, os demais servidores são estatutários – PCCS da Prefeitura, ainda incipiente o reconhecimento dos profissionais médicos pelos pares.	
DIMENSÃO VERTICAL	Representação Social	A população nota a diferença a partir do atendimento “mais demorado”, início do estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade para com os problemas de saúde através dos CLSs, participação da população em grupos educativos. Pesquisa realizada: 100% da população satisfeita com o atendimento nas UBSSs/SF	A SF se faz mais presente nas comunidades, aceitam outros profissionais no atendimento de suas necessidades, mas a população ainda procura a consulta e o médico nas UBSSs. Devido a escassa divulgação da estratégia nas comunidades, a proposta da SF é pouco entendida nas UBSSs que implantaram a proposta a partir de 2003. CLS mais atuantes em algumas UBSSs, participam do planejamento e avaliação das ações nas UBSSs.		

*Matriz Explicativa baseada em MENDES, E. V. (2002).

Em Juiz de Fora, a expansão da Saúde da Família é caracterizada por seis fases, sendo que a primeira ocorreu no ano de 1995, período da implantação das primeiras equipes, totalizando 17 equipes; segunda em 1996 ampliando com mais 15 equipes; a terceira, em 1999, é caracterizada pelo descredenciamento de algumas equipes, por não se enquadrarem aos parâmetros estabelecidos pelo MS (sem ACS e com uma enfermeira por UBSSS e não por equipe) e devido ao incentivo de cobertura populacional estabelecido pelo MS; quarta fase, em junho de 2000, com a criação de UBSs específicas para a Saúde da Família (Santa Luzia, Bandeirantes e Teixeira) e foi a fase caracterizada pela recomposição das equipes descredenciadas totalizando 36 equipes; quinta fase: ampliação de 20 equipes, porém foram descredenciadas sete equipes, totalizando quarenta e nove equipes; sexta fase implantação das UBSs de Residência da Saúde da Família (duas equipes em cada UBS: Progresso, Santa Rita e Parque Guarani) no final do período de 2002 e, em 2003, a adesão do município ao PROESF, ampliação de vinte equipes, totalizando atualmente 80 equipes (outubro de 2005).

A expansão da Saúde da Família aconteceu de duas formas: uma em substituição das equipes convencionais, utilizando as UBSs já existentes e incorporando profissionais pertencentes as UBS, após realização de curso de especialização em Saúde da Família por intermédio do convênio Prefeitura de Juiz de Fora e Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ para médicos e enfermeiros referentes aos períodos de implantação dos anos de 1995 a 1996. A outra forma foi a partir de 1997, iniciada pela contratação de profissionais (seleção pública), devido à abertura de novas equipes, porém nas mesmas UBSs.

De 1998 em diante, as novas equipes formadas foram lotadas em outras UBSs já existentes na DSSDA/JF e houve construção de novas UBSs específicas para a Saúde da Família, UBS de Santa Luzia, UBS de Teixeira, UBS de Bandeirantes, UBS Nossa Senhora Aparecida, UBS de Monte Castelo, UBS de Vila Esperança.

A Saúde da Família, em Juiz de Fora, encontra-se no ano de 2002, segundo classificação de Mendes (2002), no momento de transição intermediária. Apesar da expansão do número de equipes implantadas em 2005, 82 equipes, e das UBSs com a Saúde da Família, 24, da evolução conceitual de saúde e Saúde da Família, do entendimento dos princípios da Saúde da Família, entre as equipes analisadas, reconhece-se que a classificação permanece no momento de transição intermediária.

Porém, existem mudanças nos rumos da Saúde da Família, no Brasil, a partir de 2003, com a mudança do governo federal, com novas propostas de atuação para a

reorganização do sistema de saúde. A Saúde da Família se agrega ao conjunto de ações que fazem parte dessa reorganização, deixando de ser a principal estratégia de reorganização. Sem dúvida, houve interferência no desenvolvimento da estratégia no país. A exemplo, cita-se a mudança do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal da Estratégia da Saúde da Família, responsável pela capacitação das equipes, para os Pólos de Educação Permanente. Esses últimos ampliaram seu campo de ação para além da atenção básica. Durante o período de implantação do Pólo, Juiz de Fora ficou sem nenhuma intervenção relativa à capacitação das equipes. Foi realizada apenas uma capacitação específica para os facilitadores do Pólo. Até o momento, final de 2005, em Juiz de Fora nenhuma ação foi realizada pelo Pólo para as equipes. Segundo informações do coordenador do Planejamento da SSSDA/JF, o governo federal não liberou os recursos programados para a execução do Projeto de Educação Permanente do Pólo macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Sua aprovação ocorreu somente em dezembro de 2005.

Vale ressaltar que, em Juiz de Fora, em recente pesquisa, coordenada por esta pesquisadora, com alunos dos cursos de Medicina da UFJF/PROMED (2005), foi identificado que 30% das equipes implantadas em Juiz de Fora não foram capacitadas no CI, sendo um dos cursos sugeridos pelas equipes.

Houve também mudanças tanto de governo como de propostas de desenvolvimento da estratégia da Saúde da Família a nível estadual e municipal. Em Minas, o projeto “Saúde em Casa” tem como objetivo a organização do modelo de atenção à saúde, pela implantação dos sistemas integrados de serviços de saúde (SES/MG, 2004), que preconiza: certificação das equipes do PSF; incentivo estadual (Recursos do Tesouro) – a serem distribuídos de acordo com o fator de alocação, que é baseado no índice de necessidade em atenção à saúde, e o ICMS; contratos de gestão: 95% de cobertura de imunização; financiamento de equipamentos (Kits do “Viva Vida”); elaboração e implantação dos protocolos; projeto físico das unidades básicas de saúde da família. Amplia os incentivos para o desenvolvimento da atenção básica, em todos os municípios de forma mais equitativa.

Em Juiz de Fora, no período de 2003 a 2004, a estratégia de Saúde da Família é expandida devido à aprovação do PROESF pelo MS. Foi prevista a ampliação do número de equipes, inclusive a implantação de equipes de Saúde Bucal; reformas para as UBSSS; aquisição de equipamentos e capacitação de profissionais que são os eixos delineados pelo

projeto, que estão sendo desenvolvidos de acordo com os desembolsos previstos. De acordo com a Gerência de Promoção da Vida, na primeira fase, (2003/2004) a verba do PROESF foi de R\$ 864.767 reais, na segunda fase (2005-2006) a verba será de R\$ 2.075.440 reais prevendo a implantação de mais 17 equipes e, na terceira fase, a verba de R\$ 1.383.627 reais e serão implantadas mais 21 equipes. A meta é que todas as UBSs se tornem UBSs de Saúde da Família.

Vale ressaltar, também, que nenhuma capacitação foi realizada ainda, através desse recurso até o presente momento.

Com a mudança de governo municipal, fim de 2004, até o momento, final de 2005, a Saúde da Família continua a ser desenvolvida no município. Algumas ações foram estabelecidas pelo governo, deixando no ar um certo grau de indefinição, quanto aos rumos da estratégia. O corte da gratificação dos servidores (enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem) estatutários que compõem as equipes de Saúde da Família durante dois meses acarretou insatisfações, insegurança e desestimulou os profissionais. A solução foi a aprovação na Câmara dos Vereadores de Juiz de Fora do projeto de lei de autoria do executivo, encaminhado ao legislativo, que concede gratificação para os profissionais que compõem as equipes, com exceção do ACS. Outro fato polêmico foi a proposta de expansão do horário noturno das UBSs, inicialmente sem a expansão de quadro de pessoal, acarretando mais insatisfação nas equipes. Atualmente, somente dez UBSs aderiram à solicitação. A ordem enviada pelo gestor aos supervisores das UBSs, proibindo as reuniões das equipes é outra situação recebida como desestímulo, essa ordem é completada com a solicitação de que nenhum usuário poderá deixar de ser atendido nas UBSSS. Finalizando, as informações recebidas pelos diversos profissionais das equipes do município, referem-se à educação continuada: dos profissionais só poderá ser liberado 1% de uma mesma categoria profissional para uma determinada ação, mediante solicitação ao coordenador da Saúde da Família. Todas as medidas foram informadas aos profissionais, através dos supervisores das equipes, com explicação de que eram medidas de organização do serviço.

O quadro atual (2005) do número de profissionais que compõem a Saúde da Família hoje em Juiz de Fora está assim composto:

QUADRO 10**Número de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora em 2005**

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
Agente Comunitário de Saúde	476
Assistente Social	17
Auxiliar de Enfermagem	84
Enfermeiro	81
Médico	89
TOTAL	747

Fonte: Gerência de Promoção da Vida, Coordenação Municipal da Saúde da Família, 2005.

Conforme o relato das equipes pesquisadas, ainda persistem vários problemas identificados desde a primeira avaliação da implantação da Saúde da Família, no ano de 1998, tendo sido apontada como um dos mais ausentes a educação permanente. Observa-se que, com o contingente de profissionais inseridos na Saúde da Família, 747, a ausência de educação permanente torna-se um complicador para o desenvolvimento da estratégia dentro dos princípios estabelecidos. Nos capítulos de análise dos resultados, serão abordados esses problemas.

Diante do exposto, inferimos que o município é reflexo do que emana do federal. Observa-se ainda um período de indecisão frente ao próprio momento que vivenciamos de mudança na gestão da saúde federal. Não se deve esquecer que nenhuma política ou ação governamental é desprovida de intenção.

A escolha pelo município de Juiz de Fora se justifica, pelo fato de possuir, nesse período (2000 – 2002), todas as equipes capacitadas, 49 equipes de Saúde da Família, totalizando 490 profissionais, e de ser uma cidade com mais de 100 mil habitantes e com dificuldades de implantação e implementação da Saúde da Família em grandes centros urbanos.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para o estabelecimento da educação permanente nas equipes de Saúde da Família que, segundo o MS (1996), inicia-se a partir da ação do Treinamento Introdutório para as equipes, decorrente da necessidade de se implantar a política de saúde nacional. Em Juiz de Fora, essa implantação aconteceu a partir de 1994, com a elaboração de projeto, mas, somente em 2000, iniciou a capacitação recomendada pelo MS, para dar início às atividades das

equipes. Portanto, a necessidade dessa capacitação das equipes de Juiz de Fora foi percebida no processo de trabalho das mesmas equipes implantadas antigas e novas, por desconhecerem a proposta da Saúde da Família, comprometendo o desenvolvimento da estratégia no município.

Para se verificar se realmente o Curso Introdutório é início da educação permanente das equipes de saúde da família, se através dele se inicia a organização do trabalho das equipes, foi necessário apreender primeiro: a) identificar qual foi o significado do CI para os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família; b) identificar qual foi o significado do CI para os formuladores de política dos níveis de governos na prática das equipes da Saúde da Família; c) identificar como as equipes de Saúde da Família relacionam os conteúdos discutidos no CI no cotidiano de suas práticas; d) identificar quais conteúdos do CI foram efetivamente agregados ao cotidiano do trabalho das equipes; e) discutir as repercussões do CI na organização do trabalho das equipes de Saúde da Família.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os integrantes das equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora (agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos) e profissionais do nível federal, estadual, municipal e regional, que, de alguma forma, devido aos cargos estratégicos que ocupavam ou ocupam, auxiliaram na implantação e implementação da Saúde da Família.

Portanto, a pesquisa possui dois centros de investigação, um referente aos formuladores das políticas – gestão da política e o outro que são as equipes de Saúde da Família, executores das políticas.

A pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde - CNS sendo aprovada pelo Comitê de Ética da UERJ (Anexo A). A participação dos sujeitos foi de livre e espontânea vontade, conforme termo assinado (Apêndice A). Foram assegurados o anonimato e sigilo das informações e esclarecido aos participantes que as informações obtidas seriam utilizadas para fins acadêmicos e científicos.

Foram criados nomes fictícios para as equipes, atendendo a quesitos da referida resolução, referentes ao anonimato dos sujeitos da pesquisa e ao sigilo das informações. Dessa forma, as equipes receberam o nome de Jade, Cristal e Quartzão. Os profissionais das equipes foram mencionados no texto, conforme quadro abaixo:

QUADRO 11
Profissionais das equipes

EQUIPE	ACS		A. SOCIAL	AUX. ENF* TÉC.ENF**	ENFERMEIRO	MÉDICO
Jade	ACS1; ACS3; ACS5;	ACS2; ACS4; ACS6;	-	aux. enf	enf.	méd.
Cristal	ACS1; ACS3; ACS5;	ACS2; ACS4; ACS6;	a.Social	téc. enf	enf.	méd.
Quartzo	ACS1; ACS3; ACS5;	ACS2; ACS4; ACS6;	a.Social	téc. enf	enf.	méd.

** Auxiliar de Enfermagem; ** Técnico de Enfermagem.

Os sujeitos dos níveis federal (três), estadual (um), regional (Pólo de Saúde da Família da UFJF, um) e municipal (dois), que ocuparam e ou ocupam cargos estratégicos e que participaram e/ou participam do processo de implantação, implementação, coordenação e processo de qualificação dos profissionais da Saúde da Família. Nesta pesquisa, foram identificados como Formuladores de Políticas no Nível Federal –F1, F2, F3; Implementador de Política Nível Estadual – IE; Implementador de Política Regional – IR (Pólo de Saúde da Família); Executor das Políticas Nível Municipal – EM1 do período de 2000 – 2002 e EM2 a partir de 2003 até a realização da entrevista (2005).

Para a seleção das equipes de SF/JF, alguns critérios foram estabelecidos previamente pela pesquisadora, na tentativa de manter a coerência entre o objeto e os objetivos da pesquisa. Das 49 equipes, somente três atenderam aos critérios estabelecidos para a pesquisa, que serão descritos a seguir.

Um dos critérios não foi possível ser atendido: selecionar uma equipe por período de expansão da implantação de equipes no município. O outro foi flexibilizado para não inviabilizar a pesquisa:

- Foram selecionadas as equipes em que todos os seus integrantes tivessem se capacitado no CI do Pólo de Capacitação da UFJF juntos, no período de 2000 a 2002 e que permaneceram na mesma equipe até o momento da pesquisa. Nesse quesito, flexibilizamos no sentido de permitir que até dois agentes comunitários de saúde – ACSs, novos na equipe, pudessem participar sem ter realizado o CI. Isso não comprometeu a pesquisa e os resultados, uma vez que a equipe Cristal ampliou

uma microárea de atuação no processo de re-territorialização ocorrendo a mudança de dois ACSs para a outra equipe da mesma UBS. Integraram a equipe Cristal um ACS novo e um da outra equipe da UBSSS (permuta), que havia participado do CI com a outra equipe da UBS. Mas, todos participaram da pesquisa (novatos e permutados), uma vez que, ainda são muito próximos com a antiga equipe e fizeram o CI juntos. Segundo Minayo (2004), são informantes estratégicos, porque estão envolvidos com o foco da análise.

- Como houve diferentes períodos de implantação de equipes no município, 1995, 1996, 1998, janeiro/2000, junho/2000, 2002, acreditava-se que poderíamos selecionar as equipes contemplando esses períodos de implantação. Apesar de ter sido colocado como critério de seleção, esse não foi atendido.
- Não foram selecionadas equipes em que houvesse facilitador do CI para se evitar viés na pesquisa, foram identificadas sete equipes que atendiam aos dois primeiros quesitos.

Inicialmente, considerando a metodologia adotada, não se estipulou um universo amostral, participaram da pesquisa as equipes que atendiam aos critérios estabelecidos, totalizando três equipes.

A participação dos entrevistados (F; IE; IR; EM) e das equipes se deu pela livre adesão dos mesmos, como voluntários esclarecidos em relação aos objetivos e propostas do estudo (Apêndice B).

O quadro a seguir totaliza o número de sujeitos da pesquisa, os caracteriza quanto ao tempo de serviço em que a equipe trabalha junto e a realização do CI.

QUADRO 12

Tempo de serviço em equipe e a realização do CI pelos integrantes das equipes

Equipes	Tempo de serviço na equipe juntos	Realização do CI									
		ACS		Assist. Social		Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico	
		S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Jade	4 anos	6				1		1		1	
Cristal	5 anos	5	1	1		1		1		1	
Quartzo	5 anos	5	1	1		1		1		1	
Total de participantes	29	16	2	2	-	3	-	3	-	3	-

Observa-se que, do total de 29 participantes da pesquisa, apenas dois ACS não realizaram o CI, por serem novatos na equipe em virtude de demissão na equipe Quartzo, ou necessidade por ampliação da área de abrangência da equipe Cristal.

A entrada no campo se deu após liberação da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (Apêndice C), que recebeu cópia na época do projeto. Posteriormente, foram aplicados os critérios para selecionar as equipes e partiu-se para os contatos telefônicos com as enfermeiras das UBSs, explicando o projeto e solicitando que passassem a intenção da pesquisadora e que pudessem recebê-la para explicações sobre a pesquisa. A opção inicial pelo contato com as enfermeiras, deu-se por conhecê-las, o que facilitaria o acesso aos demais membros das equipes.

Posteriormente, foram agendadas reuniões com todos os membros de cada equipe, explicando e retirando dúvidas. Foi dado um tempo para que os profissionais conversassem e discutissem a viabilidade de se realizar a pesquisa na equipe. As respostas das equipes Jade e Cristal foram dadas por contato telefônico após três dias, e da Quartzo foram passadas no mesmo dia, mas a data foi marcada após verificarem agendas, o que aconteceu depois de uma semana.

Esse primeiro contato com as equipes aconteceu no período de setembro 2004 a fevereiro de 2005.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

A pesquisa iniciou-se com a análise dos documentos referentes à Saúde da Família dos anos de 1996, 1998 e 2000 do Ministério da Saúde, buscando apreender o discurso oficial daquela política de saúde, para se compreender a implantação dela no município. Fez-se também, a análise de documentos da DSSDA/JF para se compreender e descrever a implantação do PSF no município e para se contextualizar a saúde, os seus agentes e sua forma de exercê-la no município, através dos modelos assistenciais. A leitura dos documentos Planos Municipais de Saúde de 2000 e 2003, Projeto de Expansão da Saúde da Família do Município (2003), Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde foram fundamentais na análise e auxiliaram nas inferências desta pesquisa.

a. Entrevista aberta

Foi elaborado um roteiro orientador (Apêndice D), que serviu de balizador e não como cerceamento da fala dos entrevistados.

O roteiro compôs-se de duas partes: identificação dos entrevistados e as perguntas no total de sete, que abordaram os seguintes temas: como surgiu a idéia do Treinamento Introdutório para as equipes de Saúde da Família; qual foi o significado da capacitação das equipes no Treinamento Introdutório; se tinham conhecimento das modificações na prática das equipes após a realização destes Treinamentos e quais foram; se seria uma boa opção a continuidade dos Treinamentos para as equipes; como viam a política de Educação Permanente desenvolvida na atualidade pelo MS com relação à atenção básica; quais as repercussões da Estratégia da Saúde da Família no ensino e nos serviços de saúde e quais as repercussões do Treinamento Introdutório no ensino e nos serviços de saúde.

As entrevistas foram realizadas com sujeitos dos níveis de governo federal, estadual, municipal e regional. As entrevistas tiveram como objetivo captar e compreender a história da Saúde da Família e do Treinamento Introdutório pelo lado de quem vivenciou e vivencia esse processo. Também procurou-se apreender qual foi o significado do CI para esse grupo de formuladores, implementadores e executores de políticas. Foram desenvolvidas no período de setembro a fevereiro de 2005.

O agendamento das entrevistas foi uma das dificuldades encontradas para realizá-las, devido aos compromissos dos sujeitos selecionados. Duas entrevistas foram realizadas em Brasília, em setembro de 2004 (F1 e F2); quatro em Juiz de Fora, em outubro e novembro de 2004 (IE, IR, E1, E2); o implementador federal – F3 foi o mais difícil de ser entrevistado, devido aos seus compromissos e uma agenda totalmente cheia. Foram marcados vários encontros, desde outubro 2004, em Juiz de Fora, no Rio de Janeiro, mas problemas técnicos operacionais, outros compromissos de última hora, alterações climáticas o impediram de sair da cidade em que estava. Optou-se de comum acordo, por encaminhar as perguntas da entrevista e gravar as respostas, enviando a fita para ser transcrita em fevereiro de 2005. Posteriormente, foi solicitado pela pesquisadora um encontro com o mesmo, para retirar algumas dúvidas referentes às respostas dadas em julho de 2005.

O quadro a seguir mostra a duração de cada entrevista.

QUADRO 13

Duração de cada entrevista

Entrevistado	Tempo de duração entrevista
F1	50 min.
F2	1h e 15 min.
F3	Encontro de 1h
IE	30 min.
IR	30 min.
E1	30 min.
E2	40 min.
Total de horas	5 h e 15 min.

As fitas foram transcritas e, posteriormente, procedeu-se à análise das falas e à categorização dos achados, seguindo o referencial de Bardin (2004).

b. Grupo Focal

Foi realizado com os profissionais que compõem as equipes selecionadas. Pretendeu-se entender o significado e as repercussões do CI na prática das equipes (Apêndice E). Foram realizadas três perguntas, as quais eram precedidas de um pequeno parágrafo introdutório, baseado nos referenciais adotados (BRASIL, 2000a; UFJF/NATES/PÓLO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2003), que serviram para o debate.

As perguntas abordaram os temas: significado do CI para as equipes; modificações na prática das equipes após realização do CI; conteúdos ou temas discutidos no CI e que passaram a ser incorporados nas práticas das equipes.

A escolha por essa técnica de coleta de dados se deve ao fato de ser apropriada a pesquisas qualitativas, por apresentar um tema de discussão específico (Curso Introdutório), cuja finalidade foi explorar e deixar emergir as diferentes visões sobre o assunto. Também garante aos pesquisados um espaço de reflexão de suas próprias concepções e de uma auto-avaliação. Deve-se considerar, também, que esse instrumento possibilita, por meio de um fórum de discussão, a construção de um conhecimento. A técnica também possibilita apreender a dinâmica social das atitudes e opiniões, problemas

porque possibilita as interações múltiplas decorrentes do trabalho em grupo (VICTORA et al, 2000).

Essa técnica foi fundamental para a percepção dos significados que os participantes deram ao CI desde a realização até hoje, no cotidiano da equipe, em seus próprios contextos. Observou-se que, no grupo, os sujeitos entraram em contato uns com os outros e com o cotidiano do PSF, através das falas, do relato de situações vivenciadas pelos mesmos, e trouxeram à tona o significado, as repercussões do CI em relação à prática desses sujeitos, para que pudessem discuti-las e confrontá-las. Também afloraram os conflitos existentes no grupo.

Tentou-se criar um ambiente de aproximação dos sujeitos à realidade vivida e os seus significados, pois se acreditou que, dessa forma, o cotidiano da prática das equipes pudesse ser discutido com mais propriedade.

A adequação do instrumento à pesquisa se deve ao fato de os profissionais que compõem as equipes desenvolverem trabalho em equipe, por terem participado juntos do CI e por ser o CI uma atividade de educação permanente, ou seja, parte das necessidades identificadas no processo de trabalho, que é coletivo. Portanto, pertencem a um grupo definido, dessa forma, procurou-se manter a coerência. Todas as pessoas que pertencem a um mesmo grupo ou classe são produtos de condições objetivas idênticas (BORDIEU, 1974).

Para a realização dos grupos, utilizou-se o referencial Kitzinger (2000). Foi organizado um roteiro norteador com as perguntas que serviram para estimular a participação de todos. Seguiu-se, também, um roteiro operacional para os grupos (Apêndice F), para se evitarem possíveis esquecimentos, comprometendo o desenvolvimento do grupo. Os grupos focais foram gravados em fitas cassete, que, posteriormente, foram transcritas em sua íntegra.

Participaram, além das equipes, a facilitadora do grupo, que foi a pesquisadora, duas observadoras, assistentes sociais da DSSDA/JF, que puderam registrar, na forma de relatórios, outras informações que não as verbais, como gestos, posturas, olhares etc. O relatório foi discutido entre a facilitadora e as observadoras, para se evitarem perdas das informações colhidas. Durante a realização dos grupos, utilizarem-se dois gravadores para que nenhuma fala fosse perdida. Como os profissionais foram dispostos em círculo, cada gravador ficou em um ponto da sala para não comprometer os dados. Os participantes se

posicionavam livremente pelo círculo. Observou-se, nos três grupos, que os ACSs se posicionavam no círculo uns perto dos outros (Apêndice G).

As observadoras se posicionaram fora do círculo e a presença delas não comprometeu o andamento do grupo, porém o gravador, no encontro com a equipe Cristal, inibiu a fala de duas ACSs, mesmo tendo sido explicado o porquê de utilizá-lo. Após o grupo focal, as mesmas ACS conversaram com a facilitadora explicando e se desculpendo pelo fato de não se colocarem, em determinadas situações surgidas durante o desenvolvimento do grupo. Vale esclarecer que essas situações não eram relacionadas às perguntas realizadas pela facilitadora, mas sim alguns conflitos na equipe.

Os grupos focais foram realizados no período de setembro a dezembro 2004, desde o primeiro contato telefônico, reuniões com as equipes para explicar a pesquisa e a execução propriamente dita do grupo. Todos os três grupos foram realizados no período de uma hora e meia, totalizando quatro horas e meia.

Após a transcrição das fitas, da leitura dos relatórios das observadoras e da facilitadora do grupo, foi realizada uma análise preliminar das informações. Algumas dúvidas afloraram e, percebida a ausência de alguns dados referentes à infra-estrutura, processo de trabalho da equipe, foi necessário retornar às equipes para outra reunião (Apêndice H). Nesse encontro, não havia a presença de todos os membros da equipe. Na equipe Cristal, participaram a médica, a enfermeira e um ACS; na equipe Quartzo, a enfermeira e a assistente social; com a equipe Jade, a médica e a enfermeira da equipe. O tempo de permanência na UBS variou de acordo com as dúvidas pertinentes a cada equipe: equipe Quartzo duas horas; equipe Cristal, quarenta minutos; equipe Jade, quarenta minutos. Aproveitou-se para fazer observações da organização e dinâmica do trabalho da equipe. Totalizando mais três horas e vinte minutos.

Constatou-se, na prática, a pertinência e coerência do grupo focal com o objeto da pesquisa. A riqueza de dados é muito grande e, como se estava vivenciando um período de cobrança da DSSDA/JF por produtividade, não estava havendo tempo para as reuniões de equipe para as discussões dos problemas decorrentes dela, aflorando nos grupos focais. Isso enriqueceu e auxiliou a compreensão do cotidiano das equipes. Alguns momentos foram difíceis de ser contornados, porque emergiram das falas dos participantes os problemas internos vivenciados pelas equipes, os quais não haviam sido discutidos por falta de tempo ou porque não queriam se desgastar perante os conflitos interpessoais e de postura técnica frente às situações vivenciadas no cotidiano das práticas com a comunidade. Nos encontros com as equipes Cristal e Quartzo, foram verbalizados

problemas que interferem e comprometem sensivelmente o trabalho em equipe, que é uma das diretrizes operacionais do trabalho.

c. Questionário

Foi aplicado um questionário às equipes participantes (Apêndice I). Teve como objetivo a caracterização das equipes e a obtenção de dados das equipes referentes ao CI; bem como o conhecimento quanto às mudanças percebidas pela equipe após a realização do CI; às dificuldades e facilidades para implantar as ações discutidas no CI no cotidiano das práticas das equipes; às atividades que são realizadas pelas equipes de Saúde da Família; e de qual a influência do CI na organização das atividades das equipes. Outra contribuição do questionário foi de poder comparar as informações do grupo focal com as colhidas nele. Observou-se que a maioria das informações obtidas no grupo focal se confirmou, mas com alguns momentos de contradição, principalmente com relação ao planejamento da equipe.

A opção pelo questionário se deu pelo fato de esse instrumento permitir “captar aspectos considerados relevantes para iluminar a compreensão do objeto, estabelecer relações e generalizações” (MINAYO, 1996, p. 100). A autora diz, ainda, que o questionário tem como “princípio básico para sua elaboração, que cada questão tenha como pressuposto o marco teórico desenhado para a construção do objeto” (MINAYO, 1996, p. 100).

O questionário foi entregue no dia da realização do grupo focal para ser respondido após ao seu término. A opção por ser o segundo instrumento foi para que não houvesse interferência nas respostas do grupo focal. Puderam-se confrontar dados colhidos no grupo com os respondidos no questionário. Segundo informações das equipes, o questionário foi fácil de ser respondido, porém o difícil foi conciliar o tempo para reunir toda a equipe a fim de preenchê-lo (férias, folgas, agendas cheias etc). Isso dificultou o retorno dos mesmos. Foi estipulado um prazo de quinze dias para a devolução, mas não foi cumprido. O questionário respondido pela Quartzo foi entregue em dezembro; Cristal, em janeiro e Jade, início de fevereiro.

Os instrumentos escolhidos (questionário, grupo focal, entrevista) se justificam em virtude da preocupação desta pesquisadora ao se efetuarem as deduções lógicas – inferências. Segundo Bardin (2004, p. 37), “pode-se utilizar uma ou várias operações, em complementaridade de modo a enriquecer os resultados e aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada”. Todo o conjunto auxiliou na elucidação e na compreensão dos objetivos deste estudo.

3.5 Análise e interpretação dos resultados

Optou-se pela análise de conteúdo do tipo análise temática, tendo como referencial Bardin (2004). Segundo essa autora, análise de conteúdo define-se como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p. 37).

Portanto, a análise de conteúdo trabalha com a fala, com a prática da língua, com as variações individuais dos emissores, tentando compreender esses sujeitos em seus ambientes, num determinado momento, analisando suas significações através das mensagens. “A mensagem exprime e representa o emissor” (BARDIN, 2004, p. 127).

Observou-se a pertinência e coerência dessa forma de analisar os dados, na pesquisa, uma vez que se pretendeu analisar as repercussões do CI na prática dos profissionais que compõem a equipe. Ou seja, seria necessário compreender os sujeitos dessa pesquisa nos seus ambientes de trabalho, que são as UBSs, no contexto municipal de saúde, através da fala de cada profissional do que significou, que modificações eles perceberam, o que foi incorporado do CI na prática cotidiana das equipes. O período de realização da análise dos dados foi de setembro/2004 e setembro de 2005.

Como referenciado por Bardin, a análise de conteúdo trabalha com um conjunto de técnicas, nessa pesquisa, optou-se pela análise temática.

Ao se referir à análise temática, deve-se compreender qual o significado de tema. “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 2004, p. 99).

Sendo o tema, a unidade de registro, na análise temática, ao se utilizar o recorte como regra, se preocupar-se-á com o sentido e não com o número de vezes que a forma aparece no texto.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

A organização da análise iniciou-se a partir dos dados coletados pelos instrumentos utilizados, que tinham a finalidade de construir o “corpus” da pesquisa. A sua constituição

implica a escolha e seleção de algumas regras: “**de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência**” (BARDIN, 2004, p. 90, 91, 92).

Foi feita a descrição dos conteúdos contidos através dos questionários, dos registros dos grupos focais e entrevistas. O que interessou para a pesquisa foram os conteúdos temáticos encontrados. Foi analisado cada instrumento individualmente, para posteriormente serem analisados coletivamente. Portanto, foi analisada cada uma das respostas contidas nesses instrumentos para depois serem agrupadas para dar origem à análise das repercussões do CI na prática das equipes.

Fez-se a classificação e categorização dos dados coletados dos instrumentos. O primeiro passo foi a construção de um conjunto de categorias, que se deu a partir da leitura, realizando os recortes dos conteúdos, que foram sendo agrupados por temas, por equipes, que, posteriormente, deram origem a um quadro esquema de análise para a organização da categorização, baseado nas contribuições de Bardin (2004).

Categorias	Componentes	Recortes das falas	Frequência

Os dados analisados fazem parte de um momento específico e com singularidades próprias, vivenciados pelos profissionais que compõem as equipes, formuladores de políticas, entrevistados e pesquisadora.

A interpretação

A análise e a interpretação final foram mais aprofundadas, e se tentou ultrapassar os significados manifestos dos conteúdos, possibilitando uma aproximação ou um distanciamento entre os conteúdos das categorias empíricas e uma comparação com o conhecimento já produzido sobre os temas encontrados, possibilitando a inferência que *é a interpretação controlada* (BARDIN, 2004, p.127).

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo fornece informações suplementares ao leitor para saber mais sobre o texto.

4 CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE JUIZ DE FORA

Para transformar o mundo? Para se transformar? Ambos. Um pelo outro. A ação é o caminho. Mas que só vale pelo pensamento que a ilumina. (COMTE-SPONVILLE e FERRY, 1999).

A contextualização dos elementos constitutivos do processo de trabalho (os sujeitos, o objeto e os instrumentos) das equipes de Saúde da Família foi fundamental para se compreender se o CI propiciou alguma contribuição para a organização do trabalho das equipes, uma vez que a simples participação das equipes e a construção de conhecimentos no CI não garantiriam as mudanças e nem auxiliariam na implementação da Saúde da Família no município.

Partiu-se de algumas considerações analisadas e de consenso entre diversos autores que estudaram o processo de trabalho em saúde, entre eles, Pires (2000). O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e por grupos de trabalhadores que desenvolvem atividade de manutenção da estrutura institucional. Possui características do trabalho profissional com divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e de lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Essa lógica vislumbra o aumento da produtividade, a mecanização da produção, tendo como conseqüência assistência de saúde fragmentada exercida por grupo de profissionais separadamente dos demais, de acordo com o domínio de conhecimento profissional, dificultando o trabalho em equipe.

A Saúde da Família trouxe princípios e diretrizes contrárias à lógica de trabalho exercida, solicitando as mudanças no modelo assistencial de saúde já proposto pelo SUS e reorganização das práticas de trabalho. As diretrizes operacionais são balizadoras do trabalho na Saúde da Família: a delimitação do território; a responsabilização sanitária; a adscrição da população; o necessário estabelecimento do vínculo entre equipe e população; o diagnóstico de saúde da comunidade; o planejamento/programação local; complementaridade; o trabalho em equipe; a referência e contra-referência e a educação continuada e permanente.

Procurou-se, então, identificar, com base nas diretrizes operacionais da Saúde da Família, a apropriação do conhecimento e das ferramentas discutidas no CI, facilitando a compreensão das mudanças estabelecidas a partir do CI e sua possível interferência na organização do trabalho das equipes.

4.1 Caracterização da UBS e das equipes

A implantação da Saúde da Família nas UBSs selecionadas para a pesquisa deu-se em de fases diferentes: Cristal, na primeira fase de implantação em 1995, porém a equipe selecionada foi implantada em 1999. Quartzito, na segunda fase de implantação em 1996, a equipe selecionada foi constituída anteriormente por três médicos, sendo os demais profissionais os mesmos, portanto, essa é a quarta equipe constituída que já está há cinco anos atuando junto. Jade faz parte da quarta fase, em 2000, e é a única equipe que coincide a implantação da Saúde da Família com a mesma equipe.

As equipes estão situadas em diferentes regiões sanitárias do município, na área urbana. A distribuição geográfica, uma está na região norte, uma na região sul e outra no centro-oeste do município.

As equipes referidas trabalham no horário das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas. As UBSs de Jade e Cristal passaram recentemente a realizar o terceiro turno no horário das 18 às 22 horas, como forma de atender à demanda de usuários trabalhadores, com um médico extra-equipe e uma auxiliar de enfermagem da equipe. Entretanto, esta extensão de horário não vem solucionando os problemas dos usuários, pois tanto a médica de Cristal como a de Jade informaram que os usuários consultam à noite e retornam no dia seguinte solicitando às médicas a confirmação do diagnóstico e do medicamento prescrito pelo médico do turno noturno.

Já estabeleceram um vínculo conosco, a gente conhece a família, os seus problemas. Como são atendidos por um profissional novo, ficam inseguros retornando para confirmarmos o que o outro colega fez. Isso tem dado problema, porque ficam esperando a gente sair dos consultórios, sem consulta marcada para darmos uma olhadinha (méd. Jade).

Não adianta esse funcionamento porque só tem criado mais demanda para o outro dia, porque voltam para perguntar sobre a medicação ou para mudá-la (méd. Cristal).

A carga horária de 40 horas semanais é uma das diretrizes para a constituição das equipes, pois é uma das condições para o estabelecimento do vínculo entre os integrantes da equipe e a população. No Brasil, a maioria das equipes pesquisadas²³ atendia a esse princípio, conforme o registro das equipes, porém as cargas horárias efetivamente cumpridas eram inferiores às contratadas (BRASIL, 2004).

²³ Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família – 2001/2002. Brasil, 2004.

Em Juiz de Fora, todos os profissionais das equipes da Saúde da Família cumprem o estabelecido pelas diretrizes nacionais, ou seja, 40 horas semanais. Tem sido motivo de algumas denúncias à coordenação da Saúde da Família pelo CLS ou por membros da comunidade o não cumprimento do horário a por parte de alguns profissionais, sendo o médico o mais referido. Ao ser a equipe indagada pela população, os profissionais relatam que estão em visita domiciliar, geralmente às sextas-feiras à tarde. De acordo com a entrevista de EM2,

[...] os profissionais médicos optam pela sexta-feira para fazerem visitas, pois é o dia que a demanda é menor. Mas tem muitos profissionais que a gente sabe que são descompromissados com a Saúde da Família, que falam que vão fazer a visita domiciliar e aí a gente os encontra em pleno Calçadão (rua de intenso movimento no centro da cidade) (EM2).

O fato de o médico ser o mais referido é devido à busca de atendimento pelos usuários nas UBSs ainda estar centrada na doença, na cura. Nessa lógica, o médico é o centro do processo de trabalho tanto na concepção do usuário como na lógica de organização do serviço. No caso de Juiz de Fora, que se encontra em fase intermediária de implantação da Saúde da Família (MENDES, 2002), verifica-se alguma mudança, descrita a seguir.

A adscrição da clientela é um dos princípios da Saúde da Família. É a definição precisa do território de atuação das equipes estabelecendo o parâmetro populacional de atendimento para a equipe, proporcionando o vínculo, a responsabilização da equipe para com a população e suas necessidades de saúde, auxiliando na construção de uma programação mais real.

Em Juiz de Fora, o processo de territorialização teve início a partir de uma oficina de trabalho em 1994, contando com a participação de diversos profissionais de diferentes unidades de saúde, além de profissionais do setor de planejamento e Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS/JF, estagiários do Curso de Geografia da UFJF e a Consultora da OPAS. Essa Oficina foi reproduzida nas diversas unidades irradiando o processo através da metodologia específica, cobrindo todo o município.

Sendo a definição de uma área de abrangência fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, o processo de territorialização foi realizado gradativamente nas unidades, com a participação não só dos profissionais, mas também dos representantes dos Conselhos Locais de Saúde. Esse processo tem sido acompanhado pelo nível central e têm-se realizado mudanças a partir do que tem sido identificado pelas equipes.

As equipes selecionadas para a pesquisa possuem área delimitada e apresentam as áreas definidas através dos mapas²⁴ e a população da área de abrangência toda cadastrada, através da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, apresentadas pelas equipes durante o grupo focal. Os profissionais falavam com apropriação do território e de seus problemas. Por ser um dos instrumentos da Saúde da Família, o mapa tem sido observado na maioria das equipes, conforme pesquisa realizada em Juiz de Fora no período de 2001 e 2002²⁵, em 70% das equipes participantes, o mapa foi encontrado em 100% delas. O fato de estar presente nas UBSs não quer dizer que a equipe o utilize como ferramenta de trabalho.

Todas as equipes de Juiz de Fora se encontram de acordo com o parâmetro populacional definido pela Saúde da Família de até 4.500 pessoas na área adscrita (BRASIL, 2000b). O parâmetro definido para as equipes de Juiz de Fora é de 3.200 habitantes. As equipes Jade e Quartzo estão dentro do parâmetro populacional com, respectivamente, 2.860 e 2.684 habitantes. A equipe Cristal ultrapassa o limite (3.680 habitantes), reforçando a necessidade apontada pela equipe e DSSDA/JF da urgência de se implantar uma outra equipe.

4.2 O trabalho dos profissionais de saúde

4.2.1 A Constituição da equipe

A constituição multiprofissional da equipe é uma das diretrizes principais da Saúde da Família como estratégia para a mudança do modelo assistencial de saúde. A equipe mínima foi estabelecida, mas cada município deve constituir a sua equipe de acordo com a complexidade municipal (BRASIL, 1996, 1998, 2000b).

As primeiras equipes constituídas no município foram organizadas na primeira fase com os próprios servidores do quadro municipal, oportunizando em algumas a constituição por afinidades entre os seus membros. Depois de 1996, a maioria das equipes foi sendo estruturada aleatoriamente, a partir da seleção de médicos. A equipe mínima definida pelo município é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis ACSs, para atender uma população de 3.200 pessoas. O município já tem aprovada a inclusão da

²⁴ A utilização de mapa pela equipe expressa a apropriação do território e auxilia o processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2004).

²⁵ UFJF/NATES. Acompanhamento e avaliação de equipes de Saúde da Família. Juiz de Fora, 2001.

odontologia na Estratégia da Saúde da Família²⁶, porém ainda não foram contratados os profissionais. O assistente social não está inserido na equipe mínima²⁷, mas encontra-se presente em determinadas UBSs, prestando assistência a todas as equipes existentes na UBS de lotação. Das equipes pesquisadas, as UBSs de Cristal e Quartzito contam com o assistente social nas equipes.

Um dos problemas relacionados à constituição da equipe é a rotatividade dos seus membros. Este problema é comum em todo o território nacional. Nas entrevistas realizadas com os formuladores de políticas, dos sete, cinco disseram ser este um dos maiores problemas a serem enfrentados pelos municípios. Em Juiz de Fora, a rotatividade dos profissionais é caracterizada por: problemas de relacionamento entre os componentes; transferências para UBSs mais próximas de suas moradias; mudanças a partir do nível central, devido à necessidade de se definir melhor os territórios para abertura de novas equipes. Essas situações têm sido fatores de desmotivação nas equipes e complicadores tanto no desenvolvimento do trabalho, quanto da educação permanente das mesmas.

Uma outra coisa importante dentro dessa capacitação permanente é que, diferentemente do que está acontecendo na nossa equipe, que já está junto há quatro anos, existe uma troca muito grande de profissionais dentro das equipes. Então, é muito importante para revermos estas questões [...] e isso eu acredito que atrapalha o desempenho das equipes e principalmente na ausência de uma educação permanente (méd. equipe Jade).

[...] também fui mudada de equipe e realmente isso atrapalhou muito nosso trabalho que a gente já estava acostumada na área. Já conhecia todo mundo, tinha mais liberdade com as pessoas, aí trocou e atrapalhou bastante mesmo (ACS 3 equipe Cristal).

O tempo de permanência dos profissionais nas equipes pesquisadas no Brasil, no período de 2001-2002 (BRASIL, 2004), apontou que, em média, 50% das equipes estavam trabalhando há menos de um ano.

Ao se selecionarem as equipes para a atual pesquisa, observou-se que somente dez equipes das 49 implantadas na época permaneciam juntas, demonstrando o problema da rotatividade.

A qualificação da equipe foi sempre uma grande preocupação dos profissionais da coordenação da Saúde da Família no município, desde o início da implantação. Mas nem sempre foi viabilizada com a velocidade necessária aos processos de mudanças. A equipe

²⁶ Decreto Lei 7.267 de 28/01/2002 que regulamenta a inclusão da Odontologia na Saúde da Família.

²⁷ Decreto Municipal nº 5.773 de 12/11/1996, que regulamenta a Saúde da Família.

sempre dependeu do entendimento e da visão do gestor relativa à necessidade de capacitação para a viabilização dos processos educativos. Uma das justificativas dos vários gestores que passaram pela DSSDA/JF desde 1994 até a atualidade, estava relacionada à falta de atendimento à população enquanto o profissional estivesse em capacitação e a outra se prendia à questão financeira, gastava-se muito nos processos educativos para pouco retorno.

Todos os profissionais de nível superior das equipes pesquisadas possuem especialização: os médicos e enfermeiros, em Saúde da Família e os assistentes sociais, especialização de Serviço Social em Saúde da Família. Dois dos auxiliares de enfermagem possuem o curso de capacitação em Saúde da Família para Auxiliares de Enfermagem, um da equipe Cristal e outro da equipe Quartzo. Os ACSs foram capacitados no curso de Formação para ACSs, somente dois, dos 18, ainda não foram capacitados. Um ACS da Quartzo e outro da equipe Cristal.

Com relação ao Curso Introdutório, verificou-se que dos 29 profissionais que participaram da pesquisa, somente dois não haviam realizado o CI. Na equipe Cristal, isso se deu devido ao aumento de uma microárea na área de abrangência da equipe em decorrência da reterritorialização realizada pela DSSDA/JF, após a realização do CI, e, na equipe Quartzo o motivo foi o pedido de demissão de uma das agentes comunitárias. O fato de essas duas ACSs não terem realizado o CI não prejudicou a pesquisa, mas todas duas relataram que gostariam de realizá-lo.

A porcentagem de 100% das equipes capacitadas no período de 2000-2002 (49 equipes) só foi possível devido à parceria estabelecida da DSSDA/JF com o Pólo de Saúde da Família da UFJF. Vários dos profissionais facilitadores do CI eram do quadro da PJF, os gastos eram menores, pois não havia necessidade de pagamento de diárias devido ao deslocamento e a DSSDA/JF arcava com o lanche e aluguel do espaço onde se realizava o CI.

4.2.2 Carga horária, modalidade contratual e remuneração

Uma das exigências do MS para o exercício da Saúde da Família é a carga horária contratual de 40 horas semanais para todos os profissionais que compõem a equipe. Em Juiz de Fora, todos os integrantes são contratados para uma carga horária semanal de 40 horas. Ao comparar a situação encontrada no Brasil na pesquisa realizada pelo MS no período de 2001 – 2002 (BRASIL, 2004) com a de Juiz de Fora, se verifica um certo

avanço do município. No Brasil, 81,3% dos médicos e enfermeiros da Saúde da Família eram contratados por menos de 40 horas, o que foi considerado um dos obstáculos à implantação da Saúde da Família na opinião de Mendes (2002), porque acredita ser incompatível com a filosofia da Saúde da Família e seus princípios.

O quadro inicial de profissionais de saúde que compuseram a proposta da SF no município foi de servidores do quadro municipal, entre eles, os médicos, por serem contratados por 20 horas semanais na Prefeitura de Juiz de Fora, completaram a sua carga horária de SF através de contrato com a Associação Municipal de Apoio Comunitário – AMAC, entidade sem fins lucrativos. Com a necessidade de expansão da quantidade desses profissionais, outros arranjos de vínculo empregatício foram necessários como: médicos com dois vínculos estatutários pela PJF (20 horas cada); dois vínculos estatutários de vinte horas (Secretaria Estadual de Minas Gerais e Prefeitura de Juiz de Fora ou Prefeitura de Juiz de Fora e Ministério da Saúde); um vínculo celetista (AMAC) com carga horária de 40 horas; e ainda um misto: um vínculo estatutário de vinte horas e um vínculo celetista de 20 horas pela AMAC.

Todos os auxiliares de enfermagem, enfermeiros e assistentes sociais das equipes pesquisadas são profissionais concursados e efetivos do quadro de servidores municipais – estatutários. Todos os agentes comunitários de saúde e os médicos são do quadro de servidores da Associação Municipal de Apoio Comunitário – AMAC contratados com carga horária de 40 horas semanais. Participaram de processo seletivo e são servidores celetistas.

Não se identificaram em Juiz de Fora até a presente data formas precárias de contratação. Ao comparar os dados de Juiz de Fora com o dados nacionais de 2001-2002, pode-se observar que Juiz de Fora sai à frente na forma de contratação estável (estatutário e celetista) 100% dos profissionais contra 28,6% das equipes do Brasil, e 24,6% de médicos e 28,4% de enfermeiros em Minas Gerais. Isso é um dos fatores que vêm demonstrando o compromisso do município para com o modelo que escolheu para a reorganização do sistema de saúde local.

O salário é diferenciado o que tem sido motivo de alguns desconfortos entre os profissionais das equipes. Os médicos recebem algumas gratificações que não são pagas aos demais membros da equipe; são elas o adicional de dedicação exclusiva, adicional de resultado. Para os demais trabalhadores, com exceção do ACS, a gratificação era de 50 horas extras referentes ao salário recebido, que também era variável entre os profissionais, até mesmo, dentro de uma mesma categoria, devido às outras gratificações de promoção

por tempo de serviço e de mérito (qualificação). Esse sistema de gratificação foi implementado desde 1995, época da implantação da SF no município.

Está em tramitação, na Câmara Municipal, um Plano de Carreira, Cargos e Salários para os médicos e ACSs e sendo discutida a forma de gratificar os demais profissionais da equipe. Essas modificações ocorridas aconteceram no âmbito do novo governo municipal em 2005, o que vem reforçar a fragilidade da proposta diante das mudanças políticas.

Friedrich (2005, p.116) relata, em sua tese de doutorado intitulada “O trabalho em Saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora”, ao analisar a categoria remuneração diferenciada, dentro da dimensão econômica, verificou que “as diferenças salariais ocasionam conflitos entre as categorias que pertencem à Saúde da Família, criando obstáculos para o desenvolvimento adequado do trabalho”.

Essa afirmativa foi evidenciada na pesquisa atual durante as conversas informais entre os momentos de aplicação dos instrumentos e também em estudo realizado por Farah et al (2005a)²⁸. Esse estudo contribuiu e auxiliou com sua análise para a compreensão dos resultados desta tese.

A situação relativa às condições de trabalho deve ser analisada com cautela, porque não é fácil de ser resolvida. Os salários variam de região para região e de município para município, o que tem dificultado, principalmente para municípios menores, a fixação dos profissionais nas equipes dos municípios (MENDES, 2002).

No Brasil, os salários dos médicos bem como o dos enfermeiros variavam. Em 78,3% das equipes a faixa salarial girou em torno de R\$2.501,00 a R\$6.000,00. O salário dos enfermeiros era de R\$1.500,00 a R\$3.000,00. Em Juiz de Fora, no ano de 2002, os médicos contratados por 40 horas semanais, somente pelo vínculo da AMAC, recebiam R\$3.948,78 e os enfermeiros (todos estatutários), R\$ 1.734,57 (FRIEDRICH, 2005). Os profissionais médicos recebem mais devido às gratificações de tempo de serviço e por mérito instituídos nos planos de carreira, cargos e salários específicos. No caso dos enfermeiros, o salário informado é de profissionais em início de carreira. Em Minas Gerais,

²⁸ FARAH, B. F. CAMPOS, E. M. S.; CASTRO, E. B. et al. Compreendendo o cotidiano das práticas de equipes Saúde da Família. In: VI Congresso Nacional da Rede UNIDA. Belo Horizonte: 2005. Foi identificado que a desmotivação e o descontentamento estavam presentes na fala da enfermeira de uma das equipes pesquisadas com relação à diferença salarial e ao projeto encaminhado à Câmara Municipal, que previa, em substituição às horas extras, uma gratificação aquém ao que percebiam com as horas extras, levando os profissionais a questionarem sobre a permanência na equipe e até da função a ser desempenhada : “[...] vai haver uma reunião na prefeitura na próxima segunda para resolverem a nossa questão salarial. Se houver redução, nós (enfermeiras) voltaremos a exercer apenas os serviços designados pela Câmara Municipal (curativos, aferir pressão, vacinas) e largaremos as atribuições da equipe do PSF: assistência a grupo de apoio, atendimento à saúde mental, etc” (UBS C, enfermeira Y) (p. 31).

20,9% dos médicos recebiam salários na média de Juiz de Fora, enquanto os enfermeiros, 28,3%. Observa-se, então, que Juiz de Fora não está aquém do restante do Brasil e, por ser uma cidade de médio porte, está com o salário superior aos grandes centros onde a oferta de profissional é maior.

4.3 Estrutura física e equipamentos

4.3.1 Estrutura física das UBS

A estrutura física das unidades de Saúde da Família tem sido um complicador no desenvolvimento do trabalho das equipes. Mendes (2002) cita a infra-estrutura das UBSs como um dos obstáculos à consolidação da Saúde da Família no Brasil.

Em Juiz de Fora, a Saúde da Família foi implantada nas UBSs existentes da rede local. A maioria das UBSs estava necessitando de reformas, algumas de ser reconstruídas, devido ao precário estado de conservação, e outras de ser criadas nos espaços de vazios sanitários. Conforme Planos Municipais de Saúde de Juiz de Fora 1997-2000 e de 2000-2003 (JUIZ DE FORA, 2000; 2003), verifica-se, nos cronogramas organizados, a previsão de reforma e construção das UBSs. A maioria das UBSs que precisavam ser reconstruídas foi transferidas para casas alugadas na comunidade, tendo sido então adaptadas para o atendimento das equipes.

As UBSs de Quartzo e Cristal foram reformadas para se adequarem à Saúde da Família, Jade foi construída para ser uma UBS de Saúde da Família. Segundo dados do questionário com relação à infra-estrutura das UBSs, as equipes responderam que possuem espaço suficiente para desenvolver as ações programáticas.

A UBS de Quartzo é a menor delas, conforme pode ser observado no Quadro 14. Localiza-se na parte plana do bairro, onde reside a população de classe média, em rua de fácil acesso para a população, porém fica distante das microáreas carentes. Atualmente, necessita de outra reforma com ampliação, pois não consegue realizar algumas atividades por falta de espaço na UBS. Como exemplo, citam-se as atividades de educação para a saúde realizadas na copa, na sala de espera ou na sala da gerência da UBS. Está localizada em um dos bairros mais carentes de Juiz de Fora. Não existe consultório em número suficiente para o atendimento individual para todos os profissionais. Durante as visitas à UBS, observou-se que as enfermeiras atendem individualmente usuários fora da agenda na sala de vacina. A UBS é pouco arejada, os consultórios pequenos, a recepção fica na sala

de espera em um espaço reduzido, separado apenas por um balcão, área que só comporta apenas uma pessoa e os arquivos das famílias.

Tomando como referência a localização da DSSDA/JF (centro da cidade), a UBS Quartzo é a mais distante, seguida de Jade e Cristal.

A UBS de Cristal sofreu uma reforma em 1999 e as equipes foram transferidas para uma casa alugada na comunidade. Segundo informações da equipe, a casa era apertada o que inviabilizava a realização de várias atividades, dentre elas, as ações educativas para a comunidade. A reforma demorou um ano e dois meses, Atualmente, pode-se observar que a UBS possui boa iluminação, mas é pouco ventilada. É uma das UBS maiores da rede e possui um amplo salão, onde são desenvolvidas as atividades educativas, reunião de equipe, e atividades dos ACSs. Localiza-se na parte plana do bairro, onde reside a população de classe média, em local de fácil acesso para a população, porém fica distante das microáreas mais carentes.

A UBS de Jade foi construída para ser uma unidade da Saúde da Família. É ampla e espaçosa, bem dividida, arejada e bem iluminada, situa-se no início do bairro, em local de fácil acesso para a população. Fica localizada na parte do bairro onde reside a população de classe média. A equipe relata a necessidade de um espaço maior para as ações educativas, pois o espaço atual tem sido dividido com os ACSs (guarda do material de trabalho e local para o registro das atividades).

O quadro a seguir apresenta a estrutura física das UBS com relação a sua divisão interna, procurou-se observar a adequação das mesmas ao mínimo necessário para o desenvolvimento das atividades das equipes se deparou com o seguinte cenário:

QUADRO 14

Estrutura física das UBSs pesquisadas ano 2005

Equipe	Cons médico	Cons Enf.	Sala Serv. Social	Con. Odon.	Sala grupo	Curat.	Esteril.	Sala vac.	Expurgo	Nebuliz.	Farmácia	CMC	Injeção e coleta sangue
Jade	04	-	-	-	01	01	01	01	01	01	01	01	01
Cristal	03	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
Quartzo	02	01	01	-	-	01	01	01	-	-	01	01	-

No caso da equipe Quartzo, as nebulizações, curativos e coleta de sangue (7h às 8h) são realizados na mesma sala, em horários distintos. Na sala de vacina, são realizadas as injeções.

Quanto à equipe Cristal, a aplicação de injeções e a coleta de sangue (7h às 8h) são realizadas na mesma sala em horários distintos. Isso demonstra a insuficiência dos espaços, deixando os locais vulneráveis e propensos à exposição de riscos de contaminação.

O número de consultórios médicos é de acordo com o número de equipes implantadas na UBS. No que tange à Jade, difere o número de consultórios do número de equipes, por possuir um consultório específico para a ginecologia.

Apesar de serem unidades com melhor infra-estrutura, ao serem comparadas às demais UBSs da rede de Juiz de Fora, estão aquém do ideal e comprometendo o desenvolvimento do trabalho das equipes como já descrito.

As três equipes trabalham com fichas famílias (envelope com a ficha SSA2 do SIAB, ficha individual de cada membro da família), que são acondicionadas em arquivos nas UBSs. A equipe Quartzo organiza o seu arquivo por ficha família, em ordem numérica, separada por áreas e microáreas, enquanto Jade e Cristal organizam os arquivos por ficha família em ordem numérica.

4.3.2 Disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos

Ao contrário do que pensam muitos gestores, trabalhadores da saúde, população entre outros, o nível de atenção primária exige uma tecnologia e conhecimento apropriados para o desenvolvimento do trabalho das equipes. É o local do primeiro contato, devendo ser equipada em quantidade e com qualidade para que possa ser resolutivo na perspectiva de ampliar as ações de saúde, objetivando a reorganização do modelo assistencial (MENDES, 2002).

Segundo a avaliação do MS (BRASIL, 2004), 20% das equipes pesquisadas não possuíam equipamentos básicos para o atendimento à população; e 30% não possuíam geladeira própria para a imunização.

Em Juiz de Fora, como pode ser observado no quadro a seguir, os equipamentos mínimos exigidos para as UBSs estão presentes em 100% das equipes pesquisadas.

QUADRO 15

Lista de material básico encontrado nas UBSs de Saúde da Família de Jade, Cristal e Quartzito, 2005

Equipamentos	Equipe Jade	Equipe Cristal	Equipe Quartzito
Tensiómetro	S	S	S
Estetoscópio	S	S	S
Termômetro	S (insuficiente)	S	S
Balança infantil	S	S	S
Balança adulto	S	S	S
Oftalmoscópio	S	S	S
Otoscópio	S	S	S
Glicosímetro	S(não tem fita)	S	S
Ep. Gineco-obstétrico	S	S	S
Mesa, espéculo, foco, estetoscópio de Pinard			
Sonar	S	S	N – com defeito
Geladeira exclusiva para vacina	S	S	S
Nebulizador	S	S	S
Mat. Retirada de pontos	S	S	S
Mat. Pequena cirurgia	-	-	-
Mat. Descartáveis (algodão, gaze, agulha, seringa, luva, esparadrapo)	S	S	S
Fio de sutura	S	-	-
Equipamento de informática	-	-	-
Autoclave	S	S	S
Vacinas básicas (poliomielite, tríplice viral, tetravalente, Tríplice (difteria, coqueluche e tétano), BCG, hepatite B, Febre Amarela, Anti-tetânica, Dupla adulto, Vacinas especiais: Gripe, Pneumococica)	S	S	S
Medicamentos básicos para: hipertensão (6), diabetes (2), contraceptivos (1), vitaminas (2), antieméticos (1), antipiréticos (2), analgésicos (3), anti-helmínticos (2), antibióticos (3), sal de reidratação oral, ansiolítico (1), anticonvulsivante (1), antiinflamatório (1), antialérgico(1), anti-séptico (1), colírio (2)	S	S	S

* Quadro elaborado baseado na lista de material básico para o funcionamento de uma UBS para SF - Avaliação da implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2004).

Legenda: (S) sim está presente; (N) não está presente, ou com defeito.

Como já referido, a listagem de medicamentos básicos totaliza 42 itens que são complementados com o da “cesta básica” da Saúde da Família vinda do MS. As UBS também recebem os medicamentos dos programas específicos do MS. Uma das dificuldades apontadas pelos profissionais das equipes pesquisadas foi a falta de regularidade dos medicamentos nas UBSs, assim como insuficiência destes. Como citado por Mendes (2002, p.66), “a assistência farmacêutica é condição indispensável para a

melhoria da qualidade de atenção primária à saúde é também uma forma de melhorar a equidade no SUS”.

[...] não vem tudo que a gente pede e necessita. Por exemplo, os anticoncepcionais cada mês vem um tipo, às vezes não vem nenhum (a. social, equipe Quartzo).

[...] a gente faz os grupos educativos, fala da necessidade de usar ou tomar os medicamentos. Aí, um mês tem todos os medicamentos; no outro mês, falta um; no outro, não vem nada. Fica difícil trabalhar desse jeito, a população daqui é carente (enf., equipe Quartzo).

O que acontece com os medicamentos conforme as falas acima se repete com os equipamentos, uma vez que ocorre a demora no processo de manutenção ou substituição dos mesmos, o que mostram as falas a seguir:

O termômetro vem, só que é insuficiente, quebra muito e, até chegar a reposição, a gente compra do nosso bolso (enf., equipe Jade).

Glicosímetro a gente tem, mas as fitas, há muito tempo, não vêm para a unidade (enf., equipe Jade).

A geladeira daqui, nós comunicamos que estava com defeito, eles levaram e, até hoje, não voltou. Estamos com essa aí, não temos previsão de quando a outra fica pronta (a. social, equipe Quartzo).

O que dificulta é a demora na manutenção, a gente não faz o atendimento, a população faz reclamação, então eles (coordenação central) ligam para a gente querendo saber o porquê. Passam alguns dias, a coisa se resolve (méd., equipe Jade).

Em Juiz de Fora, segundo o coordenador de Planejamento da atual Secretaria de Saúde e Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora - SSSDA/JF, o município tem investido ainda na compra de medicamentos básicos, devido à falta de regularidade no abastecimento pelo MS, como dos repasses do estado.

Quanto aos insumos, também existe uma irregularidade no abastecimento das UBSs. Material para as práticas educativas não é previsto na listagem de materiais. As equipes Quartzo e Jade referenciaram que compram a maioria do material com dinheiro recolhido da própria equipe.

Segundo entrevista de F2, os gestores acham que, após o treinamento introdutório, os profissionais têm que desenvolver a SF, independente das condições que o município dispõe para viabilizá-la. Colocam a responsabilidade na equipe de fazer acontecer a Saúde

da Família, mas sem investir nos demais fatores que interferem no desenvolvimento da estratégia como os já discutidos anteriormente. Como pode constatar no relato a seguir:

[...] é como se o gestor dissesse: pronto, agora o território é seu, responsabilizando a equipe e desconsiderando a realidade municipal (F2).

4.3.3 Sistemas de Informação

Segundo o MS (2002), o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB é uma ferramenta imprescindível para a implementação da Saúde da Família. Foi concebido como instrumento para a gestão de sistemas locais de saúde, permitindo o acompanhamento e a avaliação contínua das atividades realizadas pelas equipes (BRASIL, 2002b).

O sistema permite a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangências bem delimitadas. Os principais instrumentos do SIAB são: cadastramento, que permite a caracterização sócio-demográfica das famílias cobertas pelas equipes; as fichas de acompanhamento de grupos, para priorização de grupos etários e de condições de risco; e a ficha de registro de procedimentos e notificações para o acompanhamento das ações e serviços desenvolvidos pelas equipes. Esse sistema é utilizado por todas as equipes, pelo menos como forma de registro de dados, pois é condição para o recebimento dos incentivos específicos para a Saúde da Família.

Ao se analisarem as respostas contidas no questionário respondido pelas equipes, observou-se que elas não utilizam o SIAB como ferramenta para o planejamento, mas sim como registro. O recebimento de incentivo financeiro do PSF, no município, está condicionado ao envio das informações contidas nele. Algumas equipes disseram ter dificuldade de analisá-lo por desconhecimento, outras por falta de tempo. A maior dificuldade citada pelas categorias profissionais²⁹, que compõem as equipes da Saúde da Família em Juiz de Fora (média de 47%), é de executar a análise do SIAB (FARAH et al, 2005b). Apenas 49,6% das equipes pesquisadas no Brasil afirmaram utilizar o SIAB para o planejamento das ações (BRASIL, 2004).

Uma das justificativas citadas pelo baixo percentual de utilização do SIAB refere-se à ausência de capacitação dos profissionais (BRASIL, 2004). Em Juiz de Fora, 33% das

²⁹ FARAH et al. Diagnóstico das necessidades de educação permanente das equipes de Saúde da Família da DSSDA/JF. Trabalho realizado para PROMED/UFJF, 2005.

equipes atuantes na rede municipal não foram capacitadas, nem sensibilizadas pelo CI, que discutia a sua importância (FARAH et al, 2005b).

As equipes relataram que utilizam outros sistemas de informação, mas não como forma de planejamento das ações de saúde e sim para atender às necessidades de informação de nível central. Os consolidados desses sistemas de informação são encaminhados às UBSs pelo departamento de Vigilância Epidemiológica da DSSDA/JF: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação de Vigilância Nutricional e Alimentar – SINAN, Sistema de Informação de Vigilância dos Agravos Notificáveis – SISVAN em Cristal e Jade.

A equipe Quartzito informa que recebe o SINASC, SISVAN e dados do Comitê de Morte Materna. Ao se perguntar o porquê de não receberem o relatório do SIM completo, a gerente informou que o mesmo tem que ser solicitado na Vigilância Epidemiológica. Em recente conversa informal com a responsável pelo SIM, a mesma relatou que a DSSDA/JF estava gastando muito papel, pois são relatórios grandes e que a maioria das equipes não o utilizava para o planejamento das ações de saúde, portanto ficava a cargo de cada UBS solicitar o consolidado. De certa forma, estaria chegando às equipes as informações necessárias para quem as utiliza e conhece sua importância. Informa que são poucas as UBSs que solicitam tal consolidado. Isso sugere que as equipes não sabem para que servem aqueles dados ou, se sabem, não os utilizam de maneira adequada.

Portanto, pode-se inferir que os sistemas de informação não vêm sendo utilizados como instrumento para o planejamento das ações, são utilizados como uma forma de registrar os dados da UBS, como se estivessem mostrando ao nível central que estão produzindo. Nem todos os profissionais fazem registros e sabem para que serve, demonstrando que eles ainda possuem dificuldades para trabalhar com os sistemas de informação, com a vigilância epidemiológica e com o planejamento. Também se pode inferir que o planejamento local não está sendo construído dentro do referencial adotado no CI, pois um dos instrumentos a serem trabalhados é o SIAB, com exceção de Jade.

4.3.4 Sistema de referência e contra-referência

O sistema de referência e contra-referência é importante de ser estabelecido nos municípios para implementação do modelo assistencial de saúde proposto pelo SUS. Ele é fundamental para o desenvolvimento e a garantia dos princípios que regem o SUS,

principalmente os da resolutividade e da integralidade da assistência, pois garante a continuidade das ações, diferentemente do modelo assistencial de saúde tradicional no qual se desenvolvem ações esporádicas.

O resultado da pesquisa (BRASIL, 2004) com relação à referência para a atenção especializada ainda é insuficiente para garantir a continuidade da atenção às populações assistidas pela Saúde da Família. Sugere como um dos problemas a falta de acesso aos serviços e a oferta desordenada dos serviços de maior complexidade, apontando “a necessidade de estruturação da rede do SUS” (BRASIL, 2004, p.133).

Juiz de Fora possui uma rede considerável de serviços, como já descrita, que em tese garante ao usuário o acesso, a oferta e a resolutividade de seus problemas de saúde. A referência é estabelecida pelo nível central da DSSDA/JF, através de protocolos já estabelecidos e outros em fase de elaboração. A contra-referência não está estabelecida em todos os serviços o que gera descontinuidade da assistência, pois não promove o “feedback” para as equipes. Algumas equipes estabeleceram a contra-referência informalmente, com determinados profissionais dos serviços do nível secundário e, às vezes, do terciário, a partir de vínculos de amizade ou conhecimento. Essa forma de contra-referência não é garantida e fragiliza o processo de construção desse modelo.

As respostas contidas no questionário aplicado às equipes informam que, na opinião das três equipes, a referência e a contra-referência não estão estabelecidas³⁰. Cristal acrescenta que existe alguma referência, mas não contra-referência. A equipe Jade relata que os Departamentos de Saúde do Trabalhador e Departamento da Saúde da Mulher são os que mais encaminham a contra-referência. Segundo a médica da equipe, é muito difícil ela receber a contra-referência, cita que um usuário encaminhado por ela a um dos departamentos relatou-lhe em seu retorno:

[...] o médico que me atendeu rasgou o papel e disse que não havia necessidade dele (méd. da equipe Jade).

³⁰ Observou-se também, durante os anos em que a pesquisadora foi uma das integrantes das equipes de coordenação, que havia sempre críticas e reclamações dos profissionais do segundo nível de atenção, quanto aos encaminhamentos realizados pelos profissionais das equipes. As críticas eram relacionadas ao número de encaminhamentos, que, segundo a opinião desses profissionais, muito deles poderiam ter sido resolvidos na atenção básica, sugerindo o despreparo para atuar na atenção básica ou a falta de apoio diagnóstico necessário. Em várias ocasiões, até se acertar qual listagem de exames de apoio diagnóstico para a rede básica, foi verificado que os profissionais das equipes encaminhavam porque não podiam solicitar determinados exames.

Além de demonstrar a falta de conhecimento do modelo em construção, demonstra também as dificuldades que os profissionais da SF vêm enfrentando a nível das corporações profissionais relacionadas ao capital de respeito profissional entre seus pares (MENDES, 2002).

A equipe Cristal relata que somente os departamentos de Saúde da Mulher e de Saúde Mental fazem a contra-referência. Reforçam a dificuldade de se estabelecê-la.

A equipe Quartzo diz que os melhores departamentos para se trabalhar com a contra-referência são os da Mulher, do Trabalhador e Saúde Mental.

Todos os departamentos referidos possuem protocolos normatizados de atendimento e possuem maior integração com a atenção básica, dando suporte de capacitações e supervisão para as equipes. Foi informado por todas as equipes que o departamento das clínicas especializadas é o mais difícil de relacionar e de estabelecer a contra-referência. É um departamento muito grande, com várias especialidades, a maioria dos profissionais é remanescente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. O local onde fica instalado é o antigo posto de atendimento e estão lotados 248 profissionais, reproduzindo o modelo assistencial tradicional de assistência. Tem-se tentado trabalhar evitando os problemas identificados no passado, como a falta de registro em prontuários, relações mais horizontais entre os profissionais e usuários, capacitações sobre o SUS e Saúde da Família, entre outras. São dez andares, o que dificulta a circulação de informação, relacionamento entre os trabalhadores, reunião para definição de protocolos, reuniões de trabalho.

O estabelecimento da contra-referência implica protocolos dos serviços, da divulgação do modelo estabelecido pela Saúde da Família, da sensibilização dos profissionais sobre a importância da contra-referência, a informação sobre política de saúde nacional e local e do entendimento do processo de trabalho. Para tal, o desenvolvimento de educação permanente é fator que auxiliaria na compreensão e no estabelecimento da contra-referência.

4.4 Processo de trabalho das equipes

4.4.1 Conhecimento da população em seu território

As equipes pesquisadas demonstraram possuir conhecimento e apropriação do seu território, não só pelas ferramentas disponibilizadas nas UBSs e discutidas no CI, mas também através dos relatos, o conhecimento sobre as áreas e das famílias, dos problemas e

dos fatores de riscos existentes na área de atuação de cada uma. Foram identificadas em todas as equipes: áreas definidas por equipe; mapas construídos com identificação das áreas de risco; as famílias eram todas cadastradas e os ACSs faziam a atualização desse cadastro³¹.

Eu achei que o Introdutório ele ajudou a gente a identificar melhor a área, conhecer melhor a população. Nós começamos a identificar melhor a área de risco, os pacientes, nós conseguimos levantar todos os pacientes por faixa etária, passamos a conhecer o grau de dificuldade de cada paciente e, posteriormente, a gente começou a desenvolver um trabalho com os dados que a gente conseguiu levantar (téc enf., equipe Cristal).

O Introdutório deu uma visão em relação à saúde na comunidade (ACS5, equipe Jade).

Me ajudou muito na modificação na prática foi a questão da identificação da zona de risco, eu raciocinava que zona de risco era só quando o barraco estava caindo e não é. Zona de risco pode ser uma zona de risco em relação à droga, desnutrição, baixa renda familiar, então, isso na prática facilitou meu trabalho até em relação à abordagem (ACS 3 equipe Cristal).

Eu passei a olhar mais com atenção na minha área o pessoal que mora no morro e não tem rede de esgoto... A gente passou a olhar mais, a observar mais a comunidade, como ela mora e como ela vive (ACS1, equipe Quartzos).

4.4.2 Planejamento

Sendo uma das mais importantes diretrizes organizacionais da Saúde da Família, o planejamento é considerado uma das atividades mais difíceis de as equipes realizarem. A dificuldade encontra-se no fato de que essa não era uma atividade realizada pelo nível local, que tradicionalmente sempre executou o que haviam planejado. O planejamento das ações de saúde sempre esteve centralizado em setores e com equipes técnicas específicas nos níveis de governo (federal, estadual e municipal), características do planejamento normativo (MATUS, 1996). Em Juiz de Fora, vem-se tentando sair da concepção normativa de planejar. O planejamento estratégico ainda é incipiente no nível central da DSSDA/JF, como também localmente nas equipes.

³¹ A pesquisadora pôde observar, durante esses anos e em virtude de outras pesquisas realizadas, que, entre todas as diretrizes norteadoras da Saúde da Família, a relativa à apropriação do território é a que está mais bem consolidada nas equipes. Nesse quesito, a grande contribuição vem dos ACSs, principalmente na confecção dos mapas, no conhecimento sociocultural-econômico e político das microáreas de atuação. Observou-se não só nas equipes pesquisadas, mas também em outras UBSs. Identificou que 100% das equipes pesquisadas em Juiz de Fora possuíam mapas, área delimitada, famílias cadastradas (UFJF/NATES, 2002). Vale ressaltar que todas haviam passado pelo CI.

Em respostas ao questionário, as três equipes relataram que tinham dificuldade em planejarem em equipe, pois não tinham tempo (equipes: Jade, Cristal e Quartzo). As equipes Jade e Quartzo disseram: “Não temos tempo para fazermos reunião com a equipe, devido a demanda de usuários diária”.

Das equipes pesquisadas, a equipe Jade é a que informa que realiza o planejamento local, seguindo o referencial adotado no CI. Durante o grupo focal, os profissionais mostraram fotos e fitas gravadas das ações que desenvolvem com a comunidade.

Quartzo, no grupo focal, informou que fez o diagnóstico logo após o CI e que chegou a planejar uma das ações priorizadas junto da equipe. Mostraram retratos das ações desenvolvidas por eles: festas em datas específicas, ações com obesos, terceira idade. Essa equipe era envolvida com o Conselho Local e, por isso, tinha reconhecimento na comunidade pelo trabalho executado. Relatam que verificaram que a utilização do planejamento dava resultado.

[...] serviu para a gente fazer o planejamento, que foi muito bom, das atividades que a gente identificou. Fizemos reuniões de equipe, fizemos reunião do Conselho de Saúde com a comunidade para a gente poder estar planejando as atividades e o período de execução foi também muito bom e avaliado como positivo o trabalho que a gente desenvolveu (a. social).

O desânimo diante de fatos e dos acontecimentos vivenciados pelos profissionais com o passar dos anos, fê-los perceber que as dificuldades enfrentadas eram muitas e que nem sempre o que planejavam podia ser executado. Relatam que com a mudança de gestor e equipe de coordenação (2000-2002), não tiveram apoio para a continuidade do trabalho (gestor, coordenação da SF local, supervisão e avaliação da equipe). Associa-se a essa situação a falta de educação permanente, tanto a promovida pela DSSDA/JF, como a que poderia ter ocorrido na própria equipe com grupos de estudos. A partir do ano de 2003, a equipe ficou “perdida”, sem saber o que fazer com tudo que realizou, sem incentivo, sem avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas, planejamento central da DSSDA/JF mais voltado para o normativo deixou de ser executado o planejamento conforme o CI.

Vale ressaltar que as equipes de Saúde da Família do município passam a ser avaliadas quanto aos indicadores de produtividade e de encaminhamentos aos serviços de segundo nível de atenção e passaram a ser comparadas, através destes parâmetros, com as UBSs tradicionais. Tal atitude não condiz com o planejamento estratégico, sugerindo que a

equipe central da DSSDA/JF não vem realizando e nem apoiando o planejamento nas equipes.

[...] e só não demos continuidade ao trabalho, devido à própria demanda, que, às vezes, engole a gente (a.social, equipe Quartzo).

A equipe delega a falta do planejamento em equipe à DSSDA/Coordenação da Saúde da Família. Não realiza planejamento e só atende à demanda espontânea por consultas. Mas, tem conhecimento, sabe como realizar o planejamento e recebe as informações dos sistemas.

A equipe Cristal deixou claro que não planeja. Os profissionais realizaram o diagnóstico local logo após o curso, mas não chegaram a realizar o planejamento, só o exercício realizado no CI. Alegam que a mudança da UBS e a mudança de ACS de equipe foram as causas que levaram ao desânimo e desmotivação da equipe.

O diagnóstico e o planejamento que foi falado lá no CI é o que mais ajuda aqui dentro no trabalho da gente, apesar da gente não estar usando agora. Mas a gente aprendeu a fazer o diagnóstico e a planejar, a partir daí, para mim, é o mais importante (méd, equipe Cristal).

Observa-se que o planejamento local não tem sido cobrado e nem tem sido proporcionada a sua realização pela coordenação da Saúde da Família. Essas são críticas realizadas pela equipe Quartzo e estão registradas principalmente nas falas do médico e da assistente social:

Então, se fosse uma norma da Secretaria, você, a cada ano, ter obrigatoriamente que fazer novo planejamento para o Programa de Saúde da Família seria interessante. Igual toda loja faz balanço no início do ano e aí fecha para balanço e, então, você planeja o que você vai fazer na semana seguinte (méd, equipe Quartzo).

[...] só não demos continuidade pela falta de recursos, pela falta de incentivo para estar continuando o trabalho e pela própria demanda que, às vezes, engole o trabalho e foi muito bom (a.social, equipe Quartzo).

O nível central, apesar de saber da importância do planejamento local, não o acompanha e, às vezes, o desconsidera nas UBSs que o elaboram. O EM 2 refere que a equipe de coordenação é composta de cinco pessoas, o que torna inviável o acompanhamento de todas as equipes como desejava. A maioria das equipes faz programação ainda baseada nas doenças e em situações especiais, principalmente aquelas que possuem ação programática como a hipertensão, diabetes, as infecções respiratórias

agudas, pré-natal, hanseníase, tuberculose. O “planejamento”, dito pelas equipes, se limita a executar o que está preconizado de ações estabelecidas pelo nível central, ou seja, aquilo que pode ser medido pela produtividade e que atende aos indicadores pactuados, sem levar em consideração as realidades locais.

Observam-se importantes ações a serem retomadas e redirecionadas tanto a nível central como local, a primeira ação seria tomar o trabalho como orientador das mudanças pretendidas, através da educação permanente das equipes.

4.4.3 Participação Popular e Controle Social

Ao se analisar a forma de inserção da população no processo de trabalho das equipes, observou-se que ela tem se limitado a reuniões do CLS, nas quais são discutidos e pontuados alguns problemas vivenciados pela equipe ou simplesmente a prestação de informações ao CLS sobre dúvidas levantadas por ele. Os documentos de referência citam que “o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população” (BRASIL, 1998, p. 23).

Após o CI, todas as equipes informaram que estabeleceram um maior vínculo com a população, através da participação dela no planejamento inicial das equipes: na identificação dos problemas e necessidades de saúde, na priorização das ações a serem desenvolvidas. Não existe Saúde da Família sem a participação da população, que começa desde o momento em que se decide a implantação no município. Em tese, Juiz de Fora demonstrou buscar a efetiva participação da população, pois o CMS esteve presente em todas as etapas de implantação da SF no município e o projeto foi discutido amplamente entre os conselheiros. Nas áreas, os respectivos CLS e Conselhos Regionais de Saúde - CRS acompanharam e a implantação e puderam opinar, havendo recusa na implantação da SF em determinadas áreas, o que foi respeitado.

Os documentos do MS delegam à gestão e aos profissionais de saúde a função de facilitar e estimular a participação da população para o exercício de cidadania na saúde, compartilhando da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor em especial da Saúde da Família (BRASIL, 1998).

Na equipe Quartzos, essa forma de atuação dos profissionais esteve presente no início do trabalho e foi referenciada como positiva pela equipe e pelo Conselho. Atualmente, essa atuação não permanece, pois, em resposta ao questionário, somente parte

da equipe (assistente social e ACS) tem participado das reuniões com o CLS devido ao horário. Do conselho municipal, esta equipe raramente participa.

Em relato posterior ao grupo focal, a gerente da UBS relatou que as relações com o novo Conselho estão estremecidas, um dos problemas está relacionado à desinformação do papel do CLS e do conhecimento relacionado à saúde. O conhecimento que possuem ainda está associado ao que vivenciam: modelo tradicional de assistência à saúde, portanto acreditam que a resolução dos problemas da comunidade está associada ao número de ofertas de consultas. Não houve capacitações para os integrantes dos novos conselhos.

Acredita-se que, nessa equipe, as ações com relação ao CLS e Conselho Municipal de Saúde - CMS estão sendo desenvolvidas apenas pelo assistente social, conforme resposta no questionário. Se raramente tem algum membro que vai ao municipal, conforme informado, como a equipe vem acompanhando as decisões do município? Observa-se que a diretriz da participação social não vem sendo estabelecida, portanto é um dos fatores que corroboram o reforço do modelo assistencial tradicional.

As equipes Jade e Cristal afirmam no questionário que possuem conselho de saúde atuante. Jade, mais que Cristal demonstrou, através do grupo focal, maior interação da população com a equipe. Os profissionais dizem que a população se envolve com as atividades definidas pela equipe, demonstrando maior comprometimento.

4.4.4 Instrumentos de acompanhamento e avaliação

Uma das atribuições das equipes de Saúde da Família é o desenvolvimento de atividades de forma dinâmica com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação (BRASIL, 1998). Cabe ao município, entre as suas competências, “a implantação de sistema de informação e avaliação da Estratégia da Saúde da Família. Acompanhar e avaliar sistematicamente o desempenho das unidades de Saúde da Família” (BRASIL, 1998, p.27).

A avaliação é uma das etapas do planejamento, subentende-se que deva estar estabelecida, bem como os seus critérios e indicadores. Apesar de constar no rol das atribuições dos componentes das equipes nos documentos do MS (BRASIL, 1996, 1998, 2000b), a etapa de avaliação não vem sendo desenvolvida pelas equipes pesquisadas em Juiz de Fora. O SIAB, instrumento básico para o acompanhamento e avaliação das atividades das equipes, imprescindível para as decisões gerenciais, não está sendo analisado por todas as equipes.

As avaliações municipais da Saúde da Família têm sido pautadas pela produtividade realizada pelas equipes, ou seja, quantitativamente. Atualmente, o município tem adotado os indicadores pactuados pela NOAS/2001 (BRASIL, 2001). Essa forma quantitativa de avaliar resultados não é suficiente para se perceberem as mudanças pretendidas no processo de trabalho da Saúde da Família.

O único instrumento de acompanhamento e avaliação da Saúde da Família, aplicado no município de Juiz de Fora no período de 2001-2002, foi o elaborado pela UFJF/ NATES e Pólo de Saúde da Família da UFJF (UFJF, 2001). Esse instrumento foi adotado pela coordenação local e aplicado em 70% das equipes daquele período. Esse instrumento tinha um forte componente educativo, pois, ao mesmo tempo em que se avaliavam as equipes, discutiam-se os problemas, suas causas e formas para solucioná-los.

As equipes pesquisadas não têm realizado nenhuma forma de avaliação de suas atividades e do desenvolvimento da Saúde da Família. Pode-se inferir tal afirmativa devido ao uso incorreto das ferramentas disponíveis no sistema local de saúde. Como pode ser analisado no quadro abaixo.

QUADRO 16

Instrumentos disponíveis para a realização do acompanhamento e avaliação das equipes de Saúde da Família

Atividades	Equipe Jade	Equipe Cristal	Equipe Quartzo
Faz análise do consolidado do SIAB	S	S	S
Utiliza o SIAB como instrumento para o planejamento	N	N	N
Utiliza dados de outros sistemas de informação	SIM; SINASC; SINAN; SISVAN	SIM; SINASC; SINAN; SISVAN	SINASC; SISVAN; dados do Comitê de Morte Materna
Faz preenchimento dos boletins diários	S	S	N
A equipe de supervisão acompanha o trabalho da equipe	N	N	N
A equipe de coordenação de SF faz reunião com a equipe	N	N	N

Ao serem questionadas se utilizavam os sistemas de informação disponíveis para planejar, Cristal e Quartzo informaram que não e que, às vezes, têm dificuldade de adquirir os relatórios.

A necessidade de se instituir um processo de avaliação e acompanhamento para as equipes é fundamental na implementação da Saúde da Família, uma vez que o município tem na estratégia o fio condutor para a reorganização do sistema de saúde através da atenção básica. Observa-se a expansão das equipes sem a reflexão dos problemas existentes nas demais, sem capacitação das novas equipes, o que ratifica o momento de transição intermediária (MENDES, 2002).

Os instrumentos que auxiliam na avaliação das atividades não estão sendo utilizados por falta de conhecimento, falta de encaminhamento do nível central para o local ou, como alegam as equipes, por falta de tempo. É um fator complicador na implementação da SF no município que as ferramentas disponíveis para a avaliação não estejam sendo utilizadas em toda a sua amplitude de ação. Mas também sinaliza que pode estar havendo uma insuficiência dessas ferramentas em atender as especificidades das equipes.

Instituir um processo de acompanhamento e avaliação para as equipes é um dos caminhos possíveis e viáveis que podem ser construídos a partir do estabelecimento da educação permanente como metodologia de trabalho. Para tal, a gestão, população, trabalhadores deverão estar comprometidos com o processo.

4.4.5 Cuidando da saúde das famílias

A Saúde da Família tem como proposta desenvolver atividades objetivando o cumprimento do princípio da integralidade. Tanto ações de prevenção como de tratamento e cura são fundamentais para o desenvolvimento da Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 1996, 1998, 2000b). Portanto, espera-se que os profissionais estejam aptos a desenvolver ações de acolhimento, da clínica ampliada e de saúde coletiva nesse nível de atenção (CAMPOS, 2005).

Em Juiz de Fora, todas as UBSs de Saúde da Família fazem atendimento às clínicas básicas (pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica). A clínica cirúrgica é desenvolvida no segundo e terceiro níveis de atenção).

As equipes trabalham com agendamento de consultas para os grupos e atendimento à demanda espontânea 12 consultas e quatro urgências, tanto no turno da manhã como no

da tarde, segundo orientações do nível central. As ações programáticas são realizadas no turno da tarde, bem como as visitas domiciliares. Essas últimas são agendadas em um dia específico da semana que deve ser comunicado ao nível central.

QUADRO 17

Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e médico da Saúde da Família nas equipes Jade, Cristal e Quartzo, 2004

Atividades	Equipe Jade	Equipe Cristal	Equipe Quartzo
A equipe desenvolve ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.	S	S	S
Médico atende às quatro clínicas básicas	S	S	S
Enfermeira atende às quatro clínicas básicas	S	S	S
A enfermeira realiza preventivo de mama e cérvico uterino	S	S	S
O médico realiza preventivo de mama e cérvico uterino	S	S	S
O médico realiza pré-natal	S	S	S
A enfermeira realiza pré-natal	S	N	S
O médico realiza puericultura	S	S	S
A enfermeira realiza puericultura	S	S	S
O médico realiza atendimento ao SAD	Atualmente não, porque não há desnutridos em sua área	S	S
A enfermeira realiza atendimento ao SAD	Atualmente não porque não há desnutridos em sua área	N	N
O médico realiza atendimento de Saúde Mental	S	S	S
A enfermeira realiza atendimento de Saúde Mental	S	S	N
Realizam práticas educativas hipertensão	S	S	S
Realizam práticas educativas diabetes	S	S	S
Realizam práticas educativas direitos reprodutivos	S	S	S
Realizam práticas educativas puericultura	N	N	S
Realizam práticas educativas no SAD	N	N	S
Realizam acolhimento	S	N	S
Realizam sala de espera	S	N	S
Realizam orientações a população diversa	S	S	S
Realizam informações sobre a Saúde da Família	S	S	S
Resolvem assuntos administrativos	S	S	S
Realizam visitas domiciliares	S	S	S

* Quadro elaborado baseado no Quadro 4 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre processo de trabalho das equipes do PSF, Brasil, 2001-2002 - Avaliação da implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2004).

No quadro acima, chama atenção as atividades desenvolvidas pelo médico e enfermeira da equipe Cristal. Não realizam a maioria das atividades educativas. É verdade que possuem uma população muito carente e acima do parâmetro estabelecido pela DSSDA/JF, o que não justifica a ausência de tais atividades, pelo contrário, deveriam ser atividades priorizadas pela equipe. Alegam que a demanda é muito grande não sobrando tempo para organizarem as ações. Duas ações não realizadas estão relacionadas a crianças de puericultura e aos desnutridos. Em ambas as ações, os fatores educativos são importantes de ser discutidos com os responsáveis pelas crianças e fundamentais para o desenvolvimento satisfatório das mesmas.

O acolhimento e sala de espera são duas ações que auxiliam na organização do serviço, no estabelecimento de vínculo com a população. Os profissionais devem acolher o usuário no momento que este demanda, pois é um instrumento que auxilia na resolutividade dos problemas (CAMPOS, 2005). São instrumentos também de avaliação, pois nesse momento é a população que fala diretamente com os profissionais (MERHY, 1997). Tanto o acolhimento quanto a sala de espera são instrumentos de escuta importantes e subsidiam de informações o planejamento da equipe, além de promoverem maior aproximação dos profissionais com a população. São encontros dos profissionais com a população de maneira informal e, quando instituídos pelas equipes, tornam-se importantes instrumentos educativos.

Pode-se observar que Cristal não instituiu esses instrumentos, não desenvolve ações de saúde coletiva, o que fortalece a forma tradicional de assistência à saúde, como a própria equipe referiu, “organizam o trabalho pela demanda”, o que compromete o desenvolvimento da SF nessa equipe.

Outro ponto que chama a atenção está relacionado ao desempenho das enfermeiras. Apesar de responderem que exerciam as atividades nas quatro clínicas básicas, ao responderem especificamente a cada uma delas, verifica-se que o atendimento está prejudicado.

O trabalho das enfermeiras de Cristal e Quartzito encontra-se comprometido, sendo maior em Cristal do que nas demais. Teoricamente não justifica a não realização das atividades, uma vez que são especialistas em Saúde da Família, sendo hipoteticamente capacitadas para atuar nas quatro clínicas básicas. A UBS de Cristal não possui problemas relacionados à capacitação e à informação, conforme se identificou no questionário. Também essa equipe não apresenta problemas de infra-estrutura na UBS e nem de

material. Quartzo possui o problema da infra-estrutura como mencionado, o que poderia ser uma das causas para a não realização das atividades.

Algumas hipóteses surgem para a reflexão: existência de desmotivação, ou não se sentem capacitadas para intervir nas clínicas básicas? Ambas as hipóteses podem ser decorrentes de uma deficiência na DSSDA/JF, por não possuir instrumento de acompanhamento de desempenho profissional e de avaliação das atividades das equipes. E ainda falta de educação permanente. Essas questões poderiam ter sido detectadas e trabalhadas para serem solucionadas. A educação permanente tem no processo do trabalho seu eixo norteador e teria identificado as deficiências caso estivessem presentes e refletido sobre o problema junto à equipe.

Outras hipóteses decorrem de uma coordenação que tudo indica; seguimento de padrões quantitativos em detrimento das especificidades da SF; não se compromete com processos iniciados por outras gestões, promovendo a descontinuidade e a não consolidação da SF no município; a falta de insumos, equipamentos e infra-estrutura; ausência de planejamentos locais que induziriam a organização do processo de trabalho. Agregado a essas hipóteses está o pouco entendimento do nível central da DSSDA/JF sobre a SF e o que representa para o município.

Nessa perspectiva, instaurar um processo de acompanhamento e avaliação das equipes pelo município, a partir da reflexão do trabalho desenvolvido por elas, visando à implantação do modelo assistencial proposto pelo SUS, é um dos caminhos que o serviço pode utilizar para o estabelecimento da função da atenção básica. Observa-se que a forma de atuação dos médicos e das enfermeiras nas equipes Quartzo e Cristal tem comprometido os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Tal inferência será subsidiada com a análise dos achados da pesquisa no capítulo a seguir.

5 SABERES E FAZERES: O DISCURSO E A PRÁTICA NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS REPERCUSSÕES DO CI

Não se pode ensinar se ao mesmo tempo não se aprende.

(PIER PAOLO PASOLINI, s/d)

Segundo Haddad et al (1990), a educação permanente tem como eixo central o processo de trabalho e, nesta perspectiva, entendendo que as necessidades de capacitação partem da reflexão cotidiana das práticas dos serviços de saúde, buscou-se neste trabalho refletir sobre o CI, o qual era uma capacitação que tinha como um dos objetivos discutir as diretrizes operacionais da Saúde da Família para iniciar o trabalho das equipes, a partir da experiência trazida por elas.

Procurou-se, também, identificar, a partir do olhar dos formuladores, implementadores e executores de políticas de saúde (federal, estadual, regional e municipal), se perceberam modificações na prática das equipes após a realização dos Treinamentos Introdutórios para as equipes de Saúde da Família.

5.1 Atividades propostas para serem realizadas pela equipe pós-curso

Após a realização do CI, as equipes tinham como atividades de dispersão a realização de algumas tarefas essenciais para o desenvolvimento e organização inicial do trabalho das equipes da SF, a partir de suas diretrizes. A coordenação da SF da DSSDA/JF (2000-2002) acompanhava e avaliava o desenvolvimento das atividades realizadas pelas equipes, com momentos presenciais, para que as mesmas apresentassem os resultados e as reflexões. A seguir, as equipes respondiam ao instrumento de acompanhamento e avaliação (UFJF/NATES, 2001), para a continuidade do processo de educação permanente. Esse instrumento oportunizava a reflexão da prática das equipes, identificando os pontos que deveriam ser mais bem trabalhados por elas.

Havia, portanto, uma continuidade no processo de educação permanente, que, segundo as equipes, era acompanhado e cobrado pela coordenação:

O pessoal que estava na coordenação falou que, depois de tantos meses, dois meses: nós estaremos lá. Então, todo mundo teve que fazer, teve a cobrança. Não foi só ensinado e nem foi só passado. Depois, foi marcado um período para ver se você usou ou não. Porque, quando você não é cobrado, muitas vezes você não utiliza, você tem instrumentos e não utiliza. A enxada fica pegando teia de aranha (méd, equipe Quartzo).

Esse acompanhamento foi processado pela equipe como incentivo ao desenvolvimento da SF. A seguir, foi construído um quadro que sintetiza as atividades propostas para as equipes realizarem após o Introdutório.

QUADRO 18

Síntese das atividades propostas pelo CI como forma inicial de organização do processo de trabalho das equipes

Atividade/equipe	Jade	Cristal	Quartzo
Mapa da área de abrangência da equipe	SIM	SIM	SIM
Preenchimento da Ficha A - SIAB	SIM	SIM	SIM
Diagnóstico de saúde	SIM	SIM	SIM
Analisa o consolidado de SIAB	SIM	NÃO	NÃO
Planejamento	SIM	NÃO	SIM
Planeja as ações com todos os profissionais da equipe	SIM	SIM	SIM
Planilha do Perfil de Risco dos Domicílios – ACS	SIM	NÃO	NÃO
Reunião com a equipe	SIM	SIM	SIM
Reunião de equipe para resolver problemas	SIM	SIM	SIM
Reunião com o conselho Local de Saúde	SIM	SIM	NÃO
Educação Permanente	NÃO	NÃO	NÃO
Total de atividades não realizadas	01	04	04

Pelo exposto no quadro acima, a equipe Jade foi a que mais desenvolveu as atividades propostas. O CI foi o primeiro curso realizado por toda a equipe, estava iniciando o processo de implantação das diretrizes. O território estava delimitado e as famílias, cadastradas. Por possuir apenas duas diretrizes implantadas, a equipe se sentiu estimulada a realizar as atividades propostas no CI, completando as demais diretrizes. Nessa equipe, o Introdutório cumpriu com sua função, de ser a etapa inicial de capacitação das equipes.

Nas equipes Cristal e Quartzo, a SF já havia sido implantada há mais de dois anos e também não haviam realizado nenhuma capacitação com toda a equipe. Demonstraram que várias diretrizes não estavam implantadas. Observa-se que importantes atividades propostas pelo CI não foram realizadas e que fazem o diferencial das equipes de SF, daquelas do modelo tradicional. As atividades não realizadas estão associadas ao planejamento discutido no CI (análise do SIAB, planilha do perfil de risco dos domicílios – ACS, reunião com o CLS). Portanto, pode-se inferir que, apesar da Quartzo relatar que realiza o planejamento, esse não é o discutido no CI. Nenhuma equipe implantou a educação permanente, relatam que não houve continuidade das ações e nem tempo para a equipe se dedicar a essa atividade. Atualmente, não é desenvolvida como proposta do município.

5.2 Mudanças observadas na prática após realização do CI

As mudanças foram influenciadas inicialmente pelo desenho do CI e pela tecnologia material e não-material³² presente nos serviços, onde estão inseridas as equipes, conforme consenso entre os entrevistados^{33,34}. Como a Saúde da Família está em consonância com os princípios do SUS, cujo modelo tem como eixo orientador o conceito ampliado de saúde, o desenvolvimento do trabalho em equipe com interdisciplinaridade, de forma a intervir nos problemas de saúde de uma dada realidade e resolvê-los. As mudanças pretendidas pelo CI dependeram de como as equipes se apropriaram do conhecimento construído e de como se organizaram para operacionalizarem as diretrizes da estratégia após o CI. Nesta perspectiva, este estudo parte da compreensão de que o CI é um processo educativo em serviço e pretende inaugurar a educação permanente e iniciar a organização do trabalho das equipes no município.

As respostas obtidas na visão dos sujeitos entrevistados foram de que o CI promoveu mudanças nas práticas das equipes. No nível federal, os formuladores (F1 e F2)

³² Neste estudo, a tecnologia material é aquela relacionada aos equipamentos, referência e contra-referência, infra-estrutura das unidades, insumos, suporte laboratorial, a rede de prestação de serviços do município, entre outros, que os municípios devem organizar para o desenvolvimento da estratégia da SF. A não-material está associada ao saber, ao conhecimento, que está diretamente ligado à formação e informação dos profissionais e como é o seu entendimento e como operam esse saber para o desenvolvimento das diretrizes estabelecidas (MENDES – GONÇALVES, 1994).

³³ Formuladores de Política Federal - F1, F2, F3, do Implementador de Política Estadual - IE, do Implementador de Política Regional - IR, dos Executores de Política Municipal - EM1 e EM2.

relataram que as mudanças foram percebidas através de relatos em eventos, de observações realizadas em visitas a alguns municípios. Não possuíam informações documentadas sobre essas mudanças. Os demais entrevistados puderam verificar as mudanças no acompanhamento das equipes.

Na opinião de F3 (formulador a partir de 2004,) as mudanças aconteceram, mas não com a amplitude esperada quando se deseja modificar modelo assistencial. Relata que as mudanças deram-se no plano individual, o que na verdade, na opinião desta pesquisadora, também é o esperado. Para que as mudanças aconteçam na dimensão de reorganização do sistema através da estratégia da SF, é necessário o entendimento pelos seus agentes, acreditar na proposta e na possibilidade de mudança. Isso acontece no plano individual, que sozinho é insuficiente para mudar, mas é o primeiro passo, para depois seguir em direção a uma dimensão maior e mais coletiva. Como se pode verificar nas falas a seguir:

Houve mudanças, mas elas não tiveram consistência [...] as mudanças aconteceram no plano individual dos profissionais, no plano das idéias e só no plano das idéias não basta para modificar [...] nós queremos mudar o contato com a promoção da saúde, não é só respeitar a cultura, mas compreender essa cultura e admitir que mudanças não ocorrem só pela forma como o profissional da assistência atua, não é verdade (F3)

Eu, pessoalmente, tive um benefício particular, apesar do trabalho em equipe, eu vou ressaltar o meu benefício próprio, porque aprendi muito (méd., equipe Jade).

Acredita-se que, para se promover a mudança do modelo, não bastaria apenas capacitar os profissionais, pois isso depende de uma série de outros requisitos: políticos; de gestão; financiamento; de infra-estrutura; de recursos humanos em qualidade e quantidade suficiente; de envolvimento e entendimento da proposta de todos os agentes do processo de trabalho; entre outros, que são essenciais para o desenvolvimento das mudanças pretendidas.

Todos os entrevistados relataram que as mudanças não foram iguais em todos os locais, porque dependiam também do desenho de Introdutório realizado em cada município e as próprias condições das equipes para realizar o trabalho. Mesmo sendo um único Introdutório como foi o caso de Juiz de Fora, as respostas diferem porque as realidades locais, os profissionais que compõem as equipes são diferentes. As falas, a seguir, assim demonstram:

[...] depende ainda do desenho da equipe, depende do desenho de coordenação de gestão, depende do suporte que a Secretaria Municipal consegue assegurar, se há de fato a possibilidade de referência e de contra-referência, os aspectos da cultura local são muito importantes (F3).

Lembro que se colocava muito, aquela equipe que passou por um bom Treinamento Introdutório ela tem uma noção mais clara das suas responsabilidades e de como ela operacionaliza esse trabalho e como inicia esse trabalho (F1).

Sim, verifiquei mudanças enquanto coordenadora das equipes, porém de formas diferenciadas nas equipes (EM1).

O próprio MS recomenda, nos documentos orientadores da implantação da Estratégia (BRASIL, 1996, 1998, 2000a,b), que o conteúdo programático do TI deveria ser adaptado às necessidades locais, relativas ao serviço, à formação dos profissionais e ao perfil epidemiológico da região. E sugeria que o período do Introdutório deveria prever a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos profissionais (BRASIL, 1998).

As equipes, ao serem perguntadas se o CI havia promovido alguma mudança na prática, responderam afirmativamente. A exceção foi registrada por uma ACS da equipe Quartzos, que não havia realizado o CI.

As mudanças que emergiram das falas dos sujeitos desta pesquisa foram agrupadas em cinco categorias: **trabalho em equipe, conceitos básicos, diretrizes operacionais, vínculo/parcerias e participação popular e educação permanente**. Vale ressaltar que é do entendimento da autora que todas as categorias são diretrizes operacionais da Saúde da Família. Procurou-se selecionar o que de mais significativo afluía, não só pelo número de incidências, mas, também, das ausências, seguindo as recomendações de Bardin (2004).

1 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe envolve um fazer conjunto, que é maior do que a soma das parcelas do trabalho de cada um. Envolve relações entre as pessoas com verdadeiro estabelecimento de interações, portanto, além de envolver o saber de cada um profissional, traz a história de vida de cada um, que não são dissociados ao se estabelecerem as relações pessoais e de trabalho em equipe. São pessoas com objetivos, culturas, conhecimentos, posicionamentos políticos, ideológicos diferentes.

No CI, ao se desenvolver o tema “Trabalho em Equipe”, o desconforto aflora naturalmente, porque faz com que a equipe reflita sobre os problemas do cotidiano. O CI é baseado na experiência e vivência da equipe. Ele foi o primeiro curso que propiciou a toda a equipe a pensar coletivamente os problemas. Entre as categorias referentes às mudanças estabelecidas no CI, o trabalho em equipe foi a mais referenciada.

No desenvolvimento do trabalho em equipe, Fortuna et al (2002) observaram que as equipes passam por diferentes períodos e por determinados momentos e movimentos, que podem ser analisados pelos seguintes vetores: **afiliação, pertença, comunicação, aprendizagem, cooperação, pertinência** (FORTUNA et al, 2002). Neste estudo, podem ser observados os seguintes momentos nas equipes.

A “**afiliação**, que são os primeiros contatos dos trabalhadores quando se conheceram e souberam que iriam trabalhar juntos” (FORTUNA et al, 2002, p. 11). Esse momento não está presente nas equipes pesquisadas em virtude de os profissionais que as compõem já trabalharem juntos há pelo menos quatro anos.

Mas, na fala da ACS 3 da equipe Cristal, pode-se perceber a ausência do sentimento de **pertença**, que significa “vai-se desenvolvendo com o tempo, é o sentimento de que fazem parte, de que pertencem a essa equipe” (FORTUNA et al, 2002, p. 11).

Saí do Introdutório muito animada a atuar na minha área, mas, aí me trocaram de equipe, caiu tudo, desandou. Desanimei, não estou atuando direito como estava na minha área, estou muito desanimada lá de cima, não gosto lá de cima e isso atrapalhou muito, essa mudança de área atrapalhou muito meu serviço. Eu me dava muito bem com a equipe, não que não me dê bem com a nova equipe, eu gosto do pessoal também, mas me sentia mais à vontade na outra equipe. Isso atrapalhou bem meu serviço (ACS3, equipe Cristal).

Como é explicado na própria fala da ACS, a mudança de equipe provocou esse sentimento, que vem comprometendo o seu trabalho e, conseqüentemente, da equipe e que perdura até o momento da realização do grupo focal.

A fala da ACS 2 reforça que a equipe não tem feito reunião para discutir os conflitos e as insatisfações, demonstrando a ausência de **comunicação**. A comunicação “envolve mais que um emissor, uma mensagem e um receptor, envolve esse caminho todo, o contexto, os gestos. As coisas ditas de modo implícito precisam ser esclarecidas, colocadas na mesa, checadas” (FORTUNA et al, 2002, p. 11).

Foi muito bom esse nosso encontro aqui (grupo focal), a única coisa que foi até então boa, porque a gente colocou a nossa insatisfação também quanto a essa mudança de equipe. Acho que eu nunca nem sentei para conversar a respeito disso e hoje eu achei que foi muito bom. Coisas que eu gostaria mesmo de ter falado e falei (ACS 2, equipe Cristal).

Na equipe Quartzo, foi percebido, tanto no questionário como no grupo focal, que o trabalho em equipe estava bem fragmentado, sendo confirmado no retorno da pesquisadora à UBS após o grupo focal. Cada profissional estava exercendo suas atividades, mas

eminentemente “cada um por si”. As ações executadas voltadas para a doença. O médico só estava atuando nas consultas agendadas, sem executar atividades educativas. Não atende usuários fora da agenda ou que estejam sendo acompanhados por outros profissionais. Recomenda à equipe que o usuário tem que agendar outra consulta. Fato também interessante é que segundo informações da assistente social, o médico só atende a um problema por usuário, caso na consulta o usuário relate um outro problema, o mesmo solicita que agende outra consulta.

A relação do médico para com os membros da equipe é tradicional. Exerce o seu poder relacionado ao saber, afastando e impetrando uma relação hierárquica com os demais trabalhadores. A enfermeira exerce muitas atividades entre quais cita-se a consulta de enfermagem. Quando existe dúvida no atendimento ao usuário, ele é obrigado a agendar outra consulta com o médico.

Como forma de atender ao princípio da integralidade, é recomendado que a equipe aproveite todos os momentos da presença do usuário e o veja como ser integral, inserido na família e na comunidade e facilite o seu acesso (BRASIL, 1998). Portanto, observa-se na equipe Quartzos, o comprometimento dos princípios da integralidade e da resolutividade do SUS.

Na equipe Quartzos, existe uma relação de complementaridade de ações muito forte entre o médico e a enfermeira, da assistente social com os ACSs e não identificada relação com auxiliar de enfermagem, devido a sua ausência no grupo focal. Mas pode-se inferir que, de acordo com o questionário respondido, entre as ações específicas da Saúde da Família, o auxiliar de enfermagem é o que menos exerce essas atividades.

Durante o grupo focal, percebeu-se um problema na equipe. Os ACSs estavam extremamente descontentes com a equipe e perdidos no desenvolvimento do trabalho deles. Foi necessário outro encontro para compreender a insatisfação. A falta de entendimento na equipe tem afastado os membros que optaram por realizar cada um sua função, estabelecendo a fragmentação da assistência e desvirtuando o modelo de assistência de saúde preconizado pela Saúde da Família.

O trabalho em equipe tem que ter interação, caso não se estabeleça, corre o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos (ALMEIDA et al, 2001), como vem acontecendo em Quartzos.

Na equipe Cristal, o trabalho, além de fragmentado, é complementar ao ato médico, não se percebendo a relação de poder e hierarquização entre os integrantes da equipe. Entretanto, o trabalho continua centrado na ação de uma categoria profissional.

A equipe Quartzo tem trabalhado com a demanda, sem planejamento. Nos fatos citados acima, tanto a **cooperação**, “articulação dos integrantes da equipe, de seus saberes e de seus fazeres para a execução de tarefas a que esse grupo se propõe” (FORTUNA et al, 2002, p. 11), quanto a pertinência, “no caso do PSF com a proposta e com as diretrizes” (FORTUNA et al, 2002, p. 11), não vêm sendo estabelecidas na equipe Quartzo e nem na Cristal. O trabalho tem ficado prejudicado, porque não se visualizou o compromisso da equipe para com alguns princípios e diretrizes da Saúde da Família, entre eles, o trabalho em equipe.

Vale ressaltar que esses problemas apareceram devido a uma série de dificuldades enfrentadas relacionadas à infra-estrutura, insumos, equipamentos, intervenções políticas, mas o que enfraquece mais a equipe é o descrédito dela com a coordenação da Saúde da Família. Segundo os profissionais, fazia imposições, cobrava produtividade, não valorizava o trabalho desenvolvido pela equipe, não incentivava o trabalho, não supervisionava e não cobrava o planejamento local.

Tanto em Quartzo como em Cristal a desmotivação para com o desenvolvimento da proposta da Saúde da Família é muito presente. É o “**tele**” que significa “clima”, “clima muito permanente, que pode indicar conflitos aparentemente ocultos ou paralizações do grupo” (FORTUNA et al, 2002, p. 11).

Nosso serviço agora caiu na rotina, está estressante, está chato, então, acho que tem que ter mais coisas novas para a gente aí... agora, está cada um para si, está muito chato, está esquisito (ACS1, equipe Quartzo).

Depois de quatro anos que a gente já estava acostumada na área, é que houve essa mudança, onde todo mundo desanimou (ACS3, equipe Cristal).

Na equipe Quartzo, foi percebido “clima” de indisposição entre os ACSs com o médico e a enfermeira. Foram captados, na observação, tanto da facilitadora como pelas observadoras, os olhares que trocavam a enfermeira e a assistente social, no grupo focal, quando o médico se referia ao trabalho das ACSs. No retorno da facilitadora à UBS, foi confirmado o “clima” de insatisfação.

Na equipe Cristal, foi relatada pelos profissionais a desmotivação, devido à mudança de ACS de microáreas gerando insatisfação, mas não havia, até o momento,

discutido a questão em equipe, propiciando um ambiente pesado e de insatisfação com o trabalho desenvolvido.

Na equipe Jade, foram percebidas a pertença, a comunicação, a cooperação, a pertinência e a **aprendizagem**: “aprendizagem com o outro e não na transferência de saber de uma pessoa a outra” (FORTUNA et al, 2002, p. 11). No relato da médica da equipe, é verificada essa aprendizagem:

[...] mas, à medida que você começa a trabalhar junto e vê que, quando você aborda um cliente na casa e traz o problema para o auxiliar, que chega no enfermeiro e chega no médico ou, às vezes, direto no médico e com base naquele projeto, a solução praticamente já vem espontânea, é realmente muito gratificante. Tenho aprendido muito (méd., equipe Jade).

Por todo o período em que a pesquisadora esteve com a equipe e pelas respostas ao questionário, foram percebidos a integração da equipe e a preocupação com o outro, a preocupação em desenvolver os princípios e diretrizes da Saúde da Família, a responsabilidade com a comunidade, o comprometimento e a interdependência de todos para com as ações a serem desenvolvidas e a confiança entre os integrantes e a cooperação entre os membros. A liberdade de expressão e de criação do grupo é um fator listado pelos componentes como o gerador da coesão da equipe.

A população tem que saber, eles têm direito, porque isso gera respeito para a gente e liberdade. Então, essa liberdade que a gente tem, nós conquistamos com a nossa responsabilidade de trabalho, a gente faz questão, se hoje chegar uma fiscalização aqui e pedir: “equipe Jade, mostre seu trabalho, cadê o seu controle?”. A gente tem tudo, a gente não deixou um arquivo num canto (ACS 1, equipe Jade).

A gente é um quebra-cabeça, a gente se encaixa direitinho, parece que foi feito para essa equipe, cada integrante veio para a equipe certa. Parece que o quebra-cabeça juntou as pecinhas todas, sem faltar nenhuma, sem cair nada. Isso facilitou, com certeza, não me vejo em outra equipe, foi a união perfeita nossa equipe não é à toa que a gente está junto até hoje (ACS3, equipe Jade).

Nós somos uma engrenagem, independente da área, do setor, nós somos uma engrenagem, ninguém é mais importante do que ninguém. Eu, enfermeira, não sou mais importante que o médico, o médico não é mais importante do que eu. E, se a gente tiver isso no nosso trabalho, ele não anda [...] O fato de a gente trocar essas idéias, sentar, conversar, dar liberdade para que eles (ACSs) coloquem aquilo que eles têm. Acho que é fundamental para que o nosso trabalho vá avançando e espero que cada vez mais (enf., equipe Jade).

O verdadeiro trabalho em equipe é quando um compensa com sua força a fraqueza do outro (ACS 6, equipe Jade).

O CI discutiu a importância de ser estabelecido o trabalho em equipe como uma das modificações necessárias para a implantação do modelo assistencial. Na visão dos entrevistados, pode-se perceber que o CI estimulou e sensibilizou os profissionais para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

[...] eles passaram a buscar o trabalho mais integrado em equipe (IE).

Uma das funções do Introdutório era exatamente fortalecer a visão de equipe, do trabalho interdisciplinar, e isso foi despertado (F1).

Todas as equipes responderam no questionário que o CI havia promovido a união; maior diálogo; necessidade de trabalhar em equipe; fazer reuniões com a equipe.

Nas falas dos profissionais, durante o grupo focal, percebe-se que o CI contribuiu para o desenvolvimento do trabalho em equipe, melhorando relacionamentos, aproximando as pessoas, unindo a equipe.

Melhorou o trabalho em equipe, porque houve um entrosamento melhor dos agentes conosco aqui na unidade (téc.enf., equipe Cristal).

[...] integração de equipe. Acho que, depois do curso, também a nossa equipe ficou ainda mais coesa para discutir (enf., equipe Jade).

O CI incentivou muito o trabalho em equipe, que, até então, a gente não trabalhava e, depois disso, a gente começou a trabalhar em equipe. Cada um se ajudando, querendo fazer o melhor, foi bom, foi muito bom, serviu para unir a equipe (ACS 1, equipe Quartzo).

Com o Introdutório, eu aprendi a me aproximar mais dos dois (médico e enfermeira). Foi assim, para unir mais a gente e a gente se soltar mais com eles (ACS 3, equipe Quartzo).

Observa-se que há consenso entre os sujeitos da pesquisa de que o CI foi um importante instrumento de incentivo para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Sendo o trabalho em equipe um dos pressupostos para mudança do modelo assistencial, pode-se inferir que, na subjetividade desses sujeitos, o trabalho em equipe é uma condição inerente e indiscutível para o desenvolvimento da SF, mas ainda muito complexo de ser viabilizado. Para muitas equipes, o CI foi o primeiro trabalho em conjunto.

2 Conceitos básicos

Os conceitos básicos trabalhados no CI foram: conceito ampliado de saúde; conceito de família; o que é Saúde da Família, seus princípios e diretrizes; o entendimento

do que é o SUS e das políticas de saúde. Sem esse entendimento básico, as mudanças pretendidas não terão sustentabilidade no desenvolvimento do trabalho das equipes. Acabam assumindo a estratégia, reproduzindo o mesmo modelo assistencial tradicional.

Para os entrevistados F1 e F2, o CI foi o momento que oportunizou esse alinhamento conceitual,

Tem que ter alguma coisa que faça esse alinhamento conceitual, precisa ter. Acho que não se implanta estratégia nenhuma se você não faz esse alinhamento de início, eu acho que Saúde da Família ainda hoje paga e vive muita consequência de problemas por não ter feito isso (F1).

Já no questionário, as três equipes informaram que o CI havia proporcionado a mudança no entendimento desses conceitos, auxiliando-os a repensarem e compreenderem melhor o seu trabalho. A equipe Cristal informou que o conceito de saúde e de família não foi novidade para a equipe, pois já possuíam o entendimento. Através dos relatos do grupo focal, percebeu-se a compreensão que tiveram e sua respectiva prática.

O conceito de saúde foi o conceito chave que desencadeou a construção da rede de conhecimentos.

Para mim, o aspecto primordial do Introdutório que mais me marcou profundamente foi durante a etapa inicial da construção de um conceito de saúde. Primeiro porque nós éramos pessoas diferentes, classes diferentes, cabeças diferentes, cada uma construindo o contexto de uma forma diferente. [...] Foi, neste momento, que trouxe para cá, essa experiência e pensei: - Como resolver as questões de saúde, sem saber o que é saúde para cada um individualmente? (méd, equipe Jade).

Uma coisa também que o Introdutório ajudou, eu, por exemplo, não tinha atinado para isso e algumas outras aqui também não, é que o lazer também é saúde e a maioria da população não tem isso. A gente não tem condição de proporcionar muita coisa, mas o pouco que a gente está fazendo está levando esse tipo de saúde para eles que é o teatro onde eles vão rir, é a caminhada onde eles estão conversando um com o outro; é um passeio com os hipertensos; a festa das mães; a festa das crianças. Então, a gente está proporcionando um pouco de saúde também e as atividades para eles se divertirem, descontraírem e saírem um pouco daquela rotina de estresse. [...] Para mim, saúde era não estar doente, não estar passando mal, não estar com febre e nem estar dentro de um hospital, isso eu não sabia: que lazer é saúde (ACS 2, equipe Jade).

Nós estamos mais cientes de que saúde não é só ausência de doença, é ter lazer, é ter emprego, é ter boa moradia, é tudo. Eu lembro que, após isso, eu passei nas casas falando sobre isso. Que saúde não é só ausência de doença. Muita gente acha que saúde é só ausência de doença, é ter a casa limpinha, cheirosinha, eu passo sempre falando sobre isso, saúde é trabalho, que é um lazer, que é a festa das crianças [...] Saúde é ter rede de esgoto, aí eu passei a olhar mais com atenção na minha área o pessoal que mora no morro e não tem rede de esgoto [...] (ACS 1, equipe Quartzos).

O conceito de saúde foi o que ficou mais presente, a gente, inclusive, procurou mostrar isso para a comunidade, para o Conselho de Saúde, para eles poderem entender a saúde não só como ausência de doença. Acho que foi muito válido esse encontro (a.social, equipe Quartzo).

Comecei a trabalhar conceito de saúde na minha área que é assim, é prioridade, eles confundem pobreza com falta de higiene (ACS 3, equipe Quartzo).

O conceito de saúde também, eu comecei a observar mais as crianças, porque, pelas crianças, a gente acaba tocando os pais (ACS 2, equipe Quartzo).

Pôde-se perceber que as reflexões proporcionadas às equipes pelo CI, sobre o conceito de saúde, desencadearam um novo olhar sobre o cotidiano. A Saúde da Família visa à reorganização do modelo assistencial vigente, a partir da compreensão da necessidade da mudança do objeto de atenção, que é a saúde (BRASIL, 1988).

Um dos objetivos específicos da SF é “eleger a **família** e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (BRASIL, 1998, p. 10). A SF resgata a inclusão da família no delineamento e no cenário das políticas de saúde.

[...] porque a gente achava assim, está dentro do bairro todo mundo sabe que as famílias praticamente são iguais, têm filhos, têm pais, esposa essas coisas todas. Mas, a gente vê que, no dia-a-dia, é totalmente diferente, cada família tem o seu ponto crítico, seu ponto a favor. Eu acho que, depois do Introdutório, a gente conseguiu definir melhor, falar melhor sobre essa família. Aí, você já sabendo falar sobre os pontos críticos da família, dá para conhecer legal (ACS 1, equipe Cristal).

O CI facilitou meu trabalho até em relação à abordagem. Porque eu tinha dificuldades de estar abordando aquela família tal. Porque ali era uma zona de risco onde tinha alcoolismo, onde tinha droga, onde tinha violência. Então, isso foi para mim excelente, eu mudei totalmente a personalidade em questão ao trabalho e no atendimento às famílias e à comunidade (ACS 1, equipe Jade).

[...] comecei a estudar mais sobre a vida daquelas famílias que têm mais problemas, o que estava acontecendo com a família. Eu aprendi a organizar o nosso serviço, a preocupar mais com aquela família (ACS2, equipe Quartzo).

Os ACSs são os profissionais que estão cotidianamente em contato com as famílias em seus ambientes. Portanto, o entendimento da família como foco de intervenção na atenção primária e, especificamente, sujeitos de seus processos de trabalhos, levam-nos a resgatar as múltiplas dimensões da saúde e a compreensão da influência da família no processo saúde-doença. Não garante que isso se concretize na realidade na SF com todas as

equipes, pois, tanto no ensino quanto nos serviços, a prática decorrente do modelo assistencial de saúde tradicional é focado no indivíduo, o que causa grandes contradições entre o que se ensina, preconiza, com a prática, produzindo diversos entendimentos. Conseqüentemente, diversas intervenções para um mesmo objeto de atenção. A falta de orientação de como atuar com famílias desde a formação e nos documentos orientadores da Saúde da Família é percebida na fala da EM1:

Eu acho que a gente poderia estar desenvolvendo treinamento para as equipes para estar fortalecendo outras áreas também: trabalho específico com a família, que é uma coisa que eu sinto que falta nas equipes. Ferramentas para fazer trabalho com a família, diagnóstico da família, avaliação da família, acompanhamento da família num todo (EM1).

A falta do entendimento do conceito e da percepção da importância da família pelos profissionais que atuam na SF dificultará o alcance da integralidade da assistência, pois não se espera de quem cuida dificuldade de entender quem será cuidado.

- **Funcionamento do SUS e das políticas de saúde**

A Saúde da Família expressou-se como uma das estratégias para viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil. Entender o que ela representa no contexto das políticas de saúde é fundamental para o desenvolvimento da proposta. Portanto, resgatar e contextualizar historicamente a reforma sanitária no Brasil e como foi e como está sendo o desenvolvimento do SUS é fator que contribuirá para uma postura crítica e reflexiva diante desse contexto de mudanças.

É recomendação da OPAS (2002) que para o desenvolvimento de qualquer projeto de educação permanente, se contextualizem os trabalhadores de saúde nas políticas, nos cenários, na gestão, para que possam entender e se inserirem no processo de trabalho comprometidos com a proposta a ser desenvolvida, neste caso a Saúde da Família (OPAS, 2002). O CI, como estratégia que pretendeu inaugurar a educação permanente das equipes, teve esse comprometimento ao discutir esses temas.

A importância dessa abordagem está presente tanto nas falas dos entrevistados quanto nas dos profissionais das equipes.

O CI resgatou e contextualizou a história da Saúde Pública, base para a mudança e o entendimento do novo paradigma da saúde. Forneceu ferramentas concretas para serem utilizadas no cotidiano das equipes, objetivando a mudança pretendida na SF (EM1).

Eu acredito que, na incorporação não da clínica da atenção, mas, no entendimento do trabalho dos princípios da Saúde da Família, sim [...] O CI significou um avanço para os profissionais entenderem o que é o serviço de Saúde Pública neste país [...] (IE).

Foi, sem dúvida, fundamental tanto teoricamente, porque foi uma maneira de a gente estar discutindo juntos políticas de saúde, estar encaixando no trabalho [...] Sem dúvida, foi um momento, apesar de já ter três anos, ele foi muito importante (méd, equipe Jade).

No Introdutório, a gente percebeu que estava fazendo muita coisa errada, a gente tinha uma visão diferente do que era o Programa de Saúde da Família [...] Porque a comunidade na verdade não entendia o que era o Programa de Saúde da Família e, quando entendia, não aceitava, eles queriam o modelo antigo do médico especialista e não do médico do Programa de Saúde da Família (ACS 1, equipe Jade).

Foi muito válido, porque nós tivemos uma diretriz do trabalho que você vai fazer junto ao Programa de Saúde da Família (enf., equipe Jade).

O Introdutório fez a gente lembrar as diretrizes do Sistema Único de Saúde, da equidade, da igualdade, que a gente já conhecia e reforçou isso lá (méd, equipe Cristal).

Percebe-se que o comprometimento do trabalhador de saúde está diretamente relacionado a sua co-responsabilidade com o desenvolvimento da estratégia. Isto significa que o mesmo precisa estar subsidiado por conhecimentos que o contextualize em sua prática, evitando-se, assim, sua alienação.

3 Diretrizes operacionais

As diretrizes operacionais, ao serem delineadas e descritas nos documentos orientadores da implantação da Saúde da Família, foram consideradas medidas prescritivas, porque, como um programa, o SF impõe aos municípios que optarem por implantá-lo parâmetros, metas, composição de equipe, sistema de registro específico de informação e etapas a serem cumpridas para sua operacionalização, deixando de considerar o perfil epidemiológico dos municípios (SOARES, 2000; GOULART, 2002; MERHY, 2002).

O MS contradiz essas colocações dizendo que “a SF não é um programa, porque não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços” (BRASIL, 1998, p. 8). Explica que possibilita a integração e promove a organização das atividades. Propõe o trabalho através da vigilância à saúde preconizada pelo modelo do SUS. Portanto, não é um “apêndice” do SUS, é uma estratégia que está diretamente inserida e integrada com os princípios do SUS.

Princípios, normas, diretrizes sempre estiveram presentes no desenvolvimento de qualquer proposta de política neste caso da saúde. Apesar do caráter vertical da política da SF, ela é flexibilizada, quando se molda às características da realidade local. No documento do MS (1998), está descrito que “as diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais” (BRASIL, 1998, p. 11).

O CI abordou as diretrizes como forma de organizar o trabalho das equipes na estratégia a partir da realidade das equipes a serem capacitadas. Procurou-se entendê-las, também, como norteadoras para o estabelecimento organizacional da UBS.

Na opinião dos formuladores, implementadores e executores da política as modificações percebidas na prática das equipes deram-se principalmente na operacionalização e organização do trabalho inicial, como pode verificar nas seguintes falas:

[...] da compreensão dos princípios do Saúde da Família, da operacionalização do trabalho, da noção de responsabilidade territorial, de trabalho de equipe, do que significava falar de veiculação, da responsabilização da equipe, uma das funções do Introdutório era exatamente fortalecer a visão de equipe, trabalho interdisciplinar. (F1)

[...] a abordagem e como trabalhar com a família, trabalho em equipe, repercussão no desenho de construção das UBSs (cons. Enfermagem, reunião de grupos); conhecimento do SIAB [...] No monitoramento da SF 2001-2002, mostrou as seguintes modificações: responsabilização pelo território, distribuição da clientela, como se utiliza o sistema de informação, a presença em 60% das UBSs dos mapas – fruto do TI, se não fosse o TI, não teria isso (F2).

No entendimento do trabalho com os princípios do Saúde da Família sim. Os profissionais passaram a trabalhar com população adstrita, eles passaram a entender cadastramento, eles passaram a buscar um trabalho integrado com a equipe e buscaram também trabalhar com a realidade social daquelas comunidades; entendimento do SUS e mudança de modelo (IE).

No serviço, eu acredito que muitos conseguiram organizar e reorientar suas práticas fazendo melhor o que eles faziam, às vezes, algumas coisas já eram claras porque trabalhavam com promoção, trabalhavam com prevenção, mas dinamizou essa questão da preocupação com planejamento, trabalho em equipe, compreensão do que é SF, sensibilização para trabalhar diferente, entendendo onde está inserido (IR).

Algumas equipes acho que até mudaram bem sua prática, sua visão. Começaram a estar levantando diagnósticos, preocupadas de estar buscando dados epidemiológicos para estar se auto-avaliando. Algumas equipes começaram a trabalhar de forma mais efetiva com a participação comunitária. Algumas equipes avançaram mais ainda dentro do planejamento até com a participação da própria comunidade no

planejamento, mas outras equipes não conseguiram sair ainda do atendimento, meio que da demanda espontânea (EM1).

A fazer o diagnóstico de saúde, que é uma coisa interessante que eles aprendem e, a partir do diagnóstico de saúde, eles se interessam mais pela comunidade (EM2).

A opinião das equipes também coincide com a dos formuladores, implementadores e executores das políticas. Das atividades relacionadas no questionário (Quadro 19), as equipes identificaram que o CI modificou a sua prática a partir da necessidade de se implantarem atividades que elas não realizavam e que, diante da proposta de um outro modelo assistencial, eram essenciais para a organização do trabalho.

Um fator comprometedor e que ficou evidente nas falas dos profissionais foi o desestímulo com a proposta diante das mudanças de gestão municipal na saúde, fator que descrevem como dificultador do desenvolvimento das atividades pertinentes ao novo modelo em implantação.

Antes do CI, realizavam aquelas atividades que implicavam o comprometimento dos repasses dos incentivos (cadastramento das famílias e SIAB) e, com relação às quais, eram cobrados pelo nível central, como, por exemplo: delimitação do território. Mas em todas as equipes mencionaram que o CI contribuiu para a organização do mapa, pois tinham-no como delimitação geográfica apenas; bem como para o cadastramento das famílias das áreas de abrangência com preenchimento da ficha A do SIAB³⁵ e a produtividade através do registro das demais fichas do SIAB. Todas as atividades realizadas eram registradas, porém não procediam à análise das mesmas.

Pode-se observar no quadro a seguir, que a maioria das diretrizes operacionais selecionadas foram mudanças percebidas pelas equipes ao responderem ao questionário.

³⁵ A ficha cadastral das famílias possui componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde as famílias estão inseridas. O consolidado dessas fichas contribui para o planejamento das ações, pois fornece o retrato da comunidade. Ao preenchê-la se inicia o vínculo entre UBS/equipe/comunidade (BRASIL, 1998).

QUADRO 19

Mudanças observadas na prática das equipes relacionadas às diretrizes operacionais da Saúde da Família – organização inicial do trabalho

Mudanças após o CI	Jade	Cristal	Quartzo
• Organizar o trabalho da equipe segundo as diretrizes da SF	Sim	Sim	Sim
• Construir o mapa	Sim	Sim	Sim
• Fazer cadastramento	Sim	Sim	Não
• Preencher a ficha A do SIAB	Sim	Sim	Não
• SIAB instrumento do planejamento da equipe	Não	Não	Não
• Diagnóstico de Saúde	Sim	Sim	Sim
• Planejamento segundo critérios do PAG/APS	Sim	Não	Sim
• Planejamento a partir das necessidades da pop.	Sim	Sim	Sim
• Trabalhar com grupos educativos	Sim	Sim	Sim
Trabalhar com ações de prevenção, promoção de saúde, cura e reabilitação	Sim	Sim	Sim

A seguir, discutir-se-ão as respostas mais relevantes, apresentadas pelas equipes. A utilização do **SIAB** como instrumento do planejamento da equipe não foi uma modificação percebida nas equipes, conforme demonstra o quadro acima. O CI trabalhou a sua importância e o seu consolidado como instrumento para o planejamento das ações das equipes, através da ficha cadastral das famílias. Mas não trabalhou todos os instrumentos, isso demandaria um momento único e específico para o tema.

As respostas às perguntas do questionário possuem contradições importantes, que levam a inferir que esse sistema de informação não vem sendo utilizado como instrumento para o planejamento das equipes. As três equipes responderam que recebem o consolidado do SIAB encaminhado pela DSSDA/JF, que sabem analisa-lo e que o apresentam para toda a equipe. À primeira vista, não se percebem nas equipes barreiras de acesso e de capacitação no SIAB.

Ao ser perguntado se o SIAB é utilizado para planejar as ações das equipes, os componentes da equipe Cristal responderam que não fazem o planejamento baseado nos critérios do PAG/APS³⁶ e não analisam o consolidado do SIAB. Em outra pergunta sobre quem executa que atividades, entre elas, a análise do SIAB, informam que toda a equipe. Essa equipe, durante a realização do grupo focal, relatou que fez o diagnóstico após o CI

³⁶ O planejamento do CI utiliza como referencial o planejamento estratégico situacional e utiliza os instrumentos do Programa Avançado de Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde – PAG/APS (UFJF/NATES, 1997), que tem, no consolidado do SIAB, seu primeiro instrumento de análise.

de acordo com o proposto pelo curso, mas não o atualizou durante os anos seguintes. A técnica de enfermagem relata a importância do diagnóstico proposto pelo CI e da Ficha SSA2 – Ficha A, relativa ao cadastramento das famílias, bem como da importância do SIAB.

[...] fecha no diagnóstico, igual eu falei, que o primeiro (diagnóstico) a gente conseguiu com a ficha “A”, com o SIAB. Eu acho que o diagnóstico foi o essencial de tudo (téc. enf., equipe Cristal).

Pôde-se inferir que a análise do SIAB possa estar sendo realizada de forma individual ou a equipe não ter entendido a pergunta devido às contradições presentes. Mas observa-se que os dados não estão sendo repassados e nem discutidos pela equipe. De qualquer maneira, percebe-se nessa equipe que o SIAB é subutilizado no momento, é empregado somente para registro de dados, sendo desconsiderando o importante instrumento de informação sobre a comunidade.

Os profissionais da equipe Quartzo respondem que não analisam o SIAB para planejar e, quando perguntado quem realiza a atividade de análise do SIAB, informam que são a enfermeira, o assistente social e o médico. Relatam também que fazem o planejamento com base nos critérios do PAG/APS e que essa atividade é realizada por todos, porém a outra pergunta respondem que não analisam o consolidado do SIAB e nem o utilizam para o planejamento das ações da equipe. Há nas respostas as contradições, uma vez que, se planejam de acordo com os critérios estabelecidos pelo PAG/APS trabalhados no CI, o primeiro instrumento a ser utilizado para a análise é o consolidado do SIAB. Outra questão é que, se utiliza o planejamento, segundo o PAG/APS, a equipe deve analisar o consolidado conjuntamente com seus integrantes.

No grupo focal, percebe-se na fala da enfermeira sua insatisfação com o SIAB, como instrumento de registro de atividades.

[...] as coisas que você fez durante o dia, às vezes, não tem o item ali para registrar. Eu perco, vamos supor, quase uma hora fazendo uma orientação para amamentação, o bebê, chamo o médico que orienta, faz isso e faz curativo, não sei mais o que lá. Perde-se um tempão e onde vai anotar isso e eu perdi um tempo [...] Então, a produção é uma coisa só falada, mas, isso aí, lá para eles (nível central) não conta (enf., equipe Quartzo).

Pode-se inferir que, por ser a enfermeira uma das profissionais que consolidam e analisam o SIAB e que percebem a sua insuficiência como instrumento de registro das

atividades exercidas no dia-a-dia da equipe da Saúde da Família, pode ser uma das justificativas para não utilizá-lo como ferramenta para o planejamento das ações.

Jade responde afirmativamente que analisa o SIAB, utiliza os critérios do PAG/APS para planejar e que faz a análise do SIAB e do seu consolidado. Respostas coerentes com o planejamento que utilizam. O único profissional a não participar da análise do SIAB é o auxiliar de enfermagem.

Ao perguntar que atividades o CI auxiliou para a organização do trabalho da equipe, a equipe Jade informa que a contribuição veio do entendimento dos profissionais que o SIAB é um instrumento de planejamento.

Para Jade, o **diagnóstico**³⁷ foi uma das atividades importantes para a organização do trabalho da equipe e para o conhecimento da comunidade, de seus problemas, necessidades e da área de atuação.

A construção do diagnóstico, sem dúvida, foi um dos aspectos mais importantes e está trazendo isso para o nosso dia-a-dia também. Hoje ainda, é uma das grandes dificuldades que a gente tem para atender uma população, cujas necessidades todas a gente não conhece. Lá no CI, nós aprendemos a usar as ferramentas (méd, equipe Jade).

Deu uma visão em relação à saúde na comunidade (ACS 5, equipe Jade).

Para os ACSs da equipe Cristal, **a identificação; o conhecimento da área, da população; a organização do trabalho individual** foram as principais modificações que se relacionam com o **diagnóstico**. Para os demais profissionais, o **diagnóstico** e o **planejamento** foram a grande contribuição e modificação para a equipe, de acordo com as falas a seguir.

Quando eu entrei na Prefeitura, eu achei assim, já tinha o Programa de Saúde da Família aqui na unidade e achava o pessoal muito perdido. O Introdutório discutiu diretrizes para a gente conseguir fazer um trabalho mais com dados, com planejamento, talvez a gente nem tenha conseguido fazer isso na prática (enf., equipe Cristal).

³⁷ O diagnóstico de saúde é uma etapa do planejamento. É discutido no CI no tema Planejamento: conhecendo a comunidade. Fazem parte dos instrumentos utilizados para o diagnóstico o consolidado da ficha cadastral das famílias; o mapa construído pelas equipes, além dos indicadores epidemiológicos e socioeconômico da área de atuação e dados das diversas fontes de informação oficiais, que possibilitem a melhor identificação da área. As fontes qualitativas também são importantes de ser pesquisadas: moradores mais antigos da área; lideranças comunitárias; representantes comunitários entre outros, como forma de adquirir maior conhecimento para um diagnóstico mais real possível (UFJF/NATES, 2003).

A conhecer mais a área, que a gente também estava entrando no Programa de Saúde da Família. A conhecer os pontos de risco, ajudou bastante neste ponto também (ACS 1, equipe Cristal).

A partir do Introdutório, é que a gente foi fazer o nosso diagnóstico. O diagnóstico e o planejamento que foram falados lá é o que mais ajuda aqui dentro no trabalho da gente, apesar da gente não estar usando agora. Mas a gente aprende a fazer o diagnóstico e a planejar a partir daí, para mim, é o mais importante (méd, equipe Cristal).

Eu acho que foi o diagnóstico que a gente fez da área e o levantamento de a toda população. A gente começou a trabalhar muito bem depois que nós fizemos o levantamento da população que a gente ia trabalhar [...] fecha no diagnóstico, igual eu falei, que, primeiro, a gente conseguiu com a ficha “A”, com o SIAB. Eu acho que o diagnóstico foi o essencial de tudo (téc.enf., equipe Cristal).

Além da discussão no CI sobre a importância do diagnóstico, é sugerida à equipe o roteiro construído durante o CI, que contempla as diversas fontes de informação. Após o CI, havia um momento específico com a coordenação para a discussão e apresentação dos resultados, um dos passos para a realização do planejamento.

Com base nas falas abaixo, perceberam-se a contribuição e as modificações na prática do trabalho dos ACSs de Cristal, mas também da equipe Quartzo. A planilha³⁸ referida pelos ACSs é específica para eles, os auxilia e organiza a sua atuação, além de contribuir com o diagnóstico de saúde da área da equipe. Nas falas a seguir, fica clara a sua importância.

Achei o diagnóstico. Eu sempre trabalhei com planilha e acho muito importante que a planilha está tudo certinho (ficha A), ali é muito mais prático do que você trabalhar com caderno, eu acho. Eu prefiro mais a planilha, lá eu trouxe mais isso com o Introdutório, porque, antes, eu não esquentava muito não, ficar mexendo com planilha. Como trabalhar com cada tipo de problema na sua microárea e é isso que eu acho [...] Nós (ACS) entramos aqui sem saber qual era o nosso trabalho, o Introdutório veio para mostrar para a gente o que realmente o agente iria fazer para a comunidade (ACS 2, equipe Cristal)

Como ser agente, porque a gente estava meio perdida e, quando a gente fez o curso, a gente aprendeu o que fazer, por exemplo: como separar por idade (ACS 5, equipe Cristal)

³⁸ Planilha para desenvolver os perfis de risco dos domicílios. Classifica os domicílios a partir de condições de risco presentes nas famílias. Cada condição possui uma pontuação, cujo somatório classifica a família em: baixo risco (0-4 pontos); risco moderado (5-7 pontos); alto risco (8-15 pontos). A planilha também possibilita a verificação de cada condição na microárea (UFJF/NATES, 2003).

Ajudou a gente no dia-a-dia, identificar a situação real das pessoas ajudou muito (ACS 8, equipe Cristal).

Até nas ações da gente, ajudou a gente a planejar mais as ações. Eu comecei a organizar minha área, fiz um caderno com as pessoas que tinham mais problemas, coloco uma observação se teve algum problema com aquela pessoa, comecei a estudar mais sobre a vida daquelas famílias que têm mais problemas, o que estava acontecendo com a família. Eu aprendi a organizar o nosso serviço, a preocupar mais com aquela família (ACS 2, equipe Quartzo).

A contribuição do CI na prática dos ACSs foi percebida pelos demais profissionais das equipes Quartzo e Cristal, os quais relatam que ocorreu modificação no entendimento do trabalho a ser desenvolvido por eles.

O Introdutório discutiu diretrizes [...], mas eu acho que a gente conseguiu ter um maior entendimento do programa, da inversão do modelo, eu acho que clareou principalmente para os agentes (enf., equipe Cristal).

O introdutório foi um grande ganho para os ACSs, eles organizaram melhor o trabalho deles (a. social, equipe Quartzo).

As modificações no trabalho dos ACSs foram percebidas e reconhecidas pela comunidade, melhorando a relação deles com a comunidade (confiança). Eles sentiram a necessidade de conhecer melhor as famílias de suas microáreas para melhorar intervenção e de priorizar as famílias que necessitam de cuidados.

As mudanças para Quartzo estão relacionadas ao **planejamento**, atividade realizada somente até o final de 2002, porque a coordenação da SF realizava acompanhamento e avaliação das equipes.

A gente conseguiu fazer planejamento, executar uma atividade nota dez, que a gente nunca tinha feito isso antes [...] Eu não conhecia os instrumentos que foram apresentados lá para se chegar a um diagnóstico. Eu achei muito interessante e bate direitinho com a realidade de cada um, então, aqueles instrumentos que vocês apresentaram lá, eu achei assim, bom ou até ótimo para se trabalhar. Só que a gente não trabalhou em todos que precisavam, mas o que a gente usou daqueles instrumentos deu tudo certo, foi surpreendente, deu supercerto que foi o planejamento (enf., equipe Quartzo).

Curso Introdutório foi muito válido para a gente poder fazer um planejamento inicial [...] Modificação nós tivemos em relação ao planejamento. Nós fizemos um primeiro planejamento, executamos [...] nós atingimos as metas e tiveram mudanças sim, aumentamos muito a quantidade de pessoas que a gente planejou para alcançar em nove meses. A gente alcançou bem mais a cobertura ou controle e foi isso. [...] Então, se fosse uma norma da Secretaria, você a cada ano ter que obrigatoriamente

fazer novo planejamento para o Programa de Saúde da Família, seria interessante. [...] Fizeram a primeira supervisão, nós atingimos pelo que nós traçamos na época da hipertensão foi o principal e nós vimos que era o mais fácil de se trabalhar e a comunidade também bateu igual o nosso em prioridades, ficou igualzinho o nosso diagnóstico com o Conselho Local também (méd., equipe Quartzo).

A inferência de que as equipes Cristal e Quartzo não realizam o planejamento se deve ao fato de que as ações previstas para a realização do planejamento local, conforme quadro abaixo, na atualidade, não estão sendo realizadas na totalidade por essas equipes, o que não acontece em Jade.

QUADRO 20

Atividades realizadas pelas equipes para elaborarem o planejamento local em saúde de acordo com o CI

Atividades	Equipe Jade	Equipe Cristal	Equipe Quartzo
Fizeram o diagnóstico de saúde	S	S	S
Participam de reunião com toda a equipe para planejar	S	S	S
Planejam a partir do diagnóstico de saúde	S	N	N
Analizam o SIAB para planejar	S	N	N
Utilizam os critérios do planejamento do CI – PAG/APS	S	N	S
ACSs utilizam a planilha de perfil de risco dos domicílios do CI	S	N	N
Fazem reuniões de planejamento com a comunidade	S	S	N

Legenda: S= sim; N= não

Para planejar localmente, é necessário que quem planeja esteja inserido na realidade para a qual planeja, deve também saber para quem planeja e para quê planeja.

Saber para quem planejar as ações é outro ponto a ser discutido; todas as três equipes possuem áreas de abrangência delimitadas, as famílias cadastradas, pontos e áreas de risco delimitadas, porém Quartzo e Cristal demonstraram que detêm parcialmente as informações referentes aos problemas e necessidades da população, uma vez que o diagnóstico de saúde, realizado pelas equipes, não vem sendo atualizado ou utilizado para o planejamento.

Conseqüentemente, o “para quê” fica comprometido, pois se não vem sendo utilizado, leva a inferir que programam as atividades com base em dados parcialmente percebidos pela equipe e/ou de outras ações que são exigidas pelos indicadores pactuados

pelo município, relacionados com as ações programáticas do MS. Organizam o serviço de acordo com as ações que desenvolvem e não com a necessidade e os problemas de saúde.

Portanto, há de se ressaltar que planejar é um processo, e que mudanças de postura e de concepções não acontecem de forma rápida. Apesar de se observarem avanços em algumas diretrizes da SF, como as relativas ao território, à referência e à contra-referência sendo estabelecida, à coordenação local da Saúde da Família, às equipes estabelecidas, entre outras, verifica-se ainda uma forte tendência do modelo assistencial tradicional com sua lógica taylorista de organização do trabalho e do serviço nas equipes Quartzos e Cristal.

Essa forma de planejar contribuiu para a alienação dos profissionais na compreensão do processo de trabalho, pois a eles cabia apenas executar o que o nível central “pensante” havia planejado. Essas são características da aplicação dos princípios da gerência científica baseados na formulação de Taylor (PIRES, 1998).

Com o SUS, a descentralização como princípio impôs aos municípios planejarem suas ações de saúde, mas observou-se a ingerência nos municípios e nos estados sob a forma de ações delineadas e traçadas no nível federal (programas, projetos) e em orçamentos preestabelecidos, que não atendiam, na verdade, às necessidades locais. Os planejamentos se tornaram mais normativos do que estratégico situacional.

Apesar de a diretriz da Saúde da Família se pautar no planejamento estratégico situacional local (BRASIL, 2000b), referendado no CI, as equipes não estão preparadas para assumirem tal responsabilidade. Observa-se a falta de embasamento teórico, de compreensão do processo de trabalho, que é um complicador ao realizá-lo. Mas a equipe depara com outros problemas como os relacionados à falta de coordenação para acompanhar o desenvolvimento dos planejamentos, infra-estrutura, insumos, equipamentos, recursos humanos, além da grande demanda de usuários nas UBSs e, na maioria das vezes, a intervenção do nível central exigindo resultados ou impondo ações a serem desenvolvidas, que fogem, às vezes, ao mínimo “planejado” pela equipe.

O planejamento discutido no CI foi, como processo dinâmico, flexível e adaptável às condições da realidade durante todo o processo de sua realização, criando possibilidades de mudanças, até então, não realizadas no município. O CI discutiu o planejamento conforme descrito, utilizando como instrumento para operacionalizá-lo o PAG/APS. Porém, conforme citado pelo médico da equipe Quartzos, a falta de comprometimento da gestão com o planejamento das equipes ficou clara, tendo como um dos motivos a mudança da gestão.

A mudança de gestão não deveria e não poderia ser contrária à realização de um planejamento elaborado por esse coletivo de sujeitos. A mudança de gestão não altera o diagnóstico comunitário, os profissionais continuam a atuar na mesma comunidade e a população continua a mesma, independente da saída e da entrada de gestores no sistema. É evidente a falta de comprometimento do nível central para com os planejamentos locais, o que compromete as equipes, que, por falta de recursos, ou por desconsiderarem as ações a serem realizadas ficam expostas perante a comunidade. Uma das justificativas da equipe Quartzos para sua não-realização é essa falta de continuidade, de compromisso, de acompanhamento entre coordenação do nível central, população e equipe e o fato de executarem planejamentos paralelos.

A não-realização do planejamento é um forte indício ao retrocesso ou de permanência das equipes no modelo assistencial tradicional, que só executam as ações que são demandadas do atendimento curativo que a população procura nas UBSs, quando se sente doente. A equipe só ofertará ações que tradicionalmente as UBSs realizam, atividades curativas complementares ao ato médico, conforme percebido em Quartzos e Cristal.

4 Vínculo/parcerias e participação popular

O SUS estabeleceu, através das leis orgânicas da saúde (nº 8.080 e 8.142), a co-gestão do sistema com a população. A Saúde da Família reconhece e propicia a efetiva participação da população nos cenários de desenvolvimento da proposta. A visão ampliada do processo saúde-doença, no modelo assistencial preconizado, necessita da ação de várias políticas setoriais integradas tanto da administração pública, como das parcerias locais. São elementos importantes para o desenvolvimento da estratégia, na qual os profissionais da equipe atuam como catalisadores juntamente com a população organizada através dos Conselhos (BRASIL, 1998).

Nessa perspectiva, a participação da população na Saúde da Família vai além de garantir o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.142/90), é dada por uma relação mais próxima que se torna vínculo, de integração, de co-responsabilidade. Exige uma relação de luta na busca da solução dos problemas e necessidades de saúde da população, por melhores condições de saúde nas localidades (BRASIL, 1998).

Diante da visão explicitada e esperada nas equipes de Saúde da Família, discutidas no CI, as equipes relataram que o CI promoveu mudanças nas relações entre a população e a equipe. As três equipes responderam no questionário que a população tem boa aceitação da Saúde da Família. É previsto pelas diretrizes operacionais que a comunidade seja informada e atuante dentro do modelo que se propõe, com participação ativa (BRASIL, 2000b). A equipe Jade informa e referencia um bom entrosamento e trabalho com o CLS.

QUADRO 21

Mudanças observadas na prática das equipes relacionadas às diretrizes operacionais da Saúde da Família – Participação Popular/ Vínculo/Parcerias

Mudanças após CI	Equipe Jade	Equipe Cristal	Equipe Quartzo
A comunidade aceita a equipe de Saúde da Família	S	S	S
Ajudou a estabelecer maior vínculo com a comunidade	S	S	S
Possui conselho local de saúde atuante	S	S	N
Faz reuniões com o CLS	S	S	S
Participa das reuniões do CMS	S	S	N
Quem participa das reuniões com a comunidade	todos da equipe	todos da equipe	N
Faz reuniões com os parceiros locais	todos da equipe	N	N
Trabalha em parceria com instituições e organizações da comunidade	S	N	S

Na atualidade, na equipe Quartzo, as relações encontram-se conflituosas com o CLS. A participação popular na SF tem-se limitado a reuniões mensais no CLS e raramente no CMS. Em ambas, a presença constante é da gerente e raramente de outro profissional da equipe excetuando-se os representantes da equipe no CLS, que são ACSs. Problemas relacionados à atuação do novo CLS com a gerência da UBS Quartzo, que envolveram participação dos ACSs, foram o motivo para o estremecimento das relações, desembocando no campo pessoal. Não realizam planejamento com o CLS, o que, a princípio, compromete a atuação da equipe baseada nas necessidades e problemas de saúde da população.

Quartzo é exemplo que o processo de participação popular ainda é frágil devido aos problemas que são inerentes à dinâmica dos movimentos sociais e democráticos no Brasil. O processo ainda é recente e carece de entendimento das funções que a população,

trabalhadores devem ocupar no cenário das políticas de saúde. No caso de Juiz de Fora, as capacitações de conselheiros municipais, regionais e locais de saúde foram interrompidas, devido à falta de orçamento previsto para essas ações.

Cristal relatou que o vínculo com a população já era estabelecido antes do CI. A relação não é conflituosa, mas também se limita à participação de reuniões no CLS, não realiza planejamento, portanto infere-se que não haja a participação da população nas ações de saúde da equipe, mesmo porque se limitam a consultas e ações curativas.

Em Jade, a participação é mais ampla, não se prende às reuniões do CLS e CMS. Realiza reuniões com os parceiros locais para o desenvolvimento de atividades definidas através do planejamento local, de cujo processo a população toma parte e é estimulada a participar das reuniões do CLS. Foi relatado pela equipe que a comunidade tem participação ativa e efetiva nas atividades educativas. Fica demonstrado, principalmente na fala dos ACSs que o vínculo está estabelecido com a população.

Depois do Introdutório, a gente percebeu que a gente também era comunidade junto com eles, entendeu? Porque a gente mora no bairro, a gente faz parte e isso fez a gente se aproximar mais, a partir do Introdutório. A gente começou a trabalhar mais voltado para a comunidade, então, isso abriu mais espaço para nós, a gente passou a ter um contato mais pessoal com o que era relatado para a gente. Então, isso uniu mais a gente com a comunidade e, antes do Introdutório, era aquela coisa mais profissional (ACS 4, equipe Jade).

[...] O próximo curso que a gente for fazer vai falar sobre isso e aí a gente começa a fazer uma coisa interna, que, no final, acaba incorporando pessoas da comunidade mesmo. Alguns usuários, por exemplo, já vimos pessoas falarem assim: - “Ah! Eu sei fazer tal coisa e queria ensinar também, tem como? Na hora que vocês precisarem e quiserem posso ajudar também?” Pessoas que vinham no posto por uma outra necessidade qualquer e que se viram úteis de uma outra maneira e esses pontos que foram abordados no Introdutório auxiliaram para a gente poder enxergar isso. Porque, às vezes, você não vê aquela pessoa que está na sua frente e ela tem qualidades, ela tem o que passar para você, não é só você que vai passar para ela, ela também tem muito conhecimento, tem muita coisa para ensinar também, desde que você permita que ela informe isso (ACS 5, equipe Jade).

E a gente pode contar também que a comunidade se tornou nossa aliada, se a gente tem algum projeto tipo fazer um passeio, a comunidade está pronta a ajudar. Perguntam se precisar levar alguma coisa, quanto tem que pagar, a comunidade está vendo nossos projetos, está vendo melhorar (ACS6, equipe Jade).

[...] levando em consideração que o agente é o elo entre a comunidade, depois do Introdutório, ficou muito mais fácil a gente entender e fazer as pessoas entenderem como é importante a questão da saúde, a parceria com

a comunidade, Conselho Local, SPM e UBS [...] há uma parceria muito grande em relação à unidade, Conselho Local, SPM e comunidade. [...] na sala de espera, a gente fala que, quando há uma reclamação, venha para o conselho, traga para a reunião do Conselho Local de Saúde essa reclamação, essa sugestão, essa dificuldade que você está tendo. A gente coloca a população a par das coisas que estão acontecendo sem comprometer, porque é um direito que ela tem. Ela colabora de boa vontade, mas ela tem o direito de saber o que acontece em relação à saúde do bairro. Então, acho que, para a gente, para mim, foi importante isso, a questão da parceria. Porque, até então, ninguém nunca tinha ouvido falar em Conselho Local de Saúde, que tinha uma reunião aqui, que tratava dos problemas de saúde do bairro e também dos problemas de saúde do bairro com a unidade. O que a gente tem e o que a gente não tem. O que pode fazer e o que não pode fazer (ACS1, equipe Jade).

Para as ACSs, o CI contribuiu para a atuação delas numa maior aproximação com a comunidade (vínculo, responsabilização). Destacam a atividade educativa como uma das atividades prazerosas que fazem, porque têm liberdade para criar e a relacionam como um dos fatores facilitadores para o estabelecimento do vínculo com a comunidade.

5 Educação Permanente

A falta do reconhecimento do CI pelos profissionais das equipes como início do processo de educação permanente das equipes sugere algumas reflexões e algumas inferências relativas a esse tema. Não se procurou, neste trabalho, o entendimento da equipe relativo à concepção, mas subentende-se que não exista um consenso entre os profissionais do que significa educação permanente. O próprio MS que elabora cartilhas orientadoras da Saúde da Família, às vezes, utiliza termos como educação continuada e permanente como sinônimos.

Motta (1998) observou em estudo realizado que não havia clareza entre os profissionais de saúde quanto à concepção de educação permanente, bem como dos gestores da área de recursos humanos. Os relatos a seguir corroboram essa afirmativa.

Não foi visto como educação permanente, o Treinamento Introdutório foi visto como fim nele mesmo (F2).

Para mim, foi de grande importância e eu gostaria que tivesse uma educação continuada em cima do próprio primeiro Introdutório que nós fizemos (ACS 1, equipe Jade).

A falta de entendimento dos profissionais, neste estudo, do conceito de educação permanente pode tê-los levado a refletir que é um processo a ser desenvolvido de responsabilidade exclusiva do nível central, que se resume na oferta de cursos, capacitações, seminários, entre outros e não de visão de processo. Como não houve mais nenhuma capacitação ou qualquer outra forma de intervenção, seja educativa, organizativa ou de reflexão sobre a prática do trabalho das equipes e muito menos de avaliação, não o reconhecem como início da educação permanente, mas fim nele mesmo.

Tal fato reproduz uma cultura de capacitação enraizada no imaginário coletivo do pessoal de saúde, não só do Brasil, mas de grande parte dos países da América Latina, contrários à concepção de educação permanente (OPAS, 1997; SOUZA et al, 1991). Ou seja, que, a partir da capacitação, estão aptos a atuar.

Apesar do entendimento ser tradicional, sentem falta e necessidade de ações educativas para melhorar a atuação da equipe e têm idéia da necessidade de que seja um processo.

A recomendação é que o Introdutório ele seja de caráter permanente e com uma sensibilização e fazer pequenos Introdutórios para quem já passou, para lembrar e planejar novamente outros pontos e que a Direção, Secretaria, Diretoria ou nome que seja, porque eles mudam sempre o nome, que eles tenham o compromisso de estar fazendo isso como uma rotina e como uma obrigação e a supervisão deles também (méd, equipe Quartzito).

Nós, por exemplo, sentimos sim falta de uma educação permanente, só que a gente está junto nisso o tempo todo e a gente mesmo vai se reestruturando, se re-capacitando, dentro daquilo que a gente já conhece, dentro daquilo que é possível (méd., equipe Jade).

Jade reconheceu o CI como início de educação permanente, vale ressaltar que após o CI a equipe organizou grupos de estudos e se auto-avalia fruto do planejamento elaborado em conjunto, equipe e população. Relata que é importante e necessária a educação permanente da equipe.

[...] e eu ressalto - É importante uma Educação Permanente, a gente está vendo o que nós mudamos nestes três anos, para mim e para enfermeira especificamente, foi muito interessante porque a gente teve a oportunidade de fazer um Introdutório em um ano que estávamos fazendo a Especialização. [...] o Introdutório era realmente a parte que faltava para que tudo fizesse sentido. Mas a gente ainda precisa de mais, de estar reavaliando agora o que a gente tem feito, foi muito bom [...] apesar de 11 meses trabalhando na equipe, nós não havíamos ainda tido a oportunidade de talvez sentar, sem interrupção, e estar juntos com uma causa para discutir uma série de questões que estavam pairando (méd, equipe Jade).

QUADRO 22

Mudanças observadas na prática das equipes relacionadas às diretrizes operacionais da Saúde da Família – educação permanente

Mudanças após o CI	Jade	Cristal	Quartzo
• Início da educação permanente da equipe	Sim	Não	Não
• Promoveu mudanças somente em nível pessoal	Não	Sim	Não

Verifica-se, portanto, que o CI contribuiu para modificações na prática das equipes em quantidade e intensidade distintas nas equipes como analisado. Em Cristal, como a estratégia está comprometida desde o seu início, é ratificado no quadro acima, que o trabalho que prevalece na equipe é o individual. Portanto, a repercussão do CI para a equipe se deu no nível individual.

Na fala avaliativa do implementador de políticas de saúde regional, o CI foi importante e apontava para a necessidade de se instaurar a educação permanente.

O CI mostrava a necessidade e a vontade de outros treinamentos, porque o CI havia auxiliado na implantação das equipes, dava mesmo uma discussão diferenciada. Eu quero deixar bem claro, ele modifica, porque ele dá uma compreensão melhor ao Saúde da Família, faz com que um indivíduo que vá começar a trabalhar possa entrar sensibilizado, raciocinando, tentando pensar numa forma de trabalhar diferente e entendendo onde ele está sendo inserido (IR).

5.3 Facilidades e dificuldades para implantar as ações discutidas no CI

As facilidades e dificuldades enfrentadas pelas equipes para colocarem em prática as ações discutidas no CI foram organizadas no Quadro 23 a seguir, segundo dados obtidos no questionário respondido pelas equipes. As respostas obtidas foram categorizadas em: **suporte da gestão local; trabalho em equipe; organização do serviço; diretrizes operacionais da SF; participação popular; educação permanente**. Grande parte das respostas coincide com as relatadas no grupo focal e com a opinião dos entrevistados.

As dificuldades identificadas obstaculizam a implantação e consolidação da Saúde da Família no município como um todo. Existe também um diferencial no manejo das dificuldades pelas equipes, que as distancia e que as aproxima. O relacionamento em equipe foi o diferencial observado por esta pesquisadora, na forma com que os profissionais procuram resolver as dificuldades.

Quadro 23 - Facilidades e Dificuldades relacionadas no questionário pelas equipes presentes no cotidiano de suas práticas, para viabilizar as ações discutidas no CI

FACILIDADES				DIFICULDADES			
Categorias/Equipes	Jade	Cristal	Quartzo	Categorias/Equipe	Jade	Cristal	Quartzo
Suporte da gestão local - Apoio do gestor municipal - Possui coordenação local - Equipe de supervisão	Não Não Não	Não Sim Não	Não Não Não	Suporte de gestão local - Falta de apoio gestor ou prefeito - Não entendimento da estratégia da Saúde da Família pelo gestor - Não entendimento da estratégia da Saúde da Família pelo coordenador municipal - Interferência política nas ações da equipe - Falta de coordenação local da SF - Falta de supervisão da equipe	Sim Sim Não Não Sim Sim	Sim Sim Não Não Sim Sim	Sim Sim Sim Sim Sim Sim
Trabalho em equipe - Promoveu reflexão sobre o trabalho executado - Trabalho em equipe - Equipe unida - Equipe completa - Perfil adequado dos profissionais para atuarem na S - Equipe trabalha junta há mais de 6 meses - Carga horária dos profissionais = 8horas/diárias - Boa comunicação entre os membros da equipe - Reunião da equipe para resolver problemas	Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim	Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim	Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim Sim	Trabalho em equipe - Não entendimento da estratégia da SF pela equipe ou de alguns membros - A equipe possui pouco tempo de atuação - Equipe incompleta - Não trabalhamos em equipe - Nem todos os membros da equipe trabalham 08 horas diárias - Alguns profissionais da equipe desmotivados a trabalharem de acordo com os princípios da Saúde da Família - Não temos tempo para fazer reunião com a equipe devido à demanda de usuários diária - Não temos tempo para discutir os problemas e as necessidades da equipe	Não Não Não Não Não Não Sim Não	Não Não Não Não Não Não Sim Sim	Não Não Não Não Não Não Sim Sim
Organização do Serviço - Possui equipamentos necessários ao trabalho - Possui insumos em quantidade suficiente - Possui referência e contra-referência estabelecidas	Não Não Não	Sim Não Não	Não Não Não	Organização do Serviço - Só atendimento à demanda todos os dias - Falta de insumos - Falta de transporte para os profissionais da equipe - Falta de espaço físico na UBS para executar as ações programadas - Falta de equipamentos permanentes - A organização do trabalho se dá a partir da demanda - Não temos tempo para trabalhar com a prevenção e promoção de saúde	Não Sim Não Sim Sim Não Não	Não Sim Sim Não Não Sim Sim	Não Sim Não Sim Sim Não Não
Diretrizes operacionais da SF - Área definida de atuação - Planejamento em equipe - Planejamento equipe e CLS	Sim Sim Sim	Sim Sim Não	Sim Sim Não	Diretrizes operacionais da SF - Temos dificuldade para planejar em equipe, pois não temos tempo - Não fizemos o cadastramento de toda a população - Não recebemos o consolidado do SIAB - Recebemos o consolidado, mas não sabemos analisá-lo - O consolidado do SIAB não é apresentado a toda a equipe para analisá-lo	Sim Não Não Não Não	Sim Não Não Não Não	Sim Não Não Não Não
Participação popular - Conselho Local de Saúde atuante - Aceitação da comunidade - Vínculo estabelecido entre equipe e comunidade	Sim Sim Sim	Sim Sim Sim	Não Sim Sim	Participação Popular - Não trabalhamos com o Conselho Municipal ou Local de Saúde - A comunidade não entende o que é o trabalho da Saúde da Família e não aceita a implantação - Dificuldade de estabelecimento do vínculo com a comunidade - Dificuldade no estabelecimento de parcerias com outras instituições, ONGs, órgãos etc. presentes na comunidade	Não Não Não Não	Não Não Não Não	Sim Não Não Não
Educação Permanente - Possui educação permanente para a equipe	Não	Não	Não	Educação Permanente Falta de educação permanente para a equipe	Sim	Sim	Sim
				Curso I ntrodutório O conteúdo do curso foi insuficiente para promover mudanças	Sim	Não	Não

Houve consenso nas equipes quanto às dificuldades. **No suporte da gestão local:** a falta de apoio e entendimento dos gestores quanto à proposta da SF; a falta de supervisão e coordenação da local da SF; a falta de referência e contra-referência estabelecidas; a falta de insumos. **Diretrizes operacionais:** a falta de tempo para o planejamento em equipe. **Educação permanente:** a falta de educação permanente para as equipes. Essas dificuldades resultaram em desmotivação para as equipes Quartzo e Cristal, o que ficou visível no grupo focal. Nessas duas equipes, também houve problemas específicos, que contribuíram para essa desmotivação conduzindo-os para o atendimento à demanda, baseado no atendimento individual e curativo (consultas).

Para F2 e F3, os gestores acreditavam que, após o TI, as equipes estavam preparadas para atuar e resolver os problemas decorrentes da implantação. Os gestores desconsideravam a amplitude da proposta de reorganização do modelo e o aporte municipal necessário para o desenvolvimento da estratégia.

O aumento do acesso dos usuários, viabilizado pela implantação do SF, gerou aumento desde material de consumo diário nas UBSs, até em números de leitos hospitalares. Apesar de Juiz de Fora ter iniciado o processo de implantação da Saúde da Família em 1995, ainda se situa, conforme classificação de Mendes (2002), no momento de transição intermediária. A baixa institucionalização da estratégia no município é atualmente confirmada pelos achados desta pesquisa. A Saúde da Família está no discurso da gestão, no plano Municipal de Saúde e no desenvolvimento do PROESF, mas enfrenta as dificuldades como as acima referidas, demonstrando baixa institucionalização no serviço, no ensino, no espaço corporativo e no espaço de representação populacional.

Suporte da Gestão Local observou-se que a equipe central da DSSDA/JF, a partir de setembro de 2002, não vem apoiando as equipes a desenvolverem as ações pertinentes ao CI, conseqüentemente, era de se esperar o comprometimento da implantação da Saúde da Família nessas unidades. Observou-se que, nas equipes, o comprometimento do desenvolvimento da estratégia foi diferenciado.

Apesar de a SF municipal possuir equipe de coordenação, essa não tem sido reconhecida pelas equipes porque não vem desenvolvendo as atividades inerentes à função. A coordenação não é presente nas UBSs e não tem apoiado e incentivado o desenvolvimento das ações delineadas pelas equipes.

Para Quartzo, a grande dificuldade referida encontra-se na **falta de entendimento da proposta da Saúde da Família pela equipe gestora** (gestor, equipe de coordenação, chefe do departamento), devido às constantes mudanças de gestão associada às demais

dificuldades referidas. Sugeriram que o introdutório deveria ser realizado também com essa equipe, o que coincide também com as falas de F1 e F3.

Envolvimento e capacitação do gestor, só teria resultado se houvesse: referência e contra-referência, coordenação para as equipes de SF, coordenação política no município com noções de planejamento, epidemiologia (F3).

Capacitação e envolvimento do gestor, não só na SF, mas para o SUS (F2).

Não adianta só sensibilizar os profissionais das equipes, tem que sensibilizar lá embaixo também (nível central), que a gente tem que parar para fazer determinada atividade que não é consulta [...] O Programa de Saúde da Família chegou e a gente está trabalhando nele, mas a mentalidade não mudou, mudam-se lá embaixo várias pessoas (coordenadores, gestores, diretores, gerentes), mas a mentalidade deles não mudou. Acho que a gente continua lidando com doença e com consulta, com remédio, com exame e essa parte de prevenção está muito longe de ser atingida. Cada pessoa que passa tem uma opinião diferente do que está acontecendo, cada um acha que o Programa de Saúde da Família tem que ser feito de uma forma. Ainda se cobra no Programa de Saúde da Família produção, você tem que atingir uma produção e não foi isso que a gente viu lá. Nós não temos que atingir produção, nós temos que ter qualidade (enf., equipe Quartzo).

Durante qualquer gestão, vão sempre mudando as cabeças e vai chegar naquele momento que quem tiver autorização faz e fica todo mundo receoso pelas mudanças e quem é velho de casa já sabe como são essas mudanças e isso é uma coisa que atrapalha (méd., equipe Quartzo).

O que desmotivou também foi à mudança da equipe, da Secretaria, que passou também a não incentivar, a não cobrar mais as atividades que foram programadas pelo Introdutório (a.social, equipe Quartzo).

O não entendimento da proposta paralisa e retrocede o desenvolvimento da estratégia. Outro ponto a considerar é a pouca divulgação das políticas de saúde no Brasil, que exclui grande contingente de profissionais e população que deveriam estar cientes e acompanhando o desenrolar dela no setor.

Quartzo também cita a interferência política nas ações da equipe, o que a limita e tolhe nas ações traçadas pelos profissionais. Essa situação vem sendo discutida nos fóruns da SF como uma das dificuldades enfrentadas pelas equipes, principalmente em municípios menores. São vários atores políticos a interferirem no cenário da saúde, vereadores, prefeito, conselheiros de saúde, gestor, entre outros, a intervirem no funcionamento das equipes. A equipe afirma que a pressão é muito grande e que muitos não reconhecem o limite da equipe na resolutividade dos problemas e desconsideram as ações desenvolvidas por ela.

Para Cristal, as dificuldades com a gestão estão relacionadas, **à falta de apoio da gestão, de incentivo na resolução dos problemas vivenciados pela equipe** que levou à desmotivação. A falta de avaliação e acompanhamento da equipe central contribuiu para as poucas mudanças percebidas na equipe.

Acho que incentivo a gente não tem muito da Secretaria (DSSDA), não tem uma avaliação e aí a gente fica sem gás mesmo, às vezes, a gente tem vontade fazer uma reunião de equipe, vou fazer isso e vou fazer aquilo, mas não tem tempo. A médica não consegue sair da demanda e a gente acaba deixando muita coisa para trás. Acaba não executando aquilo que a gente teria vontade de fazer (enf., equipe Cristal).

O setor saúde carece de processos avaliativos que verifiquem não só os impactos nos indicadores de saúde, mas principalmente de avaliações qualitativas, que possam verificar a satisfação da população, do trabalhador e como as mudanças das propostas políticas têm repercutido na prática dos serviços. Neste processo avaliativo, o acompanhamento e a supervisão do desenvolvimento da política são importantes instrumentos que colaborarão para a avaliação.

A responsabilidade do desenvolvimento da estratégia nas equipes não pode ser de responsabilidade somente do nível central. Percebeu-se que, individualmente, os profissionais entendem a proposta, querem desenvolvê-la, mas sentem-se desmotivados a colocá-la em prática. Por ser o trabalho realizado individualmente, fragmentado, trabalham muito e não vêem resultado.

Em Jade, com exceção das dificuldades citadas como consensuais nas equipes, as específicas da equipe têm foco na organização do serviço: a dificuldade de espaço físico para executarem as ações programáticas e equipamentos permanentes. Os profissionais relatam que quando estraga algum, não há a reposição e ocorre demora no processo de manutenção. As dificuldades vivenciadas pela equipe se transformaram em aprendizagem. A equipe relata que aprendeu a lidar com as dificuldades e com a falta de recursos. A falta de apoio, de incentivo, de coordenação e de supervisão a motivou a procurar outras formas de trabalhar, outros parceiros que a auxiliasse a não desistir dos objetivos da SF.

Se for criar um dossiê para avaliar as atividades da nossa equipe antes de outubro de 2001 e depois, aquilo que já existia adormecido a florou de uma forma vulcânica. Eu sempre brinco aqui, que esse capital intelectual nunca virá do Ministério da Saúde, nunca virá do Estado, nunca virá da Prefeitura, ele está aqui, na nossa equipe (méd, equipe Jade).

O papel da gestão municipal, apoiando a implantação e desenvolvimento da estratégia, é fundamental no trabalho das equipes. Para se atingir o objetivo de reorganizar

o modelo assistencial, os municípios devem se comprometer com a estratégia, como política pública de saúde (BRASIL, 2000; GOULART, 2002).

O trabalho em equipe foi o indicador percebido que fez diferença nas equipes ao enfrentarem as dificuldades perante a proposta de se implantar um novo modelo de assistência em saúde para o município. Como dizem Fortuna et al (2002, p. 2) “o trabalho de equipe é também uma estratégia para a recomposição do trabalho em saúde”, que na SF é direcionado a uma outra forma de produzir e prestar assistência, objetivando a integralidade.

As equipes foram unânimes em dizer que o desenvolvimento do trabalho em equipe foi um facilitador e contribuiu para o desenvolvimento das ações do CI, apesar da falta de apoio da equipe central. A única dificuldade relatada pelas três equipes no questionário e também presente no grupo focal foi à falta de tempo para reunir com a equipe, devido à demanda e à solicitação do cumprimento da produtividade pela coordenação.

A união, o comprometimento da equipe Jade para com os princípios da SF (diagnóstico, planejamento, trabalho em equipe, participação da população, e a auto-avaliação que realizam das suas ações), o apoio e a integração da equipe com a comunidade são diferenciais da equipe entre as demais.

A gente tem ferramentas, mas não todas as necessárias para que impulsionem. Então, a gente tem que parar de fechar o círculo em volta da gente, abrir e trabalhar com o que a gente tem em relação a material, ferramenta, profissional, capacidade, criar situações. Acho que isso tudo enriqueceu o nosso trabalho, porque a gente aprendeu a valorizar o profissional que está junto com a gente (ACS1, equipe Jade).

Realmente, observa-se uma integração muito grande na equipe, às vezes, a vontade de dar certo cria uma responsabilização tão grande nos profissionais para com as ações a serem desenvolvidas que assumem papel que, na verdade, é da gestão, como exemplo, citam-se os recursos necessários ao desenvolvimento das práticas educativas. F2 também faz crítica e coloca como uma das dificuldades enfrentadas pelas equipes a ausência do comprometimento e da responsabilidade da gestão.

Ah! Mas eu não tenho material de trabalho. Uai! Ninguém patrocina o nosso teatro, cada um pega alguma coisa em casa e traz, até um torresmo que a gente compra para botar no grupo de hipertensos a gente paga com o dinheiro da gente. Ah! Porque não tem recurso não vai fazer, não é isso, assim a equipe nunca vai crescer, uma equipe de Programa de Saúde da Família que pensa assim nunca vai para frente (ACS 1, equipe Jade).

As equipes, ao chegarem no território, e a gente vê isso muito bonito e muito claro nas mostras de Saúde da Família nos trabalhos que as equipes trazem. Equipe dando conta até de alfabetizar, superlindo, mas à nossa agenda fica imensa no âmbito da saúde, tudo bem, muitas vezes alfabetizando a noite, mas temos de dar conta da agenda da saúde. Ficam as equipes pelo pescoço, os enfermeiros enlouquecidos de tanto trabalho, os médicos idem. Onde está a responsabilização da gestão municipal? Então, não é uma crítica as iniciativas da equipe, mas eu acho que a gente precisa organizar melhor o processo de trabalho, senão a gente não dá conta da agenda da saúde [...] porque a gente (equipe) entende de saúde no sentido amplo da palavra, então, essa equipe entra numa situação de o próprio enfermeiro acordar 5 horas da manhã para fazer caminhada com os idosos, em ruas sem a menor condição, com risco desses idosos caírem, mas, tudo bem, eles caminham ali porque eles moram ali (F2).

A gestão municipal tem atribuições e responsabilidades delineadas no documento do MS (BRASIL, 1998), que não estão restritas ao período de implantação. A garantia de infra-estrutura e funcionamento da rede básica; referência e contra-referência; financiamento específico para a atenção básica, definindo a contra-partida e acompanhamento e avaliação do desempenho das equipes, são algumas delas (BRASIL, 1998). Prever, prover os serviços de recursos necessários; supervisionar; acompanhar e avaliar são responsabilidades da gestão municipal.

Uma das dificuldades que a equipe Jade cita, afirmando “que deu a volta por cima”, foi relativa às ações educativas para a saúde. Não havia material, não havia espaço para realizarem as atividades. Utilizaram a criatividade e o grau de liberdade para criarem, através de parcerias locais e com o apoio da população, práticas educativas por meio do teatro, paródias de músicas, festas, passeios.

[...] Uma das coisas que nós conseguimos fazer foi estar introduzindo na questão das palestras. Ao invés de colocarmos um monte de gente sentado na sala e começar a falar, nós criamos duas formas de estar atingindo, alcançando a população que é através de música e teatro. A gente tem várias peças teatrais criadas, nós temos um grupo que chama “Kit Pentelho”, é impressionante como a comunidade recebe isso (ACS1, equipe Jade).

Já em Cristal e Quartzo, apesar de relatarem que existe trabalho em equipe no questionário e como ele facilitou o desenvolvimento das atividades nas equipes, não foi suficiente para resolver os conflitos de longa data, relatados nos grupos focais pelos profissionais. Não existe trabalho em equipe, como relatado pelos profissionais de Quartzo, estão desenvolvendo cada um a sua função e atribuições. Os conflitos vivenciados demonstraram a ausência do trabalho em equipe e dificuldade no entendimento da proposta da SF por alguns membros das equipes e/ou a desmotivação para estar se desenvolvendo a

estratégia devido a tantos problemas a serem enfrentados. Na fala dos profissionais, verifica-se que é a primeira vez que discutem os conflitos.

[...] há quantos anos têm que a gente não consegue assentar como estamos aqui hoje? Desde que as duas agentes foram embora e chegaram os novos agentes, nós não tivemos a oportunidade de estarmos juntos assim novamente (téc.enf., equipe Cristal).

Foi muito bom esse nosso encontro aqui, mas, a única coisa que foi até bom, porque a gente colocou a nossa insatisfação também quanto a essa mudança de equipe. Acho que eu nunca nem sentei para conversar a respeito disso e hoje eu achei que foi muito bom. Coisas que eu gostaria mesmo de ter falado e falei (ACS 2, equipe Cristal).

[...] agora, está cada um para si, está muito chato, está esquisito (ACS 1, equipe Quartzos).

[...] está cada um para si de novo e as demandas engolindo os médicos cada vez mais, a gente sem tempo de conversar [...] (enf., equipe Quartzos).

O trabalho em equipe vai se constituindo com o tempo, com o conhecimento, que vai se adquirindo no dia-a-dia do trabalho. Fortuna et al (2002) relatam que, no trabalho em equipe, as relações com pouco vínculo ou com vínculos desatualizados entre os membros provocam insatisfação e talvez desentendimentos freqüentes, que nem sempre são resolvidos e explicitados, imobilizando alguns, desencorajando ou desestimulando outros.

A supervisão dos ACSs não vem sendo realizada conforme se verifica na fala da ACS1. A falta de referência na equipe, devido à ausência de reunião e de educação permanente, deixa-os fragilizados perante a equipe e com toda a população. Portanto, os problemas não são só os de origem externa à equipe, mas também internos.

Eu acho todo mês, pelo menos uma vez por mês, uma tarde não sei se as enfermeiras ou quem tem que reunir com a gente e passar: - o mês que vem vocês vão falar isso para a comunidade. Porque o nosso serviço fica solto. A gente fala o que quiser naquele mês, se não quiser falar nada, não fala nada [...] (ACS1, equipe Quartzos).

A distância mantida entre o médico e os ACSs estabelece uma hierarquia, que não é só observada nos agentes, mas também em relação à enfermeira e à assistente social. A observação realizada no grupo focal é a de que o médico comanda e direciona as posições e opiniões do grupo. Na volta da pesquisadora após o grupo focal, foi discutida com a assistente social a atitude do médico. Ela relatou que, na maioria das vezes, se recolhem (enfermeira e assistente social) para evitar conflitos.

É ruim essa atitude, mas é pior do que haver mudança na equipe. Já estamos acostumados com ele (a. social, equipe Quartzo).

A acomodação da equipe perante os problemas prejudica e compromete o trabalho da SF, que é dinâmico e não combina com relações verticais de poder e submissão, nem com rotinas hierárquicas, advindas do modelo tradicional, igual às solicitadas pela ACS. O médico questionou, durante toda a entrevista, tanto no que diz respeito ao conteúdo das perguntas e dos parágrafos selecionados para introduzir as perguntas, quanto às falas das colegas. Ocupou, no grupo focal, o mesmo lugar que ocupa na equipe: o de questionador e manteve a relação hierárquica na equipe, conforme será observado nas respostas dos componentes da equipe relativas à pergunta: O que significou o CI para vocês?

[...] então, com a especialização, facilita bastante o trabalho, aí você tem os profissionais que podem estar mais interessados e essa é a minha opinião e a opinião das meninas também, porque elas podem concordar comigo ou discordar [...] Mas, em relação à pergunta dele ser considerado como etapa inicial pelo Ministério da Saúde, vocês concordam comigo? (méd. equipe Quartzo).

Igual você (médico) falou, tem que ter um treinamento antes, uma capacitação da parte técnica. Mas, eu acho que para o desenvolvimento do trabalho ele é importante, ele complementa (a. social, equipe Quartzo).

Eu acho que concordo com o que o médico falou [...] (enf., equipe Quartzo).

Apesar de referenciar que o que mais foi despertado pelo CI foi o trabalho em equipe estabelecido no passado e comprovado pelos resultados das ações desenvolvidas pela equipe, na atualidade, este está descaracterizado. Mas percebeu-se nas falas através dos ACSs a recusa pela rotinização e da desmotivação da equipe. Estão à procura de estímulos, e, a todo tempo, tentam resgatar a união e o trabalho em equipe vivenciado e as ações desenvolvidas, após a realização do CI. Relatam que esse momento da pesquisa foi uma atividade de educação permanente, porque promoveu a reunião da equipe, refletindo sua prática na atualidade e a desenvolvida logo após o curso. A motivação torna-se um instrumento imprescindível para as mudanças necessárias na consolidação do modelo da SF.

A equipe Cristal referenciou que não tem tempo de discutir os problemas e necessidades da equipe. A desmotivação foi decorrente de conflitos não discutidos entre equipe e nível central e que hoje são justificativas para o trabalho fragmentado como relatado pela fala da técnica de enfermagem e na da ACS.

O trabalho em equipe, em Cristal, só foi identificado em uma das atividades citadas relativa ao preventivo de mulheres. Não se verificou nenhuma outra atividade. Se existiu realmente trabalho em equipe, não foi percebido.

Com relação às **diretrizes operacionais**, a única dificuldade relacionada pelas três equipes foi a de realizar o planejamento em equipe, devido à falta de tempo. Observa-se que os instrumentos discriminados no questionário são necessários para a realização do planejamento. As equipes relatam que os possuem, que não têm dificuldade de entendê-los. Porém, eles não são utilizados pelas equipes para o planejamento. Quartzó e Cristal vão além, acrescentando que não realizam o planejamento com o CLS. Portanto, pode-se inferir que, em Cristal e Quartzó, o planejamento não vem sendo desenvolvido de acordo o referencial adotado no CI e que o modelo assistencial fortemente presente em Cristal, desde o início de implantação, é o tradicional.

Jade relata que as atividades propostas no CI foram implantadas a partir do curso. As diretrizes estão implantadas na equipe, conforme demonstraram as falas e os resultados obtidos apresentados no grupo focal. Possuem planejamento que é discutido com a comunidade em reunião do CLS. Isso desenvolve, na equipe, a responsabilidade e o compromisso com o que é estabelecido, mesmo diante das dificuldades relatadas como a falta de tempo para planejar em equipe.

As dificuldades citadas interferiram na **organização dos serviços** nessas UBSs. Segundo Quintana et al (1994), a tecnologia encontrada nos serviços influencia na organização dos mesmos e no desenvolvimento do trabalho das equipes. Pelas dificuldades referidas, a forma de trabalho que vem sendo desenvolvida nas UBS de Cristal e Quartzó conduz a inferir que a tecnologia é tradicional, as UBS são minimamente equipadas com instrumentos de atenção básica e o saber que é incorporado e desenvolvido por essas equipes é também tradicional. Fruto da formação e do não desenvolvimento de um processo de educação permanente que promovesse o “up grade” dessas equipes em direção ao modelo assistencial de saúde do SUS.

Esse modelo organizacional para a atenção básica de saúde, o qual a SF preconiza, deve-se ordenar a partir das diretrizes do trabalho em equipe interdisciplinar; responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipes e usuários; abordagem do sujeito, da família e do seu contexto pela busca da integralidade; reformulação do saber e da prática tradicional em saúde, através do conhecimento da clínica ampliada, com a incorporação de conceitos e ferramentas da saúde coletiva, das ciências sociais, entre outras; articular a atenção básica de saúde em rede de serviços de

saúde capacitados para resolver problemas de saúde (CAMPOS, 2005). Essas diretrizes só serão incorporadas na prática das equipes, quando elas passarem a fazer parte da formação desses profissionais.

A equipe Cristal reconhece a organização do serviço dela pela demanda, devido à forma tradicional de trabalho. Relata possuir equipamentos permanentes para o trabalho da equipe, infra-estrutura adequada, possui insumos suficientes, porque trabalha de acordo com o modelo tradicional. Devido à extensão da área da equipe, refere que o transporte é uma das dificuldades enfrentadas para a organização do trabalho. Informou, também, a dificuldade de transporte dos usuários aos demais serviços quando necessitam. Não trabalha com a prevenção e promoção ações prioritárias na SF, devido à demanda muito grande. Não executa nenhuma prática educativa.

Quartzo que, por um tempo tentou construir o modelo assistencial de saúde proposto pela SF, identifica as dificuldades e relata quais foram as razões para a desmotivação da equipe e retorno para o modelo tradicional, que sobrevive sem trabalho em equipe e com mínimo de recursos materiais e de equipamentos. A infra-estrutura da UBS não comporta o desenvolvimento das atividades desejadas. Na atualidade, desenvolve poucas ações de prevenção e nenhuma de promoção da saúde, alegando falta de tempo e de espaço. Alguns grupos foram relacionados como o de hipertensão e de direitos reprodutivos. A própria equipe percebe a deficiência, mas culpa o nível central.

Acho que a gente continua lidando com doença e é com consulta, com remédio, com exame e essa parte de prevenção está muito longe de ser atingida, cada pessoa que passa tem uma opinião diferente do que está acontecendo, cada um acha que o PSF tem que ser feito de uma forma. Ainda se cobra no PSF produção, você tem que atingir uma produção e não foi isso que a gente viu lá. Nós não temos que atingir produção, nós temos que ter qualidade.(enf., equipe Quartzo).

A desmotivação muito presente em Quartzo e Cristal tem proporcionado pouca aderência das equipes à proposta da SF. O que vem sendo apresentado como uma rotinização das atividades desenvolvidas diariamente pelas equipes. Nenhuma equipe relacionou atividades diferentes das oferecidas no modelo tradicional de APS seletiva. O que nos faz inferir que seguem a rotina mínima estabelecida e cobrada pelo nível central (consultas, grupos educativos, vacinação, entre outras), que não difere de uma unidade tradicional.

Em Jade, observa-se ações de promoção de saúde, realizadas através das ações educativas, principalmente as executadas pelos ACSs.

Outra dificuldade relatada de ser implantada é a **educação permanente**, ausente em todas as equipes. Identificam alguns problemas passíveis de ser solucionados com processos educativos. Com exceção de Jade, que vem resolvendo os seus problemas com grupos de estudo na equipe, as demais esperam que a DSSDA supra essas necessidades.

Fica claro que a capacitação, por melhor que tenha sido, não garante que ao final do curso, a equipe esteja preparada para desenvolver a estratégia. Os processos educativos em serviço não substituem o processo de formação dos profissionais. Mesmo porque os realizados têm servido para preencher as lacunas deixadas na formação e reproduzem o modelo assistencial hegemônico no país. Não que não sejam importantes de serem preenchidas, mas se, durante a realização das atividades, não forem acompanhadas de reflexão anterior sobre a mudança pretendida pelo modelo assistencial e o que é necessário para mudar, não se estará caminhando para as transformações necessárias.

Portanto, o CI discutiu as práticas dos profissionais a partir dos cenários dos serviços, informou sobre a nova proposta de mudança, contextualizou as políticas de saúde, que são orientações mínimas a serem seguidas em qualquer processo educativo (HADDAD, 1994). A partir dele, o processo de formação e educação permanente tem que ser garantido pelos municípios, para subsidiarem a formação dos profissionais e as mudanças necessárias à consolidação da estratégia.

Percebe-se, portanto, que existe, no cotidiano das práticas uma associação das dificuldades enfrentadas decorrentes da organização das práticas, da formação, da falta de educação permanente e de vontade política na resolução dos problemas. Inferi-se que, através de processos que levassem os agentes a refletirem os processos de trabalho, nos quais estivessem presentes as instituições formadoras de RH para a saúde, o gestor do SUS e equipe do nível central, a população representada pelos conselhos locais e municipal de saúde e trabalhadores, se pudessem ter resultados satisfatórios. É imprescindível que o processo de trabalho seja tomado como o eixo norteador das reflexões, para que os trabalhadores da saúde se sintam parte deste processo, se reconheçam e se identifiquem como sujeitos e não atores do processo de trabalho.

Outra característica percebida durante a realização do grupo focal é que os profissionais, ao se referirem aos problemas existentes nas equipes, principalmente de Quartzos e Cristal, se colocam fora deles, ao mesmo tempo, fora do processo de trabalho.

Relatam ser a maioria dos problemas de ordem externa. Se não se identificam como agentes do processo de trabalho e que os problemas existentes tem comprometimento com a forma com que ele está organizado, sendo executado e pensado, será difícil realizar ações que transformem a realidade social.

Os problemas e as dificuldades vivenciadas pelas equipes não são neutros, eles possuem uma lógica e uma intencionalidade. As ações possuem uma lógica e uma intencionalidade que podem se transformar em problemas, dependendo da forma e das concepções com que os agentes executores das práticas intervêm e executam as ações. Portanto, como a SF se faz da construção coletiva de sujeitos, conhecer e procurar entender a lógica e a intencionalidade da equipe como um todo, da equipe gestora e da proposta da SF é a base para tentar dirimir os problemas e dificuldades.

Após terem vivenciado o grupo focal, as equipes referenciaram que havia sido muito bom ter participado dele, pois foi considerado um momento de educação permanente, porque proporcionou a reflexão da prática do trabalho que estavam realizando. Muitos problemas que a equipe não teve tempo de discutir estavam sendo colocados de forma tranqüila. Recordaram as diretrizes da SF, estimulando-os a persistir na concretização delas, significou encontro. Sugerem que poderia ser uma forma de acompanhamento das equipes.

5.4 As atividades desenvolvidas pelas equipes

As atividades do modelo da Saúde da Família implantadas e observadas nas equipes estão relacionadas com as ferramentas do SF: cadastramento de famílias; mapas das áreas de abrangência de cada equipe com delimitação de suas áreas e identificação das áreas de risco; diagnóstico dos problemas de saúde da área; preenchimento do SIAB; preocupação com o planejamento; orientações sobre a Saúde da Família; reuniões com a equipe. Essas atividades são realizadas por todos os membros das três equipes pesquisadas.

Outras atividades também são citadas pelas equipes como atividades realizadas por todos os componentes das equipes: assuntos administrativos; atendimento individual específico de cada categoria profissional; orientações diversas.

Jade realiza também, com a participação de todos os componentes, as atividades: planejamento das ações segundo os critérios estabelecidos pelo PAG/APS; reunião com os

parceiros locais; reunião com a comunidade; sala de espera; acolhimento; recepção do usuário; grupos educativos; visita domiciliar. Em virtude das atividades realizadas pelos ACSs de práticas educativas, a equipe promove reuniões de estudo com os mesmos, nos quais discutem os assuntos pertinentes. Jade é a equipe que possui maior número de atividades realizadas em conjunto e maior número de atividades implantadas relativas à SF.

A equipe Cristal relata que realiza também com todos da equipe as seguintes atividades: análise do SIAB; planejamento das ações segundo os critérios estabelecidos pelo PAG/APS; reunião com a comunidade; reunião com CLS ou CMS; grupo educativos; visita domiciliar. Três atividades são contraditórias aos achados da pesquisa, a relativa ao planejamento, a análise do SIAB e os grupos educativos. Pode ser que tenha realizado essas atividades após o CI, mas atualmente estas não vêm sendo realizadas. Como já relatado, exerce o planejamento segundo a demanda, não analisa e nem o utiliza o SIAB como ferramenta para o planejamento. As práticas educativas não são realizadas pela equipe, acresce-se a isso o fato de que não vem exercendo as práticas de promoção e prevenção por falta de tempo.

A equipe Cristal informa também que não vem exercendo as atividades: perfil de domicílios de risco; recepção do usuário; acolhimento; sala de espera; reunião de estudos; reunião com os parceiros locais. Ações importantes que comprometem e justificam o planejamento e a organização do serviço a partir da demanda ofertada e não dos problemas e necessidades de saúde da população.

Em Quartzito, além das atividades já descritas, duas outras atividades são citadas como de realização por todos da equipe: acolhimento; recepção do usuário. Porém, importantes ações não estão sendo realizadas na equipe: consolidado do SIAB; preenchimento de boletins; reunião com a comunidade; reunião com os parceiros locais; reunião de estudo. A ausência dessas atividades indica a não realização do planejamento conforme o preconizado no CI.

Observou-se que algumas atividades estão sendo realizadas por alguns membros da equipe, quando deveriam estar todos envolvidos. A análise do SIAB está sendo realizada pelo médico, enfermeira e assistente social; as reuniões do CLS pela assistente social e alguns ACSs; grupos educativos pela enfermeira e assistente social e sala de espera somente pela assistente social.

As atividades de cadastramento e atualização de cadastro das famílias nas três equipes foram citadas como atividades que estão sendo realizadas somente pelos agentes comunitários.

Nas UBSs não há agente administrativo para exercer as atividades pertinentes ao agendamento de consultas; marcação de exames; retirada e guarda dos prontuários dos arquivos; atendimento ao usuário para informações. O auxiliar de enfermagem fica responsável, além das atividades específicas de sua categoria profissional, por: exercer as atividades de farmácia e outras atividades advindas dos atendimentos específicos das demais categorias profissionais.

Em escala decrescente, diante dos dados analisados, pode-se inferir que a Saúde da Família nessas equipes está implantada em Jade, em franco processo de retrocesso em Quartzito e não implantada em Cristal, apesar de possuir algumas diretrizes em funcionamento. Mas, atualmente, atua, planeja e organiza o serviço com fortes características do modelo tradicional.

Acredita-se, pelas experiências vivenciadas em JF (Pólos de SF e Pólos de Educação Permanente) e comprovadas nas falas dos profissionais, que o fortalecimento do município para o desenvolvimento das equipes é o caminho. Os municípios têm que ser independentes no processo de elaboração, execução, acompanhamento e avaliação desse processo educativo.

6 EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES: O CI SOB OS DIVERSOS OLHARES DE QUEM VIVENCIOU E VIVENCIA A SAÚDE DA FAMÍLIA

A transformação do mundo necessita tanto de sonho quanto a indispensável autenticidade deste depende da lealdade de quem sonha às condições históricas, materiais, aos níveis de desenvolvimento tecnológico, científico do contexto do sonhador. Os sonhos são projetos pelos quais se luta. (PAULO FREIRE, s/d).

Neste capítulo procurou-se descrever qual foi o significado do TI na visão dos formuladores, implementadores e executores das políticas de saúde e suas repercussões no serviço e ensino. Investigaram-se a origem dos CI, o cumprimento das metas e objetivos traçados no nível federal, estadual, regional e municipal e qual foi a sua contribuição para a consolidação da Saúde da Família nos níveis de governo.

Procurou-se verificar também quais foram as repercussões da SF no ensino e nos serviços na opinião dos sujeitos entrevistados.

Com relação à nova política de educação permanente em saúde traçada, buscou-se investigar qual foi o entendimento e o que ela representa, no contexto da Saúde da Família na atualidade, com os mesmos sujeitos.

6.1 Significado do TI e suas repercussões no serviço e no ensino

Desde 1996, no documento preliminar do Programa de Saúde da Família, é mencionada a necessidade de um processo de formação e informação para as equipes de Saúde da Família. Esse processo é intitulado em alguns momentos de educação continuada, entendida como “mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe, que fundamenta todo o trabalho da Saúde da Família” (BRASIL, 1996, p. 11). Em outros, como educação permanente, devendo ser desenvolvida no âmbito dos serviços para “melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida pela equipe” (BRASIL, 1996, p. 11).

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família foram os responsáveis pelo desenvolvimento do pessoal da Saúde da Família. De acordo com os projetos dos Pólos, as ações de curto prazo, entre elas o Treinamento Introdutório, que inaugurava o processo de educação permanente das equipes. Foi consenso

de que os profissionais de saúde não se encontravam preparados para atuar no modelo que a SF preconizava.

Os profissionais não saem habilitados desde a graduação para trabalharem na proposta (de acordo com os princípios da SF). Havia a necessidade de um programa de qualificação profissional, pois os mesmos encontravam-se despreparados para trabalharem em equipe, com interdisciplinaridade, com base territorial, promoção de saúde (F3).

Na opinião dos entrevistados, há um consenso de que o TI surgiu como uma forma de implementar a SF, auxiliando no processo de implantação através da organização dos serviços e do trabalho das equipes.

Quanto à necessidade desse treinamento, observa-se que as opiniões variam de acordo com a inserção do profissional no nível de governo que atua ou atuou. Assim, para os entrevistados do nível federal, havia necessidade de um alinhamento conceitual de curto prazo da estratégia, devido à implantação de uma nova política de saúde.

No nível estadual, a preocupação era a adaptação da formação dos profissionais com a realidade dos serviços e dos princípios da SF e do SUS, ciente do despreparo pelo sistema formal de ensino, da responsabilização da implantação da política e da qualidade dela no Estado.

No nível regional, onde o Pólo se situava e era desenvolvida a política de recursos humanos, a preocupação estava vinculada em apoiar o início do trabalho das equipes. Afinal, o seu papel era implementar, através do suporte educativo.

No nível municipal, era informar e orientar a respeito da mudança do paradigma para que as equipes pudessem atuar nos reais problemas da comunidade através do trabalho em equipe com responsabilização e comprometimento com a proposta e diretrizes da SF. Ou seja, a preocupação já era de como atuar nas realidades locais.

Para os sujeitos entrevistados, o CI foi uma importante e válida estratégia para a divulgação, informação de uma nova estratégia política, a convocação para uma partilha com os profissionais de saúde diante da expectativa de uma nova forma de atuação assistencial; significou um avanço para entenderem o que era serviço de Saúde Pública, introduzindo o conhecimento das comunidades base para a mudança.

Para F2, o CI forçou, em muitos estados, a responsabilização pela SF nas equipes implantadas, não bastava cumprir os pré-requisitos formais, havia uma necessidade de comprometimento com a mudança, também não se implantaria a estratégia com um único treinamento. Portanto, haveria a necessidade de envolvimento, que se traduzia em responsabilização e comprometimento a partir do entendimento da proposta, pela gestão

estadual e municipal de se implantar o processo de educação permanente das equipes. O CI foi início do processo de capacitação das equipes.

O CI era apenas uma etapa no contexto para aquele momento de implantação (F1).

Uma capacitação só não é suficiente e nem foi essa a proposta de que o processo de trabalho das equipes fosse assegurar e melhorar esse processo, só com o Curso Introdutório. É uma primeira aproximação. Significou um processo de capacitação inicial, e que ele abriria um programa de capacitação de Educação Permanente (IR).

O executor municipal 2 (EM 2) relata que observou “in loco” que:

Equipes que fizeram o introdutório: existe trabalho interdisciplinar, são mais eficientes. Equipes que não foram capacitadas no introdutório não conhecem o programa, sua ideologia, não trabalham em equipe, não desenvolvem a Saúde da Família (EM 2).

Na fala acima, observa-se o CI como capacitação capaz de promover o diferencial nas equipes.

De acordo com o relato dos sujeitos do nível federal, estadual, regional e municipal a organização da estratégia da SF nos serviços variou, mas divulgou no Brasil uma nova proposta de organização do trabalho das equipes a partir das diretrizes definidas para a implantação da SF, através dos TIs.

A pesquisa avaliativa relativa à implantação da SF, realizada no Brasil (2004), deu mostras de que o TI foi fundamental na implantação de algumas dessas diretrizes, o que não quer dizer que sua implantação implicaria um serviço e uma equipe trabalhando de acordo com proposta da SF.

As equipes também consideraram que o CI significou organização do trabalho, portanto, na atualidade, o nível de organização tem variado ao se comparar com o objetivo da SF. Essa variação é influenciada por diversos fatores, sendo um deles a falta de compreensão dos gestores e profissionais de que a mudança de modelo só é viável quando se muda o objeto da atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços. As equipes relataram que, após o CI, realizaram todas as atividades previstas e possuem algumas diretrizes implantadas até hoje nas equipes como se verá a seguir. Mas isso não garantiu o desenvolvimento do trabalho da equipe dentro dos objetivos e princípios da estratégia.

QUADRO 24

Atividades relacionadas pelos profissionais as quais o CI auxiliou na organização

Auxiliou na organização das atividades nas três equipes	Auxiliou na organização de atividades nas equipes Jade e Cristal	Auxiliou na organização de atividades só em Jade	Item não marcado por nenhuma equipe
<ul style="list-style-type: none"> - Organização do mapa da área de abrangência. - Identificar as áreas de risco da área de abrangência da equipe. - No diagnóstico das necessidades de saúde da população. - Planejamento das ações de saúde de acordo com os critérios estabelecidos no CI - Necessidade de trabalhar em equipe. - Trabalho em equipe. - Trabalhar com as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delimitar a área de atuação da equipe. - Organização das reuniões com a equipe. - Organização das reuniões com a comunidade. - Organização do trabalho na UBS (demanda, ações programáticas, educação para saúde). 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar agenda de trabalho da equipe. - Organizar o trabalho com os parceiros locais. - Estabelecer vínculo com a comunidade. - Cadastramento das famílias - Trabalhar com o SIAB como instrumento de planejamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar educação permanente da equipe.

Observa-se, no Quadro 24 acima, que muitas das atividades em que as equipes relatam que o CI auxiliou na organização, já não as realizam mais. Reconhecem que é importante, que só estariam desenvolvendo a proposta da SF se estivessem fazendo daquela forma, mas não a desenvolvem. Portanto, muitos conhecimentos adquiridos estão ainda presentes no cognitivo das pessoas, ou seja, os conhecimentos permaneceram, mas não foram colocados em prática pelas equipes. Às vezes, o referenciavam nas falas no grupo focal no desenvolvimento do trabalho individual.

Para Quartzo, equipe mais antiga de implantação, o CI proporcionou a organização em menor número de atividades, porque já as tinha organizado anteriormente. O CI complementou e, em determinados momentos, serviu como avaliador da implantação das atividades.

Para Cristal, o CI contribuiu para a implantação de várias atividades, porém não se observa e nem se verifica na prática atual da equipe o exercício do trabalho pertinente com tais diretrizes. Também percebe-se que os conhecimentos construídos permaneceram, pois são identificados nas falas dos profissionais os conteúdos discutidos no CI.

A equipe Jade é a equipe na qual o CI mais contribuiu e significou a organização do trabalho da equipe. Alguns fatores podem ter influenciado na organização do trabalho da equipe, presente até hoje nas equipes. A UBS foi criada para ser específica de Saúde da

Família, o CI foi realizado antes de a equipe completar um ano de trabalho conjunto. O perfil dos profissionais é adequado e o compromisso com a população existe. A população realmente é parceira da equipe. Verifica-se, portanto, que as atividades propostas pelo CI contribuíram para organizar o serviço.

Pode-se inferir que, quanto mais próximo o CI da implantação da equipe, melhor é a atuação dela. Não tem vícios, nem preconceitos, aprendem juntos, organizam juntos o trabalho da equipe, proporciona o conhecimento dos membros, estimula para ação conjunta como foi verificado pelos relatos, constroem proposta coletiva da equipe, como foi o caso da equipe Jade.

Não se pode negar a contribuição em termos individuais na organização do trabalho dos profissionais, isso foi consequência principalmente nos locais em que o trabalho em equipe não permaneceu devido às dificuldades enfrentadas pelas equipes após o CI.

Na opinião dos profissionais das equipes, o CI também significou: momento de encontro com os demais membros da equipe; o respeito às diferenças e aos limites dos membros da equipe; a promoção da integração dos membros da equipe; a coesão da equipe toda a equipe participou; união da equipe em prol do mesmo objetivo; estímulo a equipe a trabalhar pela mudança do modelo assistencial; motivação para desenvolver as atividades; o despertar para a criatividade da equipe; momento de troca de informações com as outras equipes que participavam do CI; aproximação dos membros que compõem a equipe; discussão da importância do trabalho de cada profissional da equipe; reflexão da prática que exerciam; discussão sobre as diretrizes da SF e qual a proposta da estratégia.

Pode-se inferir que o CI promoveu o contato com o outro e o contato do desafio com os modos de organizar as práticas do trabalho da equipe, através dos conteúdos e ferramentas construídos nele. Nos contextos das equipes, um dos desafios era quebrar as barreiras hierárquicas estabelecidas entre os profissionais, respeitar o saber do outro, que tradicionalmente era delimitado no modelo tradicional de assistência à saúde. A estratégia da SF, para superar esse desafio, propunha o desenvolvimento do trabalho³⁹ interdisciplinarem equipe.

Em Jade, nas falas da médica e da ACS, chama a atenção a reflexão que foi despertada a partir do CI relativa aos papéis que desempenham na equipe:

³⁹ Segundo Peduzzi (1998), interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento. Integração de várias disciplinas e áreas de conhecimento.

O Introdutório foi um marco, foi o início daquele momento em que cai a idéia do médico onipotente, onipresente, de consulta médica que resolve tudo [...] Se 80% da nossa procura, da vinda à UBS é justificado por solidão e pobreza, o médico sozinho nunca vai resolver nada que está chegando até ele. Então, mais do que nunca, o Introdutório serviu para ver que o pilar do nosso trabalho é a união, é a gente estar junto, porque sozinha, eu, médica não vou resolver nada, por mais que eu conheça, sem o diagnóstico da minha comunidade esteja até inserida nela, eu não vou resolver nada (méd, equipe Jade).

O Introdutório fugiu à regra mais importante que é aquele momento dos bastidores, a hora em que você pára para um cafezinho e conversa com um amigo que você não vê há seis meses e está em outra realidade, de repente, como é que você faz em uma determinada situação, você descobre uma diretriz, parece que vem uma luz no fim do túnel, e isso é muito bom. [...] E muitas vezes você capta uma idéia e, junto com a equipe que vive a mesma realidade, você reformula aquela questão e adapta completamente a situação vivida, então, realmente é muito importante (méd, equipe Jade).

Serviu também para a gente ver a importância do nosso trabalho como agente de saúde, porque nós somos o elo entre a comunidade e a UBS. Então, deu para a gente ver a importância do nosso trabalho que depende não só do enfermeiro como da médica, mas o nosso trabalho também é muito importante (ACS 3, equipe Jade).

Para desenvolver o trabalho em equipe é necessário que se estabeleçam relações mais horizontais, flexíveis, possibilitando maior interação social entre os trabalhadores, pois é um processo novo a ser construído e vivenciado pela equipe.

Em Cristal, o trabalho em equipe foi muito valorizado nas falas dos profissionais, porém, na atualidade o trabalho é individual, característica marcante é a fragmentação do processo de trabalho. Na fala da médica, percebe-se a necessidade da não hierarquização do saber na equipe. Portanto, o trabalho em equipe encontra-se no discurso dos profissionais, reafirmando que, no plano individual, houve a apreensão do conteúdo, mas a aprendizagem só poderá ser observada quando colocada em prática. Para as ACSs, o CI despertou para a importância do papel e do trabalho que elas realizam na comunidade para o desenvolvimento da Saúde da Família.

Deu uma “catucada” na gente no intuito de ter uma união, que a equipe tem que ser uma equipe unida e trabalhar todo mundo junto, não tem aquela diferenciação não. Todo mundo junto é que anda para frente (méd, equipe Cristal).

Nós (ACS,) entramos aqui sem saber qual era o nosso trabalho, o Introdutório veio para mostrar para a gente que realmente o agente iria fazer para a comunidade (ACS 2, equipe Cristal).

Foi bom sim. Colocou uma assistente social no nosso trabalho, a gente chegava e a gente identificava melhor e ajudava a gente a trabalhar, saber qual o nosso trabalho e foi bom (ACS 7, equipe Cristal).

A falta de orientação dos ACSs quanto o seu papel na estratégia e a vivência no modelo assistencial de saúde curativo direcionavam-nos a atuarem na doença. Ao discutir saúde de forma ampliada, percebem que os problemas sociais influenciam na saúde do indivíduo, família e comunidade. Achavam que só o assistente social poderia intervir, o que é coerente com a fragmentação do trabalho vivenciado no modelo tradicional de saúde.

O trabalho em equipe na Saúde da Família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária (promoção da saúde, prevenção e reabilitação) em diferentes contextos: pessoal, familiar e social (ALMEIDA et al, 2001). A visão era de profissionais e saberes estanques, que não dialogam, que não se inter cruzam, mas que dividem o mesmo objeto de intervenção que é o usuário, mas cada um com sua função e seu olhar. A partir do CI, percebem que, para realizar o trabalho, havia a necessidade de outros conhecimentos que seriam adquiridos em processos educativos.

Para as ACSs de Quartzo, o CI promoveu a oportunidade de capacitação que deu suporte para a realização do seu serviço.

...ele foi muito válido porque foi mais um treinamento para gente [...] queria fazer mais Introdutório, eu queria mais coisas novas (ACS 1, equipe Quartzo).

Acho que deveria ter mais porque foi muito bom. E para nós foi tipo uma capacitação para os agentes de saúde (ACS 2, equipe Quartzo).

A Saúde da Família desencadeou, nos profissionais de saúde, a procura de mais conhecimento, principalmente para os ACS, porque tudo era novo, profissão, função. Essa busca pelo conhecimento deveria ser garantida pela continuidade da formação dos profissionais e através da educação permanente das equipes, não realizada no município de Juiz de Fora. Os gestores acreditavam que os Pólos, por serem os condutores do desenvolvimento de pessoal da Saúde da Família, com financiamento para o seu exercício, dariam conta de todo o processo educativo das equipes, portanto se desresponsabilizaram de tal função.

Fato que comprova tal atitude foi verificado pelo fato de um dos gestores em Juiz de Fora ter acabado com o Centro de Capacitação e formação profissional do SUS, delegando à Escola de Governo do Município, que não possuía um projeto específico de

educação permanente para o pessoal da Saúde, mas sim cursos que abrangiam melhor funcionamento da máquina administrativa como um todo.

O Pólo de Saúde da Família da UFJF, apesar de possuir ações na formação (especialização e residência na Saúde da Família para os profissionais inseridos nas equipes) e educação permanente com temáticas voltadas para as práticas dos profissionais, não conseguiu garantir a todos esses processos, porque a expansão das equipes foi rápida e a sua função era atender aos 352 municípios da área de abrangência do Pólo.

Na opinião do médico, enfermeira e da assistente social da equipe Quartzos, o CI complementou o conhecimento e justificam dizendo que haviam realizado especialização na Saúde da Família.

[...] ele complementa, mas estava precisando muito dele, é como se faltasse algo (enf., equipe Quartzos).

O Curso Introdutório, eu não considero que seja etapa inicial, você complementa e não complementa com muita coisa não (méd, equipe Quartzos).

[...] eu acho que para o desenvolvimento do trabalho, ele é importante, ele complementa (a. social, equipe Quartzos).

Atualmente solicitam a educação permanente para a equipe e citam como uma das falhas da equipe central o seu não desenvolvimento. Sentem-se desmotivados e reclamam da forma como foram realizados alguns cursos com verbas de outros projetos captados pela Prefeitura, promovidos pela Escola de Governo, por categoria profissional. Nem sempre o que é viabilizado de processo educativo para os profissionais das equipes de SF pelo nível central (cursos, seminários, oficinas, etc) são as necessidades apontadas pelos servidores do seu processo de trabalho. A assistente social da equipe Quartzos relata que os cursos viabilizados não estão adequados às necessidades, nem às formas de trabalho, com metodologias impróprias. Demonstra a distância posta entre o nível central e local, ou seja, de onde se pensa para o lugar que se executa, reforçando a presença do modelo taylorista de produção. Dessa forma, são cursos que não auxiliam na transformação da realidade e nem interferem no processo de trabalho.

Tanto as metas quantitativas quanto as qualitativas previstas para a expansão do PSF no Brasil não foram alcançadas. A justificativa encontra-se no processo rápido de implantação das equipes. As metas qualitativas e os objetivos variaram de acordo com o desenho do TI que cada Pólo criou. Na opinião dos entrevistados, houve consenso, conforme demonstram as falas a seguir:

Não. Nem todas as equipes tiveram acesso ao TI. A implantação cresceu e continua crescendo e a questão da capacitação não acompanha nem quantitativamente e nem qualitativamente. Quem teve acesso teve que tipo de Introdutório? Com que conteúdo? Com que metodologia? (F1).

Metas físicas e quantitativas não foram cumpridas. Norte do país necessitou de apoio das instituições do sul e sudeste, devido às dificuldades inerentes à região (F2).

Metas propostas no projeto sim, mas metas de equipes implantadas na área de abrangência não (velocidade de implantação) (IR).

Juiz de Fora, as metas quantitativas sim. Na minha opinião, a qualidade do CI foi muito bom, porém o resultado foi de forma heterogênea, porque variou conforme a equipe (EM1).

A justificativa para o não alcance da meta qualitativa do TI relatada por F3 difere dos demais pela amplitude da meta esperada.

É dúvida. Em parte as metas quantitativas. Meta qualitativa: mudar o desenho de atenção organizativa da atenção, não se consumou. A insuficiência não é do curso, mas a própria proposta de curso e da implantação da estratégia do SF (F3).

Nos TIs pesquisados e na orientação básica encontrada nos documentos (BRASIL, 1996, 1998, 2000b), não se verificou que tinham como objetivo a mudança na atenção organizativa, isso era um objetivo da SF. Não se transformam práticas somente com uma ação educativa. O objetivo era informar, discutir uma nova política de saúde, para iniciar o trabalho das equipes.

Os objetivos específicos variaram de acordo com cada TI, mas a opinião dos formuladores de política F1 e F2 é de que os TIs, de forma geral, cumpriram os objetivos de introduzir, orientar as equipes sobre a proposta básica. Para o IE, os objetivos foram cumpridos dentro do previsto. Na opinião de IR e dos EM, que estavam envolvidos diretamente com o CI de Juiz de Fora, os objetivos foram cumpridos.

O CI do Pólo alcançou os objetivos, é uma capacitação compacta que utiliza uma metodologia que leva as equipes a refletirem a sua realidade e a compreenderem as mudanças tanto conceitual, como a instrumentalização das equipes, com ferramentas para o trabalho em SF (IR).

Os sujeitos entrevistados relacionaram alguns fatores que facilitaram o cumprimento das metas e dos objetivos dos TIs .

Para F1 e F2, estes fatores são:

- contexto político favorável à implantação de um novo modelo assistencial;

- no contexto institucional, a criação de um Departamento de Atenção Básica, deixando de ser coordenadoria;
- o financiamento do ponto de vista gerencial e administrativo;
- a criação da coordenação de qualificação que alavancou os Pólos e os TIs;
- as parcerias dos Pólos com as instituições de ensino superior (IES).

Havia, portanto, solo fértil para o desenvolvimento da política, que, segundo Goulart (2002), é um dos fatores a serem considerados para a implantação e implementação de propostas políticas.

Já o implementador estadual relata que tais fatores foram:

- as parcerias com as universidades,
- o financiamento para os TIs;
- a participação dos COSEMS em Minas Gerais, incentivando os municípios a liberarem os profissionais para se capacitarem.

O fator financiamento do MS para a capacitação dos profissionais foi decisivo para a implantação, porque os municípios não possuíam verbas designadas para o desenvolvimento de pessoal. A maioria dos municípios não possui profissionais qualificados para capacitar as equipes.

Para o implementador regional (IR) as facilidades foram:

- a formação de multiplicadores do CI para atender mais à demanda do Pólo;
- a construção da proposta do CI do Pólo de forma democrática e participativa entre profissionais do ensino, serviço (regionais e municipais), aproximando profissionais das instituições envolvidas;
- o entendimento de que o CI não atendia a todas as necessidades e nem respondia a todas as demandas de educação em serviço, mas que cumpria o papel de iniciar a organização do processo de trabalho das equipes.

Esse entendimento fazia com que todos os envolvidos percebessem a necessidade do processo de educação permanente.

Para o executor municipal (IM2), é um fator facilitador:

- quando existe entendimento do gestor e coordenador municipal das leis do SUS e do que é preconizado pela SF, tornando mais fácil entender a importância não só de capacitá-los no CI, mas também de mantê-los em educação continuada e permanente.

Os fatores relacionados pelos entrevistados como dificultadores do cumprimento dos objetivos e metas coincidem grande parte com os obstáculos já amplamente divulgados na literatura sobre as experiências da Saúde da Família e sistematizados por Mendes (2002). São eles:

A rotatividade foi o item mais citado por esses sujeitos entrevistados da pesquisa. Para aqueles dos níveis federal e estadual, a rotatividade é secundária quando o profissional permanece na SF, porém, se muda de área de atuação, é perda de investimento financeiro e para a SF. Na opinião de IR, é problema porque o município continua pedindo capacitação das equipes, principalmente em municípios menores. Quando muda a gestão, às vezes, muda toda a equipe. Essa impermanência do profissional em municípios menores traz problemas para o desenvolvimento da SF nesses locais, porque envolve questões políticas, financeiras, educacionais, de recursos de saúde que o município menor, às vezes, não possui.

A expansão rápida das equipes foi vista como dificultador para o nível federal estadual e regional, porque os processos de capacitação não acompanhavam a velocidade de implantação das equipes. Conforme cita F1:

Várias equipes se diziam da SF, mas muitas delas não exerciam a proposta. Não por culpa dos profissionais, porque achavam que estavam fazendo o melhor, e estavam. Porém, não haviam passado pelo TI.

O financiamento relatado por F1 e F2 se refere à disponibilização de recursos financeiros para capacitação dos profissionais que era pequena, insuficiente e irregular. Não se conseguiu uma política de financiamento adequada, que não garantisse somente os TIs, mas a educação permanente e de formação das equipes. Houve também dificuldade em alguns Pólos de cumprir com o desenvolvimento da proposta das ações delineadas e da financeira, por falta de pessoal capacitado para desenvolver essas ações. O que ratifica a opinião da pesquisadora quando defende que o município tem que assumir a responsabilidade e a função do processo de formação e desenvolvimento de seu pessoal.

As políticas referidas são citadas pelos executores municipais e o implementador regional. Especificamente em Juiz de Fora, em virtude da mudança política no contexto municipal e de gestão na saúde, praticamente a cada dois anos e conseqüentemente da coordenação da SF, também, promoveu a descontinuidade da proposta. A falta de entendimento do gestor e do coordenador quanto à necessidade de capacitação das equipes, associada à falta de política de recursos humanos municipais, prejudicou as equipes a colocarem em prática o que haviam discutido no CI.

Na visão do implementador regional, alguns gestores que implantavam equipes, mas não entendiam a proposta da Saúde da Família e da proposta que trazia de organização de serviço, não percebiam a mudança da lógica da atenção na prática, o que deturpava o desenvolvimento da estratégia. Havia implantação das equipes, mas sem modificação da realidade. Outra dificuldade também associada a essa falta de entendimento, era relativa à liberação de profissionais para participarem dos TIs, em alguns municípios e de gestores que não investiam em capacitação das equipes, ficando só no TI promovido pelo Pólo.

Os Pólos: as dificuldades citadas pelos sujeitos do nível federal (F1 e F2) se referem desde à estrutura dos Pólos até a equipe de composição das mesmas. Os Pólos foram implantados em realidades e momentos diferentes, atrasando o processo de capacitação dos profissionais em alguns estados. Seus planos, estruturas, metas e as necessidades de apoio se divergiam. A região norte do país, que teve imensa dificuldade de implantação de Pólos, é um exemplo. Em determinados Pólos, os convênios estabelecidos possuíam amarrações que dificultavam tanto os gastos referentes ao projeto, como no pagamento de pessoal das instituições parceiras.

Pólos localizados em núcleos fechados nas instituições de ensino não abriram a participação de outros departamentos em virtude do financiamento, dificultando o fortalecimento dos Pólos. Outra dificuldade observada pelo nível federal era que a maioria dos profissionais agregados aos Pólos era da academia e não tinha experiência no serviço, colocando em risco o perfil do TI (conteúdos), que às vezes não atingia a realidade e nem a necessidade local das equipes.

A outra dificuldade é relativa aos **Treinamentos Introdutórios**. Para os profissionais do nível federal (F1 e F2), a preocupação era: quem teve acesso aos TIs teve com que qualidade? Sabiam de alguns treinamentos que não atingiam o objetivo, estavam fora da realidade da SF. Não houve consenso para se construir programação básica para efeito de multiplicação do TI, poderia ter passado a noção de engessamento, que todos os locais deveriam seguir o mesmo sistematizado pelo MS. Mas a preocupação de se criar um treinamento não era para engessar e sim dar apoio para os locais que não haviam criado o seu treinamento.

Para o IR, a dificuldade enfrentada foi relativa à metodologia adotada no CI do Pólo da UFJF (problematização), que necessitava de preparo dos facilitadores em capacitação pedagógica. Muitos profissionais não possuíam experiência com o ensino, isso dificultou, mas não inviabilizou, demorou mais o processo de formação desses profissionais, pois o objetivo era descentralizar os CIs para ampliar a cobertura, sem perder a qualidade. A metodologia do CI, na opinião de quem o realizou, foi o diferencial.

Procurou-se verificar junto aos sujeitos (do nível federal, estadual, regional e municipal) se os treinamentos deveriam continuar sendo realizados. Dos sete entrevistados, seis achavam que deveria continuar, pois são caracterizados como o primeiro contato das equipes com a proposta da Estratégia e os profissionais ainda não saem das universidades preparados para atuar no modelo preconizado pela estratégia. “Não importa o termo que se utilizará para o processo educativo de inserção das equipes na SF, mas tem de ter” (F1). Os sujeitos da pesquisa reafirmam que o CI é processo inicial da capacitação das equipes, conforme sugerido pelo MS (2000a).

No relato de F1, encontra-se a justificativa para a continuidade de levar às equipes informações sobre a proposta da SF, devido ao contexto ainda vivenciado no país, de desarticulação e falta de integração entre ensino e serviço para a atuação de profissionais de saúde no modelo assistencial contra-hegemônico. O despreparo dos profissionais ainda é visível e crítico (SOUZA, 2002; FEUERWERKER et al, 2002; PIERANTONI, 2000).

Alguma coisa precisa ter. Acho que a realidade não mudou muito. Por que a realidade não mudou? Você continua tendo expansão do Saúde da Família e continua incorporando os mesmos profissionais. Os profissionais que estão saindo de uma formação que é a mesma. Não teve tempo ainda do país de ter mudança na formação, então, o profissional que está entrando no sistema, seja do Saúde da Família ou para a rede tradicional, é o mesmo (F1).

Assim, a fala de F1 leva a refletir a forma como a nova política de Educação Permanente de Saúde, adotada no país a partir de 2004, foi implantada. Não se questiona a qualidade da proposta política, porque tem como eixo a educação permanente, que é a política que já vinha se defendendo desde a implantação da Saúde da Família, porém com estratégias e formas diferenciadas de intervenção no ensino e no serviço. Ambas as propostas defendem a consolidação do SUS e de seus princípios norteadores.

A política de Educação Permanente em Saúde implantada interrompeu as atividades que vinham sendo desenvolvidas pelos Pólos de Saúde da Família, entre elas, o TI. Segundo Ceccim (2005), a opção pela interrupção acabava com a compra de serviços educacionais que havia nos Pólos, que não promoviam as mudanças necessárias no serviço e nem no ensino. Os treinamentos eram pontuais e fragmentários e sobrepunham a técnica aos trabalhos coletivos.

A interrupção da política, iniciada através dos Pólos da Saúde da Família, desde 2003, inviabilizou a capacitação em Juiz de Fora de 41% das equipes implantadas. Isso quer dizer 390 profissionais inseridos no trabalho da Saúde da Família sem o entendimento

da proposta da estratégia de reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica. Perde a Saúde da Família e, conseqüentemente, a consolidação do SUS/JF. Até a presente data, o Pólo de Educação Permanente da Macrorregião de Juiz de Fora não havia viabilizado nenhuma atividade educativa para as equipes. Isso reforça a crítica que vem se fazendo aos gestores quanto à política de Pólos. Os gestores não implementam políticas de recursos humanos para os municípios, deixando a cargo desses “dispositivos”⁴⁰.

A fala de F2, formulador da política de saúde do governo do período de 2003-2005, foi preocupante, pois não sabia o que estava sendo proposto na nova política relativa aos profissionais que estavam sendo inseridos na estratégia. Se os profissionais do MS, condutores e formuladores da proposta, não possuíam o entendimento, não era de se esperar que o município entendesse e a nova política.

Eu não vi nada em contrário até agora. Eu não sei o que os Pólos de Educação Permanente estão propondo em relação ao Introdutório, ou que nome será dado. Agora, tem que ser feita alguma coisa com esses profissionais no momento que eles começam a trabalhar num âmbito do Saúde da Família, não tenho dúvida nenhuma. Se o nome é Introdutório, se a carga horária será a mesma, eu não sei, mas que é necessário um processo de introdução no Saúde da Família, isso é claro (F2).

A menção que faz F2 em relação ao nome que se dará para a capacitação inicial sugere as críticas relativas ao nome Treinamento Introdutório, como F3 relata. Treinar faz alusão ao adestramento, mecanização da forma de ensinar, características da forma tradicional de ensino utilizadas nas pedagogias de condicionamento e da transmissão.

[...] não estamos falando de adestrar como a palavra treinamento supõe, profissionais da assistência para que eles atendam de um modo diferente (F3).

Para F3, não há sentido a continuidade dos TIs, uma vez que não transforma a organização da atenção. Para mudança e organização do modelo assistencial, existe a necessidade de que o sistema se organize por inteiro.

Eu não posso dizer que o Treinamento Introdutório é uma melhor idéia não. Eu posso qualificar práticas, mais eu não qualifico ou não transformo a organização da atenção, então, nesse sentido, o Treinamento Introdutório não faz sentido de que ele continue, de que ele seja a estratégia não (F3).

⁴⁰ Dispositivo: termo empregado na nova política para designar os Pólos de Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005)

Ao contrário do que diz F3, o TI não tinha como objetivo específico a organização da atenção, mas sim iniciar a organização das práticas de trabalho da equipe (BRASIL, 2000a). Nos dez anos da Saúde da Família, verifica-se que essa transformação ocorreu em municípios que souberam implementar a proposta com criatividade; empreendedorismo; responsabilidade social e pública; substrato ideológico às noções de cidadania, direitos coletivos; parcerias; visão político-sanitária; sustentabilidade: financeira, das estruturas e dos processos; qualificação das equipes; boas práticas político-administrativas, entre outros (GOULART, 2002).

6.1.1 O TI como mobilizador de mudanças no ensino

Para o desenvolvimento dos TIs, os Pólos contaram com as IES tanto na elaboração, quanto na execução dos mesmos. Os TIs agregaram um número considerável de docentes das universidades e de faculdades para a capacitação dos profissionais das equipes, o que causou um movimento dentro das IESs, que, se não foram indutores de alguma mudança, pelo menos levaram o conhecimento de que nos serviços uma nova política estava sendo desenvolvida e que caberia às IESs, formadoras de recursos humanos, analisar a importância da participação nesse processo de mudança.

Conforme já citado, esses movimentos nas IESs se deram em grau e intensidade diferentes, dependiam também da forma como os Pólos se articulavam com as IESs e qual a relação que era estabelecida com as pessoas que faziam aquela instituição. Não se possuem resultados divulgados, mas a pesquisa procurou nos relatos dos sujeitos que vivenciaram e, de alguma forma, foram responsáveis pelo processo de implantação das políticas de saúde, pela verificação da repercussão percebida no âmbito da atuação deles.

Para F1, o TI cumpriu com o seu papel naquele contexto, porque não se tinha envolvimento das escolas com o serviço para capacitações dos profissionais. Portanto, ele era um “chamativo” para que as IESs se organizassem junto com o serviço para um grande desafio que era a capacitação dos profissionais, inicialmente com os TIs. Dessa forma, levou para dentro das escolas o problema: como capacitar milhares de profissionais inseridos nos serviços? A aproximação com o serviço foi necessária para o desenvolvimento do projeto, talvez sendo uma das poucas coisas concretas realizadas entre o ensino e serviço. Cita-se que “algumas experiências foram boas e sólidas como a do Pólo de Juiz de Fora” (F1). Relata também que o TI foi polêmico:

Ele cumpriu e provocou uma discussão, uma movimentação, em alguns locais, deu liga; em outros, deu discórdia; outros, conseguiu juntar; outros não conseguiu juntar nunca [...] Acho que são iniciativas assim, que, se olhar no mapa, dirão assim é pequeno, não atingiu a necessidade do Saúde da Família, era muito maior, mas, plantou uma semente. E, para mim, o Introdutório ele cumpriu seu objetivo nesse sentido (F1).

Para F2, o TI foi um “chamamento” dos profissionais e das universidades para participarem da capacitação. Relata sua experiência no estado da aproximação sucessiva dos docentes com a Saúde da Família. Docentes que foram participar de TI discutindo algum tema, que foram conhecer os serviços e que, posteriormente, foram os professores dos cursos de especialização e residência da Saúde da Família.

Isso foi muito legal, de fato, a partir do Introdutório eles tiveram essa primeira aproximação com o Saúde da Família, e isso abriu corações e mentes (F2).

Para o F3, os treinamentos não promoveram repercussões no ensino, porque a Saúde da Família não visualizava o sistema como um todo.

O TI não tinha prestígio como conversão do paradigma organizativo da atenção. Ele agregou pessoas para ministrarem aulas e aí supostamente adestrar profissionais para uma outra prática [...] a Estratégia de Saúde da Família deve escapar da noção de TI para poder ser pensada como diretriz para o conjunto de sistema de saúde, a noção de escuta sensível e qualificada deve ter em todos os serviços de atenção (F3).

O TI não tinha objetivo como conversão de paradigma organizativo da atenção, a SF sim e não o conseguiu fazer em todos os municípios onde foi implantada. Ele é um processo específico de capacitação de curto prazo, que inaugura o necessário processo de educação permanente dos profissionais, para introduzi-los nos seus trabalhos, visando instrumentalizar as equipes na organização inicial do processo de trabalho (BRASIL, 2000a).

Para a IE, as mudanças percebidas foram pontuais em algumas escolas. Citou como exemplo a UFJF, nas Faculdades de Medicina e Enfermagem, que possuem disciplinas que incorporam a discussão da Saúde da Família na graduação. A especialização e a residência na pós graduação atendendo tanto aos profissionais que já estão inseridos nos serviços quanto aos futuros profissionais que integrarão a rede.

Algumas universidades incorporaram alguma coisa, mas não para fazer a mudança na formação ainda. Porque a formação não se faz apenas colocando um conteúdo de um determinado assunto na grade curricular. A transformação acontece quando os professores começam a pensar numa nova maneira de ensinar, de fazer saúde, e isso demora, mas a gente está caminhando para isso (IE).

O CI do Pólo de Saúde da Família da UFJF desenvolveu várias atividades em parceria com a UFJF na visão da IR. O Pólo contou com professores da Faculdade de Enfermagem e de Medicina para realizar os TIs na área de abrangência. Dessa experiência, resultou a discussão do SF nas disciplinas, práticas e estágios nas UBSs da SF. O oferecimento do CI para os alunos dos últimos períodos da graduação dos cursos da área de saúde foi válido, porque, segundo IR, às vezes, o primeiro emprego desses alunos era na SF. Devido à grande procura pelos alunos pelos CIs, iniciou-se a discussão em ofertar como atividade curricular, mas não foi viabilizado. As demais ações na pós-graduação foram atividades que levaram para o interior dos departamentos a discussão das disciplinas a serem desenvolvidas.

Para EM 1, o movimento de mudança se relaciona ao estágio nas UBSs que recebe alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem. Nas UBSs, os alunos puderam verificar “in loco” o funcionamento e a forma diferenciada de trabalhar. Reforça: “em unidades que realmente trabalham de acordo com a proposta da estratégia” (EM1). Dessa forma, oportuniza a reflexão e a comparação com demais serviços onde estagiam, levando essa reflexão para a faculdade.

Pode-se inferir que o serviço, cenário de prática com todas as insuficiências já referidas pelas equipes, limita a contribuição para a formação dos alunos e futuros profissionais de saúde. Se não estiver sendo acompanhado e refletido, o eixo do trabalho pelos docentes e equipe com os alunos, as dificuldades e insuficiências estarão formando profissionais a reproduzirem o modelo assistencial tradicional pelo menos nas equipes Cristal e Quartzo, pois é o que estão vivenciando. Ainda não existe integração efetiva entre o ensino (UFJF e faculdades e escolas particulares), com o serviço (utilizam a rede do SUS como campo de prática), visto que, em nenhum momento, é mencionada pelos profissionais a presença do ensino nas UBSs.

Mas, pode-se inferir também, que o TI contribuiu com o movimento em JF pela procura das UBSs/SF como campo de prática. Observou-se maior presença da UFJF nas discussões de como viabilizar a aprendizagem dos alunos nos contextos dos serviços diante das limitações.

6.2 As repercussões da Saúde da Família no ensino e no serviço

É inegável que houve repercussões importantes no sistema de saúde a partir da implantação da SF sobre os indicadores de saúde, influenciando a dinâmica da organização dos serviços onde a proposta estava implantada (MENDES, 2002; FEUERWERKER et al, 2002; SOUZA et al, 2002; GOULART, 2002). Essas repercussões não ocorreram de forma linear e nem com a mesma intensidade em todos os municípios.

A perspectiva da SF no ensino era que ocorresse com a implantação da política nos serviços um movimento que promovesse no ensino a reflexão e a indução de mudanças necessárias à formação, atendendo às necessidades do SUS, tendo como articulador desse processo os Pólos. De antemão, sabia-se da complexidade desse processo nas escolas, porque implicava transformações não só de conteúdos e práticas, mas de relações entre ensino e serviço, de valores, de ideologias, de cultura que estão presentes nas instituições e com as pessoas que fazem as instituições. Portanto, esse processo é lento e burocrático.

Para IR, a maior repercussão no serviço foi ter levado o entendimento dos desafios da mudança a gestores, profissionais de saúde e população, procurando implantar a estratégia numa outra lógica de assistência, que incorpora a prevenção e promoção da saúde, com co-responsabilidade e participação da comunidade, que são os princípios da APS. Essa mudança foi complexa e exigiu a formação de profissionais, solicitando mudanças e apoio na formação.

A criação dos Pólos foi outra repercussão importante no serviço, porque traziam a proposta de capacitação, de formação e de educação permanente para os profissionais inseridos nos serviços, com recursos financeiros para o seu desenvolvimento. Naquele contexto de implantação, o financiamento para o desenvolvimento de pessoal foi um fator que facilitou a implantação da SF nos municípios.

Para F1 e EM2, a estratégia levou uma maior satisfação da comunidade com a modificação do trabalho implantado, que passou a ver o indivíduo de forma integral. A criação do vínculo e da responsabilização da equipe com os problemas e necessidades da população aproximou-os, promovendo maior humanização no atendimento.

A SF mexe com a organização do serviço, a partir do momento em que são implantadas as diretrizes operacionais (adscrição, territorialização, responsabilização sanitária, vínculo) e a equipe passa a trabalhar de acordo com os objetivos da estratégia, melhorando a resolutividade. Um dos exemplos citados por F1 foi que houve modificações até quanto à estrutura física das UBSs:

Eu não tenho nenhuma dúvida de que o Saúde da Família mexe com a organização do serviço. Verificamos mudanças na infraestrutura das UBS com a criação de consultórios de enfermagem, salas para se realizarem práticas educativas (F1).

Para F2, foram várias as repercussões do SF no serviço: aumento do mercado de trabalho para todos da equipe, com a incorporação de um outro ator na equipe que foi o agente comunitário, que aprofundou o vínculo e o conhecimento com as comunidades. IE também concorda que a maior repercussão do SF foi no mercado de trabalho para os profissionais das equipes “a Saúde da Família foi a porta de emprego para os profissionais das equipes” (IE).

Relatam que a partir do aumento das equipes, houve visibilidade da precarização de relações de trabalho no SUS, abrindo espaço para discussões dessa precarização (F2 e IE). A SF agudizou o processo que vinha crescendo desde a implantação do SUS, diante do processo de municipalização da saúde. Influenciou no aumento da remuneração principalmente do enfermeiro. Segundo F2, o salário de um enfermeiro que trabalha em hospital, no geral, é menor que o de um enfermeiro de SF. A remuneração diferenciada para os trabalhadores que compõem a equipe permitiu maior compromisso com o trabalho em determinados municípios, mas promoveu um rodízio intenso nos profissionais de nível superior à procura de maiores salários e condições de trabalho.

Interiorizou médico em municípios distantes e pequenos dos grandes centros urbanos e utilizou como uma das estratégias para permanência desse profissional o PITS⁴¹. Aumento do financiamento em atenção básica em função da Saúde da Família, através dos incentivos criados na NOB/96.

Outra repercussão para F2 foi a noção da adscrição, territorialização e responsabilização das equipes, que conduziu e aprofundou o comprometimento, exigindo competências dos trabalhadores relativas ao planejamento a partir do diagnóstico de saúde envolvendo a gestão municipal

Promoveu a discussão da intersetorialidade envolvendo os três níveis de gestão (F2) porque traz a lógica do modelo da vigilância à saúde, sendo necessário definir responsabilidades e competências nas três esferas de governo para o desenvolvimento da proposta. O objetivo era reordenamento do modelo assistencial.

⁴¹ PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde criado pelo MS para ampliar o acesso aos serviços de saúde para as populações mais desassistidas, implantando a SF nos municípios cujos indicadores de qualidade de saúde são bastante críticos.

Promoveu também a aproximação dos profissionais com a comunidade, contrário ao que se preconizava nas escolas, “não se envolva” (F2), que justificava o modelo assistencial de saúde individual, centrado na doença. A função dos profissionais da saúde era resolver o problema da doença de acordo com os seus conhecimentos técnicos adquiridos na formação, o que limitava a participação dos profissionais.

Para EM 2, a repercussão da SF foi o aumento da cobertura na Atenção Básica, houve a abertura de novas UBSs e aumento do número de profissionais, cobrindo área de vazios sanitários e promovendo maior acesso da população nesse nível de atenção em Juiz de Fora.

F1 termina sua fala sobre as repercussões da SF fazendo uma crítica, dizendo que não é justo cobrar resultados e impactos das equipes que não possuem mínimas condições relativas à infraestrutura, à tecnologia, à organização de um sistema e à qualificação profissional, para o funcionamento das mesmas.

Acho que é um outro desafio grande da gente, as equipes de saúde funcionando sem o mínimo de capacitação necessária e estruturas físicas que não dão a menor condição para a equipe funcionar em termo de resolutividade. Que você não tenha o grau de incorporação tecnológico mínimo necessário para que a equipe desenvolva o seu trabalho adequadamente. A gente não pode querer impacto disso [...] Estamos longe do ideal, nós temos pouquíssimas avaliações consistentes para pegar município onde se tenha uma boa cobertura do Saúde da Família, se isso alterou realmente a lógica de trabalho, se isso alterou os fluxos, se alterou a questão da resolutividade, se alterou as relações de trabalho entre os profissionais e a comunidade. Tem pouco estudo que demonstra isso, mas, na questão da observação da vivência, se vê muito isso a nível de satisfação das pessoas que modificam o trabalho que foi implantado. A avaliação continua sendo uma das áreas onde a gente conseguiu avançar pouco, em geral, não só na Saúde da Família, mas no SUS como um todo que tem uma série de tentativas importantes para isso (F1).

Essa fala coaduna com as considerações traçadas ao iniciar essa análise, cabe a cada município delinear, desenhar, a sua proposta da SF, porém a gestão municipal deve abarcar o seu projeto elaborado, definindo suas possibilidades e limites, provendo o município de uma base sustentável para desenvolvimento da estratégia.

As repercussões da SF, no ensino, segundo os formuladores, implementadores e executores das políticas de saúde, provêm de opiniões no plano da vivência, das observações e das experiências relatadas em eventos da área.

Para F3, a repercussão foi mínima no ensino e na estrutura universitária. Justifica a sua opinião dizendo que os profissionais, os professores, os pesquisadores que mais se

envolveram com a estratégia eram os que já tinham essa orientação de pensamento, os que já trabalhavam com essa lógica, os que já se organizavam nos departamentos de Saúde Pública ou de Saúde Coletiva e eventualmente os professores da pediatria ou mesmo da ginecologia. Reconhece que, para promover mudanças na formação, é necessário o envolvimento de todos e de uma discussão mais ampla, inclusive do lugar social que a universidade ocupa.

Os demais entrevistados relatam que houve alguma repercussão, mas que foi pontual e que dependia das inserções e dos relacionamentos estabelecidos entre os Pólos e as IESs. Relatam, também, que essas repercussões foram aquém do esperado e do necessário para se promover a reorganização do modelo assistencial como prevê a SF.

Não dá para negar que o Saúde da Família tem algum efeito, é claro que muito pequeno diante do que se faz necessário nesse país (F1).

Para o IE, a repercussão da SF no ensino foi maior nas participações dos docentes nos TIs, especializações e residência. Relata que, para haver repercussões maiores na mudança na formação, é imprescindível o envolvimento do Ministério da Educação. Enquanto o ensino estiver em descompasso com a política de saúde, os serviços terão que continuar a desenvolver processos educativos como forma de adequá-los às políticas de saúde.

As SMSs têm que entender e contribuir para a formação dos futuros profissionais de saúde e o ensino tem que entender o papel dele de auxiliar na organização dos serviços (IE).

Os serviços, por sua vez, têm que compreender a sua atribuição no processo de formação dos futuros profissionais estabelecida na Lei 8080/90, de ordenar a formação para o SUS. IR relata que as novas diretrizes curriculares da área da saúde (2001) atendem aos princípios da SF e do SUS, o que vê como um grande auxílio na implementação e na consolidação da estratégia e do SUS. A participação dos professores nos cursos (CI, especialização e residência), vivenciando os problemas das equipes, levou as discussões para dentro da graduação, na qual se discutia a teoria e a prática utilizando-se dos problemas reais. Isso colaborou para os cursos de graduação que estavam em processo de reforma curricular. O Pólo da UFJF participou através de algumas ações desenvolvidas na reforma curricular de cursos na UFJF. Outra repercussão importante foi a incorporação na disciplina de Saúde Pública e Saúde Coletiva da SF e SUS, nos cursos de Medicina,

Enfermagem e Farmácia. Promoveu a discussão da temática da SF em outras disciplinas, as quais os professores que participavam dos cursos ministravam. A implantação do curso de especialização e residência avançou na produção de conhecimentos científicos da área não só na pós, mas também na graduação.

Para EM 2, a vantagem foi a experiência com os estágios de alunos nas UBSs, levando-os a vivenciar a estratégia; posteriormente observou que alguns se transformaram em profissionais da SF. Enquanto esteve na coordenação da SF municipal, participou e acompanhou as mudanças do currículo da Medicina, articulando uma aproximação do ensino com o serviço.

EM 1 disse que as repercussões dependiam do grau de comprometimento e da identificação com a proposta dos docentes. Acredita que, se houvesse maior inteiração entre ensino-serviço, haveria contribuição para ambas as partes. Em sua opinião, a universidade tem que se aproximar da comunidade conforme sugerem as diretrizes curriculares e “a SF é a porta” (EM 2). Relata que o CI fez a interface entre o ensino e o serviço.

Não basta só encaminhar os alunos às UBSs, tem que existir o compromisso com a proposta e responsabilidade (EM 2).

6.3 A política nacional de educação permanente em saúde em foco

A política de Educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento de pessoal devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Para viabilizar a proposta, cria os Pólos de Educação Permanente de forma descentralizada e de base locoregional com o objetivo de disseminar a capacidade pedagógica de viabilização da política. A finalidade dos Pólos é a educação dos profissionais entendida como ação finalística e não meio, como o sistema há muitos anos assim o pensava, tornando a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (BRASIL, 2005).

A política tem no seu eixo o processo de trabalho que, na sua execução, envolve trabalhadores, gestores e população com áreas e saberes específicos e necessários ao fortalecimento do SUS. Entende a educação na concepção construtivista e utiliza dela a tecnologia do ensino-aprendizagem para o desenvolvimento das ações.

A nova política de Educação Permanente em Saúde do MS ainda era muito incipiente no período de realização das entrevistas (nove meses), percebeu-se que não havia um entendimento conciso entre os formuladores, implementadores e executores. As exceções ficaram com F3, que acompanhava a implantação da política no país, e IR, que auxiliou na discussão inicial da conformação dos novos Pólos em Minas Gerais. Observou-se total desinformação no âmbito municipal, conforme os relatos dos executores municipais.

Esse último ano ou esses últimos 12 meses, nós estamos passando até por uma fase de transição, eu não tenho tido muito contato com essa política de Educação Permanente. Eu particularmente, não posso opinar porque não tive um contato mais direto (EM1).

A gente ainda não a vivenciou na prática, a gente tem visto na teoria, então, a gente precisa vivenciar na prática, se a gente sentir na prática, aí dá para dar um depoimento melhor sobre isso (EM2).

Essas informações colhidas do nível municipal justificam a preocupação de F1 quando relata:

Eu conheço pouco, acho que não tenho acompanhado tão de perto a discussão para poder fazer um julgamento, eu acho que tem um movimento de formulação que me parece bastante importante, bastante sério, mas eu acho que a velocidade de operacionalização disso não está sendo compatível com a priorização que é colocada para o Saúde da Família. O que se vê nesses anos, nesses últimos anos, é um descompasso muito grande entre os trabalhos das equipes e a oferta de capacitação. Já faz um tempo, quase dois anos dessa gestão, que se discute implantação dos novos Pólos de Educação Permanente, mas quantos Pólos estão em funcionamento? (F1).

Resgata-se, novamente, a falta de continuidade das políticas não só da saúde como num todo, quanto das mudanças de gestão seja federal, estadual, regional ou municipal. As mudanças são vistas de forma salutar e democrática, quando levam à transformação da sociedade para melhor. O que não pode acontecer é a falta de transição mínima para a adaptação às mudanças. Além da descontinuidade de uma política para a outra, que já é comprometedor, existe todo um processo de entendimento, convencimento, para se operacionalizar a implantação de uma nova política. Só para, posteriormente, chegar no âmbito dos serviços, onde as pessoas operam a política, no caso as equipes de saúde. Isso exige tempo.

Para F2, a política de educação permanente em saúde designada a todo o sistema é absolutamente necessária e tem enormes desafios a serem vencidos. Um dos desafios é

com a resolutividade da equipe, portanto deve partir das necessidades das equipes, respeitando as diversidades. Esse é um dos primeiros passos para que se cumpra com o princípio da integralidade da assistência, portanto, terá que vencer a barreira da formação dos profissionais de saúde que é deficiente na abordagem da clínica ampliada (CAMPOS, 2005). F2 reforça que, afinal, a população quer saúde, portanto o serviço necessita que o profissional saiba cuidar da doença, mas saiba favorecer e promover a saúde.

Se a gente não abordar as questões da clínica ampliada, mesmo, da resolutividade, como que a gente aumenta essa resolutividade do Saúde da Família, a gente dificilmente também vai mudar as práticas e o processo de trabalho dessa equipe. A aposta na Educação Permanente ela tem que ser de uma maneira fortemente perseguida e, dentro da Educação Permanente, a discussão da clínica (F2).

Como a educação permanente partirá das necessidades do processo de trabalho das equipes, discutidas entre os sujeitos coletivos do sistema locoregional, através de pleno processo democrático, aproximando das reais necessidades e das diferenças regionais, espera-se que o financiamento esteja sendo pensado para suprir as adversidades locais. À gestão cabe procurar meios de manter o estímulo entre os profissionais a estar, permanentemente, em busca de qualificação para melhor atuar no sistema. F2 faz uma reflexão importante relativa ao processo de formação,

A gente fez dentro do SUS a opção de fazer o Saúde da Família e eu já vi de tudo: reformar, deformar e conformar os profissionais para aquilo que a gente está querendo que seja a forma de organizar a Atenção Básica, de estruturar a Atenção Básica na Saúde. Acho que ao longo da vida profissional, a gente se conforma, conforma no sentido de se adaptar, de mudar aquilo que a gente quer fazer enquanto profissional, então, a gente tem que estudar, todo mundo. Não, porque a gente “deforma” os profissionais na unidade básica e depois a gente gasta um dinheirão para “reformá-los”. Gente, Educação Permanente é isso, a gente tem que ter dinheiro o tempo todo para estar investindo em recursos humanos e investir nas pessoas para que sejam bons profissionais. É uma conformação mesmo. Eu acho que vai do ser humano buscar o conhecimento, mas, aí volto a dizer, tem que ter uma gestão que possa estar induzindo para isso, porque a gente quer bons resultados no ponto de vista de indicadores, de satisfação da comunidade, da população que só quer saúde. Então, para ter saúde, a gente precisa criar mecanismos para que esses profissionais aprendam a cuidar da doença e favorecer, promover a saúde. É tentar todas as formas possíveis, até sinal de fumaça se for preciso (F2).

A gestão local não pode delegar a outrem a responsabilidade no processo de educação permanente das equipes do sistema como um todo, pois é, no contexto do município, que se vivenciam as dificuldades e facilidades de se implantarem as propostas

políticas traçadas e as estratégias de viabilizá-las. Além do mais, a política de educação permanente não se reduz a processos de capacitação, ela está vinculada a um processo de acompanhamento e supervisão das equipes em seus processos de trabalho, que gerará novas necessidades ou reforços.

Nesse caso, IR tem a preocupação de que as SESs e as SMSs não possuam estruturas para dar o suporte necessário às equipes. Tradicionalmente, as estruturas municipais e estaduais de recursos humanos trabalham com a administração de pessoal e não com o desenvolvimento de pessoal. Os municípios não devem ser utilizados apenas para levantarem as necessidades e delegando aos Pólos a responsabilidade do desenvolvimento de pessoal. Os municípios devem se estruturar e se organizar para desenvolver todo o processo de educação permanente, porque senão continuarão se desresponsabilizando pelo desenvolvimento de recursos humanos.

O relato de F2 traduz um pouco a forma de como se viam esses processos de capacitação no sistema. Totalmente desvinculados das necessidades do processo de trabalho das equipes e do ensino. Verificava-se que, no ensino, eram discutido de uma forma os conteúdos e, no serviço, a abordagem e a prática eram outras. Não se pode dizer que exista educação permanente, quando esta deforma e ou conforma pessoas (adaptá-las às formas de trabalho que se desejam). O trabalho não era colocado como eixo de análise para se implementá-la, não havia envolvimento de todos os sujeitos sociais desde o momento da identificação dessas necessidades. Pode ter havido sim, processos educativos isolados que podem reformar, conformar ou, às vezes, induzir processos de mudanças.

Na concepção da proposta de educação permanente, age-se para transformar a realidade num processo de ação-reflexão-ação. Na verdade, se existem processos que deformam e conformam, e sabe-se que existem, não podem ser considerados de educação permanente.

A preocupação quanto à forma de qualificar os profissionais, partindo da necessidade do trabalho, já vinha sendo discutida nos Pólos de Saúde da Família segundo IR. A proposta atual do MS de implantar a política de recursos humanos unindo todas as iniciativas de capacitação e iniciativas ligadas à formação e à educação permanente é um avanço. IR vê a dificuldade de colocar em prática, pela própria lógica de trabalho que existia, pois mexe com lógica e cultura cristalizadas, uma delas a dos programas. O MS vai ditar as diretrizes e princípios da política, as SESs e SMSs terão que redimensionar as estruturas, pois é no nível local que o trabalho acontece. Nesse caso, além de pessoal capacitado para implantar, acompanhar e supervisionar o desenvolvimento da política nas

equipes dos municípios, haverá a necessidade de financiamento para viabilizar as mudanças propostas. Vê a política de Educação Permanente como possibilidade para a consolidação do SUS, pois propõe a reestruturação das práticas e reorganização dos serviços pautadas na lógica da integralidade.

É uma política de mudança muito grande e só acredito que aconteça se estiver organizada a partir da ponta, dos serviços locais (IR).

Para a IE, a política de Educação Permanente está em processo de crescimento e de investimento do MS na política de capacitação dos profissionais da Atenção Básica, mas relata que isso não é suficiente para implementar as mudanças no sistema, porque acha que tem que haver o envolvimento efetivo do Ministério da Educação. O investimento em capacitação é muito grande e cada vez aumenta o número de profissionais despreparados para o mercado de trabalho. Os estados e municípios não têm como atender a essa demanda de capacitação trazida pelos profissionais que saíram das universidades.

A universidade tem que fazer uma formação mais adequada para que os profissionais possam trabalhar a nossa realidade. Isso seria um avanço e se teria um investimento mais direcionado e adequado para o serviço (IE).

Relata, também, que existe a necessidade de fazer toda uma política de mudança na formação da área de saúde, e só o MS nesse processo não mudaria o modelo flexneriano na formação dos profissionais.

A política de educação permanente, segundo F3, não tem alvo central na Atenção Básica, ela a prioriza porque é a rede mais distribuída no sistema e mais acessível ao conjunto da população. Está mais próxima dos locais de moradia e da organização da vida das pessoas. Relata que a Educação Permanente vai escutar todas as necessidades de informação do sistema de saúde para então detectar, configurar e definir quais as atividades de formação e para quem (gestão, ensino, controle social, trabalhadores). Para, então, caminhar de maneira coletiva em direção à mudança de orientação em direção à integralidade, trabalho em equipe para a consolidação do SUS.

Dessa forma, não se estará falando em adestrar pessoas para a assistência de forma diferente. É preciso que o sistema por inteiro se organize para que suas estratégias de gestão e atenção sejam de outro porte, de outra natureza, de outra intencionalidade (F3).

Como em qualquer processo de mudança, os desafios estão lançados e são muito grandes. Ainda não se atingiu a base que são os sistemas locais de saúde. Fazendo uma

comparação com as políticas de saúde traçadas para o país, dir-se-ia que a política das Ações Integradas de Saúde – AIS seriam os Pólos de Saúde da Família, quando se pensou em uma estratégia para se reorganizar o sistema de saúde, alguns conseguiram desenvolver bons projetos. O Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde – SUDS seria os atuais Pólos de Educação Permanente, descentraliza para mais próximo dos municípios uma política de desenvolvimento de recursos humanos, mas não produz o efeito esperado de descentralização para os municípios, que é a política de recursos humanos com financiamento específico para a área. Ainda não conseguiu sair do papel em Minas Gerais a política dos Pólos.

O SUS, apesar de ser a política nacional traçada que vislumbra a descentralização para o município, ainda não foi consolidado, pois necessita de investimento, estrutura e fortalecimento da estrutura municipal, que, bem se sabe, é diversificada e desqualificada para promover a mudança necessária, devido à necessidade da intersetorialidade, financiamento, descentralização de poder, infraestrutura física, pessoal qualificado para desenvolvê-lo, entendimento, envolvimento e comprometimento com os princípios do SUS. A política de desenvolvimento de pessoal também é dependente dos fatores acima referidos. Ao se pensar numa política de Recursos Humanos que fortaleça e consolide o SUS, essa tem que ter base nos municípios e tem que ser ascendente.

Aguardam-se, portanto, novas mudanças e se espera que sejam em benefício das reformas necessárias e de reforço dos sistemas locais de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde da Família, enquanto política de atenção primária em saúde, demonstrou a complexidade de sua implantação e desenvolvimento nos contextos municipais. A heterogeneidade municipal exigiu flexibilização, criatividade e compromisso entre gestores, trabalhadores e população para sua implantação. O modelo assistencial proposto pelo SUS, que imprime princípios de valores, no qual a Saúde da Família aparece como uma estratégia para a sua consolidação, é um desafio. Desafio este, que só poderá ser percorrido se a estratégia for entendida e operacionalizada nos contextos federal, estadual e municipal como política pública, institucionalizada.

A Saúde da Família expôs o abismo existente entre formação e as necessidades dos serviços de saúde, ratificando o que vinha sendo debatido nos fóruns de saúde: o despreparo dos profissionais para atuar no modelo preconizado pelo SUS/SF e a falta de integração ensino-serviço. Impactou o mercado de trabalho, mas expôs a precarização dos vínculos empregatícios, expôs a necessidade de um profissional com novas competências para atuar no modelo assistencial que preconizava e propôs, através dos Pólos de Saúde da Família, articulados com as IESs, a pós-graduação em Saúde da Família. Impactou alguns indicadores de saúde e demonstrou que havia possibilidade de promover a reorganização do modelo assistencial, mas exigiu dos gestores, trabalhadores de saúde e população que fossem co-responsáveis no desenvolvimento das propostas nos municípios exigindo estrutura municipal que sustentasse a operacionalização da estratégia.

A qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família constitui, portanto, em uma ação estratégica para a transformação das práticas de saúde. Através dos Pólos, iniciou-se a implementação da estratégia, colocando, no cenário da saúde, a discussão da necessidade de se instituir a educação permanente em serviço, como forma de prepará-los para uma atuação mais coerente com os princípios que a estratégia propunha.

É no cenário de constantes mudanças e transformações da realidade, que se estabelecem e se implementam as políticas, nesse caso, de saúde e de educação. É no cenário municipal, onde esta pesquisa foi realizada, que se observaram os reflexos e repercussões das ações e estratégias do processo de trabalho das equipes, ampliando o espectro da dimensão, através de quem vivenciou e vivencia a estratégia, nos âmbitos federal, estadual, regional, e municipal, que são os formuladores, implementadores e executores das políticas de saúde.

O Pólo da UFJF criou o Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família pensando em atender às características e às peculiaridades locais. A criação de um grupo de profissionais dos serviços municipais de Saúde da Família, coordenadores do PSF das DADS, professores da UFJF, possibilitou a aproximação do conteúdo a ser desenvolvido com as necessidades locais. A metodologia escolhida, problematização, foi considerada como facilitadora da aprendizagem e oportunizou levar para a sala de aula a prática das equipes e o contexto no qual era realizada. Refletiu os problemas e as necessidades decorrentes dos processos de trabalho das equipes, portanto o construto do grupo retornou aos serviços com uma proposta concreta para ser colocada em prática.

Procurou-se no CI não inculcar e inculcar os princípios e normas da Saúde da Família aos profissionais que participavam dele. Não caberia aos facilitadores do CI dizer-lhes o que era mais importante, mas propiciar e facilitar naquele momento a reflexão da prática das equipes a partir dos princípios da Estratégia. Dessa forma, estar-se-ia contribuindo para a organização do trabalho das equipes, compatíveis com os contextos nas quais as mesmas estavam inseridas. O CI propiciava, na maioria das vezes, a primeira oportunidade que a equipe tinha de vivenciar uma reunião de equipe com a presença de todos os seus membros refletindo sua prática.

Naquele momento político federal, estadual e municipal de realização do CI, em que as forças convergiam para a implantação e implementação da Saúde da Família, e o contexto de trabalho das equipes era favorável, havia um entendimento por esses gestores de que a Saúde da Família representava uma importante estratégia estruturante do modelo assistencial do SUS. Portanto, o CI não era considerado como fim nele mesmo, mas início do processo de educação permanente em serviço.

Nessa perspectiva, este curso significou suporte operacional para o desenvolvimento do trabalho da equipe, incentivando-as a trabalhar conforme as diretrizes operacionais. Significou o nivelamento conceitual, momento de encontro, de contato com o outro. Significou convocação, partilha com os profissionais da nova lógica de atuação. Mostrou o seu potencial de indução na organização do trabalho das equipes, porque era adaptado à realidade municipal que é mutável e mutante. É um produto que deve ser levado em consideração em propostas futuras de sensibilizações e capacitações de equipes em atenção básica ou em especial a Saúde da Família, porque os conteúdos discutidos estão em consonância com a atenção primária e os princípios do SUS.

Com a participação dos docentes da UFJF no CI, foi observado um movimento dentro das faculdades de Medicina e Enfermagem e, posteriormente, da Odontologia,

Fisioterapia e Farmácia, caracterizado por mobilização dos responsáveis por disciplinas afins (Saúde Pública, Saúde Coletiva) de inserir conteúdos discutidos no CI no desenvolvimento das mesmas, levando a discussão da realidade da SF para o interior das salas de aula. Houve, também, a criação de disciplinas para atender às reformas curriculares iniciadas na UFJF, que abordavam a nova política de saúde do SUS. Outra mobilização percebida foi a inserção de alunos nas UBSs/SF, aproximando-os da nova política de saúde. A partir da SF, iniciou-se discussão de como dar-se-ia o ensino-aprendizado nas UBSs e qual seria a contribuição da equipe da SF na formação dos futuros profissionais. Além disso, houve uma procura grande de alunos pelos CIs desenvolvidos pelo Pólo de Saúde da Família.

A Saúde da Família foi implantada em contextos diferenciados, obteve vários entendimentos pelos sujeitos envolvidos com o processo de implantação, portanto observam-se diversas formas de desenvolvimento da proposta. Em Juiz de Fora, vivenciou-se diversos entendimentos pelos gestores desde a sua implantação. Na atualidade, verificam-se pelo menos três formas de desenvolver a SF.

A realidade cotidiana das equipes foi caracterizada, às vezes, por um potencial positivo de mudanças, em outras vezes, esta realidade mostrou-se com grandes limitações, decorrentes da subjetividade presente em cada equipe.

Observa-se, que em Cristal, equipe com tempo de implantação superior às demais, as modificações ocorridas após o CI estão mais presentes no nível individual. Observou-se que a operacionalização das diretrizes foram iniciadas com o introdutório, mas pararam por aí, não houve progresso. O processo de territorialização ainda não está definido, portanto a população adscrita é ainda uma incógnita. A equipe não executa o planejamento estratégico situacional, trabalha com a demanda espontânea de usuários por consultas, o diagnóstico de saúde está desatualizado, devido ao aumento e às mudanças das microáreas, não realiza atividades educativas e não analisa o SIAB.

Não se percebeu trabalho em equipe, apesar de os profissionais admitirem que o CI sensibilizou os indivíduos para tal. Existe uma desmotivação muito grande na equipe, justificada pela rotatividade de profissionais das equipes e da demanda de usuário muito intensa. Portanto, pode-se inferir que a organização do processo de trabalho nessa equipe tem como característica a divisão do trabalho de acordo com a categoria profissional. Apesar de não haver postura hierárquica entre os profissionais da equipe, as ações desenvolvidas são complementares ao ato médico. Os saberes e os fazeres são minimamente compartilhados, não executam ações de promoção à saúde. Todas essas

características, presentes na equipe, conduzem-na a trabalhar no modelo tradicional, diferenciado, apenas, pelo maior acesso da população e pela delimitação da área e adscrição da população.

Em Quartzzo, que foi considerada pela coordenação da SF municipal no período de 2000-2002, uma das melhores equipes após o CI, hoje, possui, entretanto, forte tendência ao retrocesso, se não for resgatada a auto-estima de seus componentes, as diretrizes da Saúde da Família e solucionados os conflitos pessoais existentes entre os seus membros e o CLS. Essa tendência é resultante de: compartimentalização do trabalho; a não-participação da população no planejamento das ações de saúde; a relação de poder e hierarquia do médico com os demais membros da equipe, que evitam enfrentamentos, demonstrando acomodação e subordinação em prol de relações menos conflituosas; a definição de regras próprias do médico para com a equipe com relação ao número de consultas e “queixas” dos usuários, levando-os ao comprometimento com os princípios da integralidade e resolutividade.

Apesar desta tendência, ela possui como características da SF algumas diretrizes implantadas como: território e população definidos, acesso dos usuários definido e estabelecido pela equipe, acolhimento realizado por alguns membros, desenvolve algumas práticas educativas, possui ainda os ACSs que não querem aceitar a rotinização e a desmotivação estabelecida por outros componentes. Eles procuram resgatar junto à equipe os momentos vivenciados de trabalho coletivo e de práticas integradas com a comunidade.

Pode-se inferir que ainda é marcante a organização do serviço de base taylorista em Quartzzo, o que representa a continuidade do modelo biomédico. O processo de trabalho ainda é mais prejudicado devido às condições laborativas inadequadas (espaços pequenos, dificuldade gerencial, recursos humanos despreparados, a cobrança da produtividade). Observa-se, portanto, um franco processo de retrocesso ao modelo assistencial curativo.

Em Jade, verifica-se a realização do trabalho em equipe. Observa-se, entre seus membros, um relacionamento harmônico, de respeito e de compreensão dos limites de todos os profissionais. Os agentes relatam a liberdade de expressão, criação e a responsabilidade como fatores estimuladores para o desenvolvimento da estratégia. Organizam as atividades a partir das diretrizes operacionais da SF implantadas na UBS. O trabalho da equipe é desenvolvido seguindo o planejamento de ações, a partir das necessidades de saúde da população. Esse planejamento é discutido com a população representada pelo CLS e de outros usuários que os ACSs estimulam a participarem das reuniões. Procuram estabelecer com a comunidade relação de parceria e integração,

principalmente, as observadas com as práticas educativas realizadas pelos ACS. A atividade educativa é o carro-chefe dos agentes.

O diferencial observado nessa equipe é que os profissionais fazem reuniões periódicas de avaliação de suas atividades. Diferentemente das outras duas equipes, não espera respostas do nível central, para desenvolver as ações e solucionar os problemas identificados. Relata que o compromisso e a responsabilidade para com as ações da equipe são mais importantes. Observou-se que a equipe trabalha com ações curativas, de prevenção e de promoção da saúde, as últimas encontram-se num crescente. Apesar de se referirem à falta de tempo, se reúnem formando grupos de estudo, principalmente com os ACSs. Mas os membros da equipe relataram a importância de se instalar um processo de educação permanente para as equipes de SF. Verificaram a importância dos processos educativos para o crescimento e motivação da equipe e reconheceram o CI e a realização do grupo focal como importantes formas de resgatar e estimular o trabalho da equipe.

Pode-se perceber que a maioria dos conteúdos discutidos no CI está presente no discurso dos profissionais e no cotidiano das práticas. Os conteúdos estão mais presentes na equipe Jade, em menor proporção em Quartzo e quase nenhuma em Cristal. Isso demonstra que o CI promoveu crescimento, não só no plano individual, mas também no coletivo de forma e intensidade diferentes. Foi percebido que a dificuldade não está no entendimento dos conteúdos, mas sim em operacionalizá-los diante das dificuldades vivenciadas na prática.

O conteúdo **trabalho em equipe** foi o mais referenciado pelos profissionais, identificando-o como gerador de estímulo e alicerce para o desenvolvimento da estratégia conforme as diretrizes propostas.

Na atualidade, nas equipes Cristal e Quartzo, não se observa o trabalho em equipe efetivo, em virtude dos problemas interpessoais e as dificuldades a que as equipes estão expostas, principalmente, as relacionadas à gestão: falta de incentivo; avaliação; apoio; supervisão; entendimento da proposta da SF e a cobrança de resultados por produtividade na equipe. Por isso, a primeira opção dos profissionais é agregar o conteúdo no processo individual do trabalho do que enfrentar as dificuldades. Visualizam os problemas como se fossem somente de ordem externa à equipe. Responsabilizam a DSSDA/JF por todas as dificuldades e problemas vivenciados, colocando-se fora deles.

Com relação ao entendimento (conceito de saúde, família, diretrizes da SF, trabalho em equipe, território, SUS, SIAB), é o mais presente nas falas dos profissionais. Os

conteúdos referentes ao planejamento, diagnóstico, trabalho em equipe são os conteúdos valorizados como importantes de serem desenvolvidos. Tais conteúdos foram desenvolvidos logo após o CI, entretanto, na atualidade, sentem dificuldade de realizá-los. De todos os conteúdos, o SIAB é o menos citado e o menos praticado pelas equipes. O SIAB é um instrumento complexo, que é preenchido por diferentes profissionais, nem todos passaram por um processo de capacitação, o que dificulta o entendimento do sistema de informação. Ele não vem sendo utilizado de forma que contribua para a organização do trabalho da equipe, tem sido utilizado apenas como registro.

De forma geral, as equipes estiveram expostas às mesmas dificuldades, categorizadas (gestão, trabalho em equipe, organização dos serviços, diretrizes operacionais, participação popular, educação permanente). Essas dificuldades originadas pelo uso de tecnologias material e não-material presentes nos serviços interferem nas mudanças esperadas nas equipes, encontrando na categoria **apoio da gestão** a maior fragilidade para o desenvolvimento da proposta.

A realidade nas quais essas equipes estão inseridas e seus respectivos agentes do processo de trabalho não são desprovidos de processo histórico-social, portanto, não são neutros. A forma com que enfrentam as dificuldades a que estão expostas é que é diferenciada, de acordo com as subjetividades de cada equipe, conduzindo-as a operacionalizarem o processo de trabalho de forma diversificada. Portanto, são diferenças encontradas nas equipes no enfrentamento das dificuldades: as relações estabelecidas entre os membros das equipes em seus cotidianos (conflitos, desmotivação, posturas hierárquicas); o entendimento dos princípios da SF (profissionais, equipe gestora, população, docentes e discentes) e as relações estabelecidas e mantidas com a comunidade e a equipe gestora.

O processo de trabalho da SF necessita de novas relações entre os membros da equipe, consubstanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional. Parte do entendimento de que o objeto da ação não será construído baseado somente nos conhecimentos pertinentes à formação técnica de cada profissional, mas principalmente de um bom relacionamento humano no convívio da equipe. Deve-se lembrar que o trabalho em saúde é coletivo, interdisciplinar e intersetorial. Portanto, não se resolvem problemas e nem se delega a outros agentes de saúde a resolução dos mesmos. A solução parte da própria equipe que os vivencia cotidianamente.

A construção de políticas se faz no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo (SEIXAS, 2002), por isso o caráter circunstancial que envolve a estratégia da SF é especificamente o estudo no município.

Ao longo dos 11 anos de implantação da Saúde da Família no município de Juiz de Fora, verificou-se uma história de avanços e retrocessos caracterizados pelos momentos políticos partidários vivenciados tanto na esfera municipal quanto na esfera federal. A dependência do município por falta de entendimento da política dos Pólos de SF e a dependência de recursos financeiros para realização da qualificação dos profissionais das equipes foram um dos motivos que impediram o avanço da proposta em Juiz de Fora. O município, apesar de possuir estrutura organizacional de recursos humanos, pessoal qualificado para atuar, teve o entendimento pelos gestores de que o Pólo de SF era o único responsável pelo desenvolvimento do pessoal da SF no mesmo, porque possuía recursos financeiros.

Com a mudança da política para Pólos de Educação Permanente em Saúde, a história se repetiu. Desde final de 2003, não foi viabilizado nenhum processo educativo com os profissionais, inclusive o CI (desde final de 2002). Existem atualmente, na rede de Juiz de Fora, 41% de profissionais atuando na SF, sem informação do que a estratégia preconiza. Pode-se inferir que estão desenvolvendo o modelo assistencial hegemônico, porque possuem formação tradicional, não estão inseridos no processo de pós-graduação, sem informação sobre a estratégia, estão expostos às mesmas dificuldades apontadas neste estudo, com pouca variação decorrente da subjetividade no processo de trabalho e das realidades locais, sendo desprovidos de processo de educação permanente.

Verificou-se que as estruturas de Pólos como responsáveis pelo desenvolvimento de pessoal da saúde foram importantes nos contextos e momentos de implantação das políticas de Saúde da Família e de Educação Permanente em Saúde. Porém, foram estruturas insuficientes para resolver os problemas enfrentados pelos municípios. Pode-se inferir que foram medidas paliativas, que promoveram a assistência necessária momentânea, mas não ensinaram os municípios a serem autônomos e independentes para implantarem e darem continuidade às políticas de desenvolvimento de recursos humanos.

Uma das proposições que este estudo aponta é a necessidade de fortalecimento da área de desenvolvimento de recursos humanos do município, através de acompanhamento regional/estadual e federal, com destinação de recursos diretos aos municípios, para que possam atender e dar respostas às necessidades das equipes e de projetos elaborados pelo próprio município. O município é o ente mais capacitado para diagnosticar, planejar,

acompanhar o desenvolvimento da proposta de recursos humanos. Ao âmbito regional/estadual caberia o acompanhamento, a supervisão do desenvolvimento da proposta e a sustentabilidade técnica para desenvolvê-la. Em municípios menores, caberia ao nível regional e estadual o apoio e assessoramento para a montagem de equipes auxiliando-os a tornarem autônomos no desenvolvimento de suas propostas.

O que se quer resgatar é que cada município deve ter a autonomia e flexibilidade necessária para implantar as propostas, para isso existe a necessidade de fortalecer os setores de recursos humanos municipais, capacitando os profissionais com visão crítica e reflexiva para que possam construir propostas mais viáveis à realidade local. Não se pode delegar a quem não está inserido na realidade municipal o planejamento e o desenvolvimento de políticas, pois não entendem os problemas, as necessidades.

Então, o estabelecimento da educação permanente como política de recursos humanos torna-se o caminho mais viável, pois tem o processo de trabalho como eixo do desenvolvimento da proposta. Parte da base, ou seja, dos serviços e dos agentes do processo de trabalho, em que se espera ver na prática as mudanças.

Como a lógica tradicional de desenvolvimento de pessoal da área da saúde esteve focada em treinamentos e capacitações, que objetivavam atender a um projeto, programa emanado de instâncias distantes dos municípios, não houve a preocupação de se verificar a prática dos profissionais, mas sim a sua produtividade. Não existe uma cultura de avaliação nos serviços de saúde no Brasil, de desempenho dos recursos humanos frente ao desenvolvimento de políticas de saúde e muito menos de processos educativos.

A avaliação e o acompanhamento dos processos educativos devem ser implantados para se verificar se os investimentos estão sendo utilizados de forma a contribuir para a capacitação das equipes e para as mudanças necessárias à consolidação do SUS e da atenção primária em saúde. O grupo focal utilizado nesta pesquisa foi um instrumento reconhecido pelas equipes como uma atividade necessária de ser realizada e foi caracterizado como uma ação de educação permanente, porque refletia a prática dos profissionais em suas realidades; foi o momento de encontro com os demais profissionais, porque alegavam falta de tempo de se reunirem e de reverem as diretrizes e objetivos do processo de trabalho na SF. O grupo focal proporcionou o contato entre os profissionais das equipes, e fluíram, naturalmente, nas falas dos participantes, os conflitos, as posturas, os desentendimentos, as alegrias, as satisfações, as dificuldades. Segundo os profissionais, reavivou-se e estimulou-se a reflexão do trabalho até então desenvolvido. Realizá-lo como

instrumento de avaliação dos processos educativos seria uma das proposições sugeridas para serem implantadas no município.

Qualquer que seja o caminho em busca de um modelo de atenção à saúde voltado às necessidades da população e que seja pautado nos princípios da equidade, integralidade, ética, comprometimento com a humanização do atendimento envolve mudança na postura dos profissionais tanto dos inseridos nos serviços, que devem ser capacitados através de processo de educação permanente e continuada, quanto dos futuros profissionais ainda inseridos nas IESs. Reconhecer que as transformações a serem realizadas não se darão somente com investimento na capacitação de profissionais dos serviços e que existe a necessidade de maior envolvimento e atitude do ensino é ponto relevante a ser considerado nos processos avaliativos de mudanças na SF.

A capacitação de profissionais inseridos nos serviços não substitui a formação. Portanto, as mudanças curriculares a caminho nas IESs não podem e não devem prescindir da presença de profissionais de serviço, que vivenciam a realidade cotidianamente. Reforça-se a necessidade do estabelecimento de uma articulação mais efetiva entre ensino-serviço, mais horizontal e flexível, que seja desprovida de hierarquização de poder e de saber, mas que seja capaz de promover a integração esperada em prol das transformações no modelo assistencial de saúde.

Finalizando, resgatando Mendes (2002), por concordar com sua postura diante da SF, é importante reconhecer e valorizar o que foi feito nesses anos de implantação da Saúde da Família, mas também é importante reconhecer que ainda há muito a ser desenvolvido para a consolidação da estratégia como reorganizadora do modelo assistencial a partir da atenção básica. As contradições e dificuldades as quais a proposta da Saúde da Família enfrenta não devem conduzi-la a destituir-se do lugar que ocupa, como política de reorganização do sistema a partir da atenção básica, mas que sirvam de pontos a serem discutidos e refletidos.

Portanto, espera-se que este estudo tenha contribuído de forma geral para a reflexão dos processos educativos em saúde e, especificamente, para os futuros delineamentos da política de desenvolvimento de recursos humanos em Juiz de Fora, porque surgiu do exercício da prática desta pesquisadora no município. Assim, como iniciado, acredita-se no potencial humano de criar, modificar, transformar realidades desde que se invista, acredite e dê solo fértil para que possa germinar.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Reafirmando princípios, propondo novas práticas.** Rio de Janeiro, n.º 62, ano XVI Especial, jul./set. 1996.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.O. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 9, p.150-153, agosto 2001.

ALMEIDA, M. (org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede Unida, 2003.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C.; LLANOS, C. (ORG). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina:** teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

ARAÚJO, M. R. N. DE. **A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença.** SP. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

ARCOVERDE, W. M. **História da VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/apresentacoes%20etextos%20>> Acessado em: 20 agosto de 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3ª ed., Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.

BERBEL, N. A. N. A Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 2, n. 2, fevereiro, p. 139-154, 1998.

BORDENAVE, J. D. Alguns fatores pedagógicos. In: PERU, Ministerio de Salud –. **Modulo de educacion permanente en salud.** 2 ed., Lima: Escuela Nacional de Salud Publica, 1993.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem.** 4 ed., Petrópolis: Vozes, 1982.

BOURDIEU. **Condições de classe e posição de classe.** Economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Relatório da I CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. In: **Cadernos Recursos Humanos Saúde.** Brasília, v.1, n.º 1, p. 141 – 183, 1993a.

_____. Relatório Final da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. **Cadernos de Recursos Humanos Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, v.2, n.º 1, 1993. Relatório.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Documento preliminar.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional, **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

_____. **Princípios e Diretrizes para uma NOB/RH – SUS**. Brasília. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão intersetorial de recursos humanos e mesa nacional de negociação, out./1998, (primeira versão).

_____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Agenda de prioridades para a política de recursos humanos para o SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Recursos Humanos para o SUS. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acessado em: 10 de abril de 1999.

_____. Cadernos da Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Treinamento Introdutório**. v. 2, 2000a.

_____. Cadernos da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. **A implantação de uma unidade de Saúde da Família**. v. 1, 2000b.

_____. Reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e norma operacional de assistência à saúde, 26 de janeiro de 2001. In: **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 343 - **Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 – NOAS/2002**. Dispõe sobre a Gestão plena do sistema Municipal. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20noas%2002.pdf>>. Acessado em: 23 de abril de 2005.

_____. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil – Minas Gerais**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica, abr./maio, 2002. Mimeografado.

_____. **Avaliação dos pólos de capacitação para pessoal saúde da família, 1998-2001**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica, 2002a. Mimeografado. Relatório.

_____. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil 2001-2002.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação de Avaliação e Acompanhamento, 2002b. Mimeografado.

_____. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF).** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2003a.

_____. **Reunião com os pólos de capacitação em saúde da família.** Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Superintendência de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório Físico Financeiro de Acompanhamento dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família.** Brasília, 2003c. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil.** Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 198/GM/MS** de 13 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **VER SUS.** Disponível em: <www.saude.gov.br> Acessado em: 29 agosto de 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda:** Pólos de Educação Permanente em Saúde, conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

CAMPOS, E. M. S. **A estratégia de desenvolvimento de recursos humanos para o PSF:** a experiência do Pólo de Capacitação da Universidade Federal de Juiz de Fora. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CAMPOS, G. W. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2005. Documento Preliminar, Mimeografado.

CARTA DI LUBIANA sulle Riforme della Sanità Conferenza Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle riforme della Sanità. Lubiana, Slovenia, 17-20 giugno 1996. Disponível em: <<http://www.cipespiemonte.it/cedo/allegati/255-lubiana.htm>>. Acessado em: 20 de novembro de 2006.

CARVALHO, M. R. D. Modelos Assistenciais de Unidades Básicas e o Conceito de Integralidade. In: BODSTEIN, R. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume – Dumara, 1993, p.117 – 136.

CECCIM, B. R. Formação e Desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de Recursos Humanos no SUS. In: FALCÃO, André et al (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.373 - 414.

CECCIM, B. R.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n.2. 2002.

CECCIM, B. R.; BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: FALCÃO, André et al (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.343 - 372.

CECCIM, B. R.. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- comunicação, Saúde, Educação**, Santa Catarina, v.9, n. 16, 2004, p.161-167.

CECCIM, B. R.. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Porto Alegre, 2005, Mimeografado.

COSTA, H. **A nova política de educação permanente em saúde**. Disponível em: <:www. saude.gov.br.> Acessado em: 27 de dezembro de 2003.

DAVINI, M. C. Practicas laborales em los servicios de salud: lãs condiciones Del aprendizaje. In: QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O (ORG.) **Educación permanente de personal de salud**. Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100. OPAS, 1994. Capítulo IV, p. 109 – 125.

DILLY, Cirley Maria Lessa; JESUS, Maria Cristina P. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

FARAH, B. F. **Educação continuada das enfermeiras do Sistema Único de Saúde: o caso da rede básica de Juiz de Fora**. Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

FARAH, B.F.; PIERANTONI, C. R. A utilização da metodologia da problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF. **Revista de APS**, volume 6, nº 2, jul/dez 2003. p.108-119.

FARAH, B.F.; CAMPOS, E. M. S.; CASTRO, E. B. et al. Compreendendo o cotidiano das práticas de equipes Saúde da Família. In: **VI CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA**. Belo Horizonte: 2005a.

FARAH, B.F.; TEIXEIRA, M.T.B.; LIMA, B. V.; ROCHA, F. R. S.; ANDRADE, C.R. Diagnóstico das necessidades de educação permanente das equipes de saúde da família da

DSSDA/JF. In: **I MOSTRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**. Juiz de Fora: UFJF, 2005b.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FEUERWERKER, L. C; SENA, R Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J. DE; FEUERWERKER, L. C.; LLANOS, C. (ORG). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 83-114.

FEUERWERKER, L. C; LIMA, V. V. Os paradigmas da atenção à saúde de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FEUERWERKER, L. C. **O profissional de saúde precisa ser capaz de uma abordagem integral**. Entrevista concedida ao Boletim LAPPIS. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=235&sid=20>> Acessado em: 06 de setembro de 2004.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. **O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: uma reflexão à partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos**, 2002. Mimeografado.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 9 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FRIEDRICH, D. B. C. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde**. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Saúde: quem são os vilões da história? **Cadernos Recursos Humanos Saúde**. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Textos Apresentados. Brasília, Núcleo de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), v.1, n.º 3, p. 47 – 50,1993.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, André et al (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.157-190.

GOULART, F. A. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Processo de trabalho y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. **Educacion Médica y Salud**. v. 24, n.º 2, p. 136-204, abr./jun.1990.

HADDAD, J.; Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (ORG.). **Educacion permanente de personal de salud**. Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100. Washington, D.C.: OPAS, 1994.

HADDAD, J.;. Las necesidades de intervención y el monitoreo de los procesos educativos. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (ORG.). **Educacion permanente de personal de salud**. Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100. Washington, D.C.: OPAS, 1994.

HENRIQUES, R. L. M. Cuidando é que se ensina a cuidar. Entrevista concedida ao **Boletim Lappis**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>> Acessado em: 6 de setembro de 2004.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 1997 - 2000**. Juiz de Fora, 2000.

_____. Prefeitura Municipal Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2000 - 2003**. Juiz de Fora, 2002.

_____. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Juiz de Fora, 2002. 291p.

_____. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, Gerência de Promoção da Vida, Departamento de Atenção Primária. **Programa de Expansão da Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2003. 100p.

KITZINGER J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE C, MAYS N. **Qualitative research in health care**. 2nd ed. London: BMJ Books, 2000. p. 20-9.

MACEDO, C. G. Apresentação. In: ALMEIDA, M. J. de; FEUERWERKER, L. C.; LLANOS, C. (ORG). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. ix – xi.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Relatório final.

_____. Gestão pública e ética no trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 119-126.

MACHADO DE SOUZA, H. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. Reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 2000. p. 13-16.

MARANHÃO, E. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, M. (ORG). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003. p.vii-xvi.

MATTOS, R. A. **O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades**: algumas reflexões. Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção do cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ABRASCO, 2001.

MATUS, C. **O método planejamento estratégico situacional - PES**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. Atenção Primária em Saúde no SUS. In: VIII ENCONTRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 30 de agosto de 2005, Juiz de Fora. **Palestra...** Juiz de Fora: UFJF/NATES.

MENDES GONÇALVES, R. B. Tecnologia do processo de trabalho na rede estadual de Centros de saúde de São Paulo. In: **Tecnologia e organização social das práticas de saúde** – características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994. p.125-266.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo (Org.). **Razão e planejamento, reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

_____. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E; FRANCO, T. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tri-buna/PSFTito.html>> Acessado em: 28 de maio de 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Família. **Relatório das equipes de Saúde da Família credenciadas em Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2003. Mimeografado.

MINAYO, C. de S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Relatório Físico - financeiro de acompanhamento dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família**. Brasília: MS/DAB, 2004. Mimeografado p. 36.

MOTTA, J. I.J. **Educação permanente em saúde:** da política do consenso à construção do dissenso. Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

_____. **História da VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/apresentacoes%20etextos%20para%20download/VIII%20cns.pdf>> Acessado em: 20 de agosto de 2004.

_____. **História da XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/apresentacoes%20etextos%20para%20download/IX%20cns.pdf>> Acessado em: 20 de agosto de 2004.

NEGRI, B. Atenção Básica: Financiamento, descentralização e equidade. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 9 –12.

NOGUEIRA, R. P. (ORG). Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La contribución del médico de familia al desempeño de los sistemas y servicios de salud en la Region de las Américas.** Washington, DC: OPS, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, serie HSR, n.29, 2002. 47 p.

_____. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (HSR-HSP). **El desafío educativo de las reformas sectoriales:** cambios en la capacitación y la evaluación para al trabajo en salud. Buenos Aires: OPAS, 1997.

PAIM, J. S. **Recursos humanos e saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. F. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v.32, n.º 4, ago. 1998.

_____. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. (ORG). **Epidemiologia e saúde.** 6ª edição. Rio de Janeiro: MEDISI, 2003. p. 567 – 586.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. (Tese de doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1998.

PERU. Ministerio de Salud. **Modulo de educacion permanente en salud.** 2 ed., Lima: Escuela Nacional de Salud Publica, 1993.

PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profissões de saúde: a formação em questão. **Cadernos de Recursos Humanos para Saúde**, v.1, n.º 3, p. 23. Brasília, p. 23, 1993.

PIERANTONI, C. R. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios X velhos problemas**. Um estudo sobre os recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: FALCÃO, A. et al (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 279 – 316.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA T.; VARELLA, T. C.; CARVALHO, C. L. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes**. Disponível em: <<http://www.obnetims.org.br>> Acessado em: 08 de agosto de 2005.

PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L D'Á.; TAVARES, R. A W. et al. Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde: uma proposta metodológica. In: FALCÃO, A. et al (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 75- 103.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (ORG.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.7-34.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT: Annablume, 1998.

_____. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 251-263, 2000.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación Permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In: QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O (ORG.) **Educación permanente de personal de salud**. Serie Desarrollo Recursos Humanos n° 100. OPAS, 1994. Capítulo II, p. 33-61.

REDE UNIDA. **Oficina de trabalho sobre a atuação dos membros da Rede Unida nos Pólos de Capacitação de Saúde da Família**. Londrina: Rede Unida, 2001. 8 p. Relatório Final.

RIBEIRO, E. C. de O. **Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas**. Rio de Janeiro. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

RODRIGUES, M. Z. Educação continuada em enfermagem de saúde pública. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo: v.18, n.2, p. 129 – 140, ago. 1984.

ROSCHKE, M. A. C.; COLLADO, C. B. Evaluación de proyectos de educación permanente: supuestos y perspectivas. In: QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O (ORG.) **Educación permanente de personal de salud**. Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100. OPAS, 1994. Capítulo VII, p.187 – 215.

SALUM, M. J. L.; QUEIROZ, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. et al. Necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo Diante do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 51, p. 44 -58, jun. 1996.

SEIXAS, P. H. D. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, M. J. P.; PEREIRA L. L.; BENKO, Maria Antonieta. **Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem**. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Saúde da Família. Brasília: ABEn, v.53, n. especial, p. 17-24, dez. 2000.

SÓRIO, R. E. da R. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob marcos legais da educação profissional. In: SANTANA, José Paranaguá (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: UFRN, 1999.

SOUZA, A. M. de A.; GALVÃO, E. de A.; SANTOS, I. dos et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - OPS, 1991.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária em Saúde**. Juiz de Fora: Núcleo de Assessoria, Curso e Estudos em Saúde da UFJF, ano 2, n.º 2, p. 10 – 14, mar/jun 1999.

SOUZA, A. M. DE F. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas/Ministério da Saúde. Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 16-17.

SOUZA, A. M. DE F; GIL C. R. R.; CERVEIRA M. A. C.; TORRES, Z.F. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa de Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, H. M. Análise das Práticas Assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa de saúde da família: um estudo de caso em Estado selecionado. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (ORG.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. p. 201-248.

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

TANCREDI, F. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, v. 8, n. 2, p. 11-14, maio/ago. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. UFJF/NATES. **Programa avançado de gerenciamento em atenção primária à saúde**. Tradução: Ricardo Rocha Bastos. Juiz de Fora: UFJF/NATES, 1997.

_____. **Acompanhamento e avaliação de equipes de saúde da família**. Juiz de Fora: UFJF/NATES, 2001.

_____. **Estratégia de Saúde da Família: Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF/NATES, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. UFJF/ NATES/ IEC. **Atividades desenvolvidas pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família da UFJF, 2002**. Juiz de Fora, 2002. p. 36. Relatório.

_____. **Atividades desenvolvidas pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família da UFJF, período de 1997-2003**. Juiz de Fora, 2003. p. 48. Relatório.

VIANA, A. L. D'A.; FARIA, R. Experiências inovadoras de capacitação de pessoal para atenção básica no Brasil: balanço, limites e possibilidades dos Pólos. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. A. (Org). **Recursos humanos em saúde**. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002. p.127 – 159.

VICTORA, C., KNAUT, D. R.; HASSEN, M. de N.. **A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneve: WHO, 1978

ANEXO E APÊNDICES

ANEXO A**Parecer do Comitê de Ética**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Blocos D e E - Maracanã
CEP: 20559.900 - Rio de Janeiro - RJ - BRASIL
TELS: (0-xx-21) 2587-73 03/2587-7540/2587-7422/2587-7572
FAX: (0-xx-21)2264-1142
<http://www.ims.uerj.br>

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto "A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do Pólo Capacitação de Juiz de Fora/MG ", foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião realizada no dia 13/01/05.

Rio de janeiro, 17 de janeiro de 2005.

JOSÉ UELERES BRAGA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do IMS/UERJ

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de Saúde da Família - experiência do Pólo Capacitação de Juiz de Fora/MG

Termo de Consentimento Informado

Nós da equipe de Saúde da Família, nº, da UBS de, aceitamos participar por livre e espontânea vontade da pesquisa de doutorado provisoriamente intitulada “A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família – a experiência do município de Juiz de Fora/MG”, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Estamos ciente, conforme esclarecido pela autora da pesquisa Beatriz Francisco Farah, que serão assegurados o anonimato e o sigilo das informações colhidas, e que serão seguidas as normas estabelecidas na resolução Nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados serão arquivados sob a responsabilidade da autora e só serão utilizados para fins científicos. Os resultados das informações serão divulgados para fins de obtenção do grau de doutor e em eventos científicos.

Fomos devidamente esclarecidos que nessa pesquisa não haverá ressarcimentos financeiros aos envolvidos, pois a mesma não gera ônus nem bônus e que os envolvidos não correram riscos e nem danos físicos, morais pela livre participação.

Ciente e de acordo.

Local: _____

Data: _____ de _____ 2004.

Profissionais da Equipe de Saúde da Família:

ACS 1:

ACS 2:

ACS 3:

ACS 4:

ACS 5:

ACS 6:

Assistente Social:

Aux. de Enfermagem:

Enfermeira:

Médico:

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL****A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de Saúde da Família - experiência do Pólo Capacitação de Juiz de Fora/MG****Termo de Consentimento Informado**

Eu,....., aceito participar por livre e espontânea vontade da pesquisa de doutorado provisoriamente intitulada “A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família – a experiência do município de Juiz de Fora/MG”, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Estou ciente, conforme esclarecido pela autora da pesquisa Beatriz Francisco Farah, que serão assegurados o anonimato e o sigilo das informações colhidas, e que serão seguidas as normas estabelecidas na resolução Nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados serão arquivados sob a responsabilidade da autora e só serão utilizados para fins científicos. Os resultados das informações serão divulgados para fins de obtenção do grau de doutor e em eventos científicos.

Fui devidamente esclarecida que nessa pesquisa não haverá ressarcimentos financeiros aos envolvidos, pois a mesma não gerara ônus nem bônus e que os envolvidos não correram riscos e nem danos físicos, morais pela livre participação.

Ciente e de acordo.

Local: _____

Data: _____ de _____ de 2004.

APÊNDICE C**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

Juiz de Fora, 18 de outubro de 2004.

Senhora Diretora,

Sou Beatriz Francisco Farah, enfermeira dessa Diretoria. Desde o ano de 2002 estou inscrita e regularmente matriculada na pós-graduação, no curso de doutorado do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, conforme documento em anexo.

A pesquisa que está em desenvolvimento como tese, tem o título provisório de: "A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família – a experiência do município de Juiz de Fora/MG".

Escolhi como instrumentos de coleta de dados: questionário, grupo focal, entrevista.

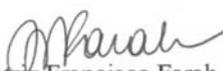
Venho, portanto, através dessa solicitação, pedir a autorização de V. S^a para utilizar como campo da pesquisa as Unidades Básicas de Saúde, que possuem implantadas a Saúde da Família. Como sujeitos da pesquisa, os integrantes das equipes de Saúde da Família.

Nessas Unidades, procederei à coleta de informações necessárias para a tese referida. Farei ainda, uma reunião com as equipes, com a finalidade de explicar os objetivos do estudo e a importância de suas participações na pesquisa. Informo, que só farão parte da pesquisa aqueles profissionais que de livre arbítrio concordarem em participar da mesma.

Gostaria de assegurar que, todos os cuidados éticos relativos à preservação da identidade dos participantes serão observados para evitar, que haja o uso indevido desse conteúdo.

Segue, em anexo, o projeto da pesquisa em foco. Certa de poder contar com vossa compreensão e colaboração, desde já agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente.


Beatriz Francisco Farah

Ilm^a Sr^a Elizabete Jucá
Diretora da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental.
Prefeitura de Juiz de Fora – MG

Recebido
Em 22/10/2004

Elizabeth Jucá e Mello Jacometti
DIRETORA DE SAÚDE, SANEAMENTO
E DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL

2. O objetivo do Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF, é o de sensibilizar e informar os profissionais sobre a nova estratégia, ampliando a visão a respeito do modelo assistencial, de forma a contribuir com as mudanças das práticas cotidianas, na melhoria da qualidade de vida da população.

Questão para o debate

Houve modificação na prática de trabalho de vocês, após a realização do curso? Quais?

Recomendações

3. A primeira etapa do C.I. aborda, através de vivência dos participantes, os conceitos de saúde, indivíduo, educação em saúde, família, trabalho em equipe e participação popular.

A segunda etapa instrumentaliza e apresenta ferramentas essenciais para a Saúde da Família, abordando os conteúdos referentes a Política de Saúde, Estratégia da Saúde da Família, Planejamento: conhecendo a comunidade (território, cadastramento, sistema de informação, planejamento). A equipe tem como atividade final a realização de um “Diagnóstico de Saúde”, seguido de um roteiro (instrumento criado para o C.I). Para os agentes comunitários de saúde foi criado a planilha de “Perfil de Risco dos Domicílios”

Questão para o debate

Que conteúdos ou temas discutidos no C.I., passaram a ser incorporados na prática de vocês?
Como?

Recomendações

4. Considerações finais (perguntas, dúvidas, comentários, etc.)

APÊNDICE F

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

INSTRUMENTO 2 -GRUPO FOCAL

“A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de Saúde da Família - experiência do Pólo Capacitação de Juiz de Fora/MG

PROGRAMAÇÃO DA OPERACIONALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

1. Antes da chegada dos participantes:

- Organização da sala. Cadeiras em círculo ou em torno de uma mesa.
- Organização do lanche que poderá ser antes do grupo ou após.
- Testar os gravadores.
- Preparo dos papéis para identificação dos participantes.
- Recepcionar os participantes.

2. Abertura

- Agradecimento do aceite de participar da pesquisa.
- Relembrar os participantes sobre: objetivo, importância da participação de todos, importância da pesquisa para o ensino e serviço. Duração do grupo. Gravação, observadores

3. Apresentação dos participantes e observadores

4. Desenvolvimento da dinâmica do grupo (regras de grupo)

- Falar um de cada vez
- Máximo de tempo 10 min.
- Levantar o dedo para falar.
- Não existe o certo e nem o errado.
- Todas as opiniões são válidas, portanto todos devem falar.
- Anonimato e sigilos das informações.
- Desligar os celulares
- Não sair da sala e não atender a chamados no horário da dinâmica

5. Explicação da dinâmica

6. Esclarecimentos de dúvidas

7. Assinar consentimento

8. Aplicar roteiro das questões do Grupo Focal

9. Avaliação

10. Agradecimento

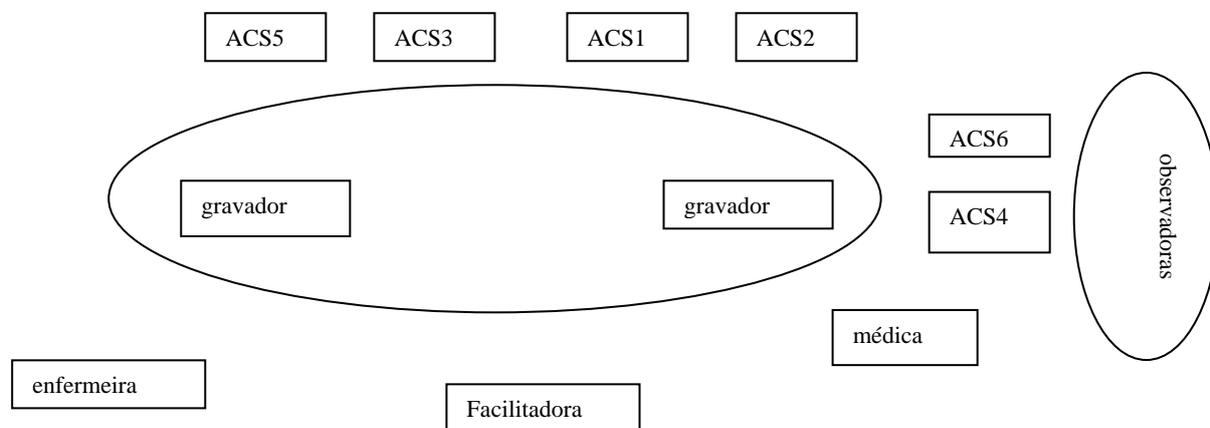
11. Reunião com os observadores e discutir as impressões

12. Preparo do relatório

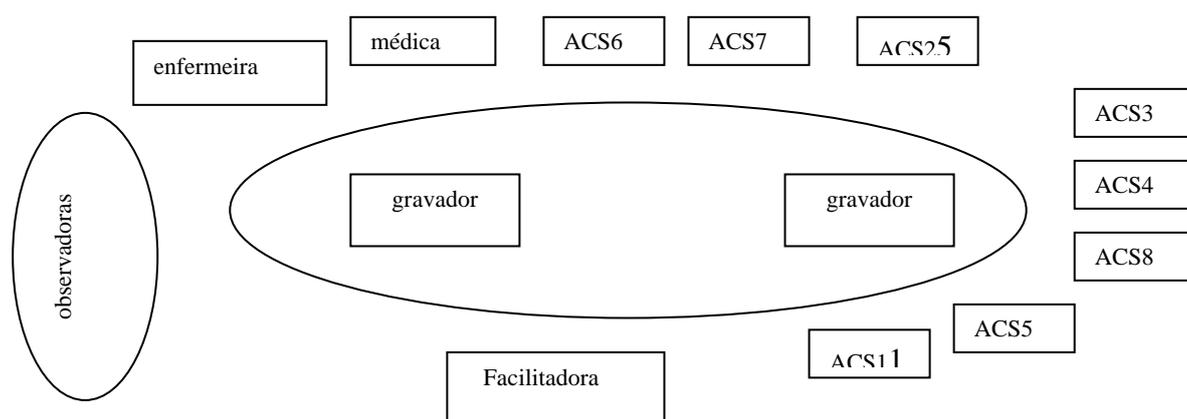
APÊNDICE G

Posicionamento dos participantes do Grupo Focal

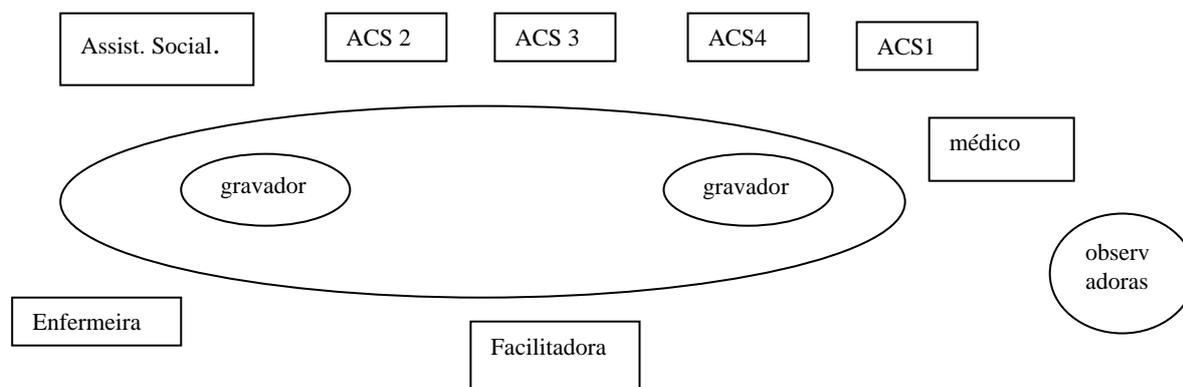
Equipe Jade



Equipe Cristal



Equipe Quartzo



6. Onde são feitos os grupos?

- 1.
- 2.
- 3.

7. Ordem no arquivo

Equipe	Ficha família	Prontuário	Área	Nº família	Microárea	Ordem alfabética
1						
2						
3						

8. Equipamentos disponíveis:

Equipamentos	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3
Tensiômetro			
Estetoscópio			
Termômetro			
Balança infantil			
Balança adulto			
Oftalmoscópio			
Otoscópio			
Glicosímetro			
Ep. Gineco-obstétrico Mesa, espéculo, foco, estetoscópio de Pinard			
Sonar			
Geladeira exclusiva para vacina			
Nebulizador			
Mat. Retirada de pontos			
Mat. Pequena cirurgia			
Mat. Descartáveis (algodão, gaze, agulha, seringa, luva, esparadrapo)			
Fio de sutura			
Equipamento de informática			
Autoclave			
Vacinas básicas (polio, triplice viral, tetravalente, BCG, hepatite B, febre amarela, anti-tetânica, dupla adulto, Vacina gripe e, pneumococcica idoso)			
Medicamentos básicos para: hipertensão, diabetes, contraceptivos, vitaminas (2), antieméticos, antipiréticos, analgésicos (2), antihelmínticos (2), antibióticos (2), sal de rehidratação oral, ansiolítico, anticonvulsivante (1), antiinflamatório (2)			

9. Sistema de referência e contra-referência

1:

2:

3:

10. Utiliza dados de outros sistemas de informação? Quais?

1:

2:

3:

11. Cuidando da saúde das famílias

Atividades	Equipe Jade	Equipe Cristal	Equipe Quartzo
A equipe desenvolve ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.			
Médico atende as 4 clínicas básicas			
Enfermeira atende as 4 clínicas básicas			
A enfermeira realiza preventivo de mama e cérvico uterino			
O médico realiza preventivo de mama e cérvico uterino			
O médico realiza pré-natal			
A enfermeira realiza pré-natal			
O médico realiza puericultura			
A enfermeira realiza puericultura			
O médico realiza atendimento ao SAD			
A enfermeira realiza atendimento ao SAD			
O médico realiza atendimento de Saúde Mental			
A enfermeira realiza atendimento de Saúde Mental			
Realizam práticas educativas hipertensão			
Realizam práticas educativas diabetes			
Realizam práticas educativas direitos reprodutivos			
Realizam práticas educativas puericultura			
Realizam práticas educativas no SAD			
Realizam acolhimento			
Realizam sala de espera			
Realizam orientações a população diversas			
Realizam informações sobre a Saúde da Família			
Resolvem assuntos administrativos			
Realizam visitas domiciliares			

* Quadro elaborado baseado no Quadro 4 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre processo de trabalho das equipes do PSF, Brasil, 2001-2002 - Avaliação da implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2004)

2.c. Após a realização do Curso Introdutório a equipe se reuniu alguma vez para discutir o curso?

() Sim () Não

Se **Não**, por quê? _____

2.d. A equipe elaborou o mapa da área de abrangência?

() Sim () Não

Se **Não**, por quê? _____

2.e. A equipe utiliza os critérios do planejamento trabalhados no curso?

() Sim () Não

Se **Não**, por quê? _____

2.f. Os agentes comunitários de saúde utilizam a planilha do perfil de risco dos domicílios?

() Sim () Não

Se **Não**, por quê? _____

2.g. Todos os integrantes da equipe que fizeram o C.I. sabem preencher a ficha A do SIAB?

Se **Não**, por quê? _____

2.h. A equipe utiliza o consolidado do SIAB para o planejamento das ações?

() Sim () Não

Se **Não**, por quê? _____

2.i. A equipe planeja as ações de saúde com todos os profissionais que compõem a equipe?

() Sim () Não

Se **Não** por quê? _____

2.j. A equipe tem feito reunião com o Conselho Local ou Municipal de Saúde?

() Sim () Não

Se **Não** por quê? _____

2.l. São realizadas reuniões com toda a equipe para resolver os problemas detectados pela equipe?

() Sim () Não

Se **Sim**, com que frequência? _____

Se **Não**, por quê? _____

2.m. A equipe tem programado e oportunizado educação permanente para todos os integrantes?

() Sim () Não

Se **Sim**, com que frequência? _____

Se **Não**, por quê? _____

2.n. A equipe realizou o diagnóstico de saúde proposto pelo curso?

() Sim () Não

Se **Não**, por quê? _____

3. Após a realização do C.I. a equipe observou alguma mudança na prática diária do trabalho? Preencha as colunas de acordo com a categoria profissional e quantifique os profissionais.

Categorias/ Curso	Curso Introdutório		
	muita	alguma	nenhuma
Total de informantes			
ACS			
Assist. Social			
Aux. Enf.			
Enfermeira			
Médico			
Outros			

3.a. Se a resposta foi *muita* ou *alguma*, marque quantas opções forem necessárias para indicar o que se observou:

() Promoveu uma maior união da equipe.

() Maior diálogo na equipe.

() A necessidade do trabalho em equipe.

() Fazer reuniões com a equipe.

() Entender o que é saúde.

() Entender o que é família.

() Entender melhor o funcionamento do SUS e das políticas de saúde.

() Compreensão do que é Saúde da Família.

() A organizar o trabalho da equipe de acordo com os princípios da Saúde da Família.

- Construir o mapa da área de abrangência da equipe.
- Fazer cadastramento das famílias.
- Preencher a ficha A do SIAB.
- Trabalhar com o SIAB como instrumento do planejamento da equipe.
- Trabalhar com planejamento das ações, a partir dos critérios estabelecidos no C.I. , PAG/APS.
- A trabalhar com o planejamento a partir das necessidades da população.
- A trabalhar junto com o Conselho local ou municipal de Saúde.
- Trabalhar com grupos educativos para promoção da educação para a saúde.
- Trabalhar com ações de prevenção, promoção de saúde, cura e reabilitação.
- Trabalhar em parceria com as instituições e organizações existentes na comunidade.
- Estabelecer maior vínculo com a comunidade.
- As mudanças ocorridas foram somente no nível pessoal de cada integrante da equipe, adquirimos muita informação e hoje as colocamos em prática no trabalho individual.
- Possibilitou o início da educação permanente da equipe.

Outros: _____

3.b. Se a resposta foi *nenhuma*, porque? Marque quantas opções forem necessárias

- Porque já sabíamos tudo o que foi discutido.
- Já executamos tudo o que foi construído e proposto pelo grupo do C.I.
- O conteúdo do C.I. foi insuficiente para promover alguma mudança, necessitando de mais tempo para a discussão dos temas.
- O conteúdo do C.I. não atendeu aos princípios da Saúde da Família.
- A metodologia foi inadequada ao conteúdo proposto e aos participantes.
- O C.I. não trouxe nenhuma informação nova.
- O C.I. foi realizado muito depois da implantação da equipe, buscamos informações e já trabalhávamos na lógica da Saúde da Família.
- Não trabalhamos em equipe.
- A equipe estava desmotivada para fazer o curso.

- () A equipe possui alguns integrantes descompromissados com a Estratégia da Saúde da Família.
- () Não houve um consenso na equipe do que havia sido discutido no C.I. era o melhor para a equipe.
- () Alguns componentes da equipe que fizeram o C.I. não ficaram na equipe.
- () Não temos área definida de atuação da equipe.
- () A UBS de Saúde da Família não possui estrutura adequada para o funcionamento da Saúde da Família.
- () O número da população ultrapassa os parâmetros do M.S. e temos de priorizar o atendimento individual de demanda.
- () Não temos insumos e equipamentos para trabalhar segundo os princípios da Saúde da Família.
- () O gestor municipal não prioriza a Saúde da Família no município.
- () O coordenador do PSF municipal não trabalha de acordo com os princípios da Saúde da Família.

Outros: _____

4. O que a equipe citaria como *facilidade* ou *dificuldade* para implantar as ações discutidas no C.I. no cotidiano da prática da equipe.

Facilidades:

- () O curso promoveu reflexão sobre o trabalho que executamos.
- () Apoio do gestor municipal para viabilizar a estratégia,
- () Possuir coordenação municipal do PSF.
- () Ter equipe de supervisão,
- () Trabalho em equipe,
- () Equipe unida,
- () Equipe completa,
- () Integrantes da equipe com perfil para trabalhar na Estratégia da Saúde da Família.

- Equipe já trabalha junto a mais de 6 meses,
- Todos os integrantes possuem carga horária de 08 horas diárias,
- Boa comunicação entre os membros da equipe,
- Equipe realiza reuniões para solução dos problemas encontrados,
- Possuir educação permanente para a equipe,
- Área definida de atuação da equipe,
- Possui referência e contra-referência estabelecidos,
- Possui conselho de saúde atuante,
- Aceitação da Comunidade,
- Vínculo estabelecido entre equipe e comunidade,
- A equipe discute e planeja as ações com todos os seus integrantes,
- Planejamento das ações de saúde pela equipe e conselho local de saúde.
- Possui equipamentos necessários ao trabalho.
- Insumos (medicamento, material de consumo, material educativo) em quantidade suficiente para o desenvolvimento do trabalho.

Outros: _____

Dificuldades:

- O conteúdo do curso foi insuficiente para promover mudanças.
- Falta de apoio dos gestores ou prefeito.
- Não entendimento da estratégia da Saúde da Família pelo gestor.
- Não entendimento da estratégia da Saúde da Família pelo coordenador municipal.
- Não entendimento da estratégia da Saúde da Família pela equipe ou de alguns membros.
- A equipe possui pouco tempo de atuação.
- Equipe incompleta.
- Não trabalhamos em equipe.
- Nem todos os membros da equipe trabalham 08 horas diárias.
- A equipe não possui área definida de atuação.
- Só atendimento a demanda todos os dias.

- () Área de abrangência muito dispersa.
- () Falta de insumos (medicamento, material de consumo, material educativo)
- () Falta de transporte para os profissionais da equipe.
- () Falta de espaço físico na UBS para executar as ações programadas.
- () Falta de equipamentos permanentes.
- () Interferência política nas ações da equipe.
- () Falta de coordenação do PSF.
- () Falta de supervisão da equipe.
- () A organização do trabalho se dá a partir da demanda.
- () Não temos tempo para trabalhar com a prevenção e promoção de saúde.
- () Temos dificuldade para planejarmos em equipe, pois não temos tempo.
- () Alguns profissionais da equipe desmotivados a trabalharem de acordo com os princípios da Saúde da Família.
- () Não fizemos o cadastramento de toda a população.
- () Não recebemos o consolidado do SIAB.
- () Recebemos o consolidado, mas não sabemos analisá-lo.
- () O consolidado do SIAB não é apresentado para toda a equipe para analisá-lo.
- () Não trabalhamos com o Conselho Municipal ou Local de Saúde.
- () Não temos tempo para fazermos reunião com a equipe devido a demanda de usuários diária.
- () Não temos tempo para discutirmos os problemas e as necessidades da equipe.
- () A comunidade não entende o que é o trabalho da Saúde da Família e não aceita a implantação na comunidade.
- () Dificuldade de estabelecimento do vínculo com a comunidade.
- () Dificuldade no estabelecimento de parcerias com outras instituições, ONGs, órgãos etc. presentes na comunidade.
- () Falta de educação permanente para a equipe.

Outros: _____

5. Que atividades são realizadas pela equipe de Saúde da Família? Por quem? Marque as atividades de acordo com a categoria profissional indicando quem faz (S) e não faz (N) as atividades quantificando o número de profissionais.

Atividades	ACS		Assist. Social		Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		Outro	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Total de informantes												
Mapeamento												
Identificação das áreas de risco												
Diagnóstico dos problemas de saúde da área												
Cadastramento												
Atualização de cadastro												
Consolidado do SIAB												
Análise do SIAB												
Preenchimento de boletins												
Planejamento das ações segundo os critérios estabelecidos pelo PAG/APS												
Perfil dos Domicílios de risco												
Recepção do usuário												
Acolhimento												
Sala de espera												
Grupos educativos												
Reunião de equipe												
Reunião com o conselho Local e Municipal de Saúde												
Reuniões de estudo												
Reuniões com a comunidade												
Reuniões com os parceiros locais												
Assuntos administrativos												
Orientações sobre o PSF												
Orientações diversas												
Atendimento individual												
Visita domiciliar												
*												

* As linhas em branco são para o preenchimento de outras atividades não listadas.

6. O C.I. influenciou na organização de quais atividades da equipe? Marque quantos itens quiser.

- Delimitar a área de atuação da equipe.
- Organização do mapa da área de abrangência.
- Identificar as áreas de risco da área de abrangência da equipe.
- Do diagnóstico das necessidades de saúde da população.
- Planejamento das ações de saúde de acordo com os critérios estabelecidos no C.I.
- Organização das reuniões com a equipe
- Organização das reuniões com a comunidade
- Trabalhar com o SIAB como instrumento de planejamento.
- Necessidade de trabalhar em equipe.
- Trabalho em equipe.
- Trabalhar com as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.
- Cadastramento das famílias.
- O trabalho do ACS a partir da planilha de risco dos domicílios.
- Estabelecer vínculo com a comunidade.
- Organização do trabalho na UBS (demanda, ações programáticas, educação para saúde).
- Organizar o trabalho com os parceiros locais.
- Organizar educação permanente da equipe.
- Organizar agenda de trabalho da equipe.
- Nenhuma

Outras:
